



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,
EDUCACIÓN Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Caso Clínico: Intervención cognitivo conductual en
paciente femenina con trastorno de ansiedad generalizada”**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Ramírez Paladines, José Andrés

Director: Mendoza Armijos, Ximena Fernanda

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 18 de septiembre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso Clínico: Intervención cognitivo conductual en paciente femenina con trastorno de ansiedad generalizada realizado por José Andrés Ramírez Paladines ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Ximena Fernanda Mendoza Armijos, Mgtr

C.I.: 103685705

Correo electrónico: xfmendoza@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, José Andrés Ramírez Paladines, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso Clínico: Intervención cognitivo conductual en paciente femenina con trastorno de ansiedad generalizada, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo uno: datos de identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad, proceso de evaluación, proceso diagnóstico. Capítulo dos, metodología, tratamiento, objetivos terapéuticos, tratamiento. Capítulo tres: resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Mgtr. Ximena Fernanda Mendoza Armijos director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: José Andrés Ramírez Paladines

C.I.:1104789274

Correo electrónico: jaramirez14@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente caso clínico va dedicado para mi abuelita Enith por siempre creer en mí, en mis capacidades, por hacer suyos mis sueños y en especial por nunca dejarme solo. Para mi abuelito Franco que sé que me guía desde el cielo y lo recuerdo con mucho amor. También para mi tío Alex por sus consejos y por el cariño que me ha brindado. A mi madre Carla por todo lo que me ha brindado y los sacrificios que nunca le he agradecido. Para Fernanda por su amor, comprensión, paciencia y por sostenerme en los momentos difíciles. Y a mis hijos Matías y Leah por ser mi inspiración, para poder forjar un mejor futuro, ustedes son la chispa que enciende mi vida y la motiva a ser cada día una mejor versión de mí mismo.

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a mi abuelita Enith y a mi mamá Carla por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de este camino y ser parte de mis sueños.

A Fernanda por ser luz en mi vida, y estar conmigo en los momentos difíciles.

A la profe Ximena por ser mi guía en este proceso, por sus enseñanzas que llevare toda la vida conmigo en mi práctica profesional.

Finalmente, a todos mis compañeros y maestros que han sido parte de mi desarrollo durante estos 4 años.

Índice de contenido

Caratula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente.....	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de evaluación	10
1.3 Proceso diagnóstico	17
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	17
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i>	18
1.3.3 <i>Diagnóstico definitivo</i>	21

Capítulo dos	24
Metodología.....	24
2.1 Tratamiento/Intervención.....	24
2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i>	24
2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	25
Capítulo tres	42
Resultados	42
3.1 Análisis de resultados cuantitativos	42
3.2 Análisis de resultados cualitativos.....	43
Discusión.....	45
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias	52

Índice de tablas

Tabla 1 Aplicación de instrumentos psicológicos	16
Tabla 2 Trastorno de Depresión Mayor (296.21 (F32.0)).....	18
Tabla 3 Trastorno de Síntomas Somáticos 300.82 (F45.1).....	20
Tabla 4 Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1).....	21
Tabla 5 Plan Psicoterapéutico.....	25
Tabla 6 Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton test y retest.....	42
Tabla 7 Resultados del STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.....	42
Tabla 8 Análisis cualitativo de la entrevista y observación clínica.....	43

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar.....7

Resumen

En el presente trabajo se aborda el caso de una mujer de 58 años de edad que acude voluntariamente a consulta psicológica, remitida por su médico. La paciente presenta preocupaciones persistentes sobre diversos temas que generan sintomatología a nivel cognitivo y somático. Tras una exhaustiva evaluación cuantitativa y cualitativa, se llegó al diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para abordar esta problemática, se decidió implementar la Terapia Cognitivo-Conductual como estrategia terapéutica. El objetivo principal de la intervención era modificar los pensamientos, conductas y creencias distorsionadas que provocaban a los altos niveles de ansiedad presentados por la paciente. Los resultados obtenidos mediante el proceso psicoterapéutico aplicado fueron favorables. Se observaron cambios significativos en diversas áreas, como el estado de ánimo, las distorsiones cognitivas y la activación fisiológica de la paciente, además se logró que la paciente pueda identificar y modificar patrones de pensamiento desadaptativos, reemplazándolos por otros más racionales y saludables. Estos hallazgos corroboran la eficiencia de la intervención psicológica en casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Palabras clave: ansiedad generalizada, cognitivo conductual, pensamientos.

Abstract

This paper deals with the case of a 58-year-old woman who voluntarily attended a psychological consultation, referred by her physician. The patient presented persistent worries about various issues that generated cognitive and somatic symptoms. After an exhaustive quantitative and qualitative evaluation, a diagnosis of Generalized Anxiety Disorder was made. To address this problem, it was decided to implement Cognitive-Behavioral Therapy as a therapeutic strategy. The main objective of the intervention was to modify the distorted thoughts, behaviors and beliefs that caused the high levels of anxiety presented by the patient. The results obtained through the applied psychotherapeutic process were favorable. Significant changes were observed in several areas, such as mood, cognitive distortions and physiological activation of the patient, and the patient was able to identify and modify maladaptive thought patterns, replacing them with more rational and healthy ones. These findings corroborate the efficiency of psychological intervention in cases of Generalized Anxiety Disorder.

Key words: generalized anxiety, cognitive behavioral, thoughts.

Introducción

La ansiedad se define como un estado emocional caracterizado por la anticipación a un posible peligro o amenaza futura. Esta respuesta surge de la percepción de estímulos potencialmente dañinos, lo que genera sensaciones de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Se ha conceptualizado como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual que tiene como objetivo evitar un daño. La ansiedad se considera una conducta adaptativa, ya que promueve la supervivencia al inducir al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares peligrosos. Sin embargo, cuando esta respuesta anticipatoria se presenta de manera recurrente, intensa e involuntaria ante amenazas reales o supuestas, puede convertirse en un trastorno mental. (Carballo et al.,2019)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), más de 260 millones de personas en el mundo padecen un trastorno de ansiedad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, estos trastornos representan la segunda afección psiquiátrica más discapacitante en la región de las Américas. A nivel regional, Brasil destaca con la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en Sudamérica, con un 7,5%, mientras que Costa Rica muestra una tasa del 4,1%, equiparable a la de Estados Unidos, pero por debajo del promedio. Por otro lado, los trastornos de ansiedad constituyen el tipo de afección mental más común en la Unión Europea, Suiza, Islandia y Noruega, siendo más frecuentes que cualquier otra enfermedad mental entre las personas de 14 a 65 años, con una mayor incidencia en las mujeres. (Chacón Delgado, et al.,2021)

Los trastornos de ansiedad forman el grupo más común de trastornos mentales y generalmente comienzan antes o al comienzo de la edad adulta. Las características principales incluyen miedo y ansiedad excesivos o evitación de amenazas percibidas que son persistentes y perjudiciales. Los trastornos de ansiedad implican una disfunción en los circuitos cerebrales que responden al peligro. El riesgo de sufrir trastornos de ansiedad está influenciado por factores genéticos, factores ambientales y sus relaciones epigenéticas. Los

trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos mentales, especialmente la depresión, así como con trastornos somáticos. (Penninx et al., 2021)

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es mayor en mujeres (3,6%) que en hombres (0,9%); además, el TAG es el trastorno de ansiedad más visto por el médico general, con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas adultas, donde las mujeres son aproximadamente 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres, y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en los hombres, pero se incrementa en las mujeres. El riesgo del trastorno de ansiedad generalizada podría ser hereditario, y varias partes del cerebro y los procesos biológicos desempeñan un papel clave en el miedo y la ansiedad. (Preti, et al., 2021, National Institute of Mental Health [NIHM], 2022).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva que resulta difícil de controlar, acompañada de síntomas físicos como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño; cumple una función de alerta y protección ante peligros reales o imaginarios. En este sentido, la ansiedad forma parte del espectro normal de las emociones humanas, sin embargo, cuando la preocupación se vuelve excesiva y afecta significativamente la vida diaria de la persona, se convierte en un trastorno interfiriendo con el funcionamiento laboral, social y personal del individuo (Terlizzi y Villarroel, 2020; Marrero y del Rivero, 2019).

Con respecto al diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, se establece que, además de la preocupación excesiva, el paciente debe cumplir con tres de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de tener los nervios de punta, mayor fatigabilidad, problemas para dormir, dificultad para concentrarse, irritabilidad y tensión muscular; los pacientes con TAG suelen experimentar una preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar, que se manifiesta como una aprensión ansiosa presente más de la mitad de los días durante al

menos seis meses, y que afecta diversos ámbitos como el rendimiento, las relaciones, la salud o el manejo del hogar. Esta preocupación se caracteriza por pensamientos negativos de difícil control, orientados hacia el temor de experimentar peligros futuros, incluso poco probables y manejables. (Romero, et al., 2019; American Psychological Association [APA], 2014)

Por otro lado, Pérez y Graña (2019) indican que la intolerancia a la incertidumbre es un factor clave en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. Además de relacionarse directamente con la preocupación, también lo hace indirectamente a través de las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva. Las creencias positivas refuerzan la preocupación, mientras que la orientación negativa dificulta la solución de problemas. Las preocupaciones evitan la activación psicósomática, manteniendo a corto plazo la ansiedad, pero a largo plazo impiden la exposición y procesamiento de las situaciones temidas. Finalmente, el estado de ánimo y los eventos vitales estresantes también influyen en este proceso.

En este aspecto, debido a la necesidad de utilizar un tratamiento efectivo, se decidió usar la terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento psicológico principal. Esto se debe a que, según diversos autores, la TCC ha demostrado ser un tratamiento eficaz para reducir los síntomas de los trastornos de ansiedad generalizada. Por ejemplo, Wersebe et al. (2018) revisaron 25 estudios de TCC para ansiedad generalizada y reportaron que este enfoque terapéutico conduce a reducciones sustanciales y duraderas en los síntomas de ansiedad. Incluso, un metaanálisis de Papola et al. (2024) determinó que tanto la TCC como la TCC de tercera generación son tratamientos eficaces para la ansiedad generalizada, siendo la TCC la que mostró mayor efectividad a largo plazo. En conjunto, la evidencia científica respalda firmemente la eficacia de la terapia cognitivo-conductual.

En el presente estudio, se encontró relevante el proceso de intervención, debido a que, según Garakani et al. (2020), el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los

trastornos psiquiátricos más prevalentes e incapacitante. Además, su pronóstico favorable depende en gran medida de la existencia de una adecuada intervención psicológica. En este sentido, Robichaud y Dugas (2019) enfatizan el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el tratamiento psicológico más eficaz para el TAG. Esta modalidad terapéutica se centra en modificar los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales del paciente, brindándole una mejora en la calidad de vida y evitando el desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Mediante esta sistematización se da a conocer la importancia del trabajo práctico realizado en el área de salud mental, específicamente en psicología clínica. Debido a que se implementaron los conocimientos teóricos en la práctica psicológica durante los procesos de evaluación, diagnóstico y la aplicación del tratamiento psicoterapéutico. De igual forma, el presente caso clínico es útil para futuras intervenciones, ya que establece un protocolo que puede ser replicado en casos similares, sirviendo como un modelo a seguir. Además, se debe destacar la relevancia del psicólogo clínico en la intervención oportuna y eficaz de las problemáticas de salud mental.

La presente sistematización se organiza en tres capítulos. En el primero, se presenta el marco teórico, donde se exponen los datos informativos del caso, así como también el proceso de evaluación y diagnóstico clínico brindado. El segundo capítulo aborda la metodología, en la cual se detalla el tratamiento seleccionado y el plan psicoterapéutico implementado con la paciente. Finalmente, el tercer capítulo comprende el análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones derivadas de la intervención.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

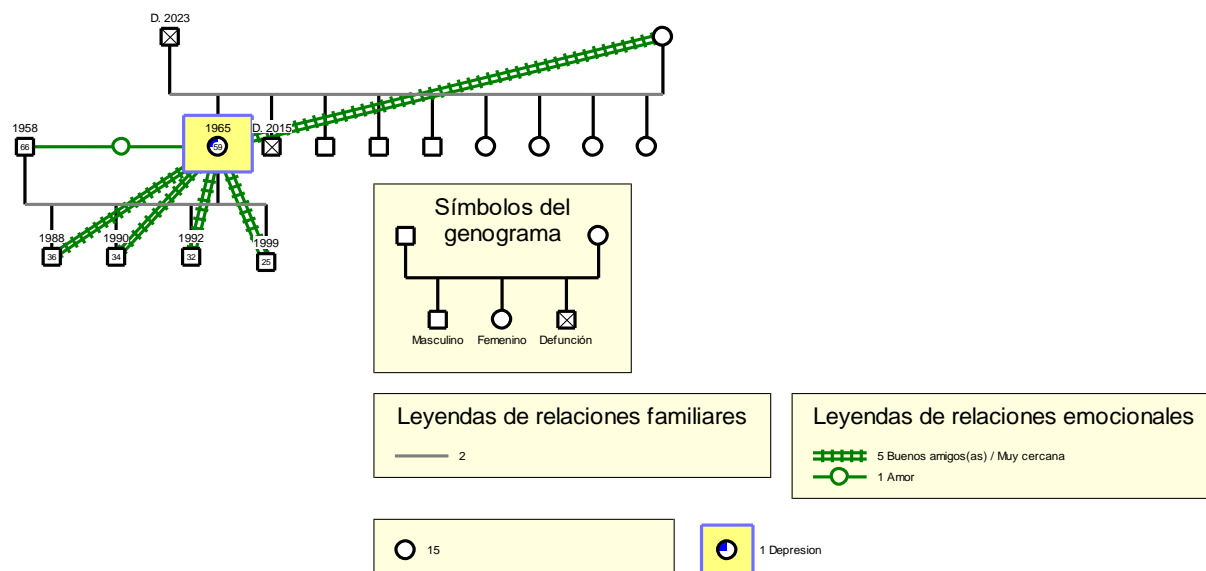
1.1.1 *Identificación del paciente*

Paciente de sexo femenino, de 58 años de edad, procedente de una familia nuclear, se desempeña como ama de casa, está casada con un militar retirado de 64 años, con quien tiene una muy buena relación y quien la ayuda con las tareas del hogar, demostrando ser atento y colaborador. La paciente tiene cuatro hijos, de 36, 34, 32 y 25 años, quienes tienen profesiones a excepción de su último hijo quien no trabaja y ayuda a sus padres con las tareas del hogar. Ninguno de los miembros de la familia presenta antecedentes de enfermedad.

En conjunto, la paciente se encuentra rodeada de un sólido apoyo familiar, tanto por parte de su esposo como de sus cuatro hijos, lo que sin duda es un importante factor de bienestar y protección en su vida. Sin embargo, la paciente parece tener una tendencia a la sobreprotección de sus hijos, lo que podría generar problemas a largo plazo, al limitar el desarrollo de su independencia y autonomía.

Figura 1

Genograma Familiar



Nota. Datos de la paciente y su círculo familiar cercano

1.1.2 Motivo de consulta

La paciente acude a consulta refiriendo “me duele el pecho como que me aprieta, tengo dolores de cabeza, dolores de estómago, siento que me falta el aire y esto me da una preocupación, incluso de cosas que no tiene importancia”.

Paciente, de sexo femenino, presenta un cuadro ansioso caracterizado por cefaleas, dolor precordial, taquicardia, problemas gastrointestinales, visión catastrófica e ideas irracionales. Los síntomas comenzaron hace 11 meses, coincidiendo con el fallecimiento de su padre, y se intensificaron hace 9 meses tras el fallecimiento de su suegro. Desde entonces, ha estado experimentando esta sintomatología casi todos los días, lo que la mantiene en un estado constante de preocupación, impidiendo vivir su vida diaria con normalidad.

Además, la paciente menciona haber acudido a especialistas para tratar de aliviar la sintomatología presentada. Los médicos a los cuales visito le realizaron varios exámenes, tanto simples como complejos, dando resultados negativos para patología orgánica. Ante esta situación el médico recomienda la asistencia a psicología donde acude y expresa de manera

verbal “deseo poder aprender a lidiar con estos síntomas y hacer que desaparezcan, ya que no puedo vivir mi vida, ni realizar las actividades de manera normal como a mí me gustaría”.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La sintomatología de la paciente comenzó en el año 2010 con dolores de cabeza, preocupación y agitación, sin embargo, los síntomas eran leves por lo cual no les prestaba atención y se dedicaba a hacer otras actividades restándoles importancia por lo cual no interferían con su vida diaria.

Para el año 2015 tras enterarse de la enfermedad de su hermana comenzó a cuestionarse sobre ciertas cosas que sentía y empezó a preocuparse un poco más por lo que le ocurría, aproximadamente hace 3 años y 6 meses con el comienzo de la pandemia, los síntomas como dolor de espalda, opresión en el pecho y dolor de estómago se intensificaron, por lo que la paciente pensó que se trataba de alguna enfermedad, por lo que acudió al médico en donde tras varios exámenes no se le encontró ninguna afectación médica.

Hace 11 meses tras el fallecimiento de su padre, comenzó a sentir nuevamente ciertos dolores, los cuales se volvieron parte de su rutina diaria generando ciertas incapacidades al momento de realizar algunas actividades, por lo que decide acudir nuevamente a la atención con especialistas en donde se realizó diversos exámenes, entre estos incluso una colonoscopia, ya que llegó a pensar que podía padecer cáncer, una vez realizados los exámenes y siendo los resultados de estos negativos en cuanto a afecciones médicas u orgánicas, por lo que el médico le recomendó acudir al psicólogo.

La paciente al llegar a consulta psicológica relató que durante los últimos meses no se sentía bien, además nuevos síntomas habían ido apareciendo, causando mayor malestar, entre estos nuevos síntomas tenemos sentimientos de frustración, pensamientos catastróficos, preocupación excesiva, tristeza y miedo, lo que genera la asistencia a psicología.

Una vez en consulta psicológica se pudo evidenciar que uno de los factores predisponentes fue la operación de un aneurisma que presentaba su hermana y tras realizarle una intervención quirúrgica quedo reducida a una silla de ruedas, mermada de sus funciones motoras y cognitivas, añadido a esto el accidente que sufrió su padre tras resbalar y caer mientras daba de comer a su ganado lo que le provocó una muerte instantánea.

En cuanto a los factores mantenedores que presenta la paciente, se pudo evidenciar que son las constantes salidas de sus hijos, lo cual le genera una preocupación excesiva ya que llegan a altas horas de la noche y relata que esto le genera malestar, puesto tiene miedo de recibir una mala noticia y le genera pensamientos no deseados.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación es explorar y analizar el comportamiento, la personalidad, las habilidades cognitivas y otras características de la persona con el fin de comprender el origen de la sintomatología presentada por la paciente, este proceso se realizó en tres sesiones en modalidad presencial, la primera sesión se basó en una entrevista clínica, la segunda en la continuación de recolección de información y una tercera sesión para la aplicación de instrumentos de evaluación. Las sesiones tuvieron un tiempo aproximado de 60 minutos y los instrumentos utilizados fueron, la entrevista clínica, la Escala de Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI, y el cuestionario De Personalidad SEAPSI.

1.2.1 Entrevista con la/el paciente

La entrevista es una técnica de evaluación psicológica, si bien, debido a su flexibilidad, puede cumplir otras muchas funciones y, de hecho, puede estar presente a lo largo de todo el proceso de evaluación-intervención. Se trata de una conversación que, a petición del entrevistado, tiene un propósito, un objetivo conocido, al menos, por el entrevistador. La vía de comunicación es tanto verbal como no verbal, estableciéndose un proceso bidireccional entre ambos comunicantes, cuya interacción se caracteriza por ser una relación asimétrica. (Perpiña, 2022)

- **Primera entrevista:** La primera entrevista con la paciente se realizó en el centro de salud y tuvo una duración de 60 minutos, durante ese tiempo se procedió a dar la bienvenida a la paciente, establecer rapport, registro de datos personales, indagación del motivo de consulta e identificar sintomatología de la paciente la misma que se caracterizó por cefaleas, dolor precordial, taquicardia, problemas gastrointestinales, visión catastrófica e ideas irracionales.
- **Segunda entrevista:** En la segunda entrevista con la paciente se continuó con a la indagación de historia de la enfermedad, acontecimientos destacados en la vida de la paciente como la historia social, historia escolar y laboral e historia de la enfermedad, por último, se resolvió dudas de la paciente acerca de la función del psicólogo clínico en terapia.
- **Tercera entrevista:** En esta tercera entrevista se procedió a la aplicación de reactivos para evaluar el nivel de ansiedad y rasgos de personalidad de la paciente para tener datos medibles sobre su estado de ansiedad y como su personalidad podía incidir en esta, los reactivos aplicados corresponden a Escala de Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI, y el cuestionario De Personalidad SEAPSI.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica está en el fundamento del método clínico, es un aspecto esencial y de gran relevancia para obtener información sobre aspectos vitales que permiten establecer el diagnóstico y decidir la terapéutica (López, et al., 2019).

