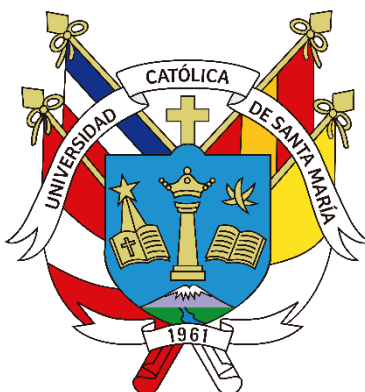


# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



## **ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Trabajo Académico presentado por la Ps.:

**Díaz Huamaní, Betty Giovanna**

Para optar el Título de Segunda  
especialidad en:

**Psicología Terapéutica**

Asesor:

**Mgter. Puma Huacac, Roger Freddy**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA TERAPEUTICA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 26 de Junio del 2022

**Dictamen: 003498-C-EPSIC-2022**

Visto el borrador del expediente 003498, presentado por:

**2014974862 - DIAZ HUAMANI BETTY GIOVANNA**

Titulado:

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1653 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA**  
**DICTAMINADOR**



**2297 - RIVERA FLORES GLADYS WILMA**  
**DICTAMINADOR**



**3330 - ESCOBAR CORNEJO GUILLERMO SAUL**  
**DICTAMINADOR**



## Presentación

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA DE AREQUIPA

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES

Y HUMANIDADES

SEÑORA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tengo el honor de dirigirme a ustedes con el propósito de poner a su consideración el Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica, quedando a la espera de su debida apreciación en el trabajo realizado. Esperó cumplir con los requerimientos reglamentarios actuales.

Arequipa, 2022

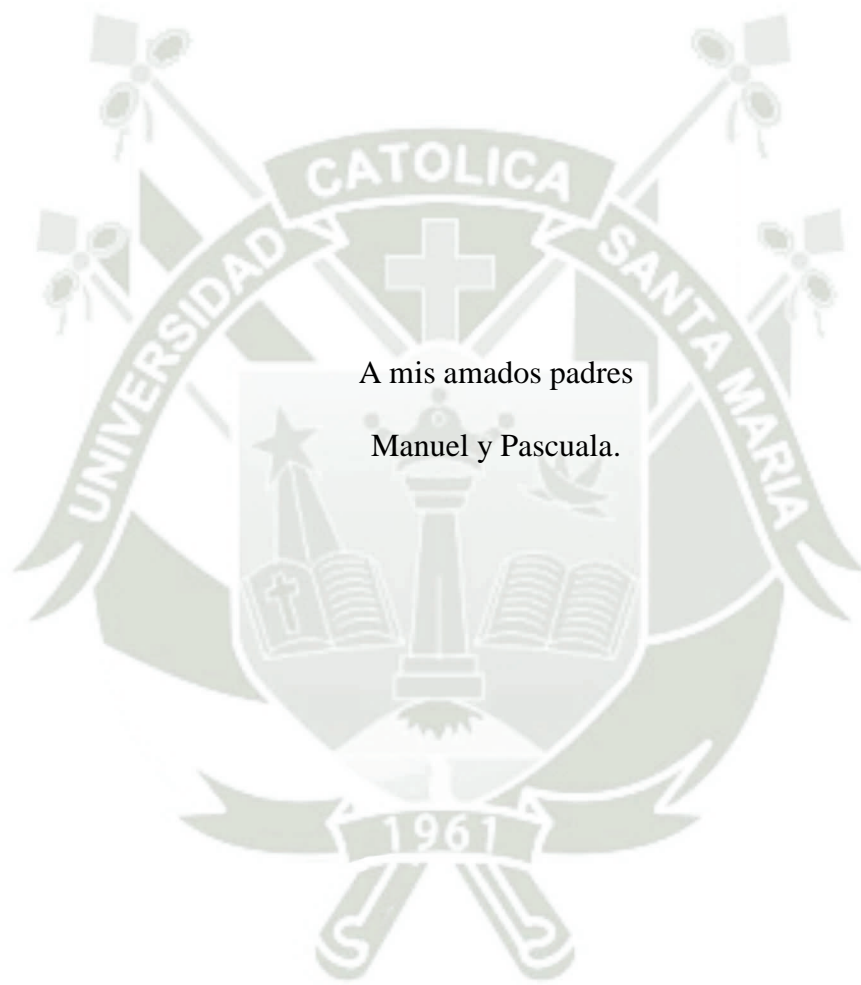
Psicóloga:

Betty Giovanna Díaz Huamaní

## Dedicatoria

A mi padre DIOS por todas sus bendiciones

Y Amor hacia mi vida.



A mis amados padres

Manuel y Pascuala.

Mis hermanos

Yenny y Erling



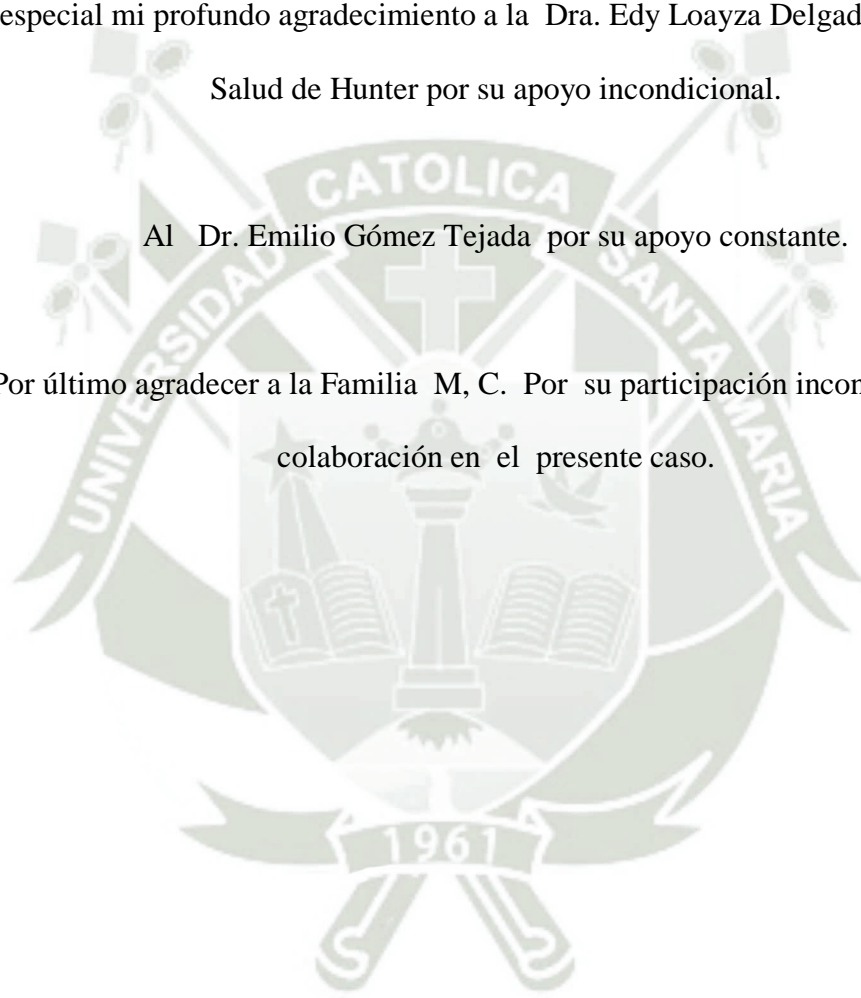
## Agradecimientos

Deseo manifestar mi profunda gratitud a mis Maestros Nacionales e Internacionales.

Muy especial mi profundo agradecimiento a la Dra. Edy Loayza Delgado del Centro de Salud de Hunter por su apoyo incondicional.

Al Dr. Emilio Gómez Tejada por su apoyo constante.

Por último agradecer a la Familia M, C. Por su participación incondicional y colaboración en el presente caso.



## Resumen

En este trabajo se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 46 años de edad quien acude a consulta por ataques de ansiedad, las cuales fueron presentadas de forma progresiva desde hace 21 años, al realizar la entrevista y evaluación psicológica se pudo recabar que se trataba de un caso de ansiedad generalizada, por lo que los ataques de ansiedad eran desencadenados por preocupaciones constantes. Se realizó 36 sesiones de Terapia Cognitiva Conductual, la cual incluyó la psicoeducación, habilidades en técnicas de relajación, técnica de exposición, técnicas para manejar las preocupaciones, reestructuración cognitiva, habilidades sociales en específicos (autoestima, comunicación y asertividad, control de impulsos y toma de decisiones). El presente estudio de caso se planteó en el área de la psicología clínica, donde se desea comprobar los efectos de esta intervención basándose en la TCC. Los resultados obtenidos del pos test en la paciente demostraron una mejoría clínicamente significativa en la toma de decisiones a nivel personal, logrando sentirse menos disgustada e irritable, además, de formularse y efectuar proyectos de vida a corto plazo, hubo mejoras en su autoestima y control de impulsos.

**Palabras clave:** Ansiedad, Tratamiento cognitivo conductual, Ideas irracionales, trastorno.

## Abstract

In this work it is presented the case of a 46-year-old female patient who comes to the clinic for anxiety attacks, which were presented progressively for 21 years, when conducting the interview and psychological evaluation it was possible to collect that it was a case of generalized anxiety, so the anxiety attacks were triggered by constant worries. 36 sessions of Cognitive Behavioral Therapy were carried out, which included psychoeducation, skills in relaxation techniques, exposure technique, techniques to manage worries, cognitive restructuring, specific social skills (self-esteem, communication and assertiveness, impulse control and decision making). of decisions). The present case study was raised in the area of clinical psychology, where it is desired to verify the effects of this intervention based on TCC. The results obtained from the post-test in the patient showed a clinically significant improvement in decision-making at a personal level, managing to feel less upset and irritable, in addition, by formulating and carrying out short-term life projects, there were improvements in her self-esteem and control. of impulses.

**Keywords:** Anxiety, Cognitive behavioral treatment, Irrational ideas, disorder.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Presentación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
Capítulo I.....	1
Marco teórico.....	1
Introducción.....	1
Planteamiento del problema .....	2
Objetivo general .....	5
Objetivos específicos.....	6
Antecedentes teóricos investigatorios del trastorno a trabajar desde la perspectiva cognitivo conductual.....	6
Criterios para el Diagnostico del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	11
Criterios del DSM-V para el Diagnostico del Trastorno Ansiedad Generalizada.....	12
Criterios del CIE-10 para el Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad generalizada.....	15
La ética en la intervención terapéutica .....	16
Capitulo II.....	18
Marco metodológico.....	18
Caso Clínico Psicológico.....	18
Datos personales de la examinada .....	18
Motivo de consulta .....	18
Historia del problema, análisis y evolución.....	19
Relato.....	19



Historia de desarrollo de la persona .....	21
Periodo de desarrollo .....	21
Primera infancia.....	22
Etapa escolar.....	22
Desarrollo y función sexual.....	23
Actividad laboral.....	23
Religión.....	23
Hábitos e influencia nocivas y tóxicas.....	24
Antecedentes mórbidos personales.....	24
Antecedentes familiares.....	25
Identidad cultural.....	26
Fortalezas del cliente.....	26
Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas.....	26
Evaluación clínica conductual.....	27
Técnicas e Instrumentos utilizados:.....	27
Análisis funcional conductual .....	28
Antecedentes de las respuestas condicionadas y establecer cadenas E-R.....	29
Resultados primeros de la fase de evaluación .....	30
Clasificación diagnóstica.....	31
Diagnóstico multiaxial.....	31
Planificación del tratamiento: presentación de las metas u objetivos de tratamiento .....	32
Protocolo del tratamiento.....	33

Diseño para la evaluación de los resultados .....	35
Propuesta del plan de seguimiento .....	35
La guía o workbook que debe conocer la persona a tratar .....	36
Naturaleza de sus problemas y su reconocimiento.....	38
Propósito y función de los síntomas que presenta.....	38
Propuesta del aprendizaje de las habilidades para el proceso terapéutico:.....	38
Aprendizaje de habilidades en técnicas de relajación .....	38
Aprendizaje de habilidades en técnicas de exposición (para evitar conductas de evitación): .....	39
Aprendizaje de habilidades técnicas para manejar las preocupaciones:.....	39
Aprendizaje de habilidades en reestructuración cognitiva: .....	40
Entrenamiento en habilidades sociales: .....	42
Estructura del programa y asuntos prácticos de la implementación terapéutica .....	43
Esquema del proceso de tratamiento y lo principios básicos subyacentes del tratamiento .43	
Capítulo III .....	45
Aplicación del Proceso de Intervención .....	45
Objetivos del programa de intervención.....	45
Descripción de las sesiones de intervenciones (Protocolo del tratamiento) .....	45
Descripción de los resultados del programa de intervención .....	62
Las competencias adquiridas por la persona .....	67
Supresión o extinción de los aprendizajes que anclaron y mantuvieron el problema .....	67
Descripción del seguimiento .....	68
Análisis y discusiones de los resultados .....	70

Conclusiones.....	73
Referencias .....	74
Anexos .....	76



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Trastorno de ansiedad generalizada.....	13
--	----





## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> Pre – Post test de ansiedad.....	62
<b>Gráfico 2</b> Pensamientos irracionales .....	63
<b>Gráfico 3</b> Expresiones conductuales en situaciones de Ansiedad. ....	64
<b>Gráfico 4</b> Habilidades sociales .....	65
<b>Gráfico 5</b> Control de impulsos.....	66



## Capítulo I

### Marco teórico

#### Introducción

El presente trabajo tiene como propósito reducir los niveles de ansiedad mediante los procedimientos realizados durante el tratamiento de un caso clínico único de una paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada, para ello, inicialmente se realizó la descripción, formulación del problema, y objetivos, así como la formulación completa del caso, la cual incluye la identificación de la paciente, el motivo de consulta, historia personal y familiar.

Luego se realizó el proceso de evaluación, incluyendo las pruebas aplicadas. Así como el debido diagnóstico, manejo de técnicas y como propuesta se utilizó la psicoterapia cognitiva conductual, el cual según las evidencias ayuda a los pacientes a experimentar una mejora sustancial.

A su vez el presente trabajo va dirigido a los profesionales psicólogos clínicos que trabajan en el ámbito de la salud, tanto en el primer nivel de atención primaria como en los Centros de Salud Mental Comunitario y Hospitales, lo cual les permitirá conocer las estrategias y posibilidades terapéuticas en el manejo del trastorno de ansiedad generalizada.

Por otra parte, siendo la salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de una manera significativa en la calidad de vida, por lo que la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás para disfrutar de la vida.

En nuestro contexto, es un problema de salud pública en el Perú ya que se confirma como una de las categorías de causas que más contribuyen a la pérdida de años

de vida en el individuo. Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados. Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian a un grado importante de discapacidad y son los trastornos que más contribuyen a la morbimortalidad por la angustia y el sufrimiento que provocan y los trastornos que más repercuten en una economía nacional.

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria, por lo que el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los problemas que dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándose su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

Sobre esta base se puede considerar que el tratamiento terapéutico en los trastornos de ansiedad, sobre todo en el de ansiedad generalizada es vital para la recuperación de la salud mental de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

### **Planteamiento del problema**

Siendo el trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno de ansiedad crónica, según el DSM5 indica la presencia de ansiedad y preocupación excesivas durante la mayor parte del tiempo en un periodo mínimo de seis meses. Del mismo modo estudios epidemiológicos revelan una prevalencia permanente del 5.7% para el trastorno de ansiedad generalizada, según los criterios del DSM-IV (Barlow, 2018).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2018) en su plan nacional de fortalecimiento de salud mental comunitaria señala que, en el Perú, “los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública, siendo uno de los problemas con mayor prevalencia los trastornos de ansiedad” (p. 13).

