



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. UN ESTUDIO DE CASO DESDE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Doris Berdazco Pintado¹, Alicia Hernández Montaña² y José González Tovar³
Universidad Autónoma de Coahuila
México

RESUMEN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define como una 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 (DSM-V). Un estudio realizado en México, indica que desde el 2002 que se hizo la última investigación sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad indica que esta era de 14.3 %. En la actualidad durante el período de la pandemia COVID-19 se evidencia que se incrementó hasta un 31 % y 33 %. Este artículo tiene como objetivo fundamental presentar un estudio de caso de una paciente que tiene como diagnóstico un TAG. Este estudio de caso se centró en el tratamiento psicológico de una consultante de 60 años, residente en Saltillo, Coahuila. Se le aplicó una entrevista semi-estructurada para abarcar las diferentes esferas con el objetivo de recopilar una mayor información. Además, se aplicó una serie de pruebas psicométricas que pudieran corroborar y ampliar el diagnóstico emitido como el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Síntomas Clínicos, Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad y Test de Creencias de Ellis. La intervención se diseñó desde un corte cognitivo conductual la cual incluyó técnicas como desactivación fisiológica, reestructuración de pensamientos, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Los principales resultados demostraron una disminución de la ansiedad fisiológica, se evidenció una disminución de los pensamientos de catastrofización y magnificación, siendo capaz de identificar

¹ Maestría en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Coahuila d.berdazco@gmail.com

² Profesora de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Coahuila
aliciahernandezmonta@uadec.edu.mx

³ Profesor de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Coahuila
josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

soluciones a posibles problemáticas y adquirió habilidades sociales para establecer una comunicación más efectiva. Se concluye que la intervención desde los modelos cognitivos conductuales permitió disminuir los síntomas clínicos de la paciente.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Generalizada, adulto mayor, estudio de caso, cognitivo conductual.

GENERALIZED ANXIETY DISORDER. A CASE STUDY FROM COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder (GAD) is defined as excessive anxiety and worry (apprehensive anticipation), occurring on more days than has been absent for a minimum of six months, related to various events or activities (DSM- V). A study carried out in Mexico indicates that since 2002, the last investigation on the prevalence of anxiety disorders was carried out, indicating that it was 14.3%. Currently, during the period of the COVID-19 pandemic, there is evidence that it increased to 31 and 33%. The main objective of this article is to present a case study of a patient diagnosed with GAD. This case study focused on the psychological treatment of a 60-year-old consultant, resident in Saltillo, Coahuila. A semi-structured interview was applied to cover the different spheres to collect more information. In addition, a series of psychometric tests were applied that could corroborate and extend the diagnosis issued, such as the Beck Depression Inventory, Clinical Symptoms Inventory, Situations and Anxiety Response Inventory, and Ellis Beliefs Test. The intervention was designed from a cognitive behavioral cut which included techniques such as physiological deactivation, restructuring of thoughts, problem solving and training in social skills. The main results showed a decrease in physiological anxiety, a decrease in thoughts of catastrophizing and magnification, being able to identify solutions to possible problems and acquiring social skills to establish more effective communication. It is concluded that the intervention from cognitive behavioral models allowed to reduce the clinical symptoms of the patient.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, older adult, case study, behavioral cognitive.

La sociedad actual ha experimentado una serie de cambios desde un punto de vista social, donde el adulto mayor, es el sector de la población que ha recibido un mayor impacto. Según la OMS y Los Estados Unidos Mexicanos se considera una persona adulto mayor a partir de los 60 años. En este período se producen una serie de cambios desde el ámbito laboral que puede tener una repercusión psicológica en el individuo.

En la infancia temprana, la ansiedad se puede presentar como miedo a la separación de familiares cercanos o de figuras de apego. Además, se puede evidenciar temor cuando se pone de manifiesto la ausencia de la persona que presenta un vínculo estrecho con el niño siendo este un mecanismo de protección ante determinados peligros del entorno (Orgiles et al., 2003).

Los trastornos de ansiedad son uno de los grupos más comunes de trastornos mentales en el mundo, con una prevalencia global estimada de 7.3%, y son la novena causa de años perdidos por discapacidad (Gaitán et al., 2021, p.478). Tanto la ansiedad como las preocupaciones están relacionadas con síntomas como inquietud o impaciencia, cansancio o fatiga, se puede presentar dificultades de concentración o quedarse la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para alcanzar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). Estos síntomas anteriormente mencionados son los que tienen una mayor connotación, existen otros igual de significativos como síntomas físicos como temblor, sacudidas, dolores o entumecimientos musculares, manos frías y húmedas, boca seca, sudoración, náusea o diarrea, polaquiuria, dificultad para tragar o nudo en la garganta y respuestas exageradas de sobresalto (Bados, 2005).

Dugas et al. (2005) plantearon que el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se muestra por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980). El (TAG) se ha definido como uno de los trastornos de ansiedad más relevantes dentro de la clasificación de Trastornos mentales, debido a su elevada prevalencia y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad (Carro-de-Francisco y Sanz-Blasco, 2015). Como plantea Jacome (2019) la ansiedad se define como es un estado mental que en determinadas ocasiones puede formar parte de la cotidianidad, no obstante, las personas que tiene un trastorno de ansiedad generalizada manifiestan los siguientes síntomas: preocupación, miedo intenso y continuo, ante situaciones habituales, trastornos del sueño, tensiones musculares o nerviosismos.

Según Bados (2005) las áreas donde se refleja una mayor preocupación se evidencian en situaciones de la vida cotidiana como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales, el dinero, el trabajo, los estudios y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden no ser tan significativas o de menor importancia, por ejemplo, las actividades domésticas, reparación del coche o no llegar a tiempo a una cita.

Con respecto al estudio de los trastornos mentales presentes en los adultos mayores (Fernández, 2020), plantea que se observa cierta carencia de evidencia científica de trabajos que aborden este tipo de temáticas, por lo tanto, se recomienda hacer investigaciones donde se pueda profundizar en el tema.

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos más frecuentes que se presentan en el adulto mayor, con preocupaciones en torno a la propia salud o la de los allegados, a la soledad, a que les ocurra algo y nadie lo sepa o a sufrir pérdidas y separaciones (Fernández, 2020, p.75).

Según Leturia (1998) el concepto de jubilación se define como el cese de la actividad laboral remunerada en el ámbito profesional de una persona, la cual puede ser de forma asalariada o autónoma, donde el individuo pasa a otra fase que le proporciona el descanso por los años laborados, siendo estos remunerados, la edad oficial fijada para esta etapa era de 65 años, este límite se ha modificado paulatinamente.

Como plantea Rodríguez (2006) este proceso se caracteriza por una crisis vital, la cual comienza dos años aproximadamente antes de oficializar el mismo y continúa dos años después del cese laboral, siendo este el término donde el pensionado es capaz de adaptarse a esta nueva etapa. Esta fase se produce de diferentes formas en cada una de las personas.

El tema de la jubilación guarda estrecha relación con el padecimiento de este tipo de trastorno, un paciente que se encuentre próximo a jubilarse puede experimentar una serie de sensaciones que anteriormente no había tenido, teniendo esto un impacto desde el punto de vista emocional afectando la psiquis del individuo.

La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para este trastorno evidencia unos resultados cerca del 50% (Carro-de-Francisco y Sanz-Blasco, 2015).

Corroborando con Orgiles et al., (2003) los estudios encontrados sobre el tratamiento de la ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes utilizan de manera regular programas de terapia cognitivo-conductual, de forma individual o combinados con intervención familiar.

Un conjunto de investigadores estudió un grupo de TCC sin relajación, donde se trabajó, el componente de preocupación que refleja los criterios que expone el DSM IV. Este tratamiento contempla, entrenamiento en consciencia, corrección de creencias erróneas sobre la preocupación, entrenamiento en orientación hacia el problema, exposición cognitiva y prevención de las recaídas (Capafons, 2001).

Se debe tener en cuenta que el aumento de la expectativa de vida trajo como resultado que el número de años de vida en la etapa poslaboral sea aproximadamente el mismo que en la etapa prelaboral (Rodríguez, 2006).

La eficacia de la TCC para este tipo de trastorno ha sido comprobada en numerosos estudios, por lo tanto, su utilización para el tratamiento de esta paciente arrojo resultados satisfactorios. En dependencia de las características del paciente se deberían modificar algunos aspectos que pudieran entorpecer el tratamiento del mismo.

Bajo este orden de ideas el propósito de esta investigación es presentar el abordaje clínico desde el enfoque cognitivo conductual de una paciente con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada para disminuir sus principales síntomas clínicos.

MÉTODO

Diseño

Es una investigación cualitativa de corte transversal con diseño descriptivo a través de un estudio de caso. Las características del estudio descriptivo permiten especificar como es y cómo se produce un determinado fenómeno, brindando información detallada del mismo o de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno analizado (Hernández et al., 1998).

Identificación del paciente y motivo de consulta

La participante del estudio es de nacionalidad mexicana de 60 años, residente en la ciudad de Saltillo, Coahuila. La paciente se encuentra en unión libre, tienes tres

hijos, dos de una relación anterior y uno de su pareja actual. Actualmente convive con su esposo de 57 años, pensionado y su hijo menor de 23 años, que se desempeña como estudiante de 10mo semestre de Derecho. Su hijo mayor tiene un hijo, y en algunas ocasiones la paciente refería pensamientos que le generaban malestar en cuanto a la salud de su nieto.

Durante la fase del tratamiento psicológico se encontraba viviendo con su hijo menor y su esposo. Se encuentra jubilada actualmente, y desde que comenzó la pandemia solo sale del hogar, en ocasiones donde sea estrictamente necesario. El motivo de consulta expuesto por la paciente está enfocado a problemas de comunicación con su hijo y dificultades para salir de su causa debido al COVID-19.

Historia del problema

Su hijo menor de 23 años, desde hace 5 años según refiere la paciente presenta problemas de intolerancia a la frustración, depresión y en algunas ocasiones ha manifestado ideas suicidas. En este caso ella no refiere evidencias de que su hijo haya intentado quitarse la vida. Este estado deprimido que manifiesta su hijo en ocasiones altera su bienestar emocional detonando en ellas emociones como tristeza, ansiedad e impotencia. Ella refiere que no cuenta con las herramientas necesarias para ayudar a su hijo en esta situación. Comenta que su hijo ha asistido a terapias psicológicas, pero solo recibió cuatro sesiones y posteriormente abandonó el tratamiento.

Con respecto a la situación sobre la pandemia COVID-19, la paciente refiere pensamientos sobre muerte con respecto a ella misma y sus familiares. Además, refiere tener este tipo de pensamientos a la hora de dormir, intensificándose cada uno de ellos, si presenta alguna molestia física.

Antecedentes del problema

La consultante refiere, que cuando era joven el padre de sus dos primeros hijos la abandono y la dejó a cargo de ellos, sin reportar ninguna manutención por su parte, por lo tanto, tuvo que asumir la crianza de ambos hijos sin recibir apoyos significativos. La paciente refiere que cuando se encontraba vinculada laboralmente presentaba algunos de estos pensamientos, pero en menos medida, a partir del proceso de la jubilación, en agosto del 2020 estos se han intensificado. Considera

que, al tener un mayor tiempo de ocio, y no estar sujeta a un horario laboral le genera un mayor espacio de tiempo para tener este tipo de pensamientos. La problemática que presenta su hijo, al considerar que no presenta herramientas para afrontarla hace que evite la situación, aislándose en su habitación donde experimenta llanto y tristeza.

Con respecto a sus preocupaciones sobre su salud y sus allegados, en noviembre del 2020, su madre fallece debido a la COVID-19, siendo estos unos de los principales detonantes que activan estos pensamientos sobre la salud de sus seres más allegados.

Instrumentos de evaluación

Se utilizó una entrevista semi-estructurada tomando como base la entrevista clínica de Manuel Muñoz (2001). Con la aplicación de esta entrevista se pudo recabar información acerca de aquellas áreas donde la paciente presentaba mayor malestar. Esta entrevista presenta 12 áreas de información, y permite emitir un diagnóstico sobre la problemática presentada. A continuación, se exponen los instrumentos de evaluación psicológica utilizados:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 2009) en su adaptación en población mexicana (Estrada et al., 2015). Autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cuanta más alta sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas. Los rangos de severidad son: 1-13, ausencia o mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El BDI-II ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a la consistencia interna (.91) y a la validez (Estrada et al., 2015).

El Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1975). Compuesta por 90 ítems organizados dentro de 10 dimensiones (Somatización, Obsesivo- Compulsivo, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo y Trastorno del sueño), con una escala Likert de 0 a 4 (Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho). Ha obtenido adecuada consistencia interna (0.7) en población mexicana (Cruz Fuentes et al., 2005).

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) cuenta con 66 reactivos tipo Likert repartidos en tres escalas de ansiedad: cognitiva, fisiológica y motora, que se cruzan con 22 situaciones y 24 tipos de respuesta. Las situaciones se categorizan en cuatro diferentes tipos: situaciones relacionadas con evaluación y asunción de responsabilidades, situaciones que implican relaciones interpersonales y sexuales, situaciones de tipo fóbico y situaciones habituales de la vida cotidiana; ante cada una de ellas, el sujeto tiene que ponderarlas y anotar con qué frecuencia le ocurre esa combinación situación-respuesta: casi nunca, pocas veces, unas veces sí y otras veces no, muchas veces o casi siempre; a mayor frecuencia de ocurrencia, mayor puntuación, lo que indicaría mayor intensidad de la ansiedad medida. El ISRA permite obtener cuatro medidas de ansiedad: cognitiva, fisiológica, motora y total. Ha obtenido adecuada consistencia interna (.94) (Cano-Vindel, et al., 2020).

Test de Creencias Irracionales de Ellis (TCI), este instrumento fue desarrollado por Calvete y Cardeñoso (1999) para evaluar ocho ideas irracionales. Consta de 46 ítems con cuatro opciones de respuesta: 1= No estoy de acuerdo, 2= Desacuerdo moderado, 3= Acuerdo moderado y 4= Estoy totalmente de acuerdo. Las ideas irracionales que se incluyen en este instrumento son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas autoexpectativas, Culpabilización, Control emocional, Evitación de problemas, Dependencia, Indefensión ante el cambio y Perfeccionismo. Ha obtenido adecuada consistencia interna (0.77) en población mexicana (Chávez y Quiceno, 2010).

Modelo explicativo

El modelo cognitivo seleccionado para explicar el trastorno que se presenta en la consultante, se utilizó el de Clark y Beck (2010) siendo este el modelo estándar para los trastornos de ansiedad. Esta preocupación tiene su origen de una interpretación de una amenaza anticipada, generando sensación de pérdida de control y una atribución catastrófica al resultado temido, y por ende se intenta establecer mecanismos de seguridad (Garay et al. 2019).

Esta terapia presenta varias fases. La primera como “fase evocativa” donde se refleja que esta preocupación presenta objetivos y preocupaciones propias del

sujeto. Estos pensamientos son el origen y el detonante percibidos como amenazantes para el individuo donde este activa esquemas maladaptativos de amenaza. La segunda se define “procesamiento automático” donde intervienen tres procesos: activación esquemática, sesgo atencional de amenaza y sesgo de interpretación de la amenaza. Los cuatro tipos de esquemas en el primero de estos procesos son: amenaza general, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre, metacognición de la preocupación. En último lugar la fase elaborativa de pensamiento” donde se enfoca el tratamiento del sujeto (Garay et al. 2019).

Diagnóstico

Según la información recogida a través de la entrevista inicial y las pruebas aplicadas, se diagnosticó según el DSM-V que el paciente presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1).

Según los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck se evidencia que la paciente no muestra síntomas depresivos.

La tabla 1 muestra que los síntomas clínicos que tiene una mayor puntuación son el de depresión (0.92) y el obsesivo-compulsivo con (0.60). El índice de severidad global (0.58) por lo tanto se recomienda la intervención psicológica.

Tabla 1
Inventario de síntomas clínicos SCL-90-R

Síntomas	Valor	Síntomas	Valor
Somatización	0.58	Ansiedad fóbica	0.43
Obsesivo-Compulsivo	0.60	Ideación Paranoide	0.33
Susceptibilidad Interpersonal	0.67	Psicoticismo	0.10
Depresión	0.92	Índice de Severidad Total	0.58
Ansiedad	0.50	Malestar referido a síntomas positivos	1.24
Hostilidad	0.50		

Nota. Fuente: Elaboración propia

El sujeto muestra ansiedad severa en las áreas cognitiva, fisiológica y motora, con respecto a las áreas de evaluación, interpersonal, fóbica y cotidiana presenta una ansiedad severa. De esta forma se puede decir que el sujeto manifiesta estados de ansiedad en todas las áreas de su vida (ver tabla 2).

Tabla 2
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Ansiedad	PD	Percentil	Apreciación
Cognitiva	141	95	Ans. Severa
Fisiológica	90	90	Ans. Severa
Motora	104	95	Ans. Severa
Total	335	95	Ans. Severa
Evaluación	125	90	Ans. Severa
Interpersonal	27	80	Ans. Severa
Fóbica	121	95	Ans. Severa
Cotidiana	46	95	Ans. Severa

Nota. Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la tabla 3, el sujeto presenta dos creencias en riesgo, “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos” y “Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas” Cada una de estas creencias sustenta el malestar que presenta la paciente, por lo tanto, estas creencias afectan determinadas áreas de su vida.

Tabla 3
Resultados del Test de Creencias de Ellis

No	Creencia	Valor	No	Creencia	Valor
1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	2	6	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	7
2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	6	7	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	5
3	Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	6	8	Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	5
4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	4	9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	2
5	Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en	3	10	La felicidad puede ser lograda por medio de la	5

medida que estas provocan
emociones.

inacción, la pasividad y el
ocio sin final.

Nota. Fuente: Elaboración propia

De manera general, se puede concluir que en cada una de las pruebas clínicas se evidenciaron elementos que puedan mostrar que el sujeto requiera atención clínica, la prueba del SCL-90R arrojó síntomas obsesivo-compulsivo y depresión con valores significativos, en el caso del Inventario de Depresión de Beck, el sujeto presenta una puntuación de 5 evidenciándose que no presenta depresión y la prueba del Inventario de Ansiedad muestra una ansiedad severa en todas las áreas reflejadas. Las creencias irracionales que presenta el paciente refuerzan el malestar psicológico que presenta actualmente.

Objetivos terapéuticos

Se establece como objetivo principal de intervención disminuir su sintomatología ansiosa para poder manejar de manera funcional situaciones estresantes de su vida cotidiana. Para alcanzar dicho objetivo, se fija: 1) trabajar en la desactivación fisiológica de la consultante debido a los altos niveles de ansiedad presentadas en la prueba utilizada para este diagnóstico, a través de la técnica de Respiración lenta y la Técnica de Relajación de Jacobson. Se implemento la técnica de Higiene del sueño puesto que presentaba insomnio. 2) Técnicas cognitivas como la parada del pensamiento y reestructuración cognitiva para disminuir sus pensamientos con tendencia a la catastrofización y la magnificación. 3) Aprendizaje de la técnica de Solución de problemas puesto que existían algunas situaciones planteadas en la sesión donde la paciente experimentaba carencia de posibles soluciones y 4) Se le entrenó en la adquisición de habilidades sociales tanto en el ámbito familiar como fuera de este.

Plan de tratamiento.

Se diseñó una intervención desde las bases de la terapia cognitivo conductual. Constó de 15 sesiones donde se aplicaron técnicas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Sesión	Objetivo	Técnica	Tarea
1 (2 sesiones)	Obtener información sobre la problemática presentada.	Entrevista inicial Consentimiento informado Contrato terapéutico	No necesaria.
2	Aplicar baterías de pruebas psicométricas. (BDI, SCL90-R, ISRA, y Test de Creencias de Ellis)		Consultar información sobre la Terapia Cognitiva Conductual.
3	Devolver resultado de la evaluación de las pruebas psicométricas. Psicoeducar a la paciente sobre el trastorno presentado.	Psicoeducación sobre modelo ABC. Explicación del modelo de TAG. Presentación del plan de tratamiento.	Consultar información sobre los trastornos de Ansiedad.
4	Desactivar fisiológicamente	Respiración lenta (911). Técnica de Relajación de Jacobson. Higiene del Sueño.	Practicar la Higiene del sueño con las orientaciones establecidas donde incluye la Técnica Relajación de Jacobson.
5 (varias sesiones)	Identificar pensamientos irracionales con tendencia a la catastrofización y magnificación.	Parada del pensamiento. Debate pragmático.	Autorregistro Implementar técnicas aprendidas.
6 (varias sesiones)	Modificar pensamientos irracionales con tendencia a la catastrofización y magnificación.	Reestructuración cognitiva. Flecha descendente Explicación de distorsiones cognitivas. Técnicas distractoras.	Autorregistro Implementar técnicas aprendidas. Planificación de actividades agradables.
7	Modificar pensamientos irracionales con tendencia a la catastrofización y magnificación. Identificar posibles soluciones a determinadas problemáticas y diseñar el plan de acción.	Reestructuración cognitiva. Solución de problemas. Sugerencias para el manejo de sus temores o preocupaciones. (Vargas y Ferrero, 2021). Técnicas distractoras.	Autorregistro Implementar técnicas aprendidas. Realizar la técnica de solución de problemas con la problemática "Diseñar un negocio familiar". Planificar actividades agradables.
8 (varias sesiones)	Adquirir habilidades sociales para mejorar la comunicación con su hijo. Implementar una comunicación asertiva.	Entrenamiento en habilidades sociales. Role-playing.	Consultar información sobre conceptos relacionados (comunicación, proceso de comunicación y estilo de comunicación). Ejercicios afines. Habilidades de comunicación para la

9	Prevenir futuras recaídas	Psicoeducación	vida cotidiana. (Rodríguez, 2011). Tarjetas de apoyo (Beck, 1995)
---	---------------------------	----------------	--

Nota. Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

El estudio de caso realizado forma parte de las prácticas preprofesionales de los estudiantes de maestría de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Coahuila. En las primeras sesiones de intervención, después de implementar las técnicas de Higiene del sueño la paciente manifestó que no sufría insomnio, y refería que la hora del sueño era más placentera. Durante varias sesiones se le indicó realizar actividades agradables dentro del hogar que le permitieran distraerse, a medida que avanzaba el tratamiento y la situación por la COVID-19 en el país mostraba señales de estabilidad y a los cambios experimentados en sus pensamientos, la paciente sugirió matricularse en una escuela de adultos mayores donde le brindaban cursos de manera gratuita, siendo la pintura la actividad seleccionada.

Las sesiones posteriores se centraron en la modificación de sus pensamientos estos en un principio tenían una tendencia a la catastrofización y la magnificación, a través de la reestructuración cognitiva junto al debate pragmático y la utilización de la flecha descendente, la paciente comenzó a identificar estos pensamientos y la forma en que estos podían ser flexibilizados. Puesto que presentaba pensamientos como “Si salgo de casa, me voy a morir” o “Algún miembro de mi familia puede enfermarse sino cumplen las medidas necesarias”.

Más adelante, se instruyó a la paciente sobre la técnica de Solución de problemas, donde fue capaz de identificar las 10 posibles soluciones a una problemática presentada por la consultante y pudo determinar el plan de acción. En este caso la persona refirió como podía utilizar esta misma técnica en otras situaciones de su vida cotidiana donde presentaba dificultad para resolverlas.

La última fase del tratamiento estuvo centrada en el entrenamiento de habilidades sociales donde se instruyó a la paciente en primer lugar con conceptos teóricos tanto escritos como audiovisuales para una mayor comprensión del contenido. En

este caso se le informaron los derechos asertivos, y de qué forma se pueden implementar y como emplear una comunicación asertiva, desarrollándose la técnica de role-playing, donde la paciente asumió indistintamente su rol y el de su hijo.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se pueden constatar una serie de elementos que refuerzan cada uno de los elementos abordados en la parte teórica. Según el DSM-V este trastorno se caracteriza se define como una ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), mayormente hacia sus familiares más allegados, como es el caso donde su principal foco de atención es su hijo menor de 23 años y su nieto recién nacido.

Como plantea Fernández, (2020), este es un trastorno que se presenta con mayor facilidad en las personas de la tercera edad puesto que es un período donde se experimenta un mayor grado de relajación puesto que el individuo se encuentra desvinculada laboralmente y por ende posee mayor tiempo de ocio dentro del hogar. Siguiendo la revisión de los estudios encontrados sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual como enuncia Orgiles et al. (2003), la intervención terapéutica realizada con la paciente ha evidenciado progresos por parte de ella, en cuanto al diagnóstico del trastorno y en cuanto a su tendencia a la catastrofización y la magnificación. La paciente ha mostrado adherencia al tratamiento en cada una de las técnicas empleadas y al propio curso del tratamiento. Esto le ha permitido contemplar diversas posibilidades que anteriormente no las observaba de la misma manera.

Conclusiones

Se evidencia mejoría en la paciente, mostrando que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas fueron efectivas, por lo tanto, se deben seguir implementando para mantener los resultados obtenidos después del tratamiento. La consultante refiere que en algunas ocasiones presenta esta tendencia a la catastrofización, pero es capaz de detectarla y trata de modificar ese pensamiento. La paciente mostró interés y disposición durante la mayor parte de la intervención, donde su asistencia se comportó de manera regular.

Una de las limitantes que presenta el estudio es que se deberían incluir otras técnicas conductuales que le permitieran establecer una comunicación más efectiva con su hijo. Estas técnicas reforzarían el objetivo inicial de la paciente, aunque uno de los obstáculos que se presentan es que su hijo manifiesta deseos de comunicarse en ocasiones muy específicas, la mayor parte del tiempo su vocabulario es monosilábico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.). Masson.

Bados, A. (2005). Trastorno de Ansiedad Generalizada. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Barcelona.

Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa

Beck, A.T., Steer, R., y Brown, G. (2009). Inventario de Depresión de Beck. Paidós.

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias abreviada. *Anales de psicología*, 15, 179-190.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/30061>

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. y Medrano, L. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 155-166.
https://zaguan.unizar.es/record/107393/files/texto_completo.pdf

Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442-446.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72713309.pdf>

Carro-de-Francisco, C. y Sanz-Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y salud*, 26 (3), 156-166.
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n3/original5.pdf>

- Chaves, L. y Quinceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 41-56.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865220>
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la symptom check list (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28, 72-81.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000100072y script=sci_arttext
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R. Clinical Psychometric Rescharch*. Baltimore
- Dugas, M., Marchand, A. y Ladouceur, R. (2005) Further validation of a cognitive-behavioral model of generalizad anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618504000118>
- Estrada, B., Delgado, C., Landero, R. y González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestrars mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Univ Psychol*, 14, 125-136.
- Fernández, M. J. (2020). Psicopatología en el adulto mayor: no todo es demencia. *Studia Zamorensia*, (19), 67-81.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718183>
- Gaitán, P., Pérez, V., Vilar, M. y Teruel, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud pública de México*, 63 (4), 478-485.
<https://doi.org/10.21149/12257>
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada, *Revista de Psicología*, 15 (29), 7-21.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- Hernández, R., Fernández, C. y Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Jacome, C. (2019). Proceso de intervención en adulto con TAG. Seminario de profundización. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Leturia, F. J. (1998). Jubilación y calidad de vida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 33 (90), 9009-9016.

Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Videl A. R. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. TEA ediciones.

Muñoz, M. (2001). Manual práctico de Evaluación Psicológica Clínica. Síntesis.

Orgiles, M., Méndez, X., Alcázar, A. I. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. Anales de psicología, 19 (2), 193-204. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27661>

Rodríguez, M (2011). Habilidades de comunicación para la vida cotidiana. Artes gráficas.

Rodríguez, N. (2006). Actitudes hacia la jubilación. Interdisciplinaria, 24(1), 5-42. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272007000100001y script=sci_abstracty tlng=es

Vargas, A. C. y Ferrero, N. (2021). S.O.S Materiales y recursos terapéuticos TREC y TCC: Guía práctica para la conceptualización de emociones y Herramientas de apoyo para psicoterapeutas.