La paciente acude a consulta con buena presentación, aseo personal adecuado, vestimenta correcta, en estado lúcido, orientada en tiempo y espacio, memoria a corto plazo alterada, su pensamiento posee estructura y curso normal aparentemente, el contenido presenta ideas intrusivas, difusas y dominantes, el lenguaje es claro, sin embargo no está bien estructurado, en relación a la afectividad se muestra preocupada, nerviosa, su

coordinación motora es normal aunque con cierta tensión muscular, se denota cierta tendencia a centrarse en aspectos negativos en cuanto a su juicio y razonamiento están influenciados por la tendencia a interpretar los eventos de manera negativa o catastrófica.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Según Paz Guerra y Peña Herrera (2021). Los instrumentos psicológicos son herramientas fundamentales en la investigación y la práctica clínica, ya que nos permiten medir, evaluar y comprender una amplia variedad de aspectos del comportamiento humano y el funcionamiento psicológico, es por ello por lo que en el presente caso clínico se utilizó los siguientes instrumentos:

Escala de Ansiedad de Hamilton

Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe considerarse la intensidad y la frecuencia de este. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Lobo et al., 2002). En cuanto a las propiedades psicométricas Bech, P et al. (2019) nos indica que son:

Confiabilidad:

- La confiabilidad interevaluador (entre diferentes evaluadores) de la HAM-A es generalmente buena, con coeficientes de compensación intraclase que oscilan entre 0,70 y 0,93 en diversos estudios.
- La confiabilidad test-retest (consistencia en mediciones repetidas) es adecuada, con coeficientes de evaluación que varían de 0,64 a 0,96 en diferentes intervalos de tiempo.
- La consistencia interna (coherencia de los artículos) es aceptable, con valores de alfa de Cronbach que van desde 0,63 hasta 0,88 en diferentes muestras.

Validez:

- La validez de constructo de la HAM-A ha sido respaldada por su capacidad para diferenciar entre pacientes con trastornos de ansiedad y controles sanos, así como por sus medidas correlaciones significativas con otras de ansiedad.
- La validez de criterio concurrente se ha demostrado mediante correlaciones moderadas a altas con otras escalas de ansiedad, como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la subescala de ansiedad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS).
- La validez de criterio discriminante se ha establecido al encontrar diferencias significativas en las evaluaciones de la HAM-A entre pacientes con diferentes trastornos de ansiedad y entre pacientes con ansiedad y depresión.
- La validez de contenido se considera adecuada, ya que la HAM-A cubre diversos síntomas psíquicos, somáticos y conductuales relacionados con la ansiedad.

STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.

STAI. Este cuestionario evalúa la ansiedad/estado y la ansiedad/rasgo mediante 20 preguntas para cada una, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 alternativas. En el caso de la ansiedad estado, la escala va de 0 (nada) a 3 (mucho), mientras que en la ansiedad

rasgo comprende de 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre). Tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado, un porcentaje de las preguntas están invertidas y evalúan bienestar o ausencia de ansiedad, mientras que el resto de los ítems se refieren a la presencia de ansiedad. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los apartados tras la inversión de los que están redactados en positivo (Guillen y Buela, 2015; Balsamo et al., 2013). En cuanto se refiere a las propiedades psicométricas posee las siguientes características.

Confiabilidad:

- La consistencia interna del STAI es alta, con coeficientes alfa de Cronbach que varían entre 0,86 y 0,95, lo que indica una excelente coherencia interna del instrumento.
- La confiabilidad test-retest es adecuada para la subescala de Ansiedad Rasgo (coeficientes de 0,73 a 0,86), pero baja para la subescala de Ansiedad Estado, lo cual es esperable dado que esta última mide un estado transitorio de ansiedad.

Validez:

- El STAI muestra una adecuada validez de constructo, con correlaciones positivas y significativas con otras medidas y síntomas relacionados con la ansiedad.
- La validez concurrente también es apropiada, ya que el STAI logra discriminar entre pacientes con trastornos de ansiedad y población general.
- Asimismo, la validez discriminante del STAI es buena, pues logra diferenciar adecuadamente entre ansiedad y otros constructos como la depresión.

Cuestionario De Personalidad SEAPSI

Este cuestionario fue creado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI), el cual permite determinar rasgos de personalidad de forma individual, el cual, consta de afirmaciones que identifican 10 tipos de personalidad, que el evaluado deberá marcar según corresponda; mediante la sumatoria de los ítems de cada personalidad, se determina la predominancia de rasgos, que pueden ser de tipo afectivo (histriónica o ciclotímica), cognitivo (paranoide o anancástica), comportamental (impulsivo o

disocial) o con déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa, esquizotípica) (Maita y Espinoza, 2020; Vigil-Colet, A et al., 2012). Respecto a su confiabilidad y validez, se han encontrado los siguientes hallazgos:

Confiabilidad:

- La consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas del SEAPSI es adecuada, con valores que oscilan entre 0,70 y 0,90 para la mayoría de las escalas.
- La confiabilidad test-retest (estabilidad temporal) también es aceptable, con coeficientes de compensación que varían entre 0,60 y 0,80 en intervalos de 1 a 6 meses.
- Los estudios han demostrado una buena concordancia entre las evaluaciones obtenidas por autoevaluación y por evaluación de terceros (familiares, amigos, etc.), lo que respalda su confiabilidad.

Validez:

- El SEAPSI muestra una adecuada validez de constructo, con correlaciones significativas entre sus escalas y otras medidas de personalidad bien establecidas, como el Cuestionario Exploratorio de Personalidad (CEPER) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI).
- Se ha encontrado evidencia de validez convergente, con correlaciones moderadas a altas entre las escalas del SEAPSI y los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad según el DSM.
- La validez discriminante también ha sido respaldada, ya que el SEAPSI logra diferenciar adecuadamente entre diferentes trastornos de personalidad y entre personas con y sin estos trastornos.

Tabla 1

Aplicación de instrumentos psicológicos

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Ansiedad de Hamilton	Ansiedad psíquica: 10 Ansiedad somática: 5 Total 15 puntos.	Nivel de Ansiedad Moderado.
STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.	Ansiedad/Estado: 47 puntos Ansiedad/Riesgo: 32 puntos	Nivel Alto de Ansiedad/Estado. Nivel Medio Alto en Ansiedad/Rasgo.
Cuestionario De Personalidad SEAPSI	Histriónica (h): 5 Ciclotímica (c): 4 Anancástica (a): 7 Paranoide (p): 6 Impulsiva (i): 4 Disocial (d): 1 Evitativa (ev): 4 Dependiente (d): 4 Esquizoide (e): 4 Esquizotípica (ez): 4	De acuerdo con los resultados la personalidad que predomina en la paciente es la Anancástica y Paranoide.

Nota. Interpretación de resultados de los instrumentos psicológicos

En la Escala de Ansiedad de Hamilton, la paciente obtuvo 10 puntos en ansiedad psíquica y 5 puntos en ansiedad somática, lo que da una puntuación total de 15 puntos. Según los puntajes de corte establecidos en este instrumento, este puntaje total indica un nivel de ansiedad moderada en el paciente evaluado.

En el STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo se obtuvo un puntaje de 47 puntos en A/E y de 32 en A/R, esto nos indica que posee un Nivel Alto de A/E y un Nivel Medio Alto en A/R, por lo que estos datos sugieren lo siguiente: «Se trata de una mujer cuya elevada

predisposición ansiosa (A/E) ha ocasionado que su ansiedad de rasgo se eleve de forma significativa en una situación que considera estresante, por lo novedosa o difícil.».

Por último en el Cuestionario De Personalidad SEAPSI de acuerdo a los resultados obtenidos la paciente obtuvo un puntaje de 7 en personalidad Anancástica y 6 en personalidad Paranoide siendo estos dos rasgos los puntajes más altos, por lo tanto se llega a la interpretación de que dichos rasgos de personalidad son las predominantes en la paciente, lo cual concuerda con ciertas características de la paciente como: búsqueda por la perfección, rectitud, escrupulosidad, preocupación por los detalles, las normas, el orden, predominio del Súper Yo, además de su desconfianza e hipervigilancia, todo esto junto a la dificultad que presenta para expresar sus emociones.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es un elemento central del trabajo clínico, sobre el cual se basan todas las conductas posteriores. Se define como un proceso inferencial (inferencia es el proceso por el cual se derivan conclusiones a partir de premisas), realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente (Paladines Rios et al., 2019).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo en psicología se refiere a una evaluación preliminar o provisional de la condición mental o emocional de un individuo, basada en la observación de síntomas, la información proporcionada por el cliente y la experiencia clínica del profesional. Este diagnóstico se realiza como una primera aproximación antes de realizar una evaluación exhaustiva y puede ser ajustado o confirmado posteriormente (Barlow, 2020).

Luego de la recolección de datos, entrevista psicológica y una breve evaluación se encontraron los siguientes diagnósticos presuntivos.

- F32.0 Trastorno de Depresión Mayor
- F45.1 Trastorno de Síntomas Somáticos

- F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Según Álvarez et al (2023) el diagnóstico diferencial consiste en la comparación de forma simplificada, es decir es un procedimiento mental que permite establecer similitudes y diferencias entre objetos en cuanto a sus cualidades, características y propiedades. Aplicado este concepto al objeto de estudio (el razonamiento o juicio clínico), el diagnóstico por comparación es el proceso de búsqueda o identificación de similitudes y diferencias entre el cuadro clínico del paciente y las representaciones mentales (modelos teóricos). Por ello, a continuación, se presentan las tablas donde se realiza el debido descarte por síntoma y el motivo por el que se descarta.

Tabla 2

Trastorno de Depresión Mayor 296.21 (F32.0)

Criterios presentes	Criterios ausentes
	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
	2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
	3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución

o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota. Tomado del DSM-5 (APA, 2014)

En el proceso de diagnóstico diferencial, se evaluó la posibilidad de Trastorno de Depresión Mayor, ya que la paciente presentaba algunos síntomas característicos, como insomnio, dificultad para concentrarse y retraso psicomotor. Sin embargo, tras un análisis detallado, se descartó esta condición al no cumplir con los criterios principales de este trastorno, como ideación suicida, deterioro social, anhedonia y cambios significativos en el peso corporal. En consecuencia, se excluye el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor como explicación para la presentación clínica de la paciente.