Así mismo en nuestro País el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi en el 2016 (como se citó en Suarez, 2018) menciona que en su registro atendieron a 3877 casos por problemas de ansiedad, posicionándose la ansiedad como el tercer padecimiento con más índice de consulta. Por otro lado, en nuestra región Arequipa a nivel de la red de salud Arequipa Caylloma en el año 2018, según datos estadísticos dio a conocer que se atendieron 8849 atenciones en relación a los trastornos de ansiedad.

Siendo los trastornos de ansiedad uno de los trastornos con alta incidencia a nivel de la atención primaria y encontrándose dentro de estos trastornos la ansiedad generalizada, ese mismo año (2018) la red de salud Arequipa Caylloma, dio a conocer a través de la oficina de estadística que se atendieron 2352 casos de ansiedad generalizada y es en el Distrito Jacobo Hunter donde se alcanza un 0.2% de atenciones de ansiedad generalizada en su población.

En consecuencia, la ansiedad generalizada es una enfermedad prolongada que hace sentir inquietud a la persona que la padece debido a un amplio conjunto de situaciones y problemas, más que por un suceso concreto. Así mismo las personas con ansiedad generalizada se sienten ansiosas la mayoría de los días, y a menudo les resulta difícil recordar la última vez que se sintieron relajadas.

Del mismo modo la ansiedad generalizada puede causar síntomas psicológicos y físicos de acuerdo al Servicio Nacional de Salud NHS Choice (2008) “la ansiedad generalizada afecta a 1 de cada 50 personas en algún momento de la vida y afecta a las mujeres un poco más que a los hombres, siendo este trastorno más común en los veinteañeros” (p. 1). Además, la ansiedad generalizada puede afectar en gran medida la vida diaria, dificultando la realización de las tareas diarias. Sin embargo, hay una serie de tratamientos que pueden aliviar los síntomas psicológicos y físicos (Hermosin et al., 2017).



Así mismo el Servicio Nacional de Salud (2008) señala que el trastorno de ansiedad generalizada puede causar problemas de comportamiento y cambiar la forma de pensar y ver las cosas. Los síntomas psicológicos de la enfermedad son inquietud, temor, fatiga y falta de concentración. También puede sentirse irritable, impaciente y fácilmente distraído. Además de los efectos psicológicos, la ansiedad también puede afectar al cuerpo. Los síntomas físicos de ansiedad generalizada incluyen mareos, letargo, hormigueo, arritmias (palpitaciones), dolores musculares, boca seca, sudoración profusa y dificultad para respirar. También pueden ocurrir dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza, sed excesiva, micción frecuente, períodos dolorosos o tardíos y dificultad para dormir.

Al igual que con la mayoría de los trastornos de salud mental, la causa exacta de la ansiedad generalizada no se conoce totalmente. Algunas personas desarrollan la enfermedad sin razón aparente. Otros pueden experimentar ansiedad generalizada después de un evento importante o estresante. Algunas investigaciones han manifestado que la ansiedad generalizada se debe a un desequilibrio químico natural en el cerebro, llamados neurotransmisores (Bados, 2005).

En ese mismo orden de ideas se cree que dos neurotransmisores afectan a la ansiedad como son la serotonina y la norepinefrina. El Servicio Nacional de Salud (como se citó en Choice, 2008) “si se desequilibra el nivel de estas sustancias químicas en el cerebro, esto puede afectar considerablemente al estado de ánimo, y aumentar la probabilidad de que se desarrolle algún tipo de enfermedad relacionada con la ansiedad generalizada” (p. 2).

Por lo tanto, lo más probable es que el trastorno de ansiedad generalizada sea una combinación compleja de causas, y la afección no se debe simplemente a desequilibrios

en la química cerebral, sino que también se debe a una combinación de factores, incluyendo los procesos biológicos, corporales, la genética, el medio ambiente y las experiencias de vida (Choice, 2008).

Por lo expuesto, siendo importante el abordaje del presente caso clínico en relación a la problemática evidenciada de la ansiedad generalizada en atención primaria es necesario la detección e intervención psicoterapéutica mediante la terapia cognitivo conductual, el cual permitirá actuar frente a las condiciones que generen la ansiedad, con el objetivo de reducir los niveles y su impacto negativo que provoca en la paciente.

De acuerdo con esto, el presente caso clínico permite estructurar y organizar todos los datos relevantes de la paciente, los problemas y eventos vitales que refiere y por tanto un análisis para guiar de manera adecuada las herramientas de intervención a utilizar. Por ello la intervención psicoterapéutica basada en la terapia cognitivo conductual es la más adecuada en los tratamientos psicológicos. Además, la intervención del caso se centra fundamentalmente en identificar y reestructurar los pensamientos, creencias y contenidos de cognición, las cuales se basan en la intervención de un plan terapéutico cognitivo conductual.

Por lo tanto, dicho abordaje en el presente caso clínico de la ansiedad generalizada debe darse en el contexto de un tratamiento integrado y articulado. Siendo el tratamiento desarrollado en esta oportunidad de manera individual en función al caso.

### **Objetivo general**

Reducir los niveles de ansiedad en la paciente con la finalidad de tener un mejor afrontamiento hacia los problemas psicológicos que está viviendo, tomando decisiones saludables a nivel personal como en sus relaciones interpersonales.

### **Objetivos específicos**

- Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente a través del entrenamiento en técnicas de relajación y pueda controlar las situaciones que le causen temor.
- Ayudar a la paciente a identificar sus pensamientos irracionales y reestructurar sus creencias a través de nuevas formulaciones a pensamientos más saludables.
- Ayudar a afrontar de forma sistemática conductas que le producen ansiedad.
- Desarrollar habilidades sociales en autoestima, asertividad, control de emociones y proyecto de vida.

### **Antecedentes teóricos investigatorios del trastorno a trabajar desde la perspectiva cognitivo conductual**

Según Beck y Clark (2012), menciona que el NCS-R (Centro Nacional de Investigación Científica) y otros estudios de Olfson, revelan altos índices de comorbilidad entre el TAG y la depresión donde en una muestra de individuos que solicitaban tratamiento, el 40% con TAG presentaron un trastorno secundario del estado de ánimo y el índice se elevaba al 74% de la concomitancia general. En ese aspecto no había prioridad temporal de un trastorno sobre el otro.

De otro modo Barlow y sus colaboradores han defendido que el TAG puede distinguirse por la mayor frecuencia y gravedad de las preocupaciones relativas a diversas circunstancias vitales, especialmente tareas menores o misceláneas, así como por la tensión muscular asociada a las mismas (Roemer et al. 2002).

Por otro lado Borkovec et al. 1983 (citado en Beck y Clark, 2012), ofrecieron una de las primeras definiciones de la preocupación ampliamente aceptada por la comunidad científica que estudia la ansiedad generalizada, donde la preocupación es una cadena de



pensamientos e imágenes, que adquiere un impacto negativo y es relativamente incontrolable.

Así mismo Borkovec et al. 1983 (como se citó en Garay, 2019), menciona que un proceso perturbador se describe como un intento de iniciar una solución mental a un problema cuyo resultado es incierto, pero pueden ocurrir una o más consecuencias negativas. Por lo tanto, la ansiedad está íntimamente relacionada con los procesos de miedo.

Mathews (1990) define la preocupación como “la conciencia persistente de un posible peligro futuro, que es repetidamente ensayado sin ser resuelto” (p. 456). La cual se mantiene mediante el sesgo automático de procesamiento de información hacia la amenaza que subyace a la alta ansiedad rasgo y a la vulnerabilidad al TAG.

Craske et al. 1989 (como se citó en Caballo, 2018), indica por otra parte, que la preocupación patológica es (1) más generalizada, (2) consume tiempo, (3) es incontrolable, (4) se centra más en problemas menores y más remotos que en situaciones orientadas hacia el futuro, (5) está selectivamente sesgada por la amenaza y (6) está asociada con una variabilidad autónoma más restringida.

La mayoría de los investigadores clínicos consideran en la actualidad que la preocupación es una estrategia cognitiva mal adaptativa de afrontamiento evitativo. Mathews (1990) sugiere que la preocupación contribuye a la persistencia de la ansiedad elevada manteniendo altos niveles de vigilancia ante el peligro personal. Eysenck (1992) proponía que la preocupación cumple tres funciones: (1) alarma –introduce las señales de amenaza en el conocimiento consciente, (2) aviso –representa repetidamente en la conciencia pensamientos e imágenes relacionadas con la amenaza y (3) preparación –



permite al individuo preocupado anticipar una situación futura generando una solución al problema o preparación emocional para las consecuencias negativas.

La diferencia relativa al género es importante en el TAG; el trastorno es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. En el DSM-IV revela una prevalencia anual del 4,3% para las mujeres y del 2% para los hombres, y una prevalencia global del 6,6% para las mujeres y del 3,6% para los hombres (Kessler et al., 1994).

Sin embargo, en su revisión Holaway et al. en el 2006 (como se citó en Beck y Clark, 2012), concluyó que el período entre el final de la adolescencia y el final de los años veinte fue el más común para la aparición del trastorno de ansiedad generalizada. La evidencia de que los adultos mayores con depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada tienen más probabilidades de tener pensamientos suicidas subraya la importancia clínica de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en esta población.

El trastorno de ansiedad generalizada es el tercer trastorno de ansiedad más común, con una prevalencia general del 5,7%. Se encuentra en las mujeres con el doble de frecuencia que en los hombres y puede ser más común en los blancos. Se observan tasas más altas en entornos de atención primaria. Aunque el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es más común entre los adultos jóvenes y de mediana edad, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la ansiedad también son comunes en los adultos mayores, quienes pueden responder menos a las intervenciones cognitivas conductuales (Espinoza, 2019).

El TAG se asocia con un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional, así como en la calidad de vida. Varios estudios han revelado que los individuos con TAG pierden relaciones sociales y laborales, así como su calidad de vida, pérdida que es aún mayor en las condiciones comórbidas. El tratamiento del trastorno de

ansiedad generalizada es costoso en comparación con el trastorno de angustia la cual aumenta notablemente cuando está presente una depresión comórbida. En el NCS-R, el 85% de las personas presentan TAG (Caballo, 2018).

Además, los individuos con TAG o trastorno de angustia con evitación agorafóbica son más propensos a presentar un trastorno de abuso de sustancias que los individuos con otros diagnósticos de ansiedad o trastornos anímicos (Grant et al., 2004). Por último, entre un tercio y dos tercios de los individuos con TAG presentarán un trastorno de personalidad del Eje II, siendo los más frecuente los trastornos de personalidad por evitación, obsesivo-compulsivo y posiblemente paranoide y dependiente (Sanderson et al. 1994 como se citó en Caballo, 2018).

En su modelo cognitivo inicial de la ansiedad generalizada, Beck et al., 1985 (como se citó en Beck y Clark, 2012) proponían una perspectiva de diátesis-estrés en la que la baja autoconfianza y la inadecuación percibida en áreas específicas del funcionamiento son diátesis cognitivas-de personalidad que precipitan un estado de ansiedad crónica cuando son provocadas por un evento que represente una amenaza para la supervivencia física o psicológica del individuo.

En el ECA (Ensayo Clínico Aleatorizado), los acontecimientos vitales estresantes se asociaron con la aparición del trastorno de ansiedad generalizada. Según Blazer, Hughes y George, 1987 (como se citó en Caballo, 2018) menciona que los sucesos vitales estresantes correlacionaban tanto con la depresión mayor como con el TAG en una amplia muestra comunitaria. De esta forma se sabe que, los individuos presentan grave riesgo de desarrollar una depresión mayor cuando experimentan un suceso vital severo en presencia de TAG.

Kessler et al. 1997 (como se citó en Caballo, 2018) indica que la comunidad científica se ha cuestionado si las adversidades experimentadas durante la infancia desempeñan una función etiológica en el TAG. En un estudio se observó la asociación entre la psicopatología de los progenitores (es decir, depresión, TAG, abuso drogas/alcohol), la separación/divorcio de los progenitores, el abuso físico y sexual de la criatura y el hecho de haber presenciado un trauma con la aparición, pero no con la persistencia del TAG.

Otros estudios, sin embargo, no han hallado que el TAG se asocie particularmente al abuso emocional, físico o sexual durante la infancia (Giba et al., 2007; Pribor y Dinwiddie, 1992). Aunque se requiere investigación adicional sobre muestras específicas de TAG, la investigación diátesis-estrés sobre los estados y síntomas de ansiedad sugiere en general que varios constructos de personalidad y acontecimientos vitales contribuyen probablemente al desarrollo de la ansiedad generalizada y de la preocupación.

Espinoza (2019) realizó un “estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual”, en la Universidad de San Martín de Porres. Presentó el caso de una mujer de 57 años de edad, la cual fue derivada por psiquiatría por un cuadro ansioso de problemas económicos y poco apoyo familiar. Así mismo efectuó las evaluaciones psicológicas correspondientes y estableció el tratamiento en 17 sesiones para que la paciente pueda controlar las dificultades que presentaba, donde se aplicaron técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales y racionalización emotiva. Todos estos procesos fueron seleccionados de acuerdo a las características de la paciente. Concluyendo que la efectividad de la terapia cognitiva conductual es adecuada.



Vega (2017) realizó un “estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva”, en la universidad de San Martín de Porres. Enunció el caso de una mujer de 24 años, derivada por psiquiatría por problemas de personalidad, se le aplicó evaluaciones psicológicas, de acuerdo a ello se estableció en 22 sesiones, las cuales le permitieron lograr mantener y adherir pensamientos lógicos, desarrollando habilidades que le permitieron manejar la ansiedad mediante las técnicas de relajación progresiva.

García (2012) realizó una investigación titulada “Tratamiento cognitivo conductual de una persona con trastornos de ansiedad generalizada”, en la Universidad de Barcelona. Presentó el caso de una mujer de 36 años, con crisis de angustia, luego de las evaluaciones psicológicas realizadas se le diagnosticó problemas de ansiedad y preocupación excesivo, persistente, logrando establecer 43 sesiones y como tratamiento la terapia cognitivo conductual mediante el control de estímulos, reestructuración cognitiva y resolución de conflictos. Obteniéndose cambios clínicamente significativos.

### **Criterios para el Diagnostico del Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Según Morrison (2015) menciona que los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) no se centran en un solo elemento. El nerviosismo es moderado y crónico. Por lo que las preocupaciones en el TAG a menudo comienzan espontáneamente, y se acompaña de una serie de síntomas físicos que se acumulan hasta generar una sensación perturbadora de malestar en una cascada de desdicha y sufrimiento.

Del mismo modo manifiesta que si bien algunos pacientes con TAG son capaces de indicar lo que les genera nerviosismo, otros no. Por lo general, la preocupación en el



TAG se refiere a más cuestiones (“todo”) de las que los hechos objetivos pueden justificar.

Algunos factores genéticos juegan un papel importante en el desarrollo del TAG.

### **Criterios del DSM-V para el Diagnóstico del Trastorno Ansiedad Generalizada.**

De acuerdo con el DSM-5 (2014), la ansiedad y preocupaciones son excesivas (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).

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son la preocupación persistente y excesiva por una variedad de cosas, como el desempeño en el trabajo y la escuela, que la persona encuentra difícil de controlar. Además, el paciente experimenta síntomas físicos, como insomnio, sensación de agitación o nerviosismo, cansancio fácil, dificultad para concentrarse o vacío mental, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Según el DSM-5 (2014) indica que la ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los seis síntomas siguientes (al menos algunos síntomas han estado presentes por más tiempo de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses.

- Sentirse inquieto, atrapado o nervioso.
- Se cansa fácilmente.
- Dificultad para concentrarse o sensación de vacío.
- Hipersensibilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño inquieto e insatisfactorio).

Por otro lado el DSM-5 (2014) señala que la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Del mismo modo plantea que la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).

En la misma línea el DSM-5 (2014) enuncia que los trastornos no se explican mejor por otros trastornos mentales (p. ej., ansiedad o preocupación por los ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoraciones negativas 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, malestar físico 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.

Según el DSM-5 (2014) existen medidas específicas para cada trastorno que nos permiten caracterizar mejor su gravedad y comprender como cambia en el tiempo. Para facilitar su uso, especialmente para personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se desarrollaron en el mismo formato (pero con un enfoque diferente) en todos los casos, con puntajes para síntomas conductuales, cognitivos y físicos asociados con cada trastorno.

### **Tabla 1**

#### *Trastorno de ansiedad generalizada*

---

**Criterios de diagnóstico****300.02 (F41.1)**

---

- 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):
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  - Facilidad para fatigarse.
  - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Problemas de sueño
- 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).

---

*Fuente:* DSM-5 (2014).

**Características diagnósticas:** Las características fundamentales de TAG es la ansiedad y la preocupación excesivas (anticipación del miedo) sobre una serie de eventos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y la preocupación no es proporcional a la probabilidad real o al impacto del evento esperado. Al individuo le cuesta controlar la ansiedad y mantener pensamientos ansiosos interfiere con la atención en las tareas que está realizando. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan a diario por situaciones cotidianas, como posibles responsabilidades en el



trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la infelicidad de sus hijos o problemas menores (DSM-5, 2014).

### **Criterios del CIE-10 para el Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad generalizada**

Según el CIE-10 (2018), La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

- El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:
- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).



## La ética en la intervención terapéutica

Según Vera (2018) manifiesta que la Psicoterapia tiene como centro de atención al ser humano, por lo que todo su quehacer debe sustentarse en profundos y sólidos cimientos éticos.

Así mismo indica que el psicoterapeuta se adentra como ningún otro profesional en la intimidad de las personas, en el conocimiento de sus personalidades, conflictos, sentimientos e insatisfacciones con su consecuente influencia sobre los demás (Vera, 2018).

Por lo que, el psicoterapeuta no solo debe ser competente y tener una sólida formación ética, sino además adquirir plena conciencia de su rol profesional, que le permita evaluar en cada momento la actuación justa y correcta frente al que solicita ayuda, especialmente en el campo de la salud humana, convirtiéndose al mismo tiempo en un paradigma de conductas socialmente adaptadas (APA, 2010).

En este sentido Rojas et al. (2002) afirman que los psicoterapeutas se rigen hasta el momento por los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud en general, sin embargo en la práctica se puede interiorizar las conductas necesarias y evitar errores en el cuidado de las personas que necesitan psicoterapia.

Del mismo modo señalan que los requerimientos de la psicoterapia han hecho necesario que el psicólogo incorpore principios éticos universales a su accionar en su vida personal y el propio desarrollo de la Psicología ha llevado a la resolución de dilemas éticos en otras ciencias afines, lo que obliga a profundizar en los detalles de este tipo de intervención psicológica.

Por lo tanto, debemos subrayar que se le debe dar mayor información a los pacientes tanto del modelo como de los procesos a seguir. Así mismo es importante

enfatar que los modos de participación de ambas partes constituyen el marco de la psicoterapia y que sería muy conveniente que todos los psicoterapeutas tuvieran presente los derechos del paciente, así como los derechos y deberes de los terapeutas.



## Capítulo II

### Marco metodológico

#### Caso Clínico Psicológico

##### Datos personales de la examinada

Nombres y Apellidos	: M.S.M.C
Edad	: 46 años
Sexo	: Femenino
DNI	: *****269
Fecha de nacimiento	: 18-03-1976
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nº de Hermanos	: Es la tercera de cuatro hermanos
Grado de instrucción	: Técnica superior en Ingles
Ocupación	: Ama de casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: católica
Domicilio	: Jacobo - Hunter
Informante	: La paciente
Papa	: S.A.M.C
Mama	: R.L.C.C
Hermana	: K.M.M.C

##### Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta refiriendo que se siente desesperada, como si fuera a perder la conciencia; siente mucho miedo de que le suceda algo, manifiesta que se siente nerviosa y que le tiembla el cuerpo cada vez que está muy preocupada, así mismo indica



tener dificultad en realizar sus actividades diarias; no descansa bien por las noches, hay días que le da muchas ganas de comer, piensa que algo malo le puede pasar por las convulsiones que presenta, menciona que esta problemática lo presenta desde hace varios años atrás y ahora último ha venido por emergencia porque sintió endurecido su cuerpo y que le faltaba el aire.

### **Historia del problema, análisis y evolución**

Tiempo : 21 años

Forma de inicio : Insidioso, Curso progresivo

Síntomas principales : La paciente presenta irritación, desconfianza, ansiosa, intranquila, con un estado de ánimo inestable, sensación de vacío, negatividad, sentimiento de soledad, tensa, crisis mínimas de desorientación, llanto continuo.

### **Relato**

La enfermedad de la paciente se remite hace veintiún años, cuando comienza a tener muchos temores, donde tiene conflictos para desenvolverse normalmente. La paciente refiere que anteriormente sufría de crisis no convulsiva continuamente pero que dejó de presentarlas después de haber asistido a varios psiquiatras y neurólogos, las crisis han dejado de ser crisis a pequeños momentos de desorientación los cuales en la actualidad están siendo controlados por medicación.

Cuando ella tenía la edad de 22 años su Madre decide dejar su hogar para ir a vivir con otra persona, dejándolos saber de su decisión por una carta, la cual su padre la leyó; durante el lapso de dos años no surgió problema y ningún inconveniente, pero pasado los dos años a los 24 años ella sufre de una crisis de pánico, por lo que decide buscar ayuda para solucionar su problema.



Tras los estados de pánico que se presentaron durante cinco años, acude a varios psiquiatras los cuales le medican en un inicio fluoxetina el cual le provoca galactorrea y amenorrea, deja de consumir esos medicamentos y consulta a un psicólogo el cual le indica un Trastorno de Pánico, para el cual recibe tratamiento, pasado el tiempo vuelve a consultar a psiquiatría en el cual le medican propanolol y paroxetina, después de ello recurre a un neurólogo el cual le indica un electroencefalograma y resonancia magnética donde le diagnostica disritmias en el cerebro; actualmente está recibiendo tratamiento psiquiátrico en un inicio le han estado dando clonazepan, valprax y sertralina, las cuales le estaban causando sueño, enlentecimiento en el pensamiento y la atención, ausencia de sí misma en momentos, pero ahora el psiquiatra le ha cambiado a praminex, clonazepan, mirtazapina y sulpirida.

Ella ha presentado varias crisis en todo este tiempo, siendo dos de mucha importancia para ella, el primero fue cuando ella tenía 33 años después de un rompimiento con su pareja donde llega a convulsionar y el psiquiatra le indica que puede tener epilepsia, siendo descartado por exámenes al no presentar indicadores en la resonancia magnética y electroencefalograma, la última crisis fuerte se presentó el 23 de marzo del 2015, el cual se presentó después de enterarse de la negación de la libertad de su hermano mayor.

Actualmente refiere tener pequeñas crisis cerebrales las cuales tienen una duración de 3 a 5 segundos, se presentan de dos a cinco crisis por día, en especial en días en los cuales ella se siente frustrada, irritable o está enojada, igualmente cuando escucha noticias tristes y desagradables. También ha presentado cefaleas que le han causado dolores fuertes o hasta irritación a causa de ello, presentando después llantos constantes. Para sus pequeñas crisis y cefaleas constantes el neurólogo le prescribió un zatrix sublingual.

En relación a su sueño la paciente no descansa bien por las noches, sobre todo cuando se preocupa por las cosas que pueden suceder a un futuro, lo cual hace que su sueño se torne intranquilo, presenta lenguaje un poco enlentecido cuando toma pastillas recetadas por su psiquiatra y siente cansancio, en todo momento, el cual impide que realice actividades recreativas e inclusive somnolencia durante el día. Ella siente que durante su ciclo menstrual se muestra más sensible y desganada e inclusive durante la luna llena indica sentirse más agobiada y sin deseos de seguir adelante.

Por otro lado, su alimentación en algunas ocasiones aumenta, refiriendo tener mucho apetito por lo que le apetece comer dulces como los chocolates, galletas y papas fritas, incluso refiere que a escondidas se ha llevado chocolates y galletas a su dormitorio, por lo que su familia le reclama por qué no baja de peso, ella pesa actualmente 107 kg, y no le gusta subir a la balanza cuando le controlan su peso en el Centro de salud.

La paciente presenta apego hacia su hermana mayor a la cual considera como una madre y también como un ángel; tiene una percepción inadecuada de sí misma afirmando no ser buena ya para nadie, desde su propia imagen (“estoy gorda”, “quien va a querer a alguien como yo”) e inclusive piensa que a la edad que tiene ya no pueda encontrar pareja, ni lograr ninguna meta.

## **Historia de desarrollo de la persona**

### **Periodo de desarrollo**

#### *Etapa prenatal:*

En la entrevista realizada a la madre de la paciente, refiere que su hija no fue deseada, muy por el contrario, quiso abortarla, tomándose mates abortivos, a pesar de ello no logró expulsarla, llevando el proceso de embarazo con mucha inquietud y preocupación.

*Etapa natal:*

Refiere la madre de la paciente que tuvo un parto normal, no hubo complicaciones, nació con textura gruesa, con un peso de 3,500 kg, talla de 50 cm.

**Primera infancia.***Etapa Post Natal:*

Madre de la paciente indica que su hija recibió lactancia materna hasta dentro del primer año aproximadamente; a los 8 meses balbuceos, sus primeras palabras al año, a los tres años logró control de esfínteres.

**Etapa escolar.**

Inició sus estudios a los 5 años de edad en educación inicial, la primaria lo realizó en la Institución Educativa Nuestra Señora de Lourdes estudiando hasta el cuarto grado en la ciudad de Arequipa; quinto y sexto de primaria hasta la mitad de año estudió en la ciudad de Moquegua, culminando el sexto grado en la ciudad de Camaná, durante este tiempo presentó problemas en el habla, timidez e inclusive tartamudeaba en presentaciones. Sus estudios secundarios los realizó en la ciudad de Arequipa, en una Institución parroquial el cual sólo era de mujeres “Nuestra Sra. De la Merced”, culminando sus estudios a los 18 años de edad, los cuales ocupa una ubicación importante en el ranking de estudiantes aplicados.

Continúa sus estudios superiores a los 19 años en el Centro de Idiomas de la UNSA para especializarse en educación de idiomas, posteriormente a los 21 años estudia en el ASDI, para manejo de salón de clases como docente de inglés, pero no culmina sus estudios, abandonándolos. A esa misma edad estudia en TELESUP cursos de computación e informática.



**Desarrollo y función sexual.**

No tuvo una buena educación sexual, sus conocimientos sobre sexualidad son vanos y aun no tiene mucho conocimiento de ello, pero que, durante este tiempo a través de programas de televisión, el colegio y algunas amigas ha podido entender sus cambios.

Inicio su menarquia a los 12 años. Manifiesta haberse asustado e impactada ya que nadie le había hablado de ello pensando que se hirió en algún sitio.

En relación al rol sexual tiene preferencia por el sexo opuesto, tuvo tres parejas. Su primer enamorado lo tuvo a los 18 años de edad, con el cual solo estuvieron saliendo por dos meses, posteriormente a los 20 años conoció a un joven con el cual estuvo en una relación de dos años, pero se terminó la relación porque el joven le confesó que era casado; posteriormente cuando tenía 33 años se enamoró de un hombre de 42 años con el cual salieron durante un año, pero también le confesó estar casado.

Con cada uno de ellos solo hubo abrazos, besos y tomadas de mano, más no ha tenido relaciones sexuales.

**Actividad laboral.**

Solo refiere que trabajó en la tienda de lencería durante 4 años y 6 meses cuando tenía 31 años y en algunas ocasiones impartió clases particulares de inglés a niños. Actualmente no trabaja, sólo está en casa ayudando en los quehaceres de la casa por temor a que le vayan a dar las crisis cerebrales no convulsivas y que le suceda algún accidente.

**Religión.**

La paciente es cristiana católica creyente en Dios, la cual ha basado sus experiencias amorosas y su enfermedad a la carencia de su fe, apegada a lo moral de lo que es bueno y malo, que debe realizar según sus creencias religiosas hacia la unidad familiar y castidad.



### **Hábitos e influencia nocivas y tóxicas.**

En sus pasatiempos le gusta sentarse a recibir baños de sol, mirar televisión y escuchar música, sale poco de casa a pasear por el centro de la ciudad. La mayor parte del tiempo presenta somnolencia y desgano durante el día.

En cuanto a las actividades cotidianas que realiza durante el día le provoca desgano, por las noches siente que no consigue conciliar el sueño con facilidad y debido a la ansiedad que presenta su alimentación se ve alterada, excediéndose en la comida, sobre todo con los chocolates y esto le afecta cuando se ve reflejada en la subida de peso, así también evidencia aseo personal adecuado. No consume sustancias nocivas como alcohol, ni cigarro, pero por el problema que presenta toma medicamentos que le ayudan a regular su ansiedad y pánico.

### **Antecedentes mórbidos personales.**

#### *Enfermedades y accidentes:*

De niña tuvo caídas que no tuvieron repercusiones posteriores, infecciones en las vías respiratorias con poca frecuencia. En la actualidad se descarta infección estomacal, pero refiere que el endocrinólogo le ha detectado hipotiroidismo y obesidad de los que constantemente se queja la paciente

#### *Personalidad pre mórbida:*

De niña era inquieta, juguetona se mostraba obediente, en la actualidad sus familiares relatan que la paciente es tímida, sensible, pesimista y algunas veces irritable y agresiva; reconoce ser dependiente emocional en especial de su entorno familiar y personas cercanas a ella, con poca tolerancia a la frustración. Presenta apego filial excesivo, dando a conocer su dependencia emocional en especial a su hermana.

**Antecedentes familiares.***Composición familiar:*

La familia está compuesta por seis miembros, los cuales son su padre que es un ex policía y que tiene 79 años de edad, su madre que es ama de casa pero que no vive con ella puesto que lleva una relación con otra pareja, sus hermanos los cuales son tres; una hermana de 49 años de edad que es divorciada, un hermano de 47 años de edad que presenta problemas legales y un hermano menor de 32 años con el cual no se ha llevado bien, pero al cual cuidó cuando su madre no estaba.

*Dinámica familiar:*

La relación que tuvo con sus padres fue adecuada y siempre dependía de ellos, su madre es quien ayudaba en la tareas escolares de ellos y también quien ponía orden, el padre es calmado y pasivo por lo cual no estaba constantemente en casa; su relación con sus hermanos fue muy buena hasta el abandono de la madre, ella se lleva muy bien con su hermana mayor; mientras con sus dos hermanos varones es distanciada por el comportamiento agresivo e impulsivo de ambos, en especial con el hermano menor que en dos intentos casi logra ahorcarla en su casa con una soga, producto de haber consumido tóxico (drogas) y su hermano varón mayor por cometer actos delictivos y que actualmente purga condena en el penal de Socabaya.

*Condición socioeconómica:*

Su economía es regular ya que su padre y hermana son quienes mantienen el hogar y ella solo laboró hasta hace seis años atrás. Presenta una vivienda de material noble, el cual cuenta con dos niveles, un patio y una pequeña huerta; tiene todos los servicios como son agua potable a domicilio y desagüe, servicio eléctrico; también cuenta con ciertas comodidades, teniendo un nivel de vida promedio a sus necesidades.

