



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

---

# Estudio de Caso

Un caso de Ansiedad en un Joven de 35 años  
tratado con Terapia Cognitivo Conductual

**Estudiante:** Dr. Gastón Walter Navarro Cáceres

**Legajo:** 36557

**Directora:** Dra. Elena Scherb

**Co-director:** Prof. Dr. Ignacio Barreira

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología  
Cínica.

2024

---

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

### **Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO:**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ ]

Lugar y fecha: San Miguel, 29 de noviembre de 2024

Firma y aclaración del autor:



Gastón Walter Navarro Cáceres

## Índice

Índice	3
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Contextualización de Caso y Metodología Utilizada	8
El Cliente	12
Caso Martín	12
Análisis de Tratamientos Validados y Basados en Evidencia en Casos Clínicos de Ansiedad	15
Evaluación de los Problemas, Objetivos, Fortalezas e Historia del Paciente	20
Conceptualización del Caso desde los Hallazgos Situacionales	20
<i>Área mental:</i>	20
<i>Área física-corporal:</i>	20
<i>Área interpersonal:</i>	21
<i>Perfil Multimodal de Martín</i>	22
Conceptualización del Caso según los Criterios del Manual de Aaron Beck (Clark y Beck, 2012)	24
<i>Evaluación del perfil de síntomas</i>	24
Situaciones, contextos, objetos externos:	24
Claves interoceptivas (físicas)	24
Claves cognitivas	25
<i>Perfil de Activación Inmediata de Miedo</i>	25
Análisis Situacional	25

	4
Primeros pensamientos e imágenes aprehensivas	25
Activación Automática Percibida	26
Respuestas Inhibitorias Inmediatas	26
Errores cognitivos de procesamiento	26
<i>Perfil de Respuestas Elaborativas Secundarias</i>	27
Evaluación de respuestas de afrontamiento y su funcionalidad	27
Formulación y Plan de Tratamiento	28
Diagnóstico Presuntivo DSM-IV y DSM-5	28
Objetivos y Plan de Trabajo	29
Focos de Intervención	31
Estrategias de Intervención	32
Curso del Tratamiento	36
Retroalimentación en el Proceso de Seguimiento Terapéutico	40
Evaluación Final del Proceso y Resultados	41
Conclusiones Finales y Limitaciones	42
Referencias	45
Anexo 1	57
Genograma de Martín	57

## Resumen

El presente estudio de caso muestra el tratamiento realizado a un joven de 35 años con trastorno de ansiedad. Tras un estudio en el que se examinaron las principales técnicas para abordar este problema, se implementó el método de la Terapia Cognitivo Conductual de Aarón Beck, el cual posee una mayor validación empírica y científica. Este tratamiento se formuló de acuerdo con métodos cognitivos, conductuales y psicoeducativos, utilizados con el propósito de proporcionar al paciente competencias que le posibilitaran cuestionar la veracidad de sus pensamientos ansiosos y elaborar tácticas más efectivas y realistas. Asimismo, se llevó a cabo un seguimiento periódico mediante el feedback con el fin de indagar acerca de los progresos en el tratamiento, buscando reforzar los avances y así asegurar la generalización de los aprendizajes a las distintas áreas de la vida cotidiana del paciente que se veían afectadas. Durante el tratamiento, el paciente evidenció progresos, destacándose una disminución considerable de las manifestaciones de ansiedad (episodios de pánico) y un mejor manejo de sus reacciones emocionales, lo que mejoró significativamente su calidad de vida. El caso ilustra la efectividad del abordaje de la Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de la ansiedad y la disminución de sus síntomas.

*Palabras Clave:* Trastorno de Ansiedad - Terapia Cognitiva Conductual - Estudio de Caso

## **Abstract**

The present case study shows the treatment carried out on a 35-year-old young man with anxiety disorder. After a study examining the main techniques to address this problem, Aaron Beck's Cognitive Behavioral Therapy method was implemented, with greater empirical and scientific validation. This treatment was formulated according to cognitive, behavioral, and psychoeducational methods, used to provide the patient with skills that will enable him to question the veracity of his anxious thoughts and develop more effective and realistic tactics. Likewise, periodic monitoring was carried out through feedback to inquire about the progress in the treatment, seeking to reinforce the advances and thus ensure the generalization of the learning to the different areas of the patient's daily life that were seen to be affected. During treatment, the patient showed progress, a considerable decrease in anxiety manifestations (panic episodes), and better management of his emotional reactions, which significantly improved his quality of life. It illustrates the effectiveness of the Cognitive Behavioral Therapy approach in managing anxiety and reducing its symptoms.

*Keywords:* Anxiety Disorder - Cognitive Behavioral Therapy - Case Study

## Introducción

El presente trabajo se realizó sobre la base de un tratamiento realizado a un joven de 35 años con síntomas de ansiedad, ataques de pánico, disfunción eréctil y problemas vinculares, tanto en el ámbito familiar como social y laboral. El tratamiento realizado fue elegido para ser presentado en formato de trabajo final, consecuentemente reformulado en términos de estudio de caso.

Se iniciará el trabajo final con la presentación de la consulta del caso, describiendo de manera detallada los elementos de la consulta e identificando las variables intervinientes. Una vez establecidos los síntomas generales de la primera entrevista, se procederá a realizar la conceptualización del caso. Se trabajará desde una mirada clínica y multimodal, realizando una minuciosa pesquisa de los principales síntomas y características del sujeto; se evaluarán vínculos familiares, sociales y laborales; se analizarán sus creencias nucleares y se identificarán sus factores predisponentes, los que promueven el sostenimiento del problema, y se buscará identificar factores promotores de bienestar presentes.