Tabla 3

Trastorno de Síntomas Somáticos 300.82 (F45.1)

Criterios presentes	Criterios ausentes
<p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.</p>	<p>2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.</p> <p>3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.</p>
<p>C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).</p>	

Nota. Tomado del DSM-V (APA, 2013)

Se evaluó la posibilidad de este trastorno debido a la coincidencia de varios criterios diagnósticos; sin embargo, se descarta su presencia. Aunque la paciente presenta manifestaciones somáticas durante un periodo prolongado de más de 6 meses, su preocupación no se limita exclusivamente a una enfermedad, sino que abarca múltiples aspectos de su vida cotidiana. Además, la intensidad y la frecuencia de estas manifestaciones no alcanzan los niveles requeridos para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

El diagnóstico es un proceso de construcción del conocimiento acerca de algo sobre lo que se va a intervenir o a actuar. Cualquier especialista o profesional que tienen como propósito o tarea influir, realizar una labor de orientación, ayuda o tratamiento; componer o enmendar algo, necesita al menos un conocimiento de las manifestaciones externas o síntomas que presenta el objeto, la situación o proceso que los pueden producir. (Arias Beatón, 1999)

Tabla 4

Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1)

Criterios Presentes	Criterios Ausentes
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p>	

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):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e Insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en 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.

Nota. Tomado del DSM-V (APA, 2013)

La paciente presenta una sintomatología ansiosa marcada por dolor precordial, cefaleas, taquicardia y problemas gastrointestinales, acompañados de una preocupación constante y

desproporcionada, especialmente relacionada con la seguridad de sus hijos. Esta preocupación se manifiesta a través de pensamientos catastróficos y está presente durante más de seis meses. Además, experimenta inquietud, irritabilidad, tensión muscular y problemas de concentración y sueño. Estos síntomas causan malestar significativo y afectan su funcionamiento diario. Tras evaluar los criterios diagnósticos del DSM-V, se confirma el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

En el presente caso, se ha optado por la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como abordaje terapéutico. Según Habigzang et al. (2019), la TCC se define como un enfoque psicoterapéutico breve, estructurado y focalizado en el presente, cuyo propósito es la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales. Esta modalidad terapéutica se fundamenta en el interaccionismo entre los aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales del individuo y su entorno circundante.

Por otro lado, según Mendoza (2020) nos indica que en la TCC es fundamental analizar la personalidad de cada individuo, ya que esta influye en la generación de conductas y en la modulación de su experiencia. El estudio de la organización de la personalidad de cada paciente es un elemento esencial e integrador para realizar una evaluación adecuada de los fenómenos clínicos y desarrollar intervenciones terapéuticas que aborden la complejidad de su experiencia. La personalidad se constituye como una variable influyente en las psicopatologías, por lo que su consideración es crucial en la elaboración de diseños terapéuticos efectivos.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Orientar a la paciente en el manejo integral de la ansiedad, brindándole herramientas y conocimientos para afrontar situaciones de estrés.
- Identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales.
- Reducir los niveles de ansiedad presentados por la paciente, tanto a nivel cognitivo como fisiológico.
- Evaluar el progreso terapéutico y brindar una retroalimentación integral para la alta terapéutica.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 5

Plan Psicoterapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVOS DE SESIÓN	TÉCNICA/ ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN/ TAREA
1	- Orientar a la paciente en el manejo integral de la ansiedad, brindándole herramientas y conocimientos para afrontar situaciones de estrés.	-Educar a la paciente en ansiedad y que pueda reconocer sus 3 dimensiones.	-Psicoeducación	Registro de los pensamientos, sentimientos y comportamientos.
2	- Orientar a la paciente en el manejo integral de la ansiedad, brindándole herramientas y conocimientos para afrontar situaciones de estrés.	- Enseñar a la paciente una herramienta para poder afrontar situaciones que generan malestar.	-Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson	Practicar la relajación en casa para provocar una tranquilidad mental.
3	- Identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales.	- Identificar y modificar las creencias negativas o distorsionadas.	- El modelo ABC.	Autorregistro de los pensamientos negativos e irracionales.
4	- Identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales.	- Identificar y modificar las creencias negativas o distorsionadas.	- El modelo ABC.	Registrar pensamientos negativos. Enlistar cosas que te hacen sentir agradable y anotarlas en una hoja y traerlas para la otra sesión.
5	- Identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales.	-Influir en el comportamiento en una dirección funcional y positiva.	- Visualizaciones y sugerencias positivas.	Llevar un registro de los pensamientos negativos y cambiarlos por positivos.
6				

	- Identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales	- Cambiar el foco de atención de pensamientos no deseados o negativos.	- Detención del Pensamiento.	Practicar en casa la técnica de detención del pensamiento con otros pensamientos negativos que surjan a lo largo de la semana.
7	- Reducir los niveles de ansiedad presentados por la paciente, tanto a nivel cognitivo como fisiológico.	- Modificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más saludables.	-Reestructuración Cognitiva Conductual.	Autorregistro de los pensamientos negativos e irracionales y auto registro de pensamientos alternativos más realistas que contrarresten los pensamientos negativos automáticos.
8	- Reducir los niveles de ansiedad presentados por la paciente, tanto a nivel cognitivo como fisiológico.	- Modificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más saludables.	-Reestructuración Cognitiva Conductual.	Reflexionar sobre situaciones que causan ansiedad y escribir un listado detallado de estos acontecimientos.
9	- Evaluar el progreso terapéutico y brindar una retroalimentación integral para la alta terapéutica.	-Retroalimentar sobre todas las técnicas abordadas. - Alta terapéutica	- Auto instrucciones - Aplicación de re-test	Durante la sesión, se pudo observar una mejoría significativa en la paciente en términos de gestión emocional y habilidades de afrontamiento. la paciente mostró comprensión y preparación para el proceso de alta terapéutica.

Nota. Descripción del plan psicoterapéutico

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

• Sesión 1

En la presente sesión se tuvo como objetivo el educar a la paciente en ansiedad y que pueda reconocer sus 3 dimensiones.

Se inició con una psicoeducación para brindar al paciente una comprensión detallada de los signos y síntomas de la ansiedad en sus aspectos cognitivos, fisiológicos y emocionales. Según Godoy et al. (2020), la psicoeducación se enfoca en abordar situaciones

cotidianas que pueden volverse complicadas debido a la falta de conocimiento durante una crisis no normativa.

De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, ya que involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales. Este proceso educativo tiene como objetivo facilitar la identificación de la ansiedad y brindar al paciente las herramientas necesarias para reconocerla en su día a día, adaptándose a las necesidades particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

- **Descripción de la sesión**

Para iniciar la sesión, se realizó una presentación con material didáctico en donde se explicó a la paciente aspectos como definición, en donde se definió a la ansiedad como un estado emocional negativo caracterizado por tensión, preocupación y aprensión, acompañado de activación del sistema nervioso autónomo. Se le explicó que esta es una respuesta adaptativa normal ante situaciones de peligro o amenaza, sin embargo, cuando se vuelve excesiva, puede convertirse en un trastorno mental.

En cuanto a los síntomas, se le indicó que pueden ser inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular, fatiga, problemas de sueño, sudoración, temblores, palpitaciones, sensación de ahogo y malestar gastrointestinal, entre otros. Dentro de las posibles causas, se le manifestó que podrían ser factores biológicos, psicológicos, predisposición genética, experiencias traumáticas, estrés, consumo de sustancias y enfermedades médicas subyacentes.

Además, se brindó educación sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles, explorando los beneficios y posibles contras de cada uno. Además, se reforzó la información presentada durante la sesión mediante una retroalimentación y se contestó inquietudes de la paciente. Finalmente, se le asignó como tarea llevar a cabo un registro diario de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos.

- **Logro de la sesión**

Mediante la psicoeducación se logró proporcionar a la paciente una comprensión más profunda de lo que implica la ansiedad, incluyendo sus síntomas físicos, cognitivos y emocionales. La paciente mostró un alto nivel de participación e interés durante esta parte de la sesión, lo que indicó su disposición y compromiso al tratamiento planteado.

- **Sesión 2**

En la segunda sesión, se tuvo como objetivo enseñar a la paciente una herramienta para poder afrontar situaciones que generan malestar.

En primer lugar, se procedió a revisar el registro de pensamientos, sentimientos y comportamientos que la paciente había identificado en su auto registro. Durante este proceso la paciente manifestó que experimento un cierto malestar al tener que identificar y escribir estos pensamientos. Por lo tanto, se decidió trabajar con la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

Según Gordillo Andrade (2020), esta técnica permite la eliminación de la tensión muscular a través de una relajación progresiva en la que cada parte del cuerpo se aborda individualmente para alcanzar estados adecuados de salud. Mediante esta técnica, se busca ayudar a la paciente a reducir la tensión física y emocional asociada a las situaciones desencadenantes, promoviendo así su bienestar y equilibrio emocional.

Según Jacobson (1938) en su libro "Progressive Relaxation", el procedimiento implica, tensar y relajar sistemáticamente grupos musculares específicos del cuerpo. Aprender a focalizar la atención en las sensaciones asociadas a la tensión y relajación muscular y distinguir entre las sensaciones de tensión y relajación muscular.

Por otro lado, Bernstein y Borkovec (1973) describieron el procedimiento en los siguientes pasos:

- Tensar un grupo muscular durante 5-7 segundos.
- Exhalar y soltar la tensión de golpe.
- Concéntrese en las sensaciones de relajación durante 15-20 segundos.

- Continuar con el siguiente grupo muscular.

Comúnmente se trabaja con 16 grupos musculares principales: frente, ojos, nariz, boca, cuello, hombros, brazos, antebrazos, puños, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas y pies (Bernstein, Borkovec, & Hazlett-Stevens, 2000). Finalmente, Öst (1987) sugiere una fase final de relajación mental, donde se induce a un estado de calma y serenidad interior.

- **Descripción de la sesión**

Durante la segunda sesión se llevó a cabo la técnica de respiración y relajación muscular progresiva de Jacobson. Para comenzar, se realizaron ejercicios de respiración profunda y exhalación lenta, repitiéndolos tres veces con el objetivo de inducir la relajación en la paciente, debido a que la respiración profunda ayuda a oxigenar el cuerpo y calmar la mente.

Posteriormente, se procedió a trabajar con la relajación muscular progresiva. Se le pidió a la paciente que cerrara los ojos y se enfocara en sí misma, dejando a un lado cualquier preocupación o pensamiento que la abrumara en ese momento.

Asimismo, se le indicó que respirara de manera lenta y profunda, inhalando por la nariz y exhalando por la boca. A medida que iba tensando y relajando cada grupo muscular, se alentó a la paciente a prestar atención a las sensaciones físicas que experimentaba, como el calor o la pesadez en esa zona del cuerpo. Esto le ayudaba a tomar conciencia del contraste entre la tensión y la relajación, reforzando el aprendizaje de esta habilidad.

A lo largo de la práctica, se le pidió a la paciente que notara cualquier área del cuerpo que aún mantuviera cierta tensión y que dirigiera específicamente su atención a esa zona. Se le indicó que repitiera el ciclo de tensión y relajación en esa área hasta lograr un estado de distensión muscular generalizado. Esto a su vez le permitió tomar mayor conciencia de su cuerpo y desarrollar la habilidad de controlar voluntariamente la tensión y la relajación.

A medida que avanzaba la sesión, la paciente comenzó a experimentar una sensación de relajación profunda en todo su cuerpo, se le pidió que incorporará y practicará esta técnica

de relajación a su vida diaria y así hacer frente de manera más eficaz a los episodios de ansiedad que pudiera experimentar. Se concluyó la sesión resaltando los beneficios de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson para la reducción del estrés y la promoción del bienestar físico y emocional.

- **Logro de la sesión**

El resultado de la sesión aplicando la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson en la paciente fue altamente positivo ya que se pudo observar mejoras significativas en su estado anímico, evidenciadas por una reducción notable en la tensión muscular. Esta disminución en la tensión muscular no solo contribuyó a una sensación general de bienestar físico, sino que también tuvo un impacto positivo en su bienestar emocional.

- **Sesión 3**

En la tercera sesión, se estableció como objetivo el identificar y modificar las creencias negativas o distorsionadas.

Para lograrlo, se utilizó el modelo ABC como marco de intervención. Según Ospina y Ruíz (2021), este modelo se enfoca en examinar cómo las personas interpretan los eventos y forman juicios sobre sí mismas, los demás y el mundo que les rodea. En ocasiones, estas interpretaciones se basan en juicios que carecen de fundamentos en hechos objetivos y verificables, lo que puede perjudicar los objetivos que la persona se ha propuesto alcanzar. A estos juicios se les denomina "irracionales".

- **Descripción de la sesión**

En esta sesión, en primer lugar, se revisó los registros de pensamiento y una vez que se eligió con que pensamiento trabajar, se comenzó ofreciendo una explicación detallada del modelo ABC, utilizando ejemplos relevantes para facilitar su comprensión y así la paciente tenga una idea más clara de la técnica, posterior a esto se resolvió dudas sobre la técnica y se comenzó a trabajar en la misma.

Luego, se procedió a trabajar con el pensamiento que le desencadenaba malestar y la hacía entrar en un estado de ansiedad a la paciente, en este caso, era cuando sus hijos no llegaban a casa a la hora acordada después de salir con amigos. Se procedió a explorar las creencias automáticas de la paciente, revelando que al ver el reloj y notar la ausencia de sus hijos, temía lo peor, como que hubieran sido asaltados o sufrido un accidente. Estas creencias catastróficas fueron desafiadas durante la sesión, ayudando a la paciente a cuestionar y examinar estos pensamientos negativos, buscando evidencia objetiva que los respaldara o refutara.

Por otro lado, se trabajó en la identificación y explicación de las consecuencias de los pensamientos automáticos negativos que N.N generaba, explorando cómo afectaban las emociones y comportamientos. Se analizó cómo estas creencias influyen en su estado emocional y en sus acciones posteriores, en donde ella tomaba su teléfono y procedía a llamar desesperadamente a sus hijos y si no recibía respuesta, le generaba mayor malestar.

A lo largo de la sesión, se fomentó la consideración de alternativas más realistas y adaptativas, promoviendo la construcción de pensamientos y creencias más saludables y equilibrados. La paciente reconoció que modificar creencias arraigadas puede llevar tiempo y esfuerzo, por lo que se resaltó la importancia de la autocompasión y la paciencia en este proceso de cambio.

Además, como parte de su plan de tratamiento, se le asignó como tarea realizar un autorregistro de los pensamientos negativos e irracionales. Este ejercicio tiene como objetivo practicar y detectar pensamientos automáticos, para trabajarlos en la siguiente sesión, de esa manera se facilitará el proceso terapéutico y promoverá un mayor autoconocimiento por parte de la paciente.

- **Logro de la sesión**

En esta sesión, se logró un resultado positivo, ya que el paciente adquirió un entendimiento claro sobre el funcionamiento del modelo ABC y pudo identificar ciertos pensamientos negativos que están afectando su vida diaria generándole malestar.

- **Sesión 4**

En la presente sesión, se estableció como objetivo el identificar y modificar las creencias negativas o distorsionadas.

Para ello se llevó a cabo la revisión de la tarea asignada anteriormente, que consistía en que la paciente identificara y registrara sus pensamientos frente a sus problemas personales. Esta tarea es fundamental dentro del marco del modelo ABC, tal como indican Ramos del Río y Martí Noguera (2022). La técnica requiere que el paciente complete registros en las situaciones que sean objeto de interés, lo que proporciona información sobre el tipo de creencias que surgen en momentos específicos y facilita la comprensión del problema tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

- **Descripción de la sesión**

En esta sesión, se procedió a la revisión de la tarea asignada a la paciente, que consistía en llevar a cabo un autorregistro de pensamientos distorsionados e irracionales. La paciente compartió su progreso y presentó un pensamiento registrado relacionado con el miedo de subir al bus urbano, sintiendo que podría ser víctima de un robo o agresión. A partir de ahí, nos enfocamos en desafiar esos pensamientos irracionales y buscar alternativas más realistas.

Utilizando el modelo ABC, exploramos las creencias subyacentes que respaldaban el temor de la paciente. Se utilizaron preguntas desafiantes y técnicas cognitivas para cuestionar la validez de esos pensamientos y buscar evidencia objetiva que los refutara. Se le recordó a la paciente que el bus urbano en la ciudad de Loja es seguro y que las probabilidades de sufrir un atraco violento eran bajas. Se trabajó en la construcción de pensamientos

alternativos más realistas y adaptativos, promoviendo una perspectiva más equilibrada y positiva.

Además de abordar los patrones de pensamiento negativos, dedicamos tiempo a reflexionar sobre el tema tratado, aclarar dudas y evaluar la utilidad de la terapia hasta el momento. Se alentó a la paciente a mantener una actitud comprometida y a continuar practicando lo aprendido en su vida diaria. Por último, se le asignó como tarea el registro de pensamientos negativos, además de enlistar cosas, situaciones o momentos que la hacen sentir bien y anotarlas en una hoja y traerlas para la otra sesión.

- **Logro de la sesión**

En esta sesión, se logró un resultado satisfactorio, ya que la paciente pudo identificar exitosamente sus pensamientos irracionales y reflexionar sobre ellos. Además, se sustituyó estos pensamientos por otros más positivos, lo que sugiere un avance significativo en su proceso terapéutico y un mayor control sobre su estado emocional.

- **Sesión 5**

En esta sesión, se planteó como objetivo, influir en el comportamiento en una dirección funcional y positiva.

Se implementó la técnica de visualizaciones y sugerencias positivas la consiste en practicar la visualización de escenarios favorables y repetir afirmaciones positivas con el fin de cultivar una actitud optimista y transformar pensamientos negativos. De acuerdo con Fredrickson (2009), esta técnica se utiliza en diversas modalidades terapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual, la psicología positiva y la hipnoterapia, con el propósito de mejorar el bienestar emocional y fomentar el crecimiento personal.

- **Descripción de la sesión**

Antes de la aplicación de la técnica de visualización positiva, se siguió un proceso estructurado. En primer lugar, se educó a la paciente sobre la técnica, proporcionándole una explicación detallada. Luego, la sesión comenzó con una fase de respiración profunda

diseñada para relajar los músculos y establecer un ambiente propicio para la visualización y se revisó la tarea asignada.

Posteriormente, se invitó a la paciente a imaginar una situación de las que había escrito en su registro, detallando cada aspecto de la escena. Por ejemplo, en el caso de la paciente, se imaginó un viaje a su pueblo natal, Gonzanamá, en el que temía sufrir un accidente. Una vez inmersa en la escena, se le animó a asumir el papel protagonista y encontrar soluciones para superar la crisis.

Además, se guio a la paciente a visualizar un desenlace positivo, utilizando estrategias efectivas para contrarrestar los pensamientos negativos. En el caso de la paciente, esto implicó cambiar el escenario por un viaje relajante y placentero lleno de paisajes tranquilizadores. Esta práctica le permitió resolver la situación de manera satisfactoria.

Finalmente, se le asignó como tarea llevar un registro de los pensamientos negativos y cambiarlos por positivos con el propósito de consolidar la experiencia y fortalecer su capacidad para enfrentar episodios negativos de manera constructiva.

- **Logro de la sesión**

En cuanto al resultado de la sesión este fue satisfactorio, ya que se logró una mayor relajación y una reducción notable del estrés al enfocarse en aspectos positivos, lo cual se denotó en sus expresiones de tipo verbal y no verbal. Además, se observará un cambio medianamente significativo en los patrones de pensamiento, lo que indica un progreso a destacar en el bienestar emocional de la paciente.

- **Sesión 6**

En esta sesión, se estableció como objetivo cambiar el foco de atención de pensamientos no deseados o negativos.

Para ello se aplicó la técnica de detención del pensamiento. Según Olvera Navas y Rodríguez Palacios (2020), esta técnica consiste en identificar los pensamientos que generan ansiedad en primer lugar. Una vez identificados, nos centramos en esos pensamientos y,

después de un breve lapso de tiempo, los detenemos. Por lo general, se utiliza la palabra "stop" o algún ruido fuerte para interrumpir los pensamientos desagradables, con el objetivo de cambiar el enfoque de atención de pensamientos no deseados o negativos hacia algo más constructivo y positivo.

- **Descripción de la sesión**

En primer lugar, identificamos el pensamiento negativo o no deseado que surge en la mente del paciente a través de la revisión de la tarea asignada la sesión anterior. Posteriormente se le explicó en que consiste la técnica y se le pidió que elija una palabra clave que actúe como una señal de detención. Esto puede ser algo simple como "¡Detente!" o "¡Alto!" en este caso, la paciente decidió utilizar la palabra "¡Alto!".

En cuanto al pensamiento la paciente escribió que algo negativo que a menudo se le viene a la mente es que en su chequeo médico anual sus exámenes revelaran que padecía cáncer. Luego, le pedimos a la paciente que cerrara los ojos y se enfocara en ese pensamiento que le causaba malestar. Mientras se concentraba en este pensamiento, esperamos el momento adecuado y dijimos la palabra "¡Alto!". A continuación, le pedimos que cambiara ese pensamiento por otro más adaptativo y positivo.

Una vez realizado este ejercicio con nuestra ayuda, se le pidió a la paciente que repitiera el proceso por su cuenta. Lo hizo dos veces más sin necesitar asistencia. Después, se le preguntó cómo se sentía y a lo cual respondió que se sentía mejor. Al enfocarse en pensamientos más positivos, experimentó alivio y relajación durante el ejercicio.

Finalmente, se le asignó como tarea practicar en casa la técnica de detención del pensamiento con otros pensamientos negativos que surjan a lo largo de la semana y llevar un auto registro de estos pensamientos y las emociones que le generan para trabajar en la siguiente sesión.

- **Logro de la sesión**

El resultado de la aplicación de esta técnica fue positivo, ya que la paciente logró aprender a controlar y detener esos pensamientos negativos que le generaban malestar. Sin embargo, se enfrentó a ciertas dificultades para asimilar completamente la técnica. A pesar de ello, el hecho de que haya podido identificar y comenzar a manejar estos pensamientos negativos representa un avance significativo en su proceso terapéutico.

- **Sesión 7**

En la presente sesión se estableció como objetivo modificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más saludables.

Para esto se utilizó la técnica de reestructuración cognitivo-conductual con el objetivo de modificar los pensamientos irracionales y así reducir los niveles de ansiedad presentados por la paciente, tanto a nivel cognitivo como fisiológico. La elección de esta técnica se basó en la información proporcionada por Bados López y García Grau (2010), quienes señalan que la reestructuración cognitiva es una de las técnicas más utilizadas dentro de los procesos psicoterapéuticos de enfoque cognitivo-conductual.

Esta técnica implica que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, sustituyéndolos por otros más apropiados, reduciendo o eliminando la perturbación emocional y conductual causada por los pensamientos negativos. Durante este proceso, los pensamientos son considerados como hipótesis y tanto el terapeuta como el paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o incorrectas.

- **Descripción de la sesión**

Antes de comenzar con la reestructuración de los pensamientos, se proporcionó a la paciente una explicación detallada sobre las distorsiones cognitivas y cómo pueden influir en su estado de ánimo y generarle malestar. Se enfatizó la importancia de comprender cómo funcionan estas distorsiones para poder abordarlas de manera efectiva y la importancia de modificar estos pensamientos.

Por otro lado, se alentó a la paciente a desarrollar una mayor conciencia de sus propios pensamientos y emociones negativas. Se le enseñó a identificar los síntomas y las emociones negativas que surgían en diferentes situaciones, en donde la paciente pudo identificar sentimientos intensos de angustia y tristeza relacionados con el temor de que algo malo les sucediera a sus hijos cada vez que salían a la calle o a fiestas y no regresaban a la hora acordada.

Estos pensamientos negativos generaban una gran preocupación y ansiedad en la paciente, afectando su estado de ánimo y su capacidad para disfrutar de su vida diaria. A través del proceso de cuestionamiento socrático, se procedió a guiar a la paciente en la exploración y evaluación de sus pensamientos distorsionados. Se realizaron una serie de preguntas para examinar la veracidad y fundamentos de sus creencias. Algunas de estas preguntas fueron las siguientes:

- "¿Cuáles son los hechos concretos que respaldan tu creencia de que les ha sucedido algo malo a tus hijos?"
- "¿Estás basando tus pensamientos en hechos reales o más en tus sentimientos de preocupación?"
- "¿Qué evidencia existe para apoyar la idea de que tus hijos están en peligro cada vez que salen y no vuelven a la hora acordada?"
- "¿Es posible que estés interpretando de manera exagerada o catastrofizando la situación?"

A medida que la paciente adquiría una mayor conciencia de sus patrones de pensamiento distorsionados y los cuestionaba, comenzó a desarrollar una perspectiva más realista y a considerar otras posibilidades, en donde es consciente que existen riesgos en la vida cotidiana, pero había muchas circunstancias en las que sus hijos regresaban sanos y salvos sin ningún incidente.

Al concluir la sesión se le asignó como tarea realizar un auto registro de los pensamientos negativos e irracionales y auto registro de pensamientos alternativos más realistas que contrarresten los pensamientos negativos automáticos, y de esta manera la paciente practico en casa este ejercicio que nos serviría para el siguiente encuentro

- **Resultados de la sesión**

Se cumplió de manera satisfactoria el objetivo de la sesión puesto que a medida que avanzaba en el proceso de reestructuración cognitiva, la paciente experimentó una disminución en su nivel de ansiedad y una mayor sensación de control sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la seguridad de sus hijos, generando una mayor sensación de control y bienestar emocional.

- **Sesión 8**

En la sesión 8 se planteó como modificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más saludables.

Esto a través de la segunda parte de la técnica de reestructuración cognitiva. Según Cano-Vindel et al. (2013) esta técnica explica al usuario la conexión entre los pensamientos, emociones y conductas; además, se le instruye para que pueda identificar sus auto verbalizaciones ansiosas, creencias irracionales o esquemas disfuncionales y se plantean otras alternativas más funcionales. También se fomentan las habilidades de razonamiento, generalización, reinterpretación y modificación de pensamientos o auto instrucciones.

- **Descripción de la sesión**

En esta sesión, se revisó el auto registro de pensamientos de la paciente y se aplicó el cuestionamiento socrático a las distorsiones cognitivas que identificó. Uno de los pensamientos que la paciente escribió fue: "Voy a morir algún día debido a los síntomas que me genera la ansiedad". Al cuestionar este pensamiento, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Es realista este pensamiento? ¿Estoy basando mis pensamientos en hechos o

en sentimientos? ¿Existe alguna evidencia que respalde esta idea? ¿Podría estar malinterpretando alguna posible evidencia?

Después de reflexionar y discutir estas preguntas, la paciente pudo reconocer que su pensamiento era erróneo. No había evidencia sólida que respaldara la idea de que iba a morir debido a los síntomas de la ansiedad. Se dio cuenta de que estaba dejando que sus emociones negativas influyeran en sus pensamientos de manera irracional, por lo tanto, fue un punto de inflexión positivo en la paciente al tener un panorama más claro sobre este pensamiento.

Posteriormente, utilizamos la técnica de "¿Qué pasaría si...?" o "¿Qué es lo peor que podría pasar?" para profundizar en la exploración. Esto ayudó a la paciente a darse cuenta de que, incluso en el peor de los casos, había formas de afrontar y manejar la situación de una más apropiada. Posterior a esto se le asignó como tarea reflexionar sobre situaciones que causan ansiedad y escribir un listado detallado de estos acontecimientos. Como dato adicional se le planteó a la paciente, dar por concluido el tratamiento, en donde se llegó a un acuerdo de tener una última sesión de seguimiento, la cual se llevaría a cabo después de 20 días.

- **Resultados de la sesión**

Los resultados de la sesión fueron favorables, a través del cuestionamiento socrático y la reflexión activa, la paciente pudo cambiar su pensamiento erróneo y reconocer que no existía una base sólida para su temor de morir debido a los síntomas de ansiedad. Esta transformación cognitiva contribuyó a una reducción significativa de su ansiedad y a un enfoque más adaptativo en su vida diaria.

- **Sesión 9**

El objetivo principal de esta sesión fue retroalimentar sobre todas las técnicas abordadas y dar la alta terapéutica.

En este contexto, se utilizó el entrenamiento en auto instrucciones se presenta como una técnica cognitiva diseñada por Meichenbaum en 1969, la cual se enfoca en el cambio de comportamiento a través de la modificación de las auto verbalizaciones, ya sean internas o pensamientos, que una persona tiene en determinadas situaciones o problemas.

Según Pinos y Álvarez (2022) esta técnica consiste en sustituir las auto verbalizaciones interferentes o inapropiadas por otras que resulten más ventajosas para llevar a cabo una actividad de manera adecuada. El entrenamiento en auto instrucciones se utiliza en casos donde el individuo se dice a sí mismo cosas que interfieren con la ejecución de una tarea específica, lo que dificulta un manejo eficaz de la situación.

- **Descripción de la sesión**

En una sesión anterior, se le había asignado como tarea escribir sobre situaciones que le causan ansiedad y escribir un listado detallado de estos acontecimientos. Una de esas situaciones era cuando sus hijos salían y no llegaban a tiempo a casa. Por lo que se procedió a trabajar con la técnica de entrenamiento en auto instrucciones, con el objetivo de ayudar a la paciente a manejar de manera más efectiva esos momentos de ansiedad o agitación.

Posterior a esto se procedió a explicarle a la paciente que la idea era que se enseñara a sí misma a decirse cosas positivas y constructivas cuando se sintiera ansiosa o agitada. Por ejemplo, en el caso del acontecimiento antes mencionado en lugar de decirse "Algo malo les ha pasado, seguro se han accidentado", podría decirse "Todo va a estar bien, mis hijos son responsables y sabrán regresar a casa a salvo".

Luego se le enseñó algunas frases que la paciente podría utilizar en esos momentos, como "Todo va a estar bien", "Puedo manejar esta situación" y "Respiro profundamente y me calmo". Se le solicitó a la paciente que practicara estas auto instrucciones en casa, cada vez que se sintiera ansiosa por la situación planteada u otra diferente. Además, se realizó una retroalimentación de las diferentes técnicas practicadas a lo largo del proceso terapéutico.

Por último, se le volvió a aplicar reactivos los cuales corresponden a la Escala de Ansiedad de Hamilton y Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI, además se procedió a preguntar a la paciente si estaba lista para la alta terapéutica y ella respondió que tiene un poco de miedo, pero que se siente preparada para afrontar este proceso, ya que había estado practicando las múltiples técnicas enseñadas y se siente lista.

- **Resultados de la sesión**

En la sesión de seguimiento, la paciente se mostró contenta y satisfecha con los progresos alcanzados mediante el tratamiento terapéutico. Reportó haber aprendido a identificar de manera clara los síntomas de su ansiedad, tales como pensamientos negativos, tensión muscular y sensación de agitación, Además comentó que, gracias a las herramientas proporcionadas en las sesiones anteriores, se sentía lista para manejar de forma más adecuada los momentos que le generan ansiedad.

Capítulo tres

Resultados

En el presente caso, se realizó la aplicación de instrumentos psicométricos en dos momentos diferentes, en la primera evaluación, se utilizaron estos instrumentos para medir el nivel de malestar psicológico que presentaba la paciente. Posteriormente, en un segundo momento, se aplicaron nuevamente estos mismos instrumentos con el objetivo de establecer si el indicador patológico de la paciente había mejorado o se mantenía después del tratamiento.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Tabla 6

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton test y retest.

Instrumento	Pre tratamiento	Post Tratamiento
	Ansiedad psíquica: 10	Ansiedad psíquica: 8
Escala de Ansiedad de	Ansiedad somática: 5	Ansiedad somática: 4
Hamilton	Total: 15	Total: 12
	Ansiedad Moderada	Ansiedad Leve

Nota. Resultados obtenidos Escala de Ansiedad de Hamilton pre y post tratamiento.

Dentro de la **tabla 6**, se observa que en la evaluación inicial la paciente obtuvo una puntuación de 10 en ansiedad psíquica y 5 puntos en ansiedad somática dando un total de 15 puntos reflejando una ansiedad moderada, posteriormente en el retest el puntaje disminuyó a 8 en ansiedad psíquica y 4 en ansiedad somática, dando un total de 12 puntos, evidenciando una reducción de la sintomatología ansiosa de la paciente post tratamiento.

Tabla 7

Resultados del STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.

Instrumento	Pre tratamiento	Post Tratamiento
-------------	-----------------	------------------

STAI, Cuestionario de	Ansiedad de Estado: 47	Ansiedad de Estado: 40
Ansiedad Estado/Rasgo.	Ansiedad Alta	Ansiedad Moderada
	Ansiedad de Rasgo: 32	Ansiedad de Rasgo: 28
	Ansiedad Moderada	Ansiedad Baja

Nota. Resultados obtenidos del STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.

De acuerdo a los datos presentados en la **Tabla 7**, se puede hacer la siguiente interpretación de los resultados: En la evaluación inicial, la paciente obtuvo una puntuación de 47 en la subescala de Ansiedad Estado (A/E) del STAI, lo cual se interpreta como un nivel de Ansiedad Estado Alto. Por otro lado, en la subescala de Ansiedad Rasgo (A/R), la paciente puntuó 32, lo que indica un nivel Moderado de Ansiedad Rasgo.

En la evaluación posterior, post-tratamiento, se observa una disminución en la puntuación de Ansiedad Estado, la cual pasó de 47 a 40 puntos. Esto sugiere que el nivel de Ansiedad Estado de la paciente disminuyó de Alto a Moderado después del tratamiento.

Además, en la evaluación post-tratamiento, la paciente obtuvo una puntuación de 28 en la subescala de Ansiedad Rasgo, lo que indica un nivel Bajo de Ansiedad Rasgo. Esto significa que la paciente presenta una menor tendencia estable a experimentar estados de ansiedad de forma crónica.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

Tabla 8

Análisis cualitativo de la entrevista y observación clínica

Conductas y síntomas	Evolución			Observación
	Persiste actualmente	Mejoría parcialmente	Se extinguió o modificó	
Insomnio		X		Su sueño mejoró, sin embargo, en ocasiones aun presenta dificultad para dormir.
Angustia			X	Su angustia desapareció debido a un mejor manejo de emociones

Cefaleas		X	Las cefaleas desaparecieron.
Distorsiones cognitivas		X	Presenta un diálogo más objetivo y cuestiona los pensamientos automáticos.
Tensión muscular	X		La tensión muscular ha mejorado, sin embargo, persiste en algunas ocasiones.
Preocupación excesiva	X		Su preocupación excesiva a disminuido, ya no pierde el control.

Nota. Evolución de conductas y síntomas iniciales después del tratamiento.

Según los datos presentados en la **Tabla 8**, se evidencia una mejoría significativa en diversos síntomas y conductas como el insomnio, la angustia, las cefaleas, las distorsiones cognitivas, la tensión muscular y la preocupación excesiva tras el tratamiento. Esto sugiere que la paciente logró desarrollar habilidades efectivas para el manejo de sus emociones, lo cual se reflejó en un lenguaje más objetivo y positivo, disminuyendo así los pensamientos distorsionados que anteriormente contribuían a mantener la sintomatología ansiosa.

Discusión

La presente sistematización se centra en el análisis detallado de un caso clínico de una paciente de 58 años de edad diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada. Según Chacón Delgado et al. (2021) los Trastornos de Ansiedad (TA), son patologías mentales frecuentes, que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que estos trastornos son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%) entre los 25 y 80 años de edad.

A lo largo de este estudio, se ha examinado minuciosamente la presentación clínica y los síntomas que acompañan al trastorno. En función de los resultados obtenidos, se ha comprobado la eficacia del tratamiento llegándose a cumplir los siguientes objetivos planteados dentro del plan terapéutico, orientar a la paciente en el manejo integral de la ansiedad, brindándole herramientas y conocimientos para afrontar situaciones de estrés, identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales y reducir los niveles de ansiedad presentados por la paciente, tanto a nivel cognitivo como fisiológico.

En cuanto a la sintomatología característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Burgos y Gómez (2019) destacan que las personas con TAG experimentan "preocupaciones excesivas, nerviosismo, ansiedad anticipatoria y tensión muscular". En el caso de la paciente, se observó una preocupación excesiva y constante por situaciones improbables o manejables, alineándose con la descripción de estos autores sobre la tendencia a exagerar la gravedad de los problemas.

Por otro lado, los síntomas físicos más comunes del TAG incluyen "cefaleas, dolor precordial, dificultad para respirar, taquicardia y problemas gastrointestinales". Este conjunto de manifestaciones somáticas es muy característico de esta condición (Fernández, 2022, p. 86). La paciente presentaba todos estos síntomas, lo que refuerza la correlación entre su experiencia clínica y la literatura. Además, Mahoney y McEvoy (2020) señalan que los

pacientes con TAG suelen tener "creencias disfuncionales y sesgos cognitivos que contribuyen al mantenimiento de la ansiedad y la preocupación excesiva". Esto se reflejaba en la paciente, quien manifestaba visión catastrófica e ideas irracionales, exacerbando su malestar y ansiedad.

En el presente caso, se realizó un proceso de evaluación de manera cualitativa y cuantitativa, para ello, se utilizaron instrumentos como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) ya que pueden aportar información cuantitativa sobre los niveles de ansiedad de la paciente, sin embargo, algunos expertos cuestionan la idoneidad de estos instrumentos para la evaluación integral del TAG es por ello que además se utilizó las técnicas de entrevista y observación clínica. Por ejemplo, Díaz-Atacho y Gómez (2021) señalan que "las escalas de autoinforme como la HARS pueden subestimar la severidad de la ansiedad en adultos, ya que estos tienden a minimizar o negar sus síntomas". Estos autores sugieren complementar la evaluación con entrevistas estructuradas y la observación clínica, que permiten una exploración más profunda de la experiencia subjetiva del paciente, siguiendo esta misma línea en el presente caso.

En base a los resultados de la evaluación, se concluyó que el paciente cumple con los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) código 300.02 (F41.1) según el DSM-5 (APA, 2013). Este diagnóstico se fundamenta en la presencia de ansiedad y preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación, síntomas físicos y cognitivos asociados, así como deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento. Estos hallazgos se corroboran con la investigación reciente de Chacón Delgado et al. (2021), quienes señalan que los criterios diagnósticos clave para el TAG incluyen la presencia de ansiedad y preocupación excesiva, que se prolonga durante la mayor parte de los días por un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Por lo tanto, los resultados de la evaluación y el diagnóstico realizado se encuentran alineados con la evidencia científica actual sobre este trastorno.

Para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) diagnosticado en la paciente, se empleó la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) debido a que la evidencia científica disponible sugería que era la modalidad terapéutica más apropiada. Tal y como lo señalan Cotrino et al. (2020), la literatura muestra un sólido respaldo empírico para la efectividad de la terapia cognitiva y la terapia conductual aplicadas de forma individual en el manejo del TAG, encontrándose mejores resultados cuando se combinan técnicas de ambas aproximaciones en el enfoque de la TCC. Por ese motivo, se decidió implementar este enfoque terapéutico, el cual demostró resultados muy favorables al reducir significativamente los pensamientos irracionales y los síntomas somáticos que afectaban negativamente la calidad de vida de la paciente, dando así plena concordancia con la evidencia científica actual que respalda el uso de la TCC para el tratamiento del TAG.

Las técnicas psicológicas empleadas en el tratamiento de N.N. se fundamentaron en un abordaje terapéutico cognitivo-conductual. Según la Sociedad de Psicología Clínica (2023), recomienda para el manejo del TAG emplear la combinación de técnicas de control de la activación, como la relajación muscular progresiva de Jacobson, junto con técnicas cognitivas como la reestructuración, la detención del pensamiento y el entrenamiento en autoinstrucciones. Estas recomendaciones de la evidencia científica se alinean plenamente con el tratamiento implementado para N.N., el cual incluyó esta combinación de estrategias cognitivo-conductuales, lo que respalda la efectividad del abordaje terapéutico utilizado.

Numerosos estudios de caso han demostrado la eficacia de estas técnicas en el tratamiento del TAG. Por ejemplo, Beck & Tompkins (2007) aplicaron la reestructuración cognitiva y el modelo ABC en un paciente con TAG, logrando una reducción significativa en los niveles de ansiedad y preocupación excesiva. Hoyer et al. (2009) utilizaron la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento y la exposición en un paciente con TAG, obteniendo una disminución notable en la frecuencia e intensidad de las preocupaciones.

Asimismo, Bream et al. (2017) emplearon un enfoque que combinó la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento y el entrenamiento en relajación en un paciente con TAG, logrando una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y una mejora en la calidad de vida. Zinbarg et al. (2007) también reportaron resultados positivos al utilizar un enfoque integrado de TCC que incluyó reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y técnicas de exposición en un paciente con TAG.

Estos estudios respaldan la efectividad de la intervención cognitivo-conductual, especialmente cuando se combinan técnicas cognitivas y conductuales, para el tratamiento del TAG. El abordaje terapéutico implementado en el caso de NN, al seguir estas recomendaciones basadas en la evidencia científica, brinda una alta probabilidad de obtener resultados favorables en la reducción de los síntomas de ansiedad generalizada y en la mejora del funcionamiento y calidad de vida de la paciente.

En lo que se refiere a los resultados post- tratamiento, en la evaluación inicial, la paciente presentaba una ansiedad moderada, con una puntuación total de 15 en la Escala de Ansiedad de Hamilton. Después del tratamiento, el puntaje disminuyó a 12, indicando una reducción de la sintomatología ansiosa y una ansiedad leve. Además, en la evaluación posterior con el STAI, se observó una disminución en la Ansiedad Estado, de un nivel Alto a Moderado. Asimismo, la paciente obtuvo una puntuación Baja en la subescala de Ansiedad Rasgo, lo que sugiere que presenta una menor tendencia a experimentar estados de ansiedad crónicamente.

En cuanto a las fortalezas del presente caso, se pudo encontrar los rasgos de la personalidad anancásticos de la paciente, como el perfeccionismo y la meticulosidad, fueron fundamentales para el éxito del tratamiento. Estas cualidades le permitieron seguir el programa terapéutico, cumplir con las tareas asignadas, comprender y aplicar las estrategias propuestas. Sin embargo, la falta de apoyo inicial de su familia, quienes se mostraron renuentes a que acudiera a consulta psicológica, representó una importante limitación que

pudo haber dificultado el proceso en cierta medida. Por otro lado, el poder brindar seguimiento fue fundamental, ya que se pudo evidenciar los cambios obtenidos por la paciente.

Conclusiones

A lo largo del presente estudio de caso se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Se concluye que el proceso de evaluación de esta paciente reveló aspectos fundamentales para el abordaje de su problema. Por un lado, se logró discriminar con precisión la sintomatología ansiosa, lo que permitió identificar una predominancia de las respuestas de ansiedad en la paciente, elemento clave para brindar un diagnóstico adecuado.

Con base a los resultados obtenidos post-tratamiento se demuestra que la terapia cognitivo-conductual aplicada de manera individual es un abordaje altamente eficaz para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en pacientes adultos. La combinación de técnicas cognitivas y conductuales permitió una reducción significativa de la sintomatología ansiosa, así como una mejora en el funcionamiento general y la calidad de vida de los pacientes.

Por último, se concluye que el aumento de la capacidad resolutive mediante herramientas de afrontación en los individuos, así como también identificación, modificación y detención de pensamientos distorsionados, son factores fundamentales para reducir ansiedad y malestar emocional; puesto que favorecen la toma de decisiones, permitiendo al individuo manejar desafíos y dificultades de manera más efectiva, fomentando a su vez bienestar psicológico en el paciente.

Recomendaciones

En base a las conclusiones planteadas se presentan las siguientes recomendaciones:

Recomendar una evaluación exhaustiva y el uso de instrumentos psicométricos como el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) en la población adulta debido a sus excelentes propiedades psicométricas, para discriminar con precisión la sintomatología ansiosa. Esto permite formular un diagnóstico adecuado, elemento clave para la posterior aplicación de un tratamiento eficaz.

Se recomienda la inclusión de estrategias que fomenten el desarrollo de herramientas de afrontamiento en los individuos con trastornos de ansiedad. Esto, junto con la identificación, modificación y detención de pensamientos distorsionados, son factores fundamentales para reducir la ansiedad y el malestar emocional.

Se sugiere que se explore la posibilidad de implementar enfoques de intervención interdisciplinarios, que integren tanto el abordaje cognitivo-conductual como estrategias de desarrollo de habilidades de afrontamiento, regulación emocional y uso de medicamentos en caso de ser necesario. Esto podría brindar un tratamiento más integral y efectivo para los pacientes con trastornos de ansiedad.

Referencias

A. Garakani et al. "Farmacoterapia de los trastornos de ansiedad: opciones de tratamiento actuales y emergentes". *Fronteras en psiquiatría*, 11 (2020). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>

Álvarez Álvarez, Gerardo, de Armas Prado, Jesús Isaac, Luna Febles, Otoniel, y Hernández García, Norma. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, cómo se hace, dónde lo enseñan?. *Medicentro Electrónica*, 27(3), e3247. <https://bit.ly/3yVU2du>

American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.

Arias Beatón, G. (1999). El diagnóstico en la Psicología. *Revista cubana de psicología*.

Bados López, A., & García Grau, E. (2010). *La Técnica de la reestructuración cognitiva*. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>

Bream, V., Challacombe, FL, Palmer, A. y Salkovskis, P. (2017). *Terapia cognitivo-conductual para la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de caso analítico funcional*. *Revista de trastornos de ansiedad*, 45, 49-57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.005>

Barlow, D. H. (2020). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment* (5th ed.). The Guilford Press. ISBN-10: 1462541575 ISBN-13: 978-1462541577

Bech, P, Bojholm S, Bolwig TG, Kramp P, Clemmensen. L, Andersen J, Jensen E, Rafaelsen OJ. (2019). *La escala de ansiedad de Hamilton*. Editorial Saltador

Beck, JS y Tompkins, MA (2007). *Terapia cognitiva*. En DC Berliner (Ed.), *Manual de tratamiento del trauma infantil* (págs. 83-112). Editores asociados de Lawrence Erlbaum.

Bernstein, DA, Borkovec, TD y Hazlett-Stevens, H. (2000). *Nuevas direcciones en el entrenamiento de relajación progresiva: una guía para ayudar a los profesionales*. Editores Praeger. ISBN-10: 0275964531 ISBN-13: 978- 0275964535

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 525-532. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Burgos, A., y Gómez, L. (2019). Características clínicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología Clínica*, 15(2), 123-138.

Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. y Wood, C. (2013). *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización*. *Información Psicológica*, 102, 4-27. bit.ly/3R9JJch

Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., y Murillo Arias, R. (2021). *Generalidades sobre el trastorno de ansiedad*. *Revista Cúpula*; 35 (1): 23-36. bit.ly/4c3gaRx

Carballo, M. M., Estudillo, C. A. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). *Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7735542>

Cotrino, J., Gómez-Mejía, I. A., Mendoza-Rincón, B. M., Arenas-Villamizar, V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G., López-Jaimes, R. J., & Julio-Hoyos, Y. (2020). *Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo*. *Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 1012-1025. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4545855>

Díaz-Atacho, L. y Gómez, M. (2021). Cuestionando la validez de las escalas de ansiedad en adultos mayores. *Revista de Psicogeriatría*, 15(2), 45-54.

Fernández, P. (2022). *Ansiedad y Salud Mental*. Editorial Psique.

Fredrickson, BL (2009). *Positividad: investigaciones innovadoras revelan cómo aprovechar la fuerza oculta de las emociones positivas, superar la negatividad y prosperar*. Nueva York: Crown Publishers.

Gordillo Andrade, M. (2020). *La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad*. Quito: UCE.
www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2d463514-a7f7-443a-8774-c73aeb13c8b9/content

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

Habigzang, L.F., Gomes F.P.M., & Maciel, Z.L. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples*. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264. bit.ly/3VqxSJK

Hoyer, J., Beesdo-Baum, K., Gloster, AT, Runge, J., Höfler, M. y Becker, ES (2009). *Exposición a la preocupación versus relajación aplicada en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada*. *Psicoterapia y Psicósomática*, 78(2), 106-115.
<https://doi.org/10.1159/000201936>

Jacobson, E. (1938). *Relajación progresiva*. Prensa de la Universidad de Chicago.

López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D., y Baez, (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).

Mahoney, A., y McEvoy, P. (2020). *Cognitive Biases in Generalized Anxiety Disorder: An Update on the Field*. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>

Marrero, R. y del Rivero, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917.

Mendoza Fernández, I. M. (2020). *Terapia cognitivo conductual: Actualidad, Tecnología*. repositorio.upch.edu.pe. bit.ly/3VsVr4p

National Institute of Mental Health. (2022). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación*. bit.ly/4aKYFoi

Olvera Navas, V., y Rodríguez Palacios, P. (2020). *Intervención Cognitivo-conductual en un caso de ansiedad*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. [bit.ly/3VtYJV6](https://doi.org/10.17981/intercontinental.v11n1.2020.01)

Ospina Soto, V., y Ruíz Restrepo, D. (2021). *Aplicación el ABC del comportamiento*. CES Repositorio Digital Institucional. [bit.ly/4aLqJYr](https://doi.org/10.17981/ces.v11n1.2021.01)

Paladines Rios, V. M., Monge Plaza, F. R., Monge Paladines, F. L., y Jumbo Molina, J. M. (2019). *Diagnóstico médico y atención al paciente* (1era ed.). <https://doi.org/10.26820/978-9942-826-21-3>

Papola D, Miguel C, Mazzaglia M, et al. (2024). Psicoterapias para el trastorno de ansiedad generalizada en adultos: *una revisión sistemática y un metaanálisis en red de ensayos clínicos aleatorizados*. Psiquiatría JAMA. 2024;81(3):250–259. [bit.ly/457AvTy](https://doi.org/10.1001/jama.2024.1234)

Paz Guerra, S., & Peña Herrera, B. (2021). *Fundamentos de la Evaluación Psicológica*. Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20863/5/Fundamentos%20de%20%20evaluación%20psicológica.pdf>

Penninx, B. W., Pine, D. S., Reif, A., y Holmes, E. A. (2021). *Anxiety disorders*. The lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

Pérez Burgos, M., y Graña Gómez, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 19(1), 99-126.

Pinos Sigcha, M. S., y Álvarez Saquinaula, D. F. (2022). Descripción de la técnica de autoinstrucciones en profesionales sanitarios ante situaciones de emergencia y desastre sanitario (covid-19). *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 323-336. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp323-336>

Preti, A., Demontis, R., Cossu, G. et al. *La prevalencia a lo largo de la vida y el impacto de los trastornos de ansiedad generalizada en una encuesta nacional epidemiológica italiana*

realizada por médicos mediante entrevistas semiestructuradas. *BMC Psiquiatría* 21, 48 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03042-3>

Ramos del Río, B., y Martí Noguera, J. J. (2022). *Experiencias en ciberpsicología: Hacia una nueva era de la psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. bit.ly/3VrhZIS

Robichaud, M., Koerner, N. y Dugas, MJ (2019). Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada: de la ciencia a la práctica (2ª ed.). Rutledge. <https://doi.org/10.4324/9781315709741>

Romero, O., Islas, A., y Tortoriello, J. (2019). Uso de plantas medicinales en pacientes con síntomas de ansiedad generalizada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(6), 364-370. www.redalyc.org/journal/4577/457764437007/457764437007.pdf

Society of Clinical Psychology. (2023). *Research-Supported Psychological Treatments*. Society of Clinical Psychology. Division 12 of the American Psychological Association. bit.ly/4bVU0AY

Terlizzi, E. P., y Villarroel, M. A. (2020). Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States, 2019. *NCHS data brief*, (378), 1–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054928/>

Vigil-Colet, A., Ruiz-Pamies, M., Anguiano-Carrasco, C., & Lorenzo-Seva, U. (2012). El impacto de la discapacidad social en las medidas psicométricas de agresión. *Psicotema*, 24(2), 310-315. www.redalyc.org/pdf/727/72723578021.pdf

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., y Gloster, A. T. (2018). *The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention*. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 18(1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>

Zinbarg, RE, Craske, MG y Barlow, DH (2007). *Dominio de tu ansiedad y preocupación: Cuaderno de trabajo (Tratamientos que funcionan)*. Prensa de la Universidad de Oxford.

Öst, LG (1987). *Relajación aplicada: Descripción de una técnica de afrontamiento y revisión de estudios controlados*. *Investigación y terapia del comportamiento*, 25(5), 397-409.