*Antecedentes patológicos:*

No evidencia antecedentes patológicos de importancia. Sólo refiere que tuvo una tía por parte de su papá que sufría de los nervios

**Identidad cultural.**

En cuanto a sus principios y valores la paciente presenta actitudes religiosas y moralistas, gusta de la veracidad y el respeto a los demás. Gusta mucho de la buena comida sobre todo los platos típicos de Arequipa. La mayor parte del tiempo le agrada vestirse con la misma ropa y peinado e incluso cuando sale con su hermana. En la casa tienen como tradición festejar los cumpleaños.

**Fortalezas del cliente.**

Es una persona observadora, goza de destreza manual, le gusta del dibujo y escuchar música. Tiene el apoyo de su padre y hermana. Le gusta ir de vez en cuando a la Iglesia acompañada de su hermana.

**Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas**

CONDUCTAS	COGNICIONES O PENSAMIENTOS	AFECTOS O SENTIMIENTOS
- Ansiosa	- Preocupación	- Estado de ánimo inestable
- Intranquila	- Desconfiada	- Tristeza
- Tensa	- Sensación de vacío	- Irritación
- Crisis pequeñas de desorientación	- Ideación catastrófica	- Sentimientos de soledad
- Llanto	- Desvaloración de su imagen	- Frustración
- Somnolencia durante el día	- Inconstancia en sus decisiones	- Baja autoestima
- Retraimiento	- Inseguridad	
- Falta de energía	- Negatividad	
- Fatiga	- Auto culparse	



### **Evaluación clínica conductual**

La paciente aparenta la edad que tiene, de tez blanca, cabello oscuro y ondeado, ojos negros, de contextura gruesa y estatura promedio, cuidadosamente vestida, cabello largo, su vestido y aseo son adecuados, colabora con la entrevista, dando a conocer su problemática (conducta, sentimientos y pensamientos acerca de sus crisis de pánico) y las ocasiones en las que se presenta.

Presenta niveles atencionales y de concentración parcialmente afectados, por el consumo de fármacos tiene un estado de enlentecimiento de pensamiento, está orientada en espacio, tiempo, lugar y persona. Su lenguaje comprensivo se encuentra intacto, pues comprende todas las indicaciones y órdenes indicadas por el evaluador.

En cuanto al curso del pensamiento no se evidencia ningún trastorno, refiere sus ideas con fluidez, la sintaxis es adecuada, no presenta alteraciones perceptuales, es capaz de reconocer correctamente los estímulos discriminándolos adecuadamente; su expresión facial denota tristeza al contar sus problemas. También pregunta acerca de ella y como se le observa.

Sus conocimientos generales se conservan al igual que su capacidad para realizar operaciones aritméticas e inclusive cultura general. La paciente tiene conciencia de la enfermedad, posee poca información para poder llevar una vida adecuada, sabe que tiene que seguir tratamiento y terapias según lo indicado por los especialistas.

### **Técnicas e Instrumentos utilizados:**

#### **Técnicas:**

- Observación
- Entrevista

### **Instrumentos:**

- Test de Ansiedad de Zung
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MICMI – II)
- Inventario de autoestima de Coopersmith
- Inventario de Inteligencia Emocional de ICE de Barón
- Registro de Pensamientos irracionales
- Autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)
- Lista de evaluación de las Habilidades Sociales
- Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión

### **Análisis funcional conductual**

#### ***Identificación de las áreas problemáticas***

- Crisis de ansiedad, como una reacción de temor a situaciones preocupantes

#### ***Operacionalización de las áreas problemáticas***

- Fisiológico: presenta insomnio, alteraciones de sueño, aumento de apetito.
- Emocional: presenta desesperación, miedo, nerviosismo, preocupación, intranquilidad, sensación de vacío, negatividad.
- Cognitivo: pensamientos recurrentes que algo malo le puede pasar por las convulsiones que presenta, por ello tiene dificultades en realizar sus actividades diarias, desorientación.
- Motor: presenta temblores de todo el cuerpo, endurecimiento muscular, convulsiones, llanto, tensa.

***Variables modulares (ambientales)***

- Dificultad para desenvolverse, baja autoestima, pensamientos negativos sobre ella, relaciones interpersonales nula (por que indica “estar gorda”, “quien va querer alguien como yo”, “quien querría ser mi amigo”).
- Variables protectoras: Apoyo de la hermana mayor la cual le considera como una madre.

***Hipótesis de mantenimiento***

- Respuestas condicionadas: llanto, miedo, desesperación, negatividad, sensación de soledad, pensamientos (“estoy gorda”, “quien va querer alguien como yo”, “quien querría ser mi amigo”)
- Respuestas operantes: se refiere a las respuestas de evitación donde la paciente no sale de casa, no relaciona, no trabaja por el temor que le suceda algo o convulsiones.

**Antecedentes de las respuestas condicionadas y establecer cadenas E-R**

La crisis de ansiedad que presenta la paciente se activa como un modo de ahogo, llanto, desesperación, temblor y endurecimiento muscular, aumento de apetito, entre otros, las cuales son una respuesta a estímulos en situaciones preocupantes, llamada también como un RC. Además, la ansiedad generalizada se produce a causa de los pensamientos negativos que presenta como: “estoy gorda”, “quien va querer alguien como yo”, “quien quería ser mi amigo”, “tengo miedo a que me pase algo cuando convulsione, si salgo a la calle o si trabajo”, entre otros.

*EC* ..... *RC*

“Pensamientos negativos”

“Crisis de ansiedad”



## Resultados primeros de la fase de evaluación

La paciente desarrolla sus actividades cotidianas en un ambiente familiar desintegrado, sus padres separados y su participación tanto económica como afectiva es mínima, en relación a su personalidad se evidencia dependencia emocional con tendencia a mostrar sentimientos aprensivos, puede sentirse tensa esto debido a una incapacidad de relajarse, con adhesión y temores de separación que ocasiona un comportamiento de sumisión y con una percepción de uno misma como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás, baja autoestima, con dificultades para tomar las decisiones cotidianas y reafirmación por parte de los demás, así también una búsqueda de atención a través de los síntomas físicos y psicológicos los que expresa de manera dramática frente a sus familiares y conocidos, los cuales son sentir mareos, dolores de cabeza y presencia de alguna enfermedad, también evidencia somnolencia y cansancio durante el día debido a los medicamentos, también presenta crisis de pánico así como rasgos ansiosos y agresivos que son descargados frente a los miembros de su familia, con sensación de irrealidad o despersonalización y con tendencia a preocuparse por las implicaciones de la angustia o sus consecuencias y en la actualidad presenta pequeñas pérdida de conciencia y rara vez crisis de pánico inesperadas.

Se encuentra atravesando por un malestar que se crea cada vez que se preocupa, y que le es difícil manejarlo por lo que le lleva a responder de manera exagerada, descargando sus impulsos como evidencia del poco control y manejo de los mismos y que debido aun a la presencia de pequeñas crisis de pérdida de conciencia continua con su tratamiento farmacológico.

### **Clasificación diagnóstica**

La paciente presenta rasgos de:

- Inconstancia en sus decisiones
- Inestabilidad emocional
- Retraimiento
- Irritabilidad
- Baja autoestima
- Inseguridad

### **Diagnóstico multiaxial**

#### **Trastornos clínicos**

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones realizadas es probable que la paciente presente:

Trastorno de Ansiedad Generalizada (F411) según el CIE 10. Se encuentra ubicado dentro de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y Trastornos somatomorfos con disrupción de la familia por abandono de la madre.

#### **Trastornos de la personalidad**

Presenta personalidad dependiente.

#### **Enfermedades médicas**

Según los análisis realizados la paciente presenta algunas complicaciones con su salud como son el hipotiroidismo, últimamente hipertensión arterial. Además de problemas con sobrepeso, somnolencia y cansancio durante el día.

### **Problemas relativos al grupo primario de apoyo**

La paciente ha crecido en un hogar funcional, volviéndose disfuncional a partir de los 22 años, refiere recibir apoyo de su familia. Actualmente tiene el apoyo de sus padres y hermana.

### **Evaluación Global del individuo**

La paciente presenta síntomas moderados (afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia frecuentemente) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral.

La conducta está considerablemente influida por ideas de no poder lograrlo y/o el desdén hacia actividades, pensamientos de no poder lograr metas y desprecio hacia sí misma y su figura.

### **Pronóstico:**

Pronóstico reservado ya que el curso de la enfermedad de la paciente dependerá de las condiciones en las que se desarrolle su tratamiento teniendo en cuenta los factores ambientales y la presencia de apoyo familiar, los cuales son determinantes en la evolución del caso.

### **Planificación del tratamiento: presentación de las metas u objetivos de tratamiento**

En esta etapa se plantearon los objetivos a trabajar para que la paciente supere las dificultades que la aquejan frecuentemente.

- Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente a través del entrenamiento en técnicas de relajación y pueda controlar las situaciones que le causen temor.
- Ayudar a la paciente a identificar sus pensamientos irracionales y reestructurar sus creencias a través de nuevas formulaciones a pensamientos más saludables.



- Ayudar a Afrontar, de forma sistemática conductas que le producen ansiedad.
- Desarrollar habilidades sociales en autoestima, asertividad, control de emociones. y proyecto de vida.

### **Protocolo del tratamiento**

Para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada se planteó técnicas donde la paciente tenía que ir aprendiendo poco a poco el autocontrol, teniendo en cuenta que era presumible un aumento de síntomas en situaciones extremas. De esta forma, también se le proporcionó recursos para utilizar cuando notara un aumento de los síntomas de ansiedad.

En nuestro protocolo para esta ansiedad generalizada planteamos lo siguiente:

En primer lugar, a través de la psicoeducación se le otorgó información relevante y comprensible sobre su enfermedad, enseñándole a tomar conciencia a través de la aceptación, distinguir entre los síntomas y sus efectos, como la relación entre pensamiento, emoción y acción.

Se complementó con la terapia de aceptación y compromiso para que pueda salir progresivamente de esta problemática

De acuerdo con Barlow (2018) el objetivo de la Terapia de Aceptación y Compromiso es reducir la rigidez mental, por lo que se abren procedimientos básicos como la aceptación, permanecer en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (cognitivo). (p. 208)

Después se realizaron ejercicios de relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.

Prevención de las conductas de preocupación.

Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y administrar el tiempo.

Técnicas cognitivas: Reestructuración de interpretaciones catastróficas, control de pensamientos automáticos, reevaluar la probabilidad de un evento negativo. Para facilitar estos cambios fue importante utilizar ejercicios estructurados, cuestionando hipótesis a través del “diálogo socrático” o confrontando hechos, etc.

Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas.

Desarrollo de habilidades sociales y mejora de la calidad de las relaciones interpersonales.

Planificación de actividades agradables y placenteras.

Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico. Los fármacos más utilizados son los ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas. Se han utilizado con éxito los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico.

Materiales de autoayuda, como complemento a la terapia.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento de la ansiedad generalizada, en el contexto de un enfoque de tratamiento integrado y conveniente.

Además, dependiendo de las circunstancias y el momento, puede estar indicada la terapia familiar y de grupo. La duración del tratamiento suele variar de seis meses a un año, aunque puede prolongarse en algunos casos.

En conclusión, se ha desarrollado diferentes tratamientos cognitivos conductuales que implementan diferentes componentes como la psicoeducación, la relajación y la exposición en vivo, visualización, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y habilidades sociales.

### **Diseño para la evaluación de los resultados**

El diseño para la evaluación de los resultados incluye métodos cualitativos como la observación, la entrevista, y las sesiones terapéuticas. Estas actividades se aplicaron para la adquisición de sus habilidades necesarias y el mantenimiento de las mismas en su vida cotidiana de la paciente, esto se realizó mediante técnicas de relajación, técnicas de exposición en vivo como en imaginación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y habilidades sociales como la autoestima, la comunicación asertiva, el control emocional, la toma de decisiones y el uso del tiempo libre, como su ocupación.

Así mismo estas técnicas y sus respectivos procesos permitieron ayudar a la recuperación emocional de la paciente y sus resultados, han sido los más óptimos, logrando dar una interpretación más profunda de los resultados observados del análisis obtenido. Para ello se utilizaron fichas de registro.

### **Propuesta del plan de seguimiento**

El tipo de tratamiento que se aplicó para este caso de ansiedad Generalizada es la terapia cognitivo conductual. Según Bados y García (2010) concluyeron que la TCC es una de las formas de psicoterapia que combina terapias cognitivas y conductuales con el objetivo de ayudar a la paciente a cambiar su forma de pensar, sentir y comportarse. A diferencia de otras formas de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual se centra específicamente en los problemas y dificultades que enfrentamos en el presente. Además, la terapia cognitivo conductual se basa en la teoría de que no son los propios



acontecimientos los que nos molestan, lo es el significado que les atribuimos, por lo que la terapia cognitivo conductual nos ayuda a ver la explicación alternativa y disfrutar de los beneficios de ver los acontecimientos de manera diferente.

El programa de intervención psicoterapéutica tuvo una duración de un año, en un inicio las sesiones fueron continuas durante seis meses, una vez por semana, con una duración de 60 minutos, para el aprendizaje en técnicas de relajación, exposición en vivo como en imaginación, desensibilización sistemática. Luego las sesiones se realizaron cada quince días durante los seis meses restantes, teniendo cada sesión una duración de 60 minutos sobre todo en técnicas referente a reestructuración cognitiva y habilidades sociales para que logre la paciente un adecuado desarrollo social y pueda desenvolverse con toda normalidad.

Por otro lado, también se complementaron con elementos de aceptación, compromiso y Mindfulness que apunta este abordaje terapéutico.

También el tratamiento farmacológico es esencial, lo cual estuvo determinado por los especialistas como el psiquiatra, endocrino, neurólogo y nutricionista.

### **La guía o workbook que debe conocer la persona a tratar**

La paciente debe conocer que la terapia es una actividad que se realiza en un lugar tranquilo, seguro y de contención para recibir lo que necesita y emprender un aprendizaje a través del acompañamiento.

De manera similar la paciente debe participar en sus sesiones donde el terapeuta acompaña sus inquietudes, angustias, intereses, expectativas y demás procesos por los que atraviesa en relación a sus conflictos. También implica que debe ser honesta y poder confiar, pues el espacio es confidencial.

Otro aspecto importante que debe de conocer es el tiempo, cuánto durará el proceso de la terapia. Es posible que sienta un alivio rápidamente después de algunas sesiones, sin embargo, eso no asegura que ya todo esté solucionado, por el contrario, es un buen inicio de un proceso.

En la actualidad, el deber de entregar información a la paciente permitió someterse a un tratamiento oportuno de intervención, como a sus posibles riesgos y/o recaídas. También fue importante la entrega de su consentimiento informado sobre dicha intervención por parte de la paciente, teniendo presente que suele ser el terapeuta quien disponga la información oportuna que requiere la paciente para tomar una decisión valiosa.

De esta manera, los profesionales de la salud no sólo tenemos un deber de informar, entendido éste como una transmisión de datos según lo requieran las circunstancias, si no también incluir aquellas medidas necesarias para garantizar el resultado de dicha intervención una vez practicada, permitiéndole mejorar en su salud emocional. De ahí que es importante que el terapeuta revise continuamente los objetivos con la paciente ya que de ello depende la dirección de la terapia, la motivación de la paciente y el éxito terapéutico.

Finalmente, se le dio a conocer a la paciente que en este proceso terapéutico participaría la familia como padre, madre y hermana. Así mismo se le indicó las coordinaciones a realizar con el equipo multidisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitario para las visitas correspondientes en el domicilio por parte de la asistente social y enfermera y el tratamiento farmacológico a cargo del psiquiatra, así también se realizó la coordinación con la terapeuta ocupacional para los trabajos manuales.

### **Naturaleza de sus problemas y su reconocimiento**

El trastorno de ansiedad generalizada que presenta la paciente de acuerdo a lo expuesto deriva de las distorsiones cognitivas, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos, Por lo tanto, es el significado que la paciente da a sus experiencias de los hechos pasados relacionados con sus áreas problemáticas. Por lo que reconoce que este malestar que padece le provoca una sensación incómoda en su actuar diario, lo cual hace que busque la ayuda pertinente.

### **Propósito y función de los síntomas que presenta**

Es importante que la paciente aprenda a explorar con la ayuda y cooperación del terapeuta a reconocer y cambiar las distorsiones cognitivas, por lo que es un proceso de resolución de problemas, que permite a la paciente a comprender sus habilidades cognitivas y cómo influye en sus emociones y conductas.

### **Propuesta del aprendizaje de las habilidades para el proceso terapéutico:**

#### **Aprendizaje de habilidades en técnicas de relajación**

El aprendizaje en técnicas de relajación se hizo a través de las técnicas de la respiración diafragmática o abdominal la cual es una de las mejores técnicas para relajarse y ayuda a reducir la ansiedad y aliviar el estrés de manera rápida. También se le enseñó la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson, ambas técnicas se aplicaron en cuatro sesiones cada una, siendo un total de ocho sesiones, dicho entrenamiento en relajación progresiva es una relajación profunda el cual consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado. Con este método todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación grata y con la práctica la



sensación se intensifica alcanzando estados de dominio y relajación logrando disminuir los estados de ansiedad generalizada y facilita la conciliación del sueño.

**Aprendizaje de habilidades en técnicas de exposición (para evitar conductas de evitación):**

El aprendizaje de habilidades en técnicas de exposición se facilitó a través de las técnicas como la desensibilización sistemática y exposición gradual en vivo, dichas técnicas se aplicaron en cuatro sesiones terapéuticas, siendo la desensibilización sistemática uno de los métodos utilizados en la psicoterapia dentro del paradigma teórico-clínico de las terapias cognitivo-conductuales.

Esta técnica consistió en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales, donde se evoca de la situación ansiosa con ayuda del terapeuta, exposición en imaginación, o en vivo del estímulo estresante. El objetivo consistió en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad.

De este modo la paciente aprendió una nueva asociación: De lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectada a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

Por supuesto, el ejercicio imaginario previo le ayudó a cambiar la imagen mental aterradora que la paciente tenía de algunas situaciones, lo cual facilitó esta segunda fase para el afrontamiento en la vida real.

**Aprendizaje de habilidades técnicas para manejar las preocupaciones:**

Este aprendizaje de habilidades consistió en aprender a manejar las preocupaciones que invaden nuestra cabeza a veces desde el minuto en que uno se levanta por la mañana perjudicando enormemente nuestra salud mental. A veces uno suele preocuparse por el futuro y/o el pasado; por la salud, el trabajo y la familia; por lo cual nos afectan a nosotros

mismos y a los demás, así mismo si todos los días se tienen los mismos pensamientos y no se pueden controlar, la preocupación puede generar ansiedad y conduce a la depresión y, en los casos más extremos al suicidio.

En este aprendizaje se estableció 5 técnicas para trabajar con la paciente en cinco sesiones como son: la primera es establecer un tiempo determinado a lo largo del día para manejar esas preocupaciones, en dos periodos de 15 minutos, uno por la mañana y otro por la tarde. Por lo tanto, siempre que una preocupación invadía en la cabeza a lo largo del día debía repetirse a sí misma: “Ahora no. No es el momento de preocuparme”. En segundo lugar, el preocuparse no se debería realizar en lugares de descanso. Se manejó las preocupaciones como un trabajo y no como parte del ocio o descanso. En tercer lugar, se utilizó recuerdos positivos, es decir tras dedicar 5 minutos a manejar las preocupaciones nocturnas, se programó 10 minutos, inmediatamente después, para pensar en un recuerdo positivo. Como, por ejemplo: pensar en un momento en que uno se sentía feliz, orgullosa o relajada. Se debió de repetir 30 veces en la cabeza, esta vez sobre algo positivo. La cuarta técnica fue buscar distracciones, es decir cuando uno se preocupaba fuera del tiempo de preocupación, se buscó distracciones que le permitieron entretener a la mente y alejarse de la ansiedad. Esta técnica no consistió en ignorar los problemas, sino en afrontarlos en el momento y tiempo adecuados. Finalmente, la última técnica era tomarse el tiempo para esta preocupación cambie ya que preocuparse es como una adicción y si uno quiere acabar con ello se necesita tiempo y poco a poco dejar de hacerlo.

#### **Aprendizaje de habilidades en reestructuración cognitiva:**

Es una de las técnicas más habituales en consulta, y se aplicó a la paciente en seis sesiones, esta reestructuración cognitiva se utilizó principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo, cuya función fue de modificar

pensamientos irracionales que provocaba malestar y se sustituyó por otros más racionales para mejorar el estado de ánimo.

En este aprendizaje se enseñó a la paciente sobre la validez y utilidad de tener estos pensamientos, mediante preguntas y buscando alternativas racionales que ayudaron a que encuentre por sí misma la respuesta.

Aquí se plantearon 6 pasos para trabajar los pensamientos negativos:

En primer lugar, se registraron los pensamientos irracionales, enseñándole a la paciente de que vaya identificando poco a poco cuáles son esas distorsiones o creencias irracionales, reflexionando acerca de qué pensamientos le ha llevado a sentirte mal y anotara en un auto registro. Este auto registro consistió de tres columnas, en una columna describía la situación, en otra lo que pensaba y en la otra lo que sentía. En segundo lugar, se analizó la veracidad de los pensamientos irracionales y la evidencia de que lo que pensamos sea cierto a favor y en contra de éste.

En tercer lugar, la paciente analizó la utilidad del pensamiento, donde se realizó preguntas como: ¿De qué me sirve ponerme nerviosa pensando en el futuro? ¿Soluciono mis problemas pensando esto? ¿Qué conseguiré pensando así?

En cuarto lugar, se analizó la trascendencia del pensamiento. En el caso de que pensará en hechos en el futuro, se preguntaba ¿Es tan grave? ¿Podré soportarlo?

En quinto lugar, la paciente experimentó sus preocupaciones asociadas a su conducta. Donde la paciente si creía que algún familiar estaba molesta con ella debía preguntárselo para salir de dudas. Si resultaba que sí estaba enfadado, era una buena oportunidad para hablarlo y solucionarlo.



En sexto lugar, se trabajó con la paciente los pensamientos alternativos racionales. Para ello se preguntaba: ¿Ponerse nerviosa es normal, a todo el mundo le pasa? ¿Hay otra forma de interpretar esta situación? ¿Me ayuda a tener mejor estado de ánimo?

También era importante eliminar los “debería” y sustituirlos por “me gustaría”.

La reestructuración no fue tarea fácil y requería de mucho tiempo de práctica. Pero llegaría un momento en que las ideas irracionales ya no iban a atormentar y cada vez serán menos frecuentes.

### **Entrenamiento en habilidades sociales:**

Podemos decir que las habilidades sociales óptimamente desarrolladas son fundamentales para disfrutar una vida saludable y feliz, decimos que la persona con habilidades es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables

Por lo que en este entrenamiento de habilidades sociales se le enseñó a la paciente sobre la Autoestima, para ello se trabajó sesiones en temas como: aceptándome, conociéndome y orgullosa de mis logros.

Por otro lado, se le instruyó en relación a la comunicación asertiva donde se realizó sesiones sobre temas de la escucha activa, utilizando mensajes claros y precisos como los estilos de comunicación.

Del mismo modo se le adiestró en el control de los impulsos donde se trabajó sesiones como: Identificando pensamientos que anteceden la ira, auto instrucciones y pensamientos saludables.

Finalmente se trabajó sesiones en la toma de decisiones y proyecto de vida.

## **Estructura del programa y asuntos prácticos de la implementación terapéutica**

La estructura del programa se fundamentó en la terapia cognitiva conductual considerando el objetivo general y los objetivos específicos. Estos objetivos están relacionados con los procedimientos a desarrollarse en las diferentes sesiones terapéuticas, donde dichos procedimientos terapéuticos están dirigidos al aprendizaje de habilidades y estrategias dirigidas a la consecución de objetivos por lo que en cada sesión del programa se han diseñado actividades orientadas al desarrollo de habilidades que permitan mejorar la salud emocional de la paciente.

El programa terapéutico se implementó en sesiones. Estas sesiones tienen como objetivo que la paciente aprenda a desarrollar habilidades para el manejo de su problemática que es la ansiedad generalizada, los cuales le permita realizar reflexiones, evaluar su desempeño y logre tomar conciencia de sus logros.

El programa está organizado en 36 sesiones, de una hora cada sesión, las que se desarrollaron semanalmente durante seis meses, luego las sesiones se realizaron cada quince días durante los seis meses restantes.

Para la evaluación inicial se utilizaron registros, donde previamente a la paciente se le hizo firmar un consentimiento informado, comunicándole sobre la confidencialidad de sus datos. Posteriormente se le dio a conocer sobre los objetivos del plan, como el proceso, enfatizando en el tratamiento a seguir para los fines terapéuticos correspondientes.

## **Esquema del proceso de tratamiento y lo principios básicos subyacentes del tratamiento**

Se enfatizó en la importancia del tratamiento, sobre todo en relación a la ansiedad generalizada que presenta la paciente, analizándose el tratamiento integral, los objetivos e

individualización del tratamiento en el manejo de los múltiples problemas que le aquejan a la paciente. Por lo que la terapia cognitivo-conductual es uno de los métodos más útiles para el tratamiento de la ansiedad generalizada por su efectividad en la reducción de los síntomas.

De igual modo la terapia cognitivo conductual de tercera generación es una de las más recientes. Por lo que, autores como Hayes et al. (2003), afirman que la TCC es una variedad de marcos teóricos y metodológicos basados en contextos funcionales que cubren las perspectivas y prácticas filosóficas de las tradiciones humanísticas y el budismo zen; siendo sus modelos de tratamiento, guiados por principios de flexibilidad, de evaluación y el abordaje de los procesos centrales en el malestar psicológico. El marco de intervención en estas recomendaciones sugiere un cambio programático desde perspectivas que se enfocan en el manejo de las emociones y los problemas cognitivos, hacia la aceptación y el desarrollo de comportamientos flexibles.

**Número de sesiones:** Se realizó 36 sesiones



## Capítulo III

### Aplicación del Proceso de Intervención

#### Objetivos del programa de intervención

##### *Objetivo general:*

Reducir los niveles de ansiedad en la paciente con la finalidad de tener un mejor afrontamiento hacia los problemas psicológicos que está viviendo, tomando decisiones saludables a nivel personal como en sus relaciones interpersonales.

##### *Objetivos específicos:*

- Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente a través del entrenamiento en técnicas de relajación y pueda controlar las situaciones que le causen temor.
- Ayudar a la paciente a identificar sus pensamientos irracionales y reestructurar sus creencias a través de nuevas formulaciones a pensamientos más saludables.
- Ayudar a Afrontar, de forma sistemática conductas que le producen ansiedad.
- Desarrollar habilidades sociales en autoestima, asertividad, control de emociones y proyecto de vida.

#### Descripción de las sesiones de intervenciones (Protocolo del tratamiento)

El siguiente programa de intervención consistió de 36 sesiones, en las cuales cada sesión tuvo una duración de 60 minutos, las que se desarrollaron semanalmente durante seis meses, luego las sesiones se realizaron cada quince días durante los seis meses restantes.

##### *Psicoeducación*

##### **N° de sesiones:**

1 sesión

**Objetivos de las sesiones:**

Informar a la paciente sobre la enfermedad que padece, mediante la técnica de psicoeducación y ayudarla a comprender mejor sus síntomas.

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Entrevista

**Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos.

**Actividades de las sesiones:**

Para esta sesión de intervención en primer lugar se realizó la psicoeducación donde se le dio información actualizada y comprensible a la paciente acerca de su ansiedad, enseñándole a tomar conciencia de su enfermedad, de tal manera que la acepte y aprenda a diferenciar los tipos de peligro, conocer los tipos de ansiedad y cómo puede afectarle la ansiedad en su salud y las relaciones entre pensamiento, emoción y conducta. A su vez se le informó a la paciente sobre las técnicas de relajación, las técnicas de imaginación y exposición en vivo, también se le informó sobre la desensibilización sistemática, las técnicas para el manejo de las preocupaciones, reestructuración cognitiva, y los procesos en el entrenamiento de las habilidades sociales, entre otros.

***Aprendizaje de habilidades en técnicas de relajación***

**N° de sesiones:**

- 4 sesiones de relajación diafragmática o abdominal

- 4 sesiones de relajación progresiva muscular de Jacobson

**Objetivos de las sesiones:**

Reducir los síntomas de tensión y favorecer la regulación de mecanismos que ayuden a conseguir un estado de calma.

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Técnica de relajación diafragmática o abdominal
- Técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson

**Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos.

**Actividades de las sesiones:**

En la primera sesión de la técnica de relajación diafragmática o abdominal se realizó la psicoeducación, porque la paciente no tenía conocimiento sobre la manera correcta del manejo de la respiración para ello se le enseñó las respiraciones profundas y abdominales; donde previamente se le entregó una escala del 1 al 10 que le permitió medir su ansiedad, se procedió a explicarle que significaba el 1, 2, 3 hasta llegar al 10, es a través de esta escala que se le fue midiendo los niveles de ansiedad que la paciente estaba experimentando.

Después se le indicó a la paciente que se siente en una silla cómoda, con la espalda apoyada, y que coloque una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen y que inhale lentamente por la nariz. Que inspire de forma lenta y profunda a lo largo de 4 segundos. Luego se le dijo que perciba cómo la mano del abdomen se eleva mucho más que la mano que está sobre el pecho. “Retén ese aire contando mentalmente del 1 al 3 para



después, exhalar de forma lenta a lo largo de 7 segundos”. Estas respiraciones profundas se realizaron en un promedio de 10 a 12 respiraciones.

En la segunda sesión se hizo la retroalimentación, volviendo a realizar el mismo ejercicio de respiración profunda con los pasos antes mencionados, donde la paciente al inicio le fue difícil porque no estaba acostumbrada a realizar este tipo de respiración, luego colaboró mostrando una buena actitud, haciéndole hincapié que estos ejercicios debe practicarlos en casa de preferencia por las mañanas cuando despierte y por las noches cuando se acueste.

En la tercera sesión se volvió a realizar la retroalimentación del ejercicio, con los pasos señalados, también se percibió una buena actitud por parte de la paciente, por lo que se le dio a entender que era importante que realice este ejercicio de respiración para reducir su ansiedad y pueda mejorar en su salud.

En la cuarta sesión se volvió a realizar la retroalimentación del ejercicio de respiración profunda y se notó que la paciente tenía más práctica en el ejercicio de respiración por lo que se procedió a pasar al siguiente ejercicio que es la relajación progresiva muscular de Jacobson.

En la relajación progresiva muscular de Jacobson en la primera sesión, se le explicó a través de la psicoeducación el por qué debería de realizar este ejercicio, así mismo las ventajas y la práctica de manera constante que es beneficioso para relajar los distintos grupos musculares, logrando un estado de relajación y aminorar los estados de ansiedad.

A su vez se le dio a conocer que la respiración en este ejercicio es lenta e incluso le permite pensar en el contraste entre tensión y relajación. Cada tensión tuvo una duración de 10 segundos y cada relajación otros 10 segundos. Esta secuencia se realizó una vez al día hasta controlar el tono muscular.

Los siguientes autores Davis et al. (2001) refieren las siguientes instrucciones para la terapia de relajación progresiva:

Ahora cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte, observando la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora relájese. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárenla con la tensión que sentía hace unos segundos. Repita de nuevo el proceso, pero esta vez con la mano izquierda y, por último, hágalo con las dos manos a la vez.

Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos Déjelos relajados y observe la diferencia. Repita este ejercicio y los sucesivos, por lo menos una vez.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda, ahora relájese y desarrúguela. Imagínese como toda la piel de su frente y de su cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en el que se ha sentido relajado. Ahora frunza el entrecejo e intente sentir como las venas se extienden por la frente. Relájese y déjelos cerrados suavemente, Ahora cierre la mandíbula, apretando con fuerza, note la tensión que se produce en toda la zona. Relájela. Una vez relajada notará que los labios están ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación. Ahora apriete la lengua contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Ahora apriete los labios haciendo con ellos una O y relájelos. Observe como su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están en este momento relajados.

Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Gírela hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el

foco de tensión. Gírela ahora hacia la izquierda. Enderece la cabeza y muévela ahora hacia delante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a su posición natural. Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájelos. Ahora bájelos y sienta como la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros, relajación pura más y más profunda.

De a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. Ahora espire haciendo que el tórax se deshinche y relaje, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco. Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repita esto varias veces, observando como la tensión va desapareciendo de su cuerpo a medida que el aire va siendo espirado. Ahora tense el estómago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región. Respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago. Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire. Ahora arquee la espalda sin llegar hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájese más y más profundamente.

Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Relájese. Ahora extienda con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez. Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta



la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara. (pp. 28-30)

Esto indica una serie de pasos que se deben seguir para llevar a cabo una sesión en la terapia de relajación la cual resulta beneficiosa para la paciente, teniendo en cuenta la forma de aplicación por parte del profesional.

En la segunda sesión se hizo la retroalimentación, volviendo a realizar el ejercicio de relajación progresiva muscular de Jacobson con los pasos mencionados, donde la paciente en un inicio le fue difícil relajarse, pero después colaboró con el ejercicio planteado, indicándole que estos ejercicios deben practicarse porque permite tener conocimiento del estado de tensión de cada parte de su cuerpo y tener recursos para relajar dichas zonas cuando estén en tensión.

En la tercera sesión se volvió a realizar la retroalimentación del ejercicio, con los pasos indicados, también se observó un poco de dificultad al inicio del ejercicio por parte de la paciente, pero se volvió a enfatizar que es importante que realice este ejercicio para reducir los niveles de ansiedad.

En la cuarta sesión se volvió a realizar la retroalimentación del ejercicio de relajación progresiva muscular de Jacobson y se observó que la paciente tenía una mejor actitud colaborando con los pasos señalados.

*Aprendizaje de habilidades en técnicas de exposición (para evitar conductas de evitación)*

**N° de sesiones:**

4 sesiones.

**Objetivos de las sesiones:**

Fortalecer la sesión anterior mediante la retroalimentación.

Conseguir que la paciente logre desarrollar un orden de estímulos imaginarios, que le permita entrar a un estado de relajación.

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Desensibilización sistémica y exposición gradual
- Imaginación
- Retroalimentación

**Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos.

**Actividades de las sesiones:**

En la primera sesión de esta técnica se realizó la psicoeducación, donde se le explicó paso a paso lo que se iba a realizar en las cuatro sesiones, procediéndose luego a la elaboración de una lista con una jerarquía de estímulos estresantes o situaciones que provocan ansiedad, incluyendo lugares y personas y las ordenamos de menor a mayor según el grado de ansiedad que generan. Para cuantificar la ansiedad se utilizó una escala del 0 al 100, donde 0 es relajación total y 100 es la situación más estresante.

En la segunda sesión se aplicó esta técnica a través de imágenes visuales, donde se evocó la situación ansiosa y con ayuda guiada se logró ir reduciendo poco a poco la ansiedad.

Se le indicó a la paciente que usara su lista categorizada de eventos para aprender a relajarse cuando experimente estrés, Por lo que se utilizó en este ejercicio las técnicas de relajación a la jerarquía de situaciones de Davis et al. (2001). Así mismo se le guio a que empiece con la primera escena en la que tuvo baja puntuación de (1) “donde pensaba que se podía quedar en el abandono” para lo cual ejecutó una representación mental. Así mismo se le señaló que mantenga la imagen estresante de 30 a 40 segundos. Luego se le dijo que observe si empieza a aparecer cualquier síntoma de tensión y que utilice la sensación de tensión como señal para empezar la relajación muscular profunda y la respiración profunda. Se le advirtió que la tensión de su cuerpo es como un primer síntoma de aviso y que podía relajar esta tensión incluso cuando estaba imaginando estas situaciones. Del mismo modo se le hizo saber que cuando haya imaginado dos veces una escena determinada sin haber sentido ansiedad o tensión y habiendo mantenido cada vez una imagen clara de la misma durante 20 segundos, podía pasar al segundo ítem de la lista.

Por otro lado, se le sugirió que en los próximos días repase su lista completa de acontecimientos utilizando el mismo procedimiento pasando de lo más fácil a lo más difícil. Al final alcanzó un conocimiento más profundo de cómo y dónde asienta la tensión en su cuerpo, donde al recibir los primeros signos de tensión era la señal para empezar a relajarse. Se le dio a conocer que aprender a relajarse ante el miedo requería que cada escena le resulte viva y real. Del mismo modo, la paciente debía ser capaz de evocar los sonidos, los olores, las imágenes y estructura de la situación. Las primeras veces aún no se sentía del todo inmersa en la situación, sin embargo, cuanto más practicaba más fácil le resultaba sentirse como si se encontrara de verdad en ella.

Así también se le planteó que en el primer día que empezaría a practicar la relajación siguiendo su lista de situaciones, no trabaje más de tres escenas. Después de cuatro días de haber practicado con cada una de las situaciones de su lista y después de



haberse relajado en ellas ya podía esperar una mayor sensación de confianza para poder enfrentarse a las mismas situaciones en la vida real.

De esta manera a través de imágenes visuales se ayudó a cambiar la imagen mental aterradora que la paciente tenía de algunas situaciones lo cual facilitó el afrontamiento en la vida real.

En la tercera se aplicó a la paciente la exposición gradual en vivo, al encontrarse frente al estrés la tensión del organismo era utilizado como señal para empezar la relajación. Por medio de la lista de situaciones estresantes la paciente aprendió a esperar los primeros signos de tensión. Estos signos se convirtieron en la señal para relajarse. Se programó practicar todos los días por las tardes a razón de 60 minutos, En un inicio le acompañó su hermana, luego ella lo realizó sola. Avanzó a razón de tres escenas por día completándola toda la lista en siete días, repitiéndola luego otra vez desde el principio hasta el final. Simultáneamente confeccionó una lista de autoinstrucciones o pensamientos de afrontamiento. Que fueron las siguientes:

**Autoinstrucciones:**

- No hay de qué preocuparme
- Estaré bien
- Respira profundamente
- Relájate
- Puedo pedir ayuda si lo necesito
- Si me cuido no me va a pasar nada
- Todo lo malo tiene que pasar
- Dios me dará fortaleza para seguir adelante

En la cuarta sesión se volvió a realizar la retroalimentación de la tercera sesión, a la vez se le recalcó seguir utilizando estas autoinstrucciones de afrontamiento en su vida diaria. Por lo que empezó a aplicar estas técnicas de relajación y a elegir los pensamientos de afrontamiento del estrés. Luego transcurrido algún tiempo mejoró su capacidad de reconocer la aparición de estrés y de liberarse de cualquier tensión física que pudiera aparecer en su cuerpo.

### *Aprendizaje de habilidades en técnicas para manejar las preocupaciones*

#### **N° de sesiones:**

5 sesiones

#### **Objetivos de las sesiones:**

Fortalecer la sesión anterior mediante la retroalimentación.

Lograr en la paciente el manejo de las preocupaciones.

Conseguir el manejo de las preocupaciones en la paciente sea ejecutado durante 15 minutos durante dos veces al día.

#### **Técnicas:**

- Retroalimentación
- Pensamientos

#### **Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos

#### **Actividades de las sesiones:**

En la primera sesión basándose en la técnica del psicólogo clínico Kerkhof (2016) se decidió lidiar con sus preocupaciones del día en dos intervalos de 15 minutos, uno por

la mañana y otro por la tarde, “este tiempo es solo para preocuparse”. Así que cada vez que las preocupaciones del día inundaban su mente, tenía que repetirse constantemente: “Ahora no es el momento de preocuparse”. Al principio le fue difícil realizar este ejercicio ya que no estaba acostumbrada a que sus preocupaciones tengan un tiempo para pensar.

En la segunda sesión las preocupaciones se consideraban como un trabajo, no como parte del descanso ni de la recreación: “sólo piensa cuando estés preocupada, luego apártalas” y siempre en lugares que no esté sujeto a tiempos de descanso, como su cama o su silla favorita (Kerkhof, 2016).

En la tercera sesión se utilizó recuerdos positivos, lo que significa que después de dedicar 5 minutos a lidiar con sus preocupaciones nocturnas, se programaba 10 minutos inmediatamente después para pensar en un recuerdo positivo. Por ejemplo, piense en un momento en que se sintió feliz, orgullosa o cómoda. Tenía que repetirse una y otra vez sobre algo positivo “mientras recuerdo los sonidos, colores y olores de este momento feliz” (Kerkhof, 2016).

La cuarta sesión fue buscar distracciones. Esta técnica no consistió en ignorar los problemas, sino en afrontarlos en el momento y tiempo adecuados “escuchando su música favorita, leer un libro”.

Finalmente, en la quinta sesión fue tomarse el tiempo necesario para reducir sus preocupaciones poco a poco, cabe señalar que los efectos de esta técnica no fueron inmediatos, por lo que se tenía que practicar durante varias semanas.

### ***Aprendizaje de habilidades en reestructuración cognitiva***

#### **N° de sesiones:**

6 sesiones



**Objetivos de las sesiones:**

Fortalecer la sesión anterior mediante la retroalimentación.

Identificar los pensamientos negativos.

Modificar los pensamientos irracionales que provocan malestar en la paciente.

Sustituir los pensamientos irracionales por pensamientos racionales mediante la reestructuración cognitiva.

**Técnicas:**

- Reestructuración cognitiva
- Retroalimentación

**Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos.

**Actividades de las sesiones:**

En este aprendizaje se enseñó a la paciente sobre la validez y utilidad de los pensamientos, mediante preguntas, buscando alternativas racionales que le ayuden a encontrar por sí misma la respuesta.

Aquí planteamos seis pasos que se trabajó con los pensamientos negativos:

En primer lugar, se registraron los pensamientos irracionales, enseñándole a la paciente de que vaya identificando poco a poco cuáles son esas distorsiones o creencias irracionales, reflexionando acerca de qué pensamientos le ha llevado a sentirte mal y anotar en un autorregistro. Este autorregistro constó de tres columnas, en una columna describió la situación, en otra lo que piensa y en la otra lo que siente.

En segundo lugar, se analizó la veracidad de los pensamientos irracionales y la evidencia de que lo que pensamos sea cierto a favor y en contra de éste.

En tercer lugar, la paciente analizó la utilidad del pensamiento, donde se realizó preguntas como: ¿De qué me sirve ponerme nerviosa pensando en el futuro? ¿Soluciono mis problemas pensando esto? ¿Me ayuda en algo? ¿Qué conseguiré pensando así?

En cuarto lugar, se analizó la trascendencia del pensamiento. La paciente cuando pensaba sobre hechos del futuro se preguntaba ¿Es tan grave? ¿Podré soportarlo? Si realmente me pongo nerviosa, ¿es lo más terrible que me podría pasar?

En quinto lugar, la paciente experimentó sus preocupaciones asociados a su conducta. Donde la paciente pensó que si su familiar está molesto con ella se lo preguntaría para salir de dudas por lo que era bueno hablarlo y solucionarlo.

En sexto lugar, se trabajó con la paciente los pensamientos alternativos racionales. Para ello se decía así misma ¿Ponerse nerviosa es normal, a todo el mundo le pasa?? ¿Hay otra forma de interpretar esta situación? ¿Podría hacer algo más útil que darle vueltas a este pensamiento? ¿Me ayuda a tener mejor estado de ánimo? ¿y si no me saliera como yo quiero, tampoco es el fin del mundo?

También fue importante eliminar los “debería” sustituyéndose por “me gustaría”. No “necesito alguien que me quiera”, sino “Me gustaría que alguien me quisiera”.

La reestructuración no fue tarea fácil y se requirió mucho tiempo de práctica. Por lo que fue importante erradicar las ideas irracionales ya que le atormentaban a su salud mental de la paciente y cada vez fueron menos frecuentes.

### ***Entrenamiento en habilidades sociales***

#### **N° de sesiones:**

12 sesiones

**Objetivos de las sesiones:**

Fortalecer la sesión anterior mediante la retroalimentación.

Fortalecer en la paciente su autoestima.

Fomentar en la paciente el uso de la comunicación asertiva

Lograr en la paciente el control de sus impulsos.

Desarrollar en la paciente una adecuada toma de decisiones y pueda además desarrollar su plan de vida

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Retroalimentación

**Duración:**

Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos

**Actividades de las sesiones:**

Se realizó el entrenamiento de las habilidades sociales en autoestima, asertividad, control de impulsos y toma de decisiones.

En el entrenamiento de la autoestima se realizó 3 sesiones:

En la primera sesión se trabajó con la paciente en el autoconocimiento de sí misma y se acepte físicamente, favoreciendo su auto cuidado. A través de las técnicas “Mi cuerpo es valioso” y “valorando nuestro cuerpo”, describiéndose las partes de su cuerpo que más le agradaba y las que no le agradaba, explicándole luego la importancia de aceptar su cuerpo, enfatizando el reconocer nuestras características físicas tal como somos y aceptarlo de manera incondicional. Así mismo el aprender a reconocer y expresar sus emociones y



sentimientos en forma adecuada. Al principio le fue difícil aceptarse como era, ya que se percibía como una persona “gorda” y no le agradaba su peso, pero después poco a poco empezó a aceptarse tal como era. En la segunda sesión se trabajó la técnica “conociéndome” donde tuvo que identificar sus características positivas y negativas de su comportamiento, utilizando luego sus habilidades para cambiar las características negativas de su comportamiento. En la Tercera sesión se trabajó el estar orgullosa de sus logros, a través de la técnica “Reconociendo mis logros”, a nivel de su familia, trabajo y en su entorno del vecindario. Al concluir la sesión se le reforzó con palabras de felicitación por los logros alcanzados, pasando luego al desarrollo de un ejercicio donde tenía que cerrar sus ojos y revivir en imágenes lo que había escrito para experimentar la satisfacción de su desempeño.

En el entrenamiento de la comunicación asertiva se efectuó en 3 sesiones:

En la primera sesión se trabajó la técnica el aprender a escuchar a los demás, lo cual permitió conocer algunas habilidades que permitan escuchar mejor y entender el mensaje con mayor precisión. En la segunda sesión se trabajó la técnica utilizando mensajes claros y precisos, donde se trató de resaltar la importancia de dar mensajes claros, a fin de que sean entendidos, la cual colaboró con los ejercicios planteados. En la Tercera sesión se trabajó la técnica los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo en donde se enfatizó que el estilo asertivo es una alternativa saludable ante cualquier situación.

En el entrenamiento del control de impulsos se realizó 3 sesiones:

En la primera sesión se trabajó la técnica identificando pensamientos que anteceden a la ira. Donde se enfatizó la importancia de reconocer que son nuestros pensamientos los que activan cambios frente a situaciones del entorno cotidiano. Se mostró colaboradora la

paciente con los ejercicios señalados. En la segunda sesión se trabajó la técnica “Autoinstrucciones” donde se identificó las causas de su cólera preguntándose ¿Qué es lo que verdaderamente me causa el enojo o ira?, después de ello se realizó reflexiones a manera de órdenes con la finalidad de lograr un mejor control cuando se sienta enojada. En la tercera sesión se trabajó la técnica “pensamientos saludables” donde se le explicó que son los pensamientos o ideas, que se tienen sobre la persona o situación determinada, los que generan los sentimientos acerca de ellos, por lo que es posible cambiar nuestra respuesta emocional, frente a una situación o hecho determinado, haciendo uso de pensamientos positivos o saludables.

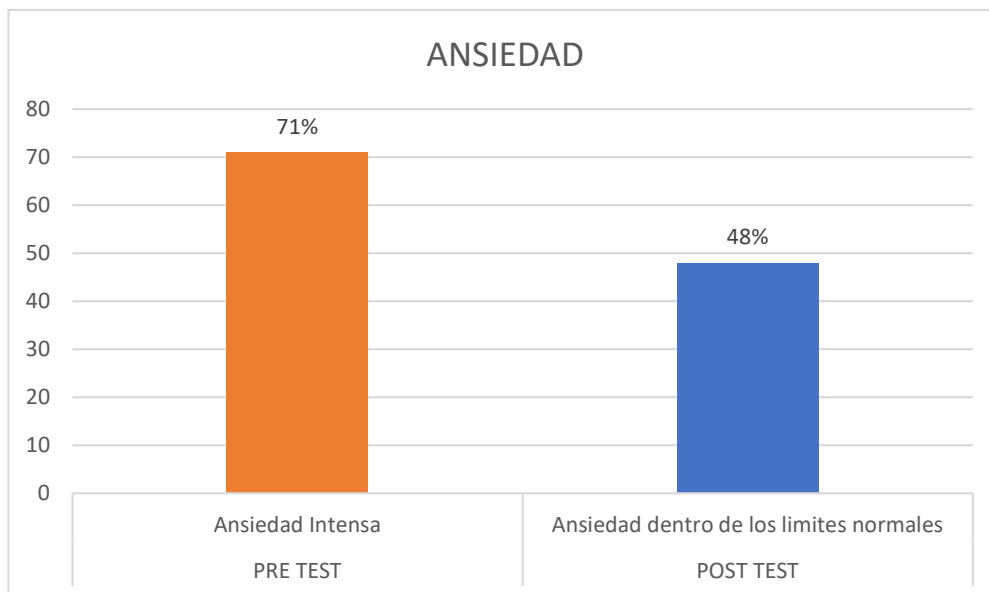
En el entrenamiento de la toma de decisiones y proyecto de vida se realizó 3 sesiones:

En la primera sesión se trabajó la técnica “la mejor decisión” aplicando los pasos para tomar una decisión acertada. Al principio le fue difícil aprender estos seis pasos y a ser más tolerante. En la segunda sesión se aprendió la técnica ¿qué decisión tomaré? Por lo que era importante darse un tiempo para tomar una buena decisión. En la tercera sesión se trabajó la técnica proyecto de vida, que es el camino a seguir para lograr las metas, basado en nuestra realidad. Para la elaboración de este proyecto de vida se trabajó en tres pasos, primero el diagnóstico personal a través del FODA, luego visión personal ¿qué me gustaría ser en mi futuro cercano? y misión persona ¿qué debo hacer para lograr mi meta?

## Descripción de los resultados del programa de intervención

### Gráfico 1

#### *Pre – Post test de ansiedad*



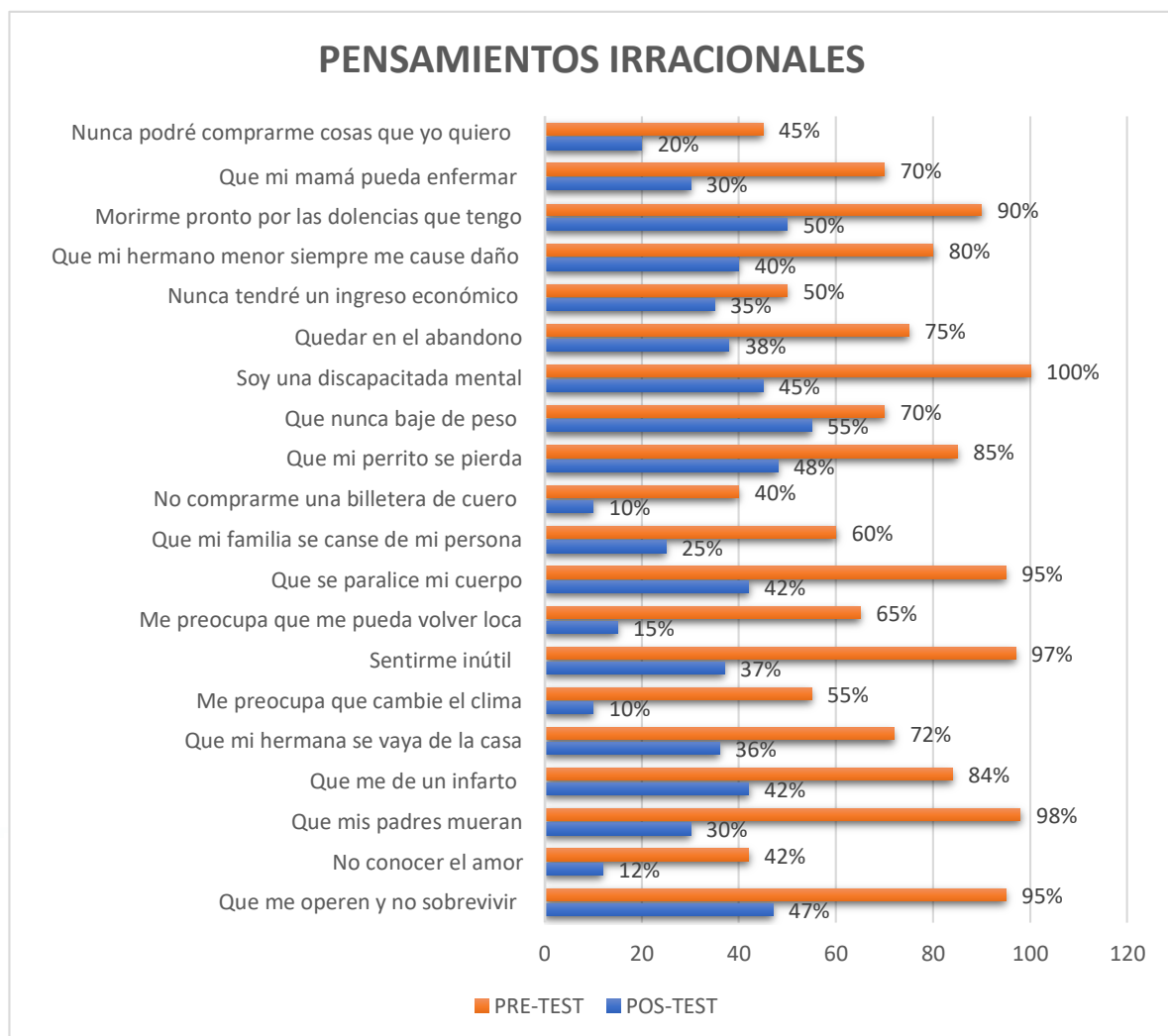
*Nota.* Elaboración propia

En el gráfico 1, se pueda observar una considerable disminución en el nivel de ansiedad. La paciente presentaba en un inicio un grado de ansiedad intensa con un 71%, después de las sesiones terapéuticas que se realizó durante un año, se realizó una nueva evaluación donde la paciente presentó una ansiedad dentro de los límites normales con un 48%. Lo que significa que la paciente se siente menos ansiosa que de costumbre, que puede permanecer más en calma y puede descansar mejor durante la noche.



**Gráfico 2**

*Pensamientos irracionales*

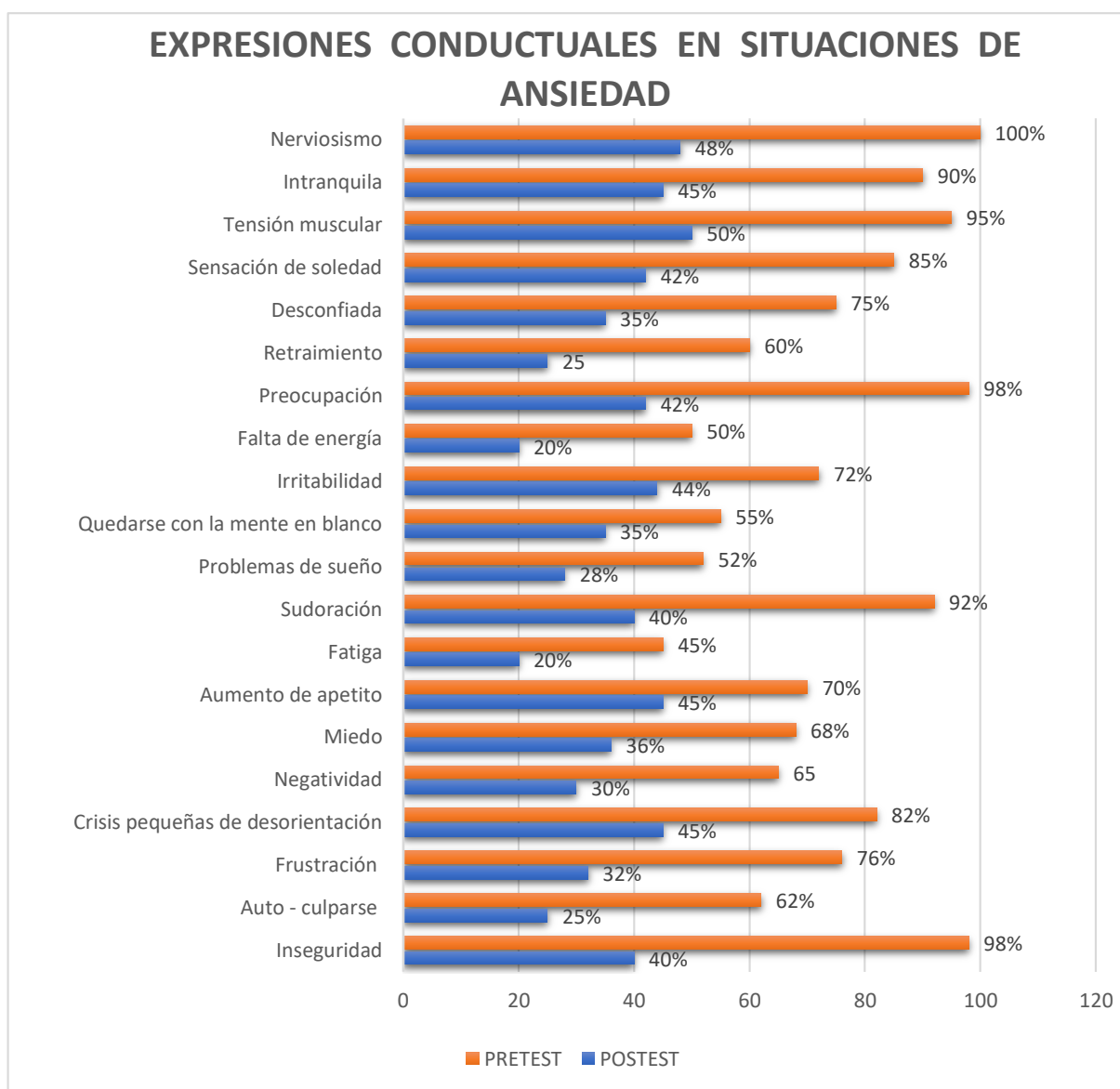


Nota. Elaboración propia

En el gráfico 2, el trabajo terapéutico de corte cognitivo conductual se centró en la identificación de pensamientos irracionales en situaciones que le generan ansiedad, se puede evidenciar una disminución significativa en la creencia de dichos pensamientos distorsionados en relación al pre test; es decir que las valoraciones cognitivas hacia su propia forma de pensar son ahora más racionales y saludables en bienestar de su salud emocional.

**Gráfico 3**

*Expresiones conductuales en situaciones de Ansiedad.*

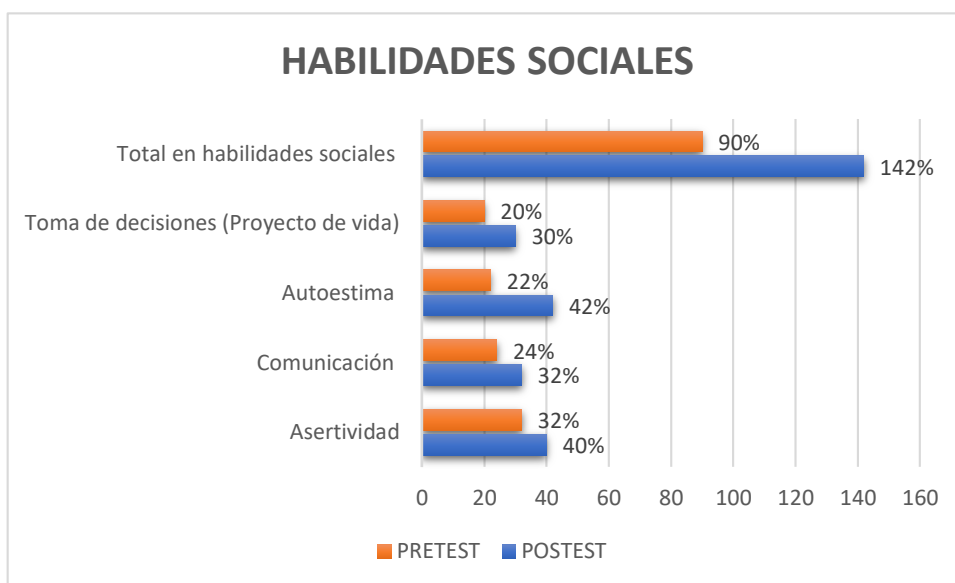


*Nota.* Elaboración propia

En el gráfico 3, se presenta el análisis comparativo de los resultados pre test y post test en relación a las conductas de la paciente en estado de ansiedad. Como se puede observar hay una disminución en el post test, de estas conductas, ya que la paciente al aplicar las técnicas terapéuticas logra mejorar con respecto a las situaciones que afronta en su vida diaria.

## Gráfico 4

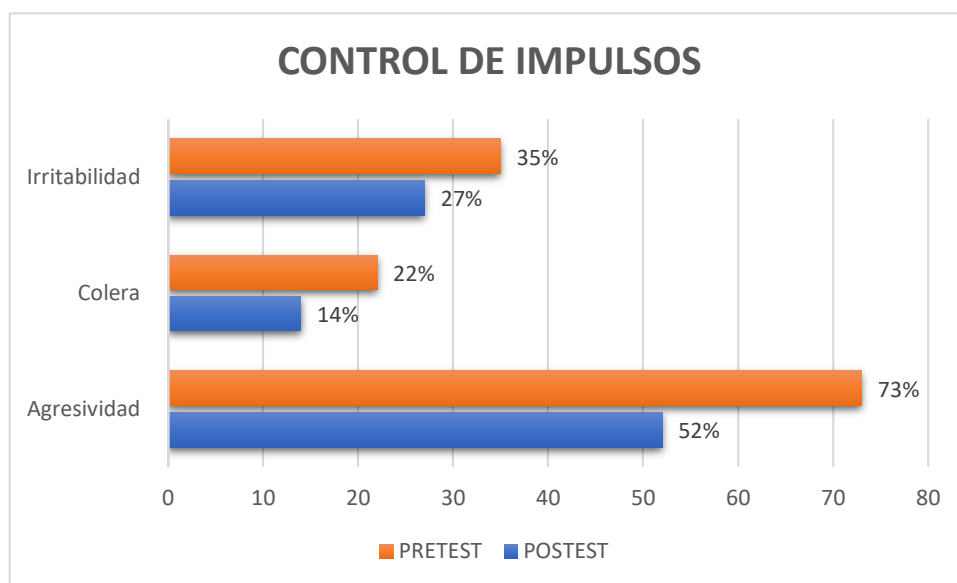
### *Habilidades sociales*



*Nota.* Elaboración propia

En el gráfico 4, donde se comparan las habilidades sociales, antes y después del tratamiento terapéutico, se puede observar que la paciente mejoró en sus destrezas sociales obteniéndose al inicio un puntaje bajo de 90 a promedio de 142, esto nos quiere decir que hubo una mejora en sus destrezas sociales. Así mismo, en cuanto a los resultados por áreas, se obtuvo: en asertividad en el pre test de un puntaje de 32 que equivale a una puntuación baja, luego pasa en el pos-test a una puntuación promedio de 40, en el pre test en el área de comunicación de 24 bajo a un desarrollo de la habilidad social de 32 promedio, en cuanto a lo que respecta a su autoestima de un puntaje bajo de 22 a un promedio de 42; referente al área de toma de decisiones antes de la intervención del desarrollo de habilidades sociales, tuvo una puntuación de 20 que equivale bajo luego de la intervención se obtiene un puntaje de 30 que equivale a una categoría promedio.



**Gráfico 5***Control de impulsos*

*Nota.* Elaboración propia

En el gráfico 5, se presenta el análisis comparativo de los resultados pre test y post test de las categorías cólera, irritabilidad y agresión antes y después del tratamiento terapéutico; se puede observar que en la categoría de irritabilidad se obtuvo en el pre test un puntaje de 35 que equivale a alto, luego en el pos test se obtiene un puntaje de 27 que equivale a promedio. Así mismo, en la categoría cólera en el pre test se obtiene un puntaje de 22 alto, luego pasa en el post test a 14 que equivale a una puntuación baja, en cuanto a lo que respecta a la categoría agresividad de un puntaje 73 alto logra en el pos test un puntaje de 52 bajo. Esto indica que la paciente después de recibir la TCC logró controlar sus impulsos, esto le permitió mejorar en su comunicación y la forma como expresar de manera más aceptable sus emociones.

### **Las competencias adquiridas por la persona**

A través de la técnica de relajación se redujo el estado de ansiedad en el que se encontraba manteniendo la calma, mediante las técnicas de exposición aprendió a utilizar auto instrucciones a pensamientos de afrontamiento para calmar los pensamientos estresores.

En las técnicas del manejo de las preocupaciones aprendió que debía tener un tiempo para dedicarse a pensar en lo que le preocupa y no todo el día como lo hacía antes. Además, cual importante era recordar las cosas positivas y escuchar música o leer algún libro que le guste. En el aprendizaje de reestructuración cognitiva aprendió que cuando se tiene pensamientos irracionales hay que reflexionar, anotando primero un autorregistro, luego ver su veracidad de los pensamientos analizar su utilidad y su trascendencia del pensamiento para luego buscar pensamientos alternativos racionales.

En el entrenamiento de las habilidades sociales, en la habilidad de la autoestima se logró mejorar la visión que tenía ella de sí misma, aceptarse tal como es de manera incondicional y fortalecer sus logros. En la habilidad del asertividad aprendió a escuchar a los demás, a expresar sus emociones respetando las opiniones de los demás. En la habilidad del control de la ira se logró que aprendiera a tener más autocontrol de sus emociones y referente a su proyecto de vida sus metas a corto plazo como tener un negocio.

### **Supresión o extinción de los aprendizajes que anclaron y mantuvieron el problema**

Cada técnica que se aplicó a la paciente para ella ha sido todo nuevo, más aún cuando se le dejaba los ejercicios para que practique en casa le dificultaba un poco por lo que se pidió el apoyo de su hermana. A sí mismo en cada sesión se le tenía que hacer la

retroalimentación del ejercicio planteado a fin de que recordara lo aprendido y cuando a veces no recordaba se le tenía que volver a repetir el ejercicio. También habido sucesos en los que se presentaban hechos o problemas nuevos para ella, se le tenía que estar recalcando que usara las técnicas aprendidas.

### **Descripción del seguimiento**

#### **Sesión de seguimiento N° 1:**

##### **Objetivo:**

Evaluar el estado actual de la paciente.

Reforzar el uso de las técnicas aprendidas en las sesiones.

##### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Entrevista
- Retroalimentación

##### **Actividades realizadas:**

Se le sugirió a la paciente que tenía que continuar con las técnicas de respiración abdominal y relajación muscular con la supervisión de su hermana a fin de seguir reduciendo los niveles de ansiedad.

#### **Sesión de seguimiento N° 2:**

##### **Objetivo:**

Reforzar el uso de las técnicas aprendidas en las sesiones.

##### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Retroalimentación



**Actividades realizadas:**

Se le sugirió seguir practicando las técnicas del manejo de las preocupaciones teniendo un tiempo para dedicarse a pensar en lo que le preocupa. Así mismo recordar las cosas positivas como escuchar música o leer algún libro que le guste, entre otros.

**Sesión de seguimiento N° 3:**

**Objetivo:**

Reforzar el uso de las técnicas aprendidas en las sesiones.

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Retroalimentación

**Actividades realizadas:**

Se le indicó seguir practicando las técnicas en reestructuración cognitiva sobre todo cuando se presenten los pensamientos irracionales y utilizar los pasos como el reflexionar, anotando primero un autorregistro, para luego ver su veracidad de los pensamientos analizar su utilidad y su trascendencia del pensamiento para luego buscar pensamientos racionales.

**Sesión de seguimiento N° 4:**

**Objetivo:**

Reforzar el uso de las técnicas aprendidas en las habilidades sociales.

**Técnicas:**

- Psicoeducación
- Retroalimentación

**Actividades realizadas:**

Se le sugirió seguir fortaleciendo su autoestima y asertividad, como las habilidades de autocontrol de emociones y proyectos de vida.

**Análisis y discusiones de los resultados**

Con base a los resultados obtenidos podemos dar a entender que la efectividad del tratamiento según el enfoque cognitivo conductual es adecuada, porque se tuvo una mejoría en la paciente la cual se puede corroborar en las pruebas pre y post test. Donde hubo una disminución de la ansiedad intensa a niveles bajos de ansiedad. Esto nos indica que la terapia cognitivo conductual es eficaz en los tratamientos de ansiedad generalizada, por ello se utilizó en el caso clínico.

El objetivo principal del tratamiento fue reducir los niveles de ansiedad en la paciente con la finalidad de tener un mejor afrontamiento hacia los problemas psicológicos que está viviendo, tomando decisiones saludables a nivel personal en sus relaciones interpersonales, utilizando diversas técnicas del TCC, la paciente logró tomar conciencia de su enfermedad, por lo que se logró reducir los pensamientos irracionales, y logró afrontar diversas conductas las cuales le producían ansiedad mediante las técnicas de relajación, desarrollo habilidades las cuales les permitieron mejorar su autoestima y asertividad, además logró controlar sus emociones, y reestructurar su proyecto de vida.

Diversos autores indican que las personas que padecen TAG padecen problemas a nivel emocional, las cuales emplearon la terapia TCC para su tratamiento, como Espinoza (2019), en su investigación concluye que la técnica TCC es adecuada en la reestructuración cognitiva, ansiedad, habilidades sociales, racionalización emotiva. Al igual que Vega (2017), empleo la técnica TCC para el tratamiento de ansiedad generalizada, trabajando en 22 sesiones, permitió en la paciente lograr adherir

pensamientos lógicos, desarrollando manejar la ansiedad por medio de técnicas de relajación progresiva.

En el presente trabajo los aspectos fundamentales fue disminuir, desarrollar, modificar los pensamientos irracionales, situaciones que les producen ansiedad y control de emociones. Donde el tratamiento básicamente se enfocó en reducir los niveles de ansiedad vinculados con los pensamientos y comportamientos ansiosos producidos por situaciones sociales o familiares. Por lo que Hermsin et al. (2017), menciona que la TAG puede afectar en gran medida la vida diaria de la persona, dificultando la realización de las tareas diarias. Pero con un tratamiento adecuado se puede llegar reducir los síntomas psicológicos y físicos. Sin embargo, García (2012), menciona que la TCC, mediante la reestructuración cognitiva y técnicas de relajación genera cambios clínicamente significativos. Por ello, diversos autores indican que la TCC es considerado como el tratamiento de elección para el TAG, por su efectividad en la reducción de los síntomas, llevando un tratamiento de un año a más (Hayes et al., 2003). Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuenta con una buena base científica, además con procedimientos a nivel clínico mediante la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, control de impulsos (Ellis, 1962).

Por consiguiente, el tratamiento TCC se llevó a cabo durante un año, en un inicio las sesiones fueron continuas una vez por semana durante seis meses, luego de ello se realizó cada quince días durante los seis meses restantes, posteriormente el seguimiento se realizó en cuatro meses en el que se efectuó terapias en prevención de recaída, para que pueda mantener un estilo de vida saludable.

Por ende, la TCC es una terapia eficaz, por eso es considerada como la primera opción psicoterapéutica a nivel mundial para enfrentar este tipo de trastorno, por lo tanto, el tratamiento de esta patología requiere tanto del terapeuta como del paciente; soportar



alguna anormalidad en este proceso, pone a prueba no solo el conocimiento de técnicas, sino también las habilidades de manejo de la frustración, como el manejo de crisis, y el compromiso asumido al tomar decisiones de manejo de este caso clínico hasta el final.



## Conclusiones

- Primera.** Los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente de un nivel intenso a ansiedad dentro de los límites normales con la aplicación del programa cognitivo conductual, el cual le facilitó a la paciente mejorar a nivel personal.
- Segunda.** La paciente logró estructurar los pensamientos negativos erróneos a pensamientos más racionales, lo que condujo al desarrollo de pensamientos saludables y a mejorar en su vida diaria.
- Tercera.** Logró disminuir las conductas que le provocaban ansiedad inicialmente, aprendió a lidiar con sus preocupaciones a través de técnicas de relajación y a sentirse menos disgustada e irritable.
- Cuarta.** Al culminar las sesiones la paciente logró desarrollar habilidades sociales óptimas para su desenvolvimiento personal, además mejoró su autoestima, por lo que ahora enfrenta las situaciones con más calma y confianza. Además, fue posible proyectar metas a corto plazo.

## Referencias

- Bados, A. y García Grau, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso (1ra ed.)*. Editorial El Manual Moderno
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Caballo, V. E. (2018). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos (2da. Ed.)*. España Editores.
- CIE-10 (2018). *Clasificación internacional de enfermedades (10ma ed.)*. Editorial Organización Panamericana de la Salud.
- Davis, M., McKa, M. y Robbins Eshelman, E. (2001). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Edición Martinez Roca.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Editorial Desclee De Brouwer.
- Espinoza Rojas, G. (2019). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada baja la terapia cognitivo conductual* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Archivo digital. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA\\_RG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA_RG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitits, F. (2019). Modelo cognitivo – conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de*



*Psicología,*

15(29),

7-21.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9564/1/modelos-cognitivo-conductuales-ansiedad.pdf>

García, S. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de una persona con trastornos de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.

<file:///C:/Users/Acer/Downloads/258946-Text%20de%201'article-348606-1-10-20121107.pdf>

Hermosin, A., Pereira, E. y Núñez, A. (2017). La ansiedad, diagnóstico e intervenciones enfermeras. *Revista electrónica de Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-diagnostico-intervenciones-enfermeras/>

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5 (2015). *Guía para el diagnóstico*. Editorial El Manual Moderno.

Ministerio de Salud (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de Salud Mental Comunitaria*. Editorial SINCO Diseño.

Suarez Vera, L. (2018). *Optimismo y ansiedad en estudiantes de una universidad estatal de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villareal]. Archivo digital. <https://1library.co/document/qok6keky-optimismo-ansiedad-estudiantes-universidad-estatal-lima.html/>

Vega Lujan, J. (2017). *Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastornos de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Archivo digital. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2842/VEGA\\_LJF.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2842/VEGA_LJF.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Anexos

**MCMII-II**  
Millon Clinical  
Multiaxial Inventory - II

MILLON II MSCM.xls

Edad: 42 años

**HOJA DE RESULTADOS**

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	464	=	Válido	75 X
Y	Deseabilidad Social	16	=		75 Y
Z	Autodescalificación	20	=		65 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR					AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.						
1	Esquizoide	36	86	82										82	1
2	Evitativo	31	83	79		79								79	2
3	Dependiente	35	84	80										80	3
4	Histriónico	32	79	75										75	4
5	Narcisita	39	76	72										72	5
6A	Antisocial	33	72	68										68	6A
6B	Agresivo-sádico	35	76	72										72	6B
7	Compulsivo	46	91	87										87	7
8A	Pasivo-agresivo	40	85	81										81	8A
8B	Autoderrotista	25	76	72		72								72	8B

Patología severa de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
S	Esquizotípico	30	67		65		66	70	70		70	S
C	Borderline	49	73		71	71	72	76	76		76	C
P	Paranoide	41	75		73			75	75		75	P

Síndromes clínicos		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
A	Ansiedad	21	77	73			74	89	89		89	A
H	Somatoformo	27	67	63			64	77	77		77	H
N	Bipolar	23	60	56							56	N
D	Distimia	28	65	61			62	77	77		77	D
B	Dependencia de alcohol	29	61	57							57	B
T	Dependencia de drogas	31	63	59							59	T

Síndromes severos		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
SS	Desorden del pensamiento	16	60		58						58	SS
CC	Depresión mayor	30	66		64						64	CC
PP	Desorden delusional	19	65		63						63	PP

Indicador elevado >=85  
 Indicador moderado 75-84  
 Indicador sugestivo 60-74  
 Indicador bajo 35-59  
 Indicador nulo 0-34

Creado por Inés Kudó Tovar  
Lima, 1999

COOPERSMITH-ADULTOS  
C U E S T I O N A R I O

*A continuación hay una lista de frases sobre sentimientos.*

*Si una frase describe cómo te sientes generalmente, EN TU HOJA DE RESPUESTAS marca la (V) de "Verdadero. Si por el contrario la frase no describe cómo te sientes generalmente, responde "falso", marcando la (F). No hay respuestas correctas o incorrectas.*

*Trata de responder de manera espontánea, sin pensar demasiado por la respuesta que vayas a dar.*

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.
3. Si pudiera cambiar muchas cosas de mí.
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.
5. Soy una persona simpática.
6. En mi casa me enojo fácilmente.
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.
8. Soy popular entre las personas de mi edad.
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.
10. Me doy por vencido (a) muy fácilmente.
11. Mi familia espera demasiado de mí.
12. Me cuesta trabajo aceptarme como soy.
13. Mi vida es muy complicada.
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a).
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.
18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría en mi trabajo.
19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo.
20. Mi familia generalmente me comprende.
21. Los demás son mejor aceptados que yo.
22. Siento que mi familia me presiona.
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.
25. Se puede confiar muy poco en mí.



**INVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL  
FORMA ADULTOS - COOPERSMITH**



**Hoja de Respuestas**

Nombre: M.S.M.C Sexo: M  F  
 Ocupación: AMA DE CASA Edad: 42  
 Fecha de Nacimiento: 18 de MARZO 1976 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Examinador: \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	9	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	17	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	18	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	19	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	13	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	14	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	7	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	15	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	8	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	16	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
									25	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

AREA: L = 1 SM = 2 SOC = 1 H = 2  
 BAJO BAJO BAJO BAJO

REGISTRO ESCALA 1-10

FECHA	¿COMO ME SIENTO ANTES DE RESPIRAR?	¿COMO ME SIENTO DESPUES DE RESPIRAR?	OBSERVACIONES
LUNES	6	3	
MARTES	6	3	
MIERCOLES	5	2	
JUEVES	5	2	
VIERNES	6	2	
SABADO	5	3	
DOMINGO	5	3	