En un segundo momento, se procederá a indagar sobre las principales metodologías y tratamientos psicológicos existentes para el abordaje del cuadro presentado. Para ello, se considera conveniente abordar las principales teorías y metodologías validadas por la evidencia empírica y científica. En tal sentido, la Terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis resultaron las más adecuadas. En base a la identificación de la metodología que presentó mayor evidencia empírica y científica para este tipo de casos, se procedió a realizar una conceptualización de caso desde el marco elegido.

En un tercer momento, realizado el análisis y con una conceptualización de caso anclada en un modelo de trabajo y con una metodología específica, se procederá a elaborar los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento con su estrategia de intervención, detallando actividades y enfoques de acción, como así también el momento y modo de seguimiento y control del mismo.

Finalmente, una vez aplicada la estrategia y metodología diseñada, teniendo en cuenta el curso del tratamiento terapéutico en general, con base en el análisis de los feedbacks propios del proceso de seguimiento, se procederá a evaluar los resultados y elaborar las conclusiones y posibles discusiones, si las hubiere.

Cabe aclarar que, tratándose de un tratamiento ya realizado, resulta imposible incluir elementos que no formaron parte del proceso, como pudieran ser instrumentos de evaluación que no fueron incluidos originalmente. No obstante, se realizará una consideración sobre cómo incorporar aquellos que odrían haber sido utilizados en función de la objetivación y generación de evidencia requeridas para la ponderación de las decisiones tomadas.

### **Contextualización de Caso y Metodología Utilizada**

Desde hace unos años a esta parte, tanto los trastornos de ansiedad como la depresión se han vuelto prevalentes, afectando a millones de personas en el mundo entero y particularmente luego de la pandemia del COVID-19 que nos tocara transitar en los años 2020 a 2022 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En respuesta a esta creciente problemática, se ha observado que, tanto la terapia cognitiva conductual de Aarón Beck como la terapia racional emotiva conductual desarrollada por Albert Ellis, han demostrado ser dos enfoques altamente efectivos para abordar estos trastornos (Hofmann et al., 2012; David et al., 2018; Beck en



2019). Ambas metodologías se basan, predominantemente, en el hecho de que los pensamientos disfuncionales o irracionales juegan un papel fundamental en la apreciación y sostenimiento de los síntomas de ansiedad y de depresión, y que, al modificar dichos pensamientos, es posible cambiar las emociones y los pensamientos asociados a ellos (Ellis, 1994).

En los años 60, Aarón Beck desarrolló la Terapia Cognitivo Conductual (CBT por su sigla en inglés) como un tratamiento que se basa en la premisa de que los pensamientos automáticos negativos o disfuncionales y que las distorsiones cognitivas contribuyen directamente a la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos (Beck, 2019). Mediante la terapia cognitivo conductual, según Beck (2021), los pacientes aprenden a identificar y corregir estos patrones de pensamiento disfuncionales, lo cual les permite reducir la sobrecarga emocional que está asociada a estas cogniciones. Por ello, las intervenciones en la terapia cognitivo conductual van a estar centradas en el aquí y ahora, fomentando una participación activa del paciente en su proceso de terapéutico. Situación que convierte a la terapia cognitiva conductual en una herramienta muy efectiva para tratar tanto la ansiedad como la depresión.

Estudios recientes han comprobado la actualidad de la terapia cognitiva conductual como el método “*estándar de oro actual*” para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión (Leichsenring y Steinert, 2017). En este mismo sentido, Hofmann et al. (2012) en su estudio de meta-análisis ha demostrado que la terapia cognitivo conductual tiene un impacto significativo en la reducción de síntomas, incluso en pacientes que no responden a otro tipo de tratamientos. Y en la misma línea, Beck (2019) nos permite afirmar que la terapia cognitiva conductual no sólo es efectiva en las intervenciones críticas, sino también en la prevención de recaídas a largo plazo.

Por otra parte, la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, (REBT por su sigla en inglés), comparte el mismo sustento cognitivo que la Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck, pero ésta enfatiza en la identificación y el desafío de trabajar con lo que él llama creencias irracionales, las cuales Ellis consideraba las principales responsables de la mayoría de los trastornos emocionales. Así es que en 1994 sostenía que, al confrontar estas creencias mediante un proceso de debate racional, los sujetos podrían lograr reemplazarlas por pensamientos más adaptativos o funcionales, lo cual permitiría una mejora significativa de sus síntomas ansiosos o depresivos (Ellis, 1994; Ellis y Dryden, 2007).

Al igual que la Terapia Cognitivo Conceptual de Beck, el enfoque de la Terapia Racional Emotiva de Ellis ha sido ampliamente respaldado a lo largo de los años y estudios recientes (Ccasa et al., 2017; Bernard y Dryden, 2019; Díaz Contreras y Valdés García, 2023; Landivar Wong et al., 2024) siguen comprobando su eficacia en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, particularmente en intervenciones a corto plazo. Sin embargo, como sostiene Dryden (2021), algunos estudios señalan que posee cierto grado de menor flexibilidad en comparación con la terapia cognitivo conductual de Beck en pacientes que requieren de un enfoque más personalizado debido a la complejidad de sus síntomas.

Por lo tanto, la validez y efectividad de ambos métodos al tratar tanto los trastornos de ansiedad como los de depresión ha sido extensamente documentada por Hofmann et al. (2012), quienes mediante un meta-análisis de revisión corroboraron la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en estos trastornos. Estos hallazgos evidenciaron una gran uniformidad en diversos grupos poblacionales, que incluían a adolescentes, jóvenes y adultos; lo que, de acuerdo con David et al. (2018), fortalece su utilidad universal. A pesar de todo, es relevante subrayar que tanto la Terapia Cognitivo Conductual de Beck, como la Terapia Racional Emocional de

Ellis, plantean ciertos retos, tal como argumentan Dryden (2021) y Beck (2021); en particular, la exigencia de una elevada motivación del paciente y un correcto cumplimiento con la terapia.

A pesar de la comprobación suficiente de su eficacia, uno de los retos presentes en la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Racional Emocional radica en la accesibilidad y la adaptabilidad cultural. Por lo tanto, los estudios actuales se enfocan en explorar la incorporación de tecnologías emergentes, tales como la utilización de plataformas digitales y/o herramientas tecnológicas como el teléfono móvil y/o las tabletas y computadoras, entre otros, con el objetivo de optimizar el acceso y la personalización de estos tratamientos (Bornas et al., 2002; Botella et al., 2007; Christoforou et al., 2017; González-Peña et al., 2017; Regidor y Ausín, 2020; Celleri y Garay, 2021; Cedeño Vines, 2024). Adaptación que ha demostrado ser igualmente eficaz en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, sobre todo en poblaciones con dificultades para acceder a las terapias tradicionales (Andersson et al., 2014; Andersson et al., 2019; Christ et al., 2020). Así también, se exploran enfoques híbridos que combinan, por ejemplo, técnicas de mindfulness (Garay et al., 2015; Hernández y Universidad Autónoma de Madrid, 2017; David et al., 2018; Beck, 2021) y Terapia de Aceptación y Compromiso (García Higuera, 2006; David et al., 2018; Beck, 2021), integración de enfoques que estaría ayudando a ampliar las posibilidades de tratamiento y personalización de los mismos según las necesidades particulares de cada paciente.

Concluyendo, tanto la Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck como la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis continúan siendo métodos fundamentales en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Su eficacia ha sido suficientemente respaldada por décadas de investigación científica y trabajos de meta-análisis (Hofmann et al., 2012; David et al., 2018; Beck, 2019). No obstante, estas metodologías no son inmutables, ya que las modificaciones

tecnológicas y la incorporación de nuevos enfoques indican que estas terapias continuarán progresando y potenciando su habilidad para responder a las futuras necesidades. De igual manera, también se espera la incorporación de nuevas formas y técnicas que faciliten enfrentar los nuevos retos clínicos en un mundo cada vez más complejo y diverso (David et al., 2018; Dryden, 2021; Beck, 2021).

Con base a estas observaciones, *ut supra* mencionadas, se estableció que el modelo cognitivo conductual de Aaron Beck sería la principal metodología con base empírica y validada científicamente (Barlow et al., 2007; Hofmann et al., 2012; Etchebarne et al., 2016; Bandelow, 2017; Leichsenring y Steinert, 2017; Hoyos, 2018; Beck, 2019; Macías et al., 2019; Beck, 2020; Hofmann, 2021; Olvera y Rodríguez, 2021; Velasco, 2022; Berdazco et al., 2022; Carretero, 2022; Mora Vega, 2023) para abordar el caso que a continuación se detalla.

### **El Cliente**

Los datos referidos sobre el cliente constituyen una síntesis de la pre-entrevista telefónica y los primeros encuentros con el mismo. En estos se indagó sobre el motivo manifiesto de consulta, las situaciones planteadas como parte de la consulta, los síntomas desplegados, sus vínculos tal como los planteó inicialmente, etc. También se indagó sobre otras cuestiones relevantes de su vida cotidiana. Todo esto ha sido redactado de la manera más fidedigna posible de cara a la conceptualización del caso y la posterior elaboración del plan de tratamiento.

### **Caso Martín**

Martín de 35 años de edad, realiza una consulta psicológica solicitando tratamiento, a partir de padecer ataques de pánico. Sin poder identificar el motivo, manifiesta que lleva unos

meses sintiendo una opresión en el pecho: de repente siente que no puede respirar, comenta que le falta el aire y empieza a temblar; siente taquicardia, tensión muscular, sensación de calor, empieza a transpirar y siente la boca seca. En esos momentos dice que siente que se va a morir; refiere: "Ahí es donde pienso, chau... me va a dar un infarto...". Estas situaciones suceden más a menudo en los últimos tiempos previos a la consulta, y si bien unos años atrás realizó tratamiento psicológico, comenta que fue por otro motivo, porque había terminado con su pareja anterior y eso le había hecho sentir mal.

Martín es docente, trabaja en escuelas secundarias y en un instituto de formación superior. Dos veces a la semana realiza deporte (crossfit); le gusta mucho pintar y realizar meditación; refiere que eso lo relaja. Actualmente se encuentra muy desgastado en su trabajo; varios días a la semana se ausenta sin justificación porque no tiene ganas de concurrir. Comenta que no sabe si quiere ser docente, que no le atrae lo que hace, que siente que no es un buen profesor y que no sabe enseñar. Manifiesta sentirse muy frustrado en su trabajo y quiere cambiarlo. No sabe qué hacer, sólo sabe que le gustan los autos, pero no quiere ser mecánico. En un momento comenta que le gusta lo que hace (arte) pero no le pagan bien por hacerlo y eso lo frustra, lo enoja y le quita las ganas de hacerlo. En relación con la docencia, manifiesta que le gusta, pero siente que no lo hace bien y eso no lo conforma. Esto lo lleva a tener respuestas que le han generado problemas con sus compañeros de trabajo y con los directivos de las escuelas en las que trabaja. A partir de sus reiteradas inasistencias le llaman la atención sobre su incumplimiento.

En relación a su vida social, cuenta que tiene muchos amigos, pero hace un tiempo no los ve; últimamente no siente ganas de salir. Ha tenido parejas, aunque también ha estado un tiempo estuvo un tiempo largo solo, sin estar con nadie (no es preciso en relación con esto último). Hace

unos meses, conoció a Guadalupe después de bastante tiempo de no haber intentado una relación seria, en la actualidad se están conociendo. Martín remarca que Guadalupe es dos años menor que él, se siente cómodo con ella, pero comenta que en el acto sexual utiliza medicamentos por temor a no poder tener una erección. Comenta que esto le viene sucediendo los últimos años, manifiesta que él tiene miedo de no funcionar y quedar mal con la chica con la que está. También manifiesta disconformidad y se considera poco agraciado a partir del tamaño de su miembro; para él esto influye en sus relaciones porque, según él: “a las mujeres les gusta grande”, lo que torna su realidad muy vergonzosa para él, lo hace sentirse menos, siente que esto no agrada a las mujeres, siente mucha frustración y a veces llega hasta el enojo. Últimamente ha experimentado algunos episodios que califica como “ataques de enojo, frustración e ira”; reconoce que ha llegado a ponerse agresivo verbalmente. Hace un tiempo ha comenzado a fumar cada vez más, reconoce que en el último tiempo fuma marihuana bastante seguido. Cerrando el tema de su sexualidad, cuenta que le gusta mucho mirar pornografía, reconoce que consume porno todo el tiempo y que le encanta masturbarse.

Martín es el hijo menor de un matrimonio que tuvo dos hijos. Su hermana Claudia, cuatro años mayor que él, está casada con Javier (un año mayor que ella), hace 20 años. Ambos tienen cinco hijos: tres varones y dos nenas. Los padres de Martín se separaron cuando él tenía 16 años; al respecto comenta que la separación fue violenta: su madre y su padre peleaban verbalmente y llegaron a enfrentarse físicamente delante de ellos. Un buen día, la madre de Martín se marchó y dejando a Claudia y Martín con su padre. Actualmente, Martín convive con su papá Antonio de 70 años, que está jubilado. Antonio tiene afinidad por actividades que giran en torno a la vida gaucha, le gusta mucho salir y encontrarse con amigas. Martín retrata a su padre como un hombre muy distante y despreocupado; dice que no comparte prácticamente nada con él, a

excepción de la vivienda, caracteriza el vínculo entre ambos como una relación indiferente y distante. Comenta que Antonio es poco colaborativo con los menesteres de la casa y los gastos de la misma, esta última cuestión amparada en que su condición de jubilado impacta en sus ingresos, cuestión que limita sus posibilidades económicas. Este último asunto es fuente de conflicto, generando fricciones y discusiones frecuentes, lo que conflictúa mucho la convivencia.

En cuanto a la madre de Martín, Estela, es una mujer jubilada de 68 años de edad que también trabaja en un emprendimiento. Martín tiene contacto fluido con su madre, pero la describe como una mujer que sólo piensa en ella y con la que tiene una relación poco amable. Relata que cada vez que se ven, se presenta algún tipo de discusión, se queja de que ella es fría y despreocupada y comenta que la relación entre su madre y su hermana es peor aún, que se atacan constantemente constituyendo una relación altamente conflictiva.

En cuanto a su vínculo con su hermana Claudia, refiere que tiene diálogo con ella, que se visitan, pero que el mismo no es demasiado profundo ya que opinan muy distinto de todo. Con su cuñado refiere tener una buena relación, aunque reconoce sentir un poco de envidia de él, ya que ejercen la misma profesión y él “ve” que su cuñado es mejor como docente que él mismo. Esta situación lo enoja mucho y lo hace sentir mal. Con sus sobrinos tiene interacción, pero no demasiada.

### **Análisis de Tratamientos Validados y Basados en Evidencia en Casos Clínicos de Ansiedad**

En atención a las características del paciente observadas en la conceptualización del caso, teniendo en cuenta su situación al momento de admisión, sus aspectos históricos, sus principales características de personalidad, sus factores constitutivos y, tanto los factores predisponentes

como los reforzadores del malestar, se procedió a indagar entre los principales métodos científicamente validados empíricamente para elaborar de manera concienzuda y profesional el mejor plan de trabajo, con la metodología más eficaz en atención al motivo de consulta universal, que es la mejora general y, de ser posible, en particular del sujeto, trabajando sobre las problemáticas que han generado cierta disfuncionalidad y malestar.

Con base en esto, se observó que, a lo largo de los años, se han desarrollado diversos tratamientos psicológicos con evidencia científica y empírica para abordar a pacientes con trastornos de ansiedad, ya sean generalizados, focalizados o agudos (ataques de pánico). Estos tratamientos pueden aplicarse de manera flexible dependiendo de las características únicas del paciente y la gravedad del trastorno.

Por ejemplo, podemos mencionar la Terapia de Aceptación y Compromiso, ubicada dentro de las llamadas terapias de la tercera ola o tercera generación, la cual se basa en la aceptación de los pensamientos y sentimientos ansiosos por parte del paciente, en lugar de intentar evitarlos, promoviendo que el paciente actúe en función de valores personales. Esta terapia, según diversos estudios (Mera-Posligua et al., 2021; Ponce-Alencastro et al., 2021; Gaitan, 2022; Bravo Rueda y Lancheros Cendales, 2023; Díaz y Chamba, 2024; Zumaran Domínguez, 2024) ha probado ser efectiva para reducir el malestar sin intentar eliminar la ansiedad, destacando la flexibilidad psicológica como factor clave, como lo sustenta su estudio de caso documentado donde muestra que un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizado experimentó notable reducción de su sintomatología tras recibir dicha terapia, tolerando pensamientos ansiosos y reduciendo su interferencia en la vida cotidiana.



Similares resultados se obtuvieron al realizar intervenciones basadas en mindfulness, en consonancia con la Terapia Cognitiva Conductual, logrando la reducción del malestar, por ejemplo, en casos de ataques de pánico, ayudando a los pacientes a observar pensamientos y emociones sin juzgarlos y así disminuir su reacción automática al miedo. Diversos autores han mostrado que la práctica del mindfulness es efectiva para reducir la ansiedad anticipatoria y el miedo a los síntomas físicos del pánico, mejorando la calidad de vida de los sujetos (Hernández Gómez y Universidad Autónoma de Madrid, 2017; Obaya Prieto, 2018; Spindola, et al., 2022; González Morales, 2023; Carmiol Yalico y Chinchilla Fonseca, 2024).

Un enfoque más tradicional y, al igual que la Terapia Cognitivo Conductual, con abundantes estudios que lo avalan como método efectivo y científicamente probado (Ellis et al., 1990; Ellis y Dryden, 2007; Reyes et al., 2012; Ellis, 2019; Avilés Sánchez, 2021; Díaz Contreras y Valdés García, 2023; Ccasa et al., 2017.), nos encontramos con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, la cual es especialmente útil para el trabajo con los trastornos de ansiedad, ya que se centra en la relación entre pensamiento, emoción y conducta, ayudando al paciente a comprender cómo sus creencias irracionales sobre el futuro o su desempeño social incrementan sus niveles de ansiedad. Este abordaje, según Ellis et al. (1990), es efectivo en este tipo de trastornos porque enseña al paciente a tomar el control de su pensamiento, reduciendo la tendencia a anticipar catástrofes y a no sobrevalorar los riesgos. Proceso que permite al paciente desarrollar una actitud más racional y menos reactiva, lo que es esencial para reducir la activación emocional en situaciones de alto estrés o temor.

Si bien, la terapia racional emotiva tiene un cierto grado de adaptabilidad y puede ajustarse a diferentes formas de terapia, como la terapia individual o grupal, y se puede utilizar en conjunto con métodos de exposición y relajación para potenciar sus ventajas, estas

características la convierten en una terapia muy efectiva para su uso en contextos clínicos y muy beneficiosa para atender a una muy diversa gama de perfiles de pacientes con ansiedad, como sostienen Ellis (1990) y Dryden (2021). En contraposición, autores como David et al., (2018) la han criticado por ser demasiado estructurada y centrada en las creencias racionales, lo que podría ser poco adecuado para determinado tipo de pacientes. En tal sentido, ellos mencionan que las investigaciones indican que los métodos más versátiles y cooperativos, como la Terapia Cognitivo Conductual, pueden proporcionar una mayor capacidad de adaptación en estas situaciones.

En resumidas cuentas, aunque todos estos procedimientos han sido validados y verificados de manera empírica y científica, algunos han probado ser más eficientes que otros. En este contexto, podemos afirmar que, de acuerdo con las investigaciones existentes en relación al tema (Barlow et al., 2007, Etchebarne et al., 2016, Bandelow, 2017 y Macías et al., 2019), así como con la amplia bibliografía de casos de estudio (Hoyos, 2018; Olvera y Rodríguez, 2021, Velasco, 2022; Berdazco et al., 2022; Carretero, 2022; Mora Vega, 2023), la terapia cognitivo conductual sería la que demuestra más alta valoración para el tratamiento de la ansiedad.

En tal sentido, la terapia cognitiva conductual fue la primera forma de psicoterapia probada con criterios científicos estrictos, cuyo sustento se basa en las evidencias, equiparándose así a otras áreas de la salud, quienes utilizan estos métodos, por ejemplo, la farmacología. Esto implicó que la terapia cognitiva conductual fuera una de las primeras en considerarse como basada en evidencia y por ende incluida en la mayor cantidad de guías clínicas del mundo (David et al., 2018).

Aunque tanto la Terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck, como la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis siguen siendo los enfoques fundamentales en el manejo de la ansiedad; tras evidenciar su efectividad en diversos entornos clínicos, sería la Terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck la que encabezaría como método teórico-práctico más estudiado y comprobado científica y empíricamente. No se ha evidenciado que ningún otro tipo de psicoterapia posea una superioridad sistemática sobre la Terapia Cognitivo Conductual; si hay diferencias, éstas favorecen a la Terapia Cognitivo Conductual. Adicionalmente, los modelos teóricos relacionados con las modificaciones en la Terapia Cognitivo Conductual han sido los más investigados y están en concordancia con los paradigmas convencionales actuales acerca de la mente y el comportamiento humano. Aunque esto no descarta que sigue existiendo un amplio margen para seguir mejorando tanto en términos de eficacia, como de sus teorías subyacentes y mecanismos de cambio. Se puede sostener que la Terapia Cognitivo Conductual sirve como plataforma fundacional para modelos integrativos (David et al., 2018).

En conclusión, con base a la formulación de caso efectuada, y en consonancia con la investigación realizada acerca de los principales métodos y/o psicoterapias para tratar los trastornos de ansiedad, en cuales quiera sean sus formas (trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, ansiedad social, etc.), debido a su claro apoyo por parte de la vasta investigación internacional, la cual posicionó a la Terapia Cognitivo Conductual fundada en los años 60 por Aarón Beck, como “*el estándar de oro*” (Leichsenring y Steinert, 2017), dominando las directrices internacionales en orden a los tratamientos de ansiedad (Beck, 2020; Hofmann, 2021), se consideró oportuno utilizar la Terapia Cognitivo Conductual con este paciente en particular.

## **Evaluación de los Problemas, Objetivos, Fortalezas e Historia del Paciente**

### **Conceptualización del Caso desde los Hallazgos Situacionales**

#### ***Área mental:***

Martín se encuentra orientado en tiempo y espacio, y no parece observarse problemas en la atención, la memoria y la concentración, aunque sí se observarían problemas volitivos producto de pensamientos e imágenes internas limitantes, como así también diálogos internos disfuncionales que lo estarían llevando a mermar su capacidad de resolución de conflictos internos e interpersonales. Su autoestima parecería encontrarse disminuida y se observa una capacidad de sentir y expresar emociones poco funcionales, pues estarían predominando en Martín sentimientos de frustración, desánimo y tristeza; como así también, emociones disfuncionales como ansiedad, angustia y depresión.

#### ***Área física-corporal:***

En una primera instancia, no se observan en Martín problemáticas del tipo físico-corporal (aunque no se descarta solicitar interconsulta con médico especializado en la temática con el fin de confirmar que la posibilidad de disfunción eréctil es psicósomática y no debido a enfermedad clínica), pero sí se observan somatizaciones en torno a la capacidad y desempeño sexual. Pues Martín se automedica para tener y controlar sus erecciones. Asimismo, se observa disconformidad con su propio cuerpo y poca capacidad de relajación en general y, sobre todo, en situaciones de estrés.

### ***Área interpersonal:***

En cuanto al área interpersonal, se puede observar en Martín cierta insatisfacción en torno a lo laboral, lo cual genera su disminución en lo concerniente a la eficacia en el desempeño y el cumplimiento de normas y procedimientos laborales, que lo lleva a que sus superiores le llamen la atención de manera constante. Asimismo, se observa una mirada negativa sobre sus posibilidades de nuevos aprendizajes y desarrollo personal. En lo referente a interacciones amistosas, si bien posee amigos, hace tiempo que no hay contacto de manera periódica.

En cuanto a la familia, parecería que Martín es una persona de clase media típica, donde todos sus familiares trabajan y/o están jubilados; es en cuanto a los vínculos que se observaría la mayor problemática, pues con su madre posee un vínculo distante, poco cariñoso y en ocasiones el vínculo es hostil-agresivo; con su padre es un vínculo distante, frío. La interacción es la básica requerida por la convivencia, la cual se está tornando dificultosa.

En cuanto al vínculo con la familia de su hermana, es distante y no hay mucha interacción; con su hermana el vínculo es poco profundo y hay cierto grado de fricción. Con sus sobrinos la vinculación es escasa, y en cuanto a su cuñado es ambivalente, ya que lo aprecia y disfruta de interactuar con él, pero posee sentimientos negativos para con él.

En relación a los vínculos de pareja, no se observan en Martín dificultades, aunque su relación es incipiente. Sí es importante destacar que, en el área sexual, Martín se siente presionado, llevándolo esto a tener problemas con la excitación, lo cual soluciona con mediación autoadministrada. Asimismo, se observa cierto desconocimiento de la sexualidad humana madura, ya que considera que lo importante en el encuentro sexual es la penetración y no refiere,

ni valora el juego amoroso, caricias físicas previas al acto, palabras de seducción, afecto e intimidad emocional, valorizando el mito del tamaño de los órganos como proveedor de placer.

Por lo expresado por Martín, parecería que la familia no promueve la escucha atenta y la comunicación efectiva entre los miembros, la expresión de afecto, como tampoco se promueve la satisfacción de estar reunidos, y existiría cierto estresor no normativo leve como las malas relaciones interpersonales.

***Perfil Multimodal de Martín***

<b>Modal</b>	<b>Problemas / síntomas / datos relevantes</b>
<b>Biológico</b>	Disfunción eréctil. Temblor, presión en pecho, taquicardia, sensación de falta de aire, tensión muscular, sensación de calor, sudoroso, sequedad de boca.
<b>Afectivo</b>	Ansioso, desganado, temor, vergüenza, inadecuación corporal.
<b>Sensaciones</b>	Frustración, enojo, insatisfacción.
<b>Imágenes</b>	Recuerdos en torno al abuso sexual. Escenas donde lo revive.

<b>Cogniciones</b>	Pobre autoconcepto: cree que no es buen profesor, que no sabe enseñar. Cree que su cuñado es mejor que él. Creencias de que el tamaño de los órganos sexuales es esencial al disfrute en el acto sexual. Desconocimiento de la propia sexualidad, apoyándola en la erección con exclusividad. Generalizaciones.
<b>Conductas</b>	Abandono de compromisos, se ausenta del trabajo sin justificativo, no cumple con sus tareas. Se automedica. Se aísla de sus amigos.
<b>Social</b>	Le cuesta vincularse con su familia, y los pocos vínculos que tiene son distantes. Con su madre el vínculo es con cierta hostilidad. Actualmente no se vincula con sus amigos. En el trabajo suele tener dificultades con sus compañeros y superiores por no cumplir con sus obligaciones laborales. Con su pareja tiene buena vinculación, aunque la relación es incipiente. No encuentra sentido al futuro laboral, ni alternativa. No logra realizar tareas que habitualmente son de su agrado como el arte.

## **Conceptualización del Caso según los Criterios del Manual de Aaron Beck (Clark y Beck, 2012)**

### *Evaluación del perfil de síntomas*

#### **Situaciones, contextos, objetos externos:**

De la viñeta se puede observar que Martín experimenta mayor incremento de la ansiedad en los momentos en que se encuentra solo en casa y reflexiona sobre las características actuales de su vida: sociales, laborales y de pareja. En estos cuadros de angustia, experimenta temblor, presión en pecho, taquicardia, sensación de falta de aire, tensión muscular, sensación de calor, sudoroso, sequedad de boca. Tampoco podemos extraer si estos cuadros de ataque de pánico se exacerbaban cuando piensa en que va a tener encuentro sexual con su pareja, porque Martín ha utilizado la compensación farmacológica autoindicada para evitar un cuadro de esa magnitud en ese momento. En entrevistas posteriores, pero que no se hayan narradas, pudo encontrar que había situaciones como pensar que debía ir de visita a la casa de alguno de sus familiares, que intensificaba su ansiedad y/o cuando su novia lo “presionaba” para que realizaran actividades juntos. Prefería estar solo.

#### **Claves interoceptivas (físicas)**

En estas situaciones, Martín registra ciertos cambios en su cuerpo, como temblor, presión en pecho, taquicardia, sensación de falta de aire, tensión muscular, sensación de calor, sudoroso, sequedad de boca.



### **Claves cognitivas**

Se puede observar que las reflexiones en torno a un pobre autoconcepto, ya que cree que es juzgado de manera negativa en las actividades de la vida cotidiana, estarían intensificando el cuadro de ansiedad. Martín cree que no es buen profesor, que no sabe enseñar. Cree que su cuñado es mejor que él. Creencias de que el tamaño de los órganos sexuales es esencial al disfrute en el acto sexual. Desconocimiento de la propia sexualidad, apoyándola en la erección con exclusividad. Generalizaciones.

En posteriores entrevistas refirió que había pensamientos que intensificaban o incluso precedían estas expresiones físicas, como pensar que tenía que ir de visita a la casa de alguno de sus familiares o cuando sabía que su novia lo iba a “presionar” para que realizaran actividades juntos.

### ***Perfil de Activación Inmediata de Miedo***

#### **Análisis Situacional**

Su ansiedad se acrecienta cuando Martín piensa acerca de su desempeño en el ámbito laboral, sexual o familiar y cuando reflexiona que debe enfrentar esas situaciones. Sintiendo que es juzgado de manera negativa en cada una de ellas.

#### **Primeros pensamientos e imágenes aprehensivas**

En el ataque de pánico: siente que se va a morir.

Durante los otros momentos: que no es buen profesor, que no sabe enseñar. Cree que su cuñado es mejor que él. Creencias de que el tamaño de los órganos sexuales es esencial al

disfrute en el acto sexual. Desconocimiento de la propia sexualidad, apoyándola en la erección con exclusividad. Generalizaciones.

### **Activación Automática Percibida**

Temblor, presión en pecho, taquicardia, sensación de falta de aire, tensión muscular, sensación de calor, sudoroso, sequedad de boca; síntomas que describía como intensos, ya que expresaba que sentía “que se iba a morir”. En posteriores encuentros, se le debería haber provisto del Apéndice 5.3 del texto de Clark y Beck (2012), Auto-monitoreo de Sensaciones Físicas o el Listado ampliado de Sensaciones Físicas para auto-monitoreo (apéndice 5.5) con el fin de obtener la información acerca de la valoración exagerada y/o errónea de los síntomas, junto al esquema orientado a la amenaza que Martín poseía de sus síntomas; lo cual, por criterio clínico, no se consideró oportuno llevar a cabo.

### **Respuestas Inhibitorias Inmediatas**

Como respuestas defensivas automáticas podemos encontrar que Martín evita los encuentros sociales; a pesar de tener amigos, prefiere no encontrarse con ellos y suele no ir a las fiestas. Y también evita visitar a su familia. Utiliza conductas automáticas de seguridad como la farmacología en el acto sexual para evitar la posibilidad de la impotencia.

### **Errores cognitivos de procesamiento**

En Martín se ha observado la presencia de errores cognitivos de procesamiento del tipo catastrófico, ya que tiene la tendencia a pensar que la presión en el pecho y sus demás síntomas físicos son señal de un ataque al corazón. Asimismo, suele asumir que, tanto sus amigos, como familiares y compañeros de trabajo pueden estar pensando mal de él por cómo es y cómo se

comporta. Salta a conclusiones precipitadas, pues, prevé mal desempeño sexual y utiliza fármacos para compensar, falta al trabajo para evitar “mostrar que es un mal profesor”, evita los encuentros sociales, por ejemplo.

Propensión a la aproximación, pues siente que muy pronto lo van a echar del trabajo (no puede ver que él lo podría estar provocando con sus reiteradas inasistencias y faltas de dedicación) y que si no usa fármacos no podrá tener un buen desempeño sexual.

Desconocimiento de la sexualidad madura, ya que cree que el placer sexual de la mujer en un acto sexual se centra exclusivamente en la penetración y que el tamaño del miembro del varón es esencial.

### ***Perfil de Respuestas Elaborativas Secundarias***

#### **Evaluación de respuestas de afrontamiento y su funcionalidad**

Si bien al momento de la viñeta no se aplicaron los Apéndices 5.7 a 5.10 del texto de Clark y Beck (2012), según las primeras entrevistas clínicas, podemos observar que Martín podría haber presentado:

Respuestas de afrontamiento poco funcionales como:

- Abandono de las situaciones (las inasistencias al trabajo).
- Evitación de situaciones que provocan ansiedad (evitación de reuniones sociales).
- Se calla y se distancia de los demás.
- Tomar medicación no prescrita.
- Consumo de marihuana, fumar cigarrillos.
- Tiene brotes de ira.

- Mira pornografía y realiza satisfacción autoerótica.
- Se hace comentarios críticos o negativos por sentir ansiedad.

Y respuestas de afrontamiento constructivas o adaptativas de la ansiedad como:

- Ejecutar actividades que le proporcionan placer como hacer crossfit o pintar.
- Meditar.

## **Formulación y Plan de Tratamiento**

### **Diagnóstico Presuntivo DSM-IV y DSM-5**

Con base a la información recogida en las primeras entrevistas y el análisis clínico de las mismas, se determinó que el caso encuadra dentro del diagnóstico presuntivo según los criterios del DSM-IV (Association y DSM-IV, 1994) y el DSM-5 (Association, 2021) en:

Según el DSM-IV (Association y DSM-IV, 1994):

- F40.1 Fobia social [300.23] (trastorno de ansiedad social) con crisis de angustia (panic attack).
- F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]

Y según el DSM-5 (Association, 2021):

Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (Sólo de actuación-desempeño sexual) (F40.10) y Trastorno eréctil 302.72 (F52.21).

Análisis axiológico del DSM-IV (Association y DSM-IV, 1994):

- Eje I Trastornos clínicos:
  - F40.1 Fobia social [300.23] (trastorno de ansiedad social) con crisis de angustia (panic attack).
  - F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72].
    - Adquirido
    - Situacional
    - Debido a factores psicológicos.
- Eje II Trastornos de la personalidad: No hay diagnóstico
- Eje III Enfermedades médicas: Ninguna (Debe ser evaluada, se envía al especialista para descartar).
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales:
  - Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Perturbación familiar por separación, divorcio o abandono.
  - Problemas laborales: desempleo, insatisfacción laboral, conflictos con el jefe.
- Eje V Evaluación de la actividad global: EEAG = 55 (actual)

### **Objetivos y Plan de Trabajo**

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos y clínicos mencionados, dado que Martín presentaba un cuadro de ataques de pánico y ansiedad (Association, 2021) que generaban disfunción eréctil e insatisfacción personal en varios ámbitos (laboral, familiar y social), mostrando además un importante desconocimiento de la propia sexualidad, es que se consideró que sería efectivo trabajar desde un marco teórico que tenga en cuenta el modelo cognitivo conductual de Aaron Beck. Ya que es esencial tratar las ideas, creencias, imágenes y emociones

que giran en torno a la ansiedad y su relación con la sexualidad y llevar adelante una psicoeducación sobre el tema (David et al., 2018).

Martín presentaba conductas y emociones que estarían complicando el deseable funcionamiento en torno a lo vincular, tanto en lo familiar como en lo laboral y en torno a su relación de pareja, sobre todo dentro del ámbito de la sexualidad. Siguiendo a Rodríguez Biglieri et al. (2011) y a Clark y Beck (2012), estas cogniciones y conductas podrían haber estado asociadas con su forma de pensar e interpretar una situación (sus esquemas de pensamiento); en este caso podrían ser aquellas escenas de violencia familiar vividas durante el proceso de separación de sus padres, con el posterior abandono de su madre.

En tal sentido, pareció esencial tener presente lo estipulado por Clark y Beck (2012) y establecer como objetivo principal trabajar en reducir la ansiedad y eliminar todo posible sentimiento de humillación y/o vergüenza, con el fin de facilitar la mejora del funcionamiento personal en las situaciones que a Martín le producen angustia, corrigiendo las falsas valoraciones, creencias de amenaza social y de vulnerabilidad personal. Dicho objetivo prioritario buscaba mejorar el control emocional, disminuyendo los niveles de ansiedad excesiva y reducir el estado de ánimo negativo, favoreciendