

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de caso de paciente con diagnóstico presuntivo de
trastorno de ansiedad generalizada**

Vianca Kamila Cárdenas Flores

Psicología clínica

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Quito, 07 de mayo de 2025

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de COCISOH

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

Nombre del Trabajo:

**Estudio de caso de paciente con diagnóstico presuntivo de
trastorno de ansiedad generalizada**

Vianca Kamila Cárdenas Flores

María Gabriela Romo, PhD. Psicología clínica

Quito, 07 de mayo de 2025

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombres y apellidos: Vianca Kamila Cárdenas Flores

Código: 00321021

Cédula de identidad: 1750659581

Lugar y fecha: Quito, 08 de mayo de 2025

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

El presente estudio de caso aborda la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un paciente de sexo femenino de 24 años 7 meses con diagnóstico presuntivo de ansiedad generalizada (TAG). El TAG se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente con la presencia de síntomas fisiológicos como tensión muscular, inquietud, fatiga e insomnio. En este caso se identificaron creencias centrales de insuficiencia en función del logro, un patrón conductual de evitación y emociones predominantes de vergüenza e inseguridad. Mantenido por distorsiones cognitivas principalmente de tipo catastróficas, personalización y pensamiento dicotómico. La intervención se llevó a cabo en cuatro sesiones presenciales aplicando estrategias como psicoeducación, registro de pensamientos, cuestionamiento socrático y la técnica de flecha descendente. Como consecuencia, el paciente reportó disminución en la percepción de incapacidad para afrontar situaciones que generen ansiedad y mayor cuestionamiento de pensamientos disfuncionales. Finalmente, se propone un plan de tratamiento basado en la exposición gradual para reducir conductas evitativas que refuerzan el patrón cognitivo y fortalecer estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), terapia cognitivo-conductual (TCC), ansiedad, distorsiones cognitivas, conductas evitativas, exposición gradual, estrategias de afrontamiento

ABSTRACT

This case study addresses the application of cognitive-behavioral therapy (CBT) in a 24-year-and-7-month-old female patient with a presumptive diagnosis of generalized anxiety disorder (GAD). GAD is characterized by excessive and persistent worry, accompanied by physiological symptoms such as muscle tension, restlessness, fatigue, and insomnia. In this case, core beliefs of inadequacy related to achievement were identified, along with an avoidant behavioral pattern and predominant emotional responses of shame and insecurity. These were maintained by cognitive distortions, primarily, catastrophizing, personalization, and dichotomous thinking. The intervention was carried out over four in-person sessions, using CBT strategies such as psychoeducation, thought records, Socratic questioning, and the downward arrow technique. As a result, the patient reported a reduction in the perceived inability to cope with anxiety-provoking situations and an increased ability to challenge dysfunctional thoughts. Finally, a treatment plan based on gradual exposure was proposed, aimed at reducing avoidant behaviors that reinforce maladaptive cognitive patterns and strengthening coping strategies.

Keywords: Generalized anxiety disorder (GAD), cognitive-behavioral therapy (CBT), cognitive distortions, avoidance behavior, gradual exposure, coping strategies.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
TABLA DE CONTENIDO.....	7
TABLA DE FIGURAS.....	8
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Marco teórico del caso clínico	9
Trastorno de ansiedad generalizada.....	9
Prevalencia.....	10
Etiología.....	11
Sintomatología.....	12
Tratamiento farmacológico.....	13
Tratamiento psicológico - Terapia Cognitivo Conductual.	14
2. DESARROLLO	16
2.1 Presentación de datos antes de la intervención	16
2.1.1 Datos del paciente.....	16
2.1.2 Motivo de consulta.	16
2.1.3 Historia familiar.....	17
2.1.4 Antecedentes psicopatológicos familiares.....	18
2.1.5 Conceptualización caso.	18
2.2 Objetivos	20
2.3 Explicación y justificación de las técnicas de intervención	21
2.4 Intervención y resultado de cada sesión	24
2.5 Discusión de los resultados obtenidos.....	26
2.6 Limitaciones de los resultados obtenidos.....	27
3. CONCLUSIONES	29
3.1 Posibles cambios	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Genograma	17
---------------------------	----

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico del caso clínico

Trastorno de ansiedad generalizada.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), se denomina trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 300.02 [F41.1] de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 5 (DSM-5) al conjunto de síntomas caracterizados por ansiedad y preocupación excesiva que interfieren significativamente en la funcionalidad del paciente. El DSM-5 presenta cinco criterios que permiten el diagnóstico clínico, de los cuales se destaca la presencia de anticipación aprensiva durante más de seis meses que se relacionan con varios aspectos y/o actividades que como consecuencia al paciente le resulta difícil controlar el nivel de preocupación. Para el diagnóstico, dicha ansiedad y preocupación se ven asociadas a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño: dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio. (APA, 2013)

Cabe mencionar que para el diagnóstico en niños únicamente se requiere el cumplimiento de un ítem. De la misma forma, la ansiedad y la preocupación por los síntomas físicos deben causar un malestar clínico significativo, o a su vez que sea respuesta de la afectación en áreas de funcionamiento de la persona como laboral o social. Para el diagnóstico del TAG es importante que la presencia sintomatológica no

sea atribuida al efecto fisiológico de alguna sustancia, medicamento o alguna otra condición médica. Finalmente, el cuadro clínico no puede ser explicado por otro trastorno mental.

Prevalencia.

La proporción de la población global que presenta algún tipo de trastorno de ansiedad hasta el 2015 fue un estimado de 3.6%, indicando que, al igual que en casos de depresión, estos son más comunes en la población femenina que masculina, con un 4,6% a un 2,6% respectivamente (WHO, 2017). Además, no se presenta una variación significativa de las tasas de prevalencias entre grupos de edad en específico, sin embargo, se muestra menor prevalencia entre los grupos de mayor edad según la organización.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2020), en Ecuador los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD) (pág.1). De tal manera, los trastornos MNSS representan entre un tercio a un cuarto de la carga total entre los 10 y 45 años. Sin embargo, a los 20 años surge un patrón que se mantiene hasta la juventud y la adultez, siendo los principales trastornos: ansiedad, depresión, autolesiones, trastornos somatoformes representando el 42% de la carga.

De la misma manera, la organización menciona que hay una diferencia de género, puesto que en los hombres hay mayor presencia de trastornos por consumo de alcohol, dolores de cabeza, autolesión y suicidio. Mientras, que las mujeres se ven mayoritariamente afectas por trastornos de depresión, ansiedad y dolores de cabeza.

Etiología.

En general, los trastornos de ansiedad presentan una etiología compleja, estimándose que la variabilidad genética oscila entre un 30% a 50%, considerando la influencia de los factores de carácter social, temperamental y ambiental. Además, se presenta una disfunción en los circuitos neuronales tanto en la activación como en la conectividad de estos, presentando sobre reactividad de la amígdala e hipoactivación de la circunvolución del cíngulo anterior (Delgado et al, 2021).

Williams (2017) presenta biotipos de ansiedad y depresión que se manifiestan en la conectividad y activación de los circuitos neuronales. El autor indica que en el TAG la sobre reactividad de la amígdala es el resultado del procesamiento consciente o inconsciente de los estímulos concebidos como amenazantes. También se presenta hiperactivación del córtex cingulado anterior, reducción de la conectividad entre la amígdala y la corteza cingulada anterior subgenual durante el procesamiento de rostros amenazantes a diferencia de la hipoactivación de la amígdala en la recompensa social cuando se presentan rostros felices.

Para entender el origen del TAG se ha estudiado la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la resolución de problemas, puesto que la preocupación que surge es uno de los factores centrales del trastorno. De hecho, este elemento se considera una reacción cognitiva que cumple la función de proteger al individuo, previniendo escenarios o emociones desagradables. No se puede atribuir únicamente a un factor como desencadenante o promotor de la ansiedad, por lo cual, Galletero et al, (1989), indican tanto las bases biológicas como las psicológicas. Respecto a los mecanismos de producción de la ansiedad, los autores mencionan que “una teoría sugiere la presencia de ligando endógenos ansiogénicos que pueden actuar sobre el

receptor” (pág.2). Además, destacan que el sistema gabaérgico no es el único involucrado en la ansiedad, sino también otros como el serotoninérgico.

Sintomatología.

Además de los criterios diagnósticos presentados por el DSM-5, la Organización Mundial de la Salud (2023) menciona otros síntomas asociados a los trastornos de ansiedad, señalando que estos aumentan el riesgo de depresión y consumo de sustancias, al igual que elevan el riesgo tanto de ideación, como de conducta suicida. Los síntomas adicionales que la organización menciona incluyen:

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Palpitaciones
- Sudoraciones, tiritones o temblores
- Sensación de peligro inminente
- Náuseas o malestar abdominal (OMS, 2023)

Además, se han encontrado síntomas agregados tanto a nivel fisiológico como cognitivo y conductual. Manifestaciones como: pensar demasiado los planes y las soluciones ante escenarios catastróficos, dificultad para lidiar con situaciones de incertidumbre, miedo a tomar una decisión equivocada, incapacidad para relajarse, incluso para dejar de lado la preocupación u olvidarla y sensación de que la mente se pone en blanco (Mayo Clinic, 2017). La alta presencia de quejas cognitivas en la práctica clínica, acompañada de la falta de confianza sobre el rendimiento cognitivo que presentan los pacientes en función de la funcionalidad ocupacional, sugiere la correlación entre la sintomatología ansiosa y las quejas subjetivas de memoria. Sin embargo, por bibliografía escasa respecto síntomas cognitivos en trastornos de ansiedad a diferencia de trastornos como bipolaridad, esquizofrenia e incluso depresión, limitan la posibilidad de definir la afectación cognitiva.

De todas formas, “hallazgos consistentes en la bibliografía sugieren la afectación en el rendimiento cognitivo en pacientes con TAG, específicamente en las siguientes funciones: atención selectiva, memoria de trabajo, inhibición cognitiva, toma de decisiones (predicción del error) y cognición social” (Langarita y Grada, 2019, pág. 64).

Tratamiento farmacológico.

Para el tratamiento del TAG se recomienda tanto la aplicación de psicoterapia, como el uso de farmacología, pero va a depender del caso y de variables únicas del paciente. De tal manera, los pacientes también se benefician del uso simultáneo de ambos tratamientos. Reconociendo que la ansiedad es un estado médico controlable siempre y cuando el paciente cumpla con la medicación indicada, mientras se trabaja sobre los pensamientos irracionales. Esto con el fin de concientizar al paciente sobre la funcionalidad de estos para la formación de algunas de las preocupaciones infundadas desde la terapia cognitivo conductual que ha demostrado mayor efectividad en la reducción de síntomas (ANMM, 2013). Por lo cual, en el ámbito clínico-hospitalario, también se integran terapias de relajación, incluyendo ejercicios de respiración y relajación corporal.

Sobre el tratamiento farmacológico en específico, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son recomendados, tales como “la duloxetina, escitalopram, imipramina, paroxetina, sertralina y venlafaxina” (Fernández, 2024, pág. 164). La preferencia radica en la posibilidad de uso a largo plazo sin presentar un riesgo potencial de tolerancia y/o abuso, además, del control efectivo de los síntomas característicos del TAG. También, se puede usar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRSN), como venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina, de hecho, este último medicamento es el único aprobado por la FDA (Food

and Drug Administration) para el tratamiento de TAG en niños y adolescentes (Strawn et.al, 2018).

En cuanto a los antidepresivos atípicos, se recomienda vilazodona o mirazapina, de este último por la combinación única de efectos antihistamínicos y serotoninérgicos que resulta de gran interés para el tratamiento de TAG y otros trastornos de ansiedad (Strawn et.al, 2018). Los antidepresivos multimodales como vortioxitina también han sido estudiados para el tratamiento del TAG, pero han presentado un bajo índice de tolerancia, al menos en niños y adolescentes, por la presencia de síntomas secundarios como cefaleas, náuseas, vómito y dismenorrea (Findling et.al, 2017).

Ahora bien, el uso de benzodiacepinas, medicamentos como el clonazepam, lorazepam y diazepam son los más usados en el tratamiento del TAG en adultos a pesar de que médicos sugieren la limitación por la posibilidad de riesgo por uso inadecuado y dependencia (Strawn et.al, 2018), puesto que se presentan síntomas como ansiedad, diaforesis y temblores cuando se interrumpe el consumo de una benzodiazepina a diferencia de un placebo (Seedat et.al, 2004). Sin embargo, Gómez et al (2018), destacan que el uso de antidepresivos serotoninérgicos (ADs) suponen una eficacia no fundamentada en comparación con las benzodiacepinas (BZ) para la reducción de síntomas del TAG.

Tratamiento psicológico - Terapia Cognitivo Conductual.

Para este caso de estudio se aplicó terapia cognitivo conductual (TCC), considerando que es reconocida como el tratamiento de primera línea para TAG y trastornos relacionados con la ansiedad. De hecho, la TCC se asocia con un beneficio significativamente mayor que condiciones placebo, presentando efectos superiores que van más allá de la sintomatología tratada (Carpenter et al, 2018).

La TCC fue desarrollada en los años de 1960 por Aaron Beck. Los principios del enfoque se basan en la estructura, la orientación en el presente, resultados a corto plazo, direccionada a la resolución de problemas y la modificación tanto del comportamiento como del pensamiento disfuncional (Beck, 2011). El tratamiento se basa en el entendimiento del paciente por la conceptualización del caso, donde se sintetizan las creencias específicas y los patrones conductuales. El rol del terapeuta se centra en crear un cambio cognitivo mediante la modificación en el sistema de pensamientos y de creencias con el fin de lograr un cambio a nivel conductual y emocional (Beck, 2011).

De acuerdo con Díaz et al (2012), hay cuatro puntos característicos de la TCC desde la perspectiva fenomenológica que se manifiestan en la actualidad. Primero, la TCC trabaja con las respuestas des adaptativas aprendidas por el individuo a nivel físico, emocional, conductual y cognitivo. Se asume que el individuo tiene la facultad de ejercer control sobre los procesos que le afectan. Segundo, cuenta con protocolos específicos para distintos trastornos con un tiempo de aplicación estipulado y una estructura preestablecida. Tercero, la TCC tiene naturaleza educativa, partiendo de la conceptualización que permite establecer la lógica del tratamiento, razón por la cual en algunas sesiones se educa al paciente según resulte pertinente. Cuarto, esta terapia tiene carácter auto-evaluador, es decir, a lo largo del proceso terapéutico, manteniendo referencia en la metodología experimental que se enfoca, destaca en la validación empírica de las técnicas empleadas.

2. DESARROLLO

2.1 Presentación de datos antes de la intervención

2.1.1 Datos del paciente

- Nombre del Paciente: ET
- Edad: 24 años, 7 meses
- Estado civil: Soltera
- Nivel Educativo: Tercer nivel (universitario)
- Convivencia: Familia nuclear (padre, madre, hermana)
- Ocupación del paciente: Veterinaria
- Situación financiera: Dependiente
- Sexo asignado al nacer: Femenino
- Identidad de género: Femenino
- Orientación sexual: Heterosexual
- Etnicidad: Mestiza
- Nivel socioeconómico: Media-alta

2.1.2 Motivo de consulta.

Paciente acude a consulta por malestar significativo e interferencia en la funcionalidad laboral por sintomatología de un cuadro ansioso. Paciente refiere *“soy muy nerviosa, tiemblo, la gente ve que tiemblo, me pone nerviosa, por ejemplo, cuando me toca exponer a pasantes, siento calor corporal en situaciones sociales ajenas al trabajo, también en lo laboral, a veces me trazo, estoy cometiendo más errores, en general sé que me voy a poner tensa”*.

2.1.3 Historia familiar.

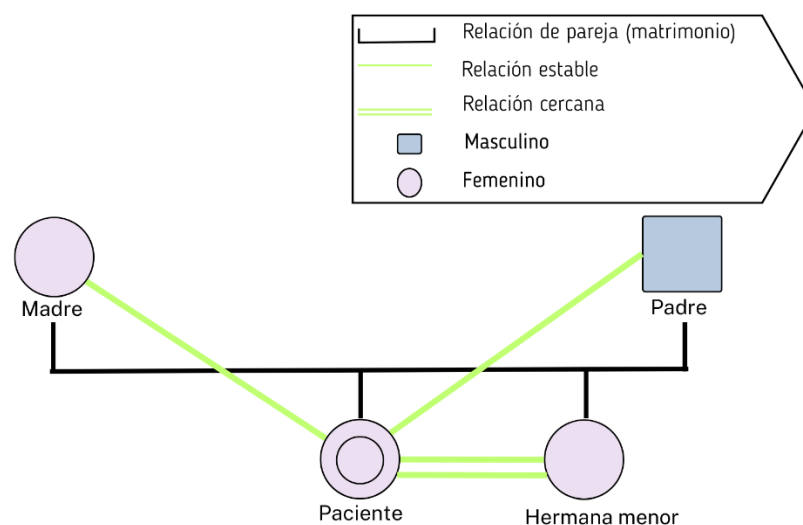


Figura 1. Genograma

Paciente refiere haber crecido con una buena relación familiar de forma general. Durante la primera infancia (3 años en adelante), define a la relación con los padres y hermana menor como muy buena y se describe a sí misma como más desenvuelta a nivel social. Sin embargo, a nivel académico el paciente reporta haber tenido dificultades en matemática y química sin un diagnóstico clínico ni educativo que justifique la dificultad en el aprendizaje, por lo tanto, recibió refuerzo educativo que fue suficiente para satisfacer las demandas académicas solicitadas.

El paciente describe a su padre como una persona cariñosa, con quien puede mantener una relación de amistad, pero que no le habla de su vida privada. En cuanto a la madre, el paciente refiere que tiene una mejor relación, que habla más con ella, pero que siente un distanciamiento y que era la madre quien ponía la disciplina en la casa. Finalmente, sobre la relación con la hermana, el paciente la define como una excelente relación por la buena comunicación existente.

Durante la adolescencia, el paciente indica que tenía una relación tranquila con ambos padres, que no se revelaba en contra de ellos y que mantenía buenas notas. Sin embargo, refiere que cuando tenía 12 o 13 años aproximadamente ya presentaba

síntomas ansiosos como trabarse en exposiciones. A lo cual la familia respondía repetidamente con frases como: “ya empezó el Parkinson”, que se puede identificar como factor precipitante para la configuración del modelo cognitivo posteriormente explicado.

Así mismo, cuando se explora más sobre la dinámica familiar actual, el paciente reconoce una buena relación familiar como se muestra en la *Figura.1*, que pasan tiempo juntos donde “hay unión” pero cuando están los cuatro, porque entre los padres hay discusiones frecuentes, pero la considera una relación estable. El paciente indica que la madre grita mucho y que el padre no dice nada, reconoce que antes estaba más del lado de la madre, pero que actualmente ya no y que las discusiones de los padres le generan malestar, pero que siente compasión por ellos porque considera que no saben comunicarse. Además, el paciente indica que recibe las quejas de la madre sobre el comportamiento de la hermana y en viceversa, lo que genera malestar.

2.1.4 Antecedentes psicopatológicos familiares.

Paciente no refiere antecedentes psicopatológicos familiares.

2.1.5 Conceptualización caso.

Contexto y antecedentes (Historia personal relevante y factores precipitantes)

Contexto familiar: ET creció en un ambiente familiar invalidante y crítico que cuando presentaba sus síntomas ansiosos respondían con frases como: "ya empezó el Parkinson". Además, considera que siempre ha cumplido un rol de mediador familiar para que todos estén bien, recibiendo quejas de cada uno de los miembros para intentar la conciliación entre estos.

Eventos previos: ET manifiesta presencia de sintomatología ansiosa en la adolescencia que no fue atendida, por ejemplo, el tartamudeo y nerviosismo en

exposiciones frente a la clase. De la misma forma, en la universidad las conductas de evitación inician, puesto que cuando se le presentaba alguna tarea desafiante optaba por evitar hacerla. En el ámbito laboral, hace un año aproximadamente perdió su empleo, por lo que se intensificaron los síntomas ansiosos, incluyendo estrategias de afrontamiento como autolesiones leves para la regulación del malestar.

Cogniciones automáticas: *“Me voy a poner tensa, me van a ver que tiemblo, que tonta que soy, tengo que dar una solución, no puedo cometer errores y debo dar la cara”*. Las cogniciones automáticas principalmente se presentan cuando el paciente tiene que demostrar sus habilidades y competencias en el campo laboral.

Esquemas cognitivos (creencias centrales en el episodio actual): ET presenta creencias subyacentes vinculadas a las creencias centrales de insuficiencia en términos de logro tales como: *“si me equivoco voy a quedar mal y van a dejar de confiar en mí”*.

Conductas: Paciente presenta conductas de evitación a situaciones donde se involucre el juicio de un tercero. Por ejemplo, cuando tiene que enfrentar a su familia respecto a los síntomas ansiosos, suele hacerlo mediante bromas, minimizando el impacto que tiene en su vida. O cuando sabe que tiene que exponer o demostrar sus habilidades a pesar del dominio del tema, invierte una gran cantidad de tiempo en prepararse, como comportamiento de seguridad, lo que ha mantenido la sensación de falta de preparación y competencia. En cuanto al ámbito laboral, paciente evita responder los mensajes de forma inmediata, lo que incrementa su ansiedad porque pensamientos automáticos como *“tengo que dar la cara y dar una solución”* invaden su mente.

Emociones: Ansiedad, inseguridad y frustración. Estas emociones se presentan cuando el paciente tiene que enfrentar situaciones en las que hay la evaluación de un tercero. Mismas que se intensifican en el contexto laboral, cuando tiene que demostrar

sus habilidades, manifestándose en sintomatología fisiológica como temblores de las manos, tartamudeo ocasional y sensación de aumento de la temperatura corporal. Las emociones se presentan como resultado de los pensamientos negativos cuando su desempeño laboral y capacidad de resolución son evaluadas.

Intervenciones terapéuticas

Explicación del modelo cognitivo: se explicó al paciente de forma sencilla la base de la TCC, entendiendo que una experiencia se conforma por pensamiento, emoción y conducta, incluyendo la reacción fisiológica. Con este entendimiento de base el paciente tuvo la capacidad de identificar los pensamientos automáticos y las conductas evitativas que mantenía, reflexionando que el malestar no se produce por la situación per se, sino por la interpretación que se le atribuye.

Identificación cogniciones automáticas: se aplicó un registro de pensamientos para que el paciente adquiriera conciencia de los pensamientos automáticos que se presentan en situaciones donde la ansiedad se eleva. Al tiempo, de la identificación de emociones que surgen cuando los pensamientos identificados se presentan.

Reestructuración cognitiva: con el registro de pensamientos se evaluaron los pensamientos automáticos desadaptativos que a través del cuestionamiento socrático y la búsqueda de evidencia tanto a favor como en contra de los mismos en colaboración con el paciente se logró plantear pensamientos alternativos que resultaron más funcionales y adaptativos.

2.2 Objetivos

1. Reducción de sintomatología fisiológica típica de la ansiedad, como sensación de aumento de temperatura corporal, temblores, nervios al hablar en público, que se presentan en especial ante la presencia de la evaluación de un tercero.

2. Reestructurar las creencias disfuncionales sobre su desempeño, reducir la tendencia a personificar, catastrofizar y polarizar el pensamiento de situaciones negativas que probablemente no cuentan con la evidencia suficiente.

3. Reducir conductas evitativas y fomentar la exposición gradual a situaciones ansiógenas, mediante el establecimiento colaborativo de la jerarquía de exposición.

4. Mejorar la tolerancia a la incertidumbre mediante la aceptación que no siempre se puede prever o controlar todos los aspectos de la vida, y que la incertidumbre es una parte normal de la experiencia humana.

2.3 Explicación y justificación de las técnicas de intervención

Sesión 1:

- Establecimiento de alianza terapéutica: Con la finalidad de crear un vínculo que permita que el paciente tenga la apertura y sienta seguridad para hablar de su situación.
- Consentimiento informado: Se presentó el documento solicitado por el centro, se revisó con el paciente cada uno de los apartados asegurándose que no quede duda alguna y tenga pleno conocimiento del proceso terapéutico.
- Historia Clínica: se inició la recolección de información del paciente mediante la historia clínica para conocer de forma general el historial personal con una entrevista clínica estructurada.

Sesión 2:

- Alianza terapéutica: Para mejorar y fortalecer la confianza, la relación terapeuta- paciente, favoreciendo al desarrollo del proceso terapéutico el compromiso y la apertura emocional.

- Historia clínica: Se concluyó la recolección de información con énfasis en el historial y dinámica familiar.
- Cuestionamiento socrático: Ayudar al paciente a que adquiera una perspectiva más realista de la situación para reducir la ansiedad.
- Habilidades clínicas: Validación, parafraseo, resumen, reflejo de sentimiento y reflejo de contenido.

Sesión 3- 4:

- Explicación del modelo cognitivo: Mediante el uso de una metáfora se explicó al paciente la composición del modelo cognitivo (emoción, conducta y pensamiento) como primer acercamiento al registro de pensamientos.
- Registro de pensamientos: Fue aplicado primero en sesión tras el entendimiento del modelo cognitivo y el impacto del pensamiento sobre la conducta y la emoción. Se envió como tarea para la siguiente sesión.
- Reflejo de conceptualización: Se mostró al paciente la conceptualización del caso para confirmar si el entendimiento del mismo era adecuado y corroborar o descartar las hipótesis diagnósticas planteadas.
- Explicación de distorsiones cognitivas: Para que el paciente pueda concientizar sobre la interpretación errónea que puede atribuir a las situaciones que generan malestar.
- Reestructuración cognitiva: Desafiar los pensamientos automáticos mediante la búsqueda de evidencia a favor y en contra para plantear pensamientos más alternativos.

A continuación, se describirá el plan terapéutico para siguientes sesiones, puesto que por razones personales del paciente el tratamiento se vio interrumpido.

Sesiones 5-6:

- Identificación de distorsiones cognitivas: Una vez explicadas y entendidas las distorsiones cognitivas. Se plantea la identificación de estas en situaciones en específico para que el paciente adquiera mayor conciencia de la posibilidad de sesgo en el pensamiento, lo que genera una interpretación errónea potenciando la sintomatología ansiosa.
- Jerarquía de exposición: Junto al paciente se desarrollará la jerarquía de situaciones que le generen ansiedad como inicio de la exposición gradual.
- Imaginería: Como primer acercamiento a la exposición se plantearán ejercicios de imaginería con la finalidad de monitorear la reacción y la respuesta del paciente para que progresivamente logre familiarizarse a los estímulos que le generan ansiedad, reduciendo la intensidad de la respuesta emocional con el tiempo.

Sesiones 7-10:

- Monitoreo de la exposición: Evaluar pensamientos, emociones y conductas como respuesta a la exposición. A nivel cognitivo se plantea la identificación de evidencia que desacrediten los pensamientos automáticos vinculados a las creencias centrales disfuncionales que anteriormente se reconocieron.
- Incremento de tolerancia al malestar: Trabajar con el paciente habilidades de tolerancia al malestar para incrementar su capacidad de respuesta sin recurrir al patrón de evitación. Por ejemplo, se puede plantear la opción de trabajar mindfulness como respiración consciente.

2.4 Intervención y resultado de cada sesión

Sesión 1 y 2: Evaluación inicial y establecimiento de objetivos terapéuticos

Intervención:

Objetivo: Completar la historia clínica del paciente con la previa autorización mediante el consentimiento informado para entender el motivo de consulta, los síntomas predominantes, las áreas de afectación, el desarrollo personal y familiar para el establecimiento de objetivos terapéuticos mediante la solidificación de la relación paciente-terapeuta y el desarrollo de hipótesis diagnóstica.

Técnicas utilizadas: Entrevista clínica estructurada, establecimiento de metas y objetivos, psicoeducación de la TCC, aclaración de expectativas, alcance del tratamiento y cuestionamiento socrático.

Proceso: El paciente colaboró con el proceso de recolección de información sobre su historia, señalando claramente el motivo de consulta y la afectación de los síntomas fisiológicos de la ansiedad en el ámbito laboral. Se indicaron los alcances de la terapia y la importancia del compromiso del paciente, mediante una introducción general de la TCC en función de pensamientos, conductas y emociones.

Objetivos establecidos: Identificación de situaciones que eleven la ansiedad en el paciente, monitoreo de pensamientos automáticos, sensaciones corporales y emociones.

Resultado: El paciente se muestra comprometido con el proceso, demostrando capacidad para el reconocimiento de pensamientos y monitoreo de sensaciones corporales que se correlacionan con la intensificación de la ansiedad.

Sesión 3 y 4: Psicoeducación del modelo cognitivo, identificación de pensamientos automáticos y creencias centrales

Intervención:

Objetivo: Enseñar al paciente que el origen del malestar no es la situación como tal, sino la interpretación de la misma para fomentar sentido de control sobre las emociones y las conductas. Además, identificar los pensamientos automáticos disfuncionales en función de ejemplos específicos dados por el paciente.

Técnicas utilizadas: Metáfora para enseñar modelo cognitivo, cuestionamiento socrático, registro de pensamientos, cuestionamiento de evidencia, imaginación, flecha descendente.

Proceso: Se inició explicando al paciente el funcionamiento del modelo cognitivo y la correlación entre pensamiento, conducta y emoción. El paciente manifestó entendimiento de la explicación, además, de demostrar facilidad para identificar los pensamientos automáticos en situaciones específicas donde los síntomas ansiosos se exacerban, principalmente relacionados con la evaluación de un tercero sobre su competencia laboral. Además, en sesión se hizo el ejercicio de registro de pensamientos para que tenga un ejemplo claro de cómo hacerlo en casa. De la misma forma, con este ejercicio se plantearon pensamientos alternativos más funcionales que redujeron el malestar subjetivo del paciente.

Objetivos establecidos: Registro de pensamientos, monitoreo de detonantes que potencian la sintomatología ansiosa, reconocimiento de pensamientos negativos para la reestructuración cognitiva con pensamientos alternativos funcionales buscando evidencia que los fundamenten.

A partir de la cuarta sesión, el plan de tratamiento se enfocaría en la implementación de exposición progresiva en situaciones detonadoras de ansiedad para reducir la intensidad de los síntomas. Además, promover tanto la habituación como la reestructuración cognitiva con el fin de aumentar la funcionalidad del paciente en respuesta al motivo de consulta presentado. De la misma forma, en las siguientes

sesiones se promovería la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales asociados a las situaciones previamente identificadas, fortaleciendo el afrontamiento adaptativo, especialmente en el trabajo que era el área donde mayor malestar el paciente reportaba.

2.5 Discusión de los resultados obtenidos

Tras la aplicación de un proceso terapéutico TCC, el paciente reportó una mejora significativa en la sintomatología ansiosa, especialmente en el plano fisiológico. Resultó fundamental que, desde la primera sesión se establecieran objetivos terapéuticos de manera colaborativa, lo que permitió clarificar dudas y generar conciencia sobre los alcances del tratamiento. Se destacó la importancia de la continuidad del proceso, el cumplimiento de las tareas asignadas y el avance progresivo de la terapia como elementos clave para lograr resultados favorables a través del desarrollo y fortalecimiento de la alianza terapéutica.

A lo largo del proceso, se evidenció un reconocimiento progresivo y manejo más adaptativo de pensamientos, emociones y conductas asociadas a la ansiedad. Uno de los logros principales fue el desarrollo de la capacidad por parte del paciente para identificar y cuestionar sus pensamientos automáticos, lo que permitió debilitar el esquema de insuficiencia personal. Esto facilitó una reinterpretación más objetiva de las situaciones ansiógenas. La reestructuración cognitiva, basada en pensamientos más realistas propuestos por el paciente, y el trabajo conjunto en la elaboración de registro de pensamientos durante las sesiones, contribuyeron al reconocimiento de distorsiones cognitivas que perpetuaban el patrón disfuncional y reforzaban las conductas evitativas.

En cuanto a la conceptualización del caso, su desarrollo fue esencial para guiar el plan de intervención. Puesto que, inicialmente se sospechaba de un trastorno de ansiedad social; sin embargo, a partir de la conceptualización completa desde el modelo

tradicional de TCC, se replantearon las hipótesis diagnósticas. Estas resultaron ser más coherentes con los criterios diagnósticos del TAG, dado que los síntomas ansiosos se manifestaban en diversas áreas de la vida de la paciente, más allá de los contextos sociales, lo cual fue clave para el diagnóstico diferencial.

De la misma forma, la exploración en la historia familiar y la devolución de la perspectiva clínica del caso al paciente le permitieron comprender el origen contextual de su ansiedad. Esto facilitó la identificación de recursos personales actuales para el manejo de los síntomas ansiosos y la reducción de su impacto en el ámbito laboral. Si bien, en las cuatro sesiones realizadas se evidenciaron avances relevantes y la efectividad del abordaje de la TCC, por la naturaleza del trastorno resulta precipitante hablar de una recuperación total. Por ello, el tratamiento futuro incluye como ejes centrales la exposición gradual y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.

2.6 Limitaciones de los resultados obtenidos

Como principal limitación se presenta el número reducido de sesiones y el distanciamiento temporal entre estas, puesto que durante el proceso se presentaron inconvenientes para concretar las sesiones por temas de tiempo del paciente. En consecuencia, los resultados obtenidos no pueden ser considerados concluyentes respecto al impacto de la terapia en el caso. Por lo cual, observar cambios sostenidos a lo largo del tiempo se vio limitado al igual que el cumplimiento de la totalidad de los objetivos terapéuticos. En cuanto al caso clínico como tal, la consolidación de creencias asociadas con la insuficiencia personal representó una dificultad para la reestructuración cognitiva, puesto que dichas creencias, vinculadas al perfeccionismo, habían sido internalizadas desde la infancia.

Adicionalmente, la ausencia de actividades de ocio dentro de la rutina del paciente redujo las oportunidades de generar evidencia contraria al esquema de

insuficiencia. La escasa exposición a situaciones placenteras y satisfactorias limitó el acceso a experiencias que propiciaran la sensación de logro, reforzando así las creencias negativas previamente identificadas. Finalmente, para la estructuración del plan de intervención, se identificó la resistencia del paciente al uso de estrategias basadas en mindfulness, a raíz de una experiencia negativa previa. A pesar de la evidencia empírica que respalda su eficacia en el tratamiento de trastornos de ansiedad, esta negativa impidió la aplicación inicial de un componente potencialmente beneficioso para el abordaje del caso. Sin embargo, con el fomento de la alianza terapéutica y psicoeducación adecuada se mantiene la posibilidad de incorporar estrategias mindfulness en el tratamiento.

3. CONCLUSIONES

Finalmente, el presente estudio de caso, en el que se aplicó terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), evidenció su efectividad a pesar del número limitado de sesiones. La reducción significativa de malestar reportado por el paciente es atribuible a las técnicas mencionadas de la TCC. Principalmente, la disminución de sintomatología ansiosa se asocia con la toma de conciencia sobre la presencia de pensamientos automáticos disfuncionales, para facilitar el reemplazo con pensamientos más adaptativos, basados en evidencia que contrarresten la percepción desmedida de riesgo.

De igual manera, el reconocimiento de distorsiones cognitivas en situaciones que implicaban la evaluación de un tercero fue el elemento clave en la reducción de sensaciones fisiológicas características de la ansiedad, como el aumento de la temperatura corporal e incapacidad de afrontamiento. De hecho, el ejercicio de detenerse a cuestionar la veracidad de los pensamientos disfuncionales permitió que el paciente tomara contacto con la realidad de las situaciones desde una perspectiva más consciente y objetiva.

En cuanto a la conceptualización de caso, se identificó como factor precipitante el entorno familiar invalidante frente a la expresión ansiosa que el paciente presentaba desde la adolescencia. Este contexto contribuyó al desarrollo de creencias centrales asociadas a la incapacidad de respuesta, mismas que derivaron en reglas, actitudes y suposiciones disfuncionales. Lo cual, a nivel conductual, se reflejaron en un patrón evitativo ante situaciones en las que se percibía como amenaza la evaluación a su desempeño y competencia.

Por lo cual, el tratamiento terapéutico se diseñó con en base en estrategias de exposición progresiva, con el objetivo de reducir la intensidad de los síntomas ansiosos,

debilitar los esquemas de pensamientos desadaptativos, en especial los relacionados con la sensación de insuficiencia en términos de logro y reducir las conductas evitativas que reforzaban y perpetuaban el malestar.

3.1 Posibles cambios

Como posibles cambios en el abordaje del presente caso, se plantea la incorporación de instrumentos estandarizados para la evaluación más objetiva del cuadro clínico. En este sentido, se recomienda la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) durante la primera o segunda sesión, especialmente considerando la sospecha de un trastorno de ansiedad generalizada. Esto habría permitido obtener un puntaje inicial del nivel de malestar en función de la presencia de síntomas ansiosos, para facilitar la comparación objetiva a lo largo del proceso terapéutico para un seguimiento más riguroso de los avances del paciente.

De la misma manera, se sugiere la evaluación sistemática de la posible presencia de síntomas depresivos, por la comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos de estado de ánimo. Para lo cual, el uso de instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) habría sido funcional para identificar y cuantificar la presencia de sintomatología depresiva. Ambas pruebas, tanto el STAI como el BDI, permitirán contar con una valoración de referencia que refuerce o descarte las hipótesis diagnósticas, que a su vez se complementen con la información obtenida de la historia clínica y la conceptualización del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Nacional de Medicina (ANMM). (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=es&tlng=es.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.).
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23-36.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, 29-50.
- Fernández, M. P. (2024). Avances en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada: una revisión sistemática.
<https://hdl.handle.net/20.500.12920/13579>
- Findling, R. L., Robb, A. S., DelBello, M., Huss, M., McNamara, N., Sarkis, E., ... & Auby, P. (2017). Pharmacokinetics and safety of vortioxetine in pediatric patients. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(6), 526-534.
10.1089/cap.2016.0155
- Galletero, J., Guimón, J., Echeburúa, E., Yllá, L., & González de Rivera, L. (1989). Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 1(4), 1-11.

- Gomez, A. F., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2018). Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(8), 883–894. doi:10.1080/14656566.2018.1472767
- Langarita-Llorente R, Gracia-García P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Rev Neurol* 2019; 69: 59-67. doi: 10.33588/rn.6902. 2018371.
- Mayo Clinic. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Síntomas y causas. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastornos de ansiedad. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Panamerican Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018
- Seedat S, Stein MB. Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized social anxiety disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2004;65:244–248
- Strawn, J. R., Geraciotti, L., Rajdev, N., Clemenza, K., & Levine, A. (2018). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(10), 1057–1070. doi:10.1080/14656566.2018.1491966
- Williams LM. Defining biotypes for depression and anxiety based on 36 Revista Cúpula 2021; 35 (1): 23-36 large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2017 ENERO; 39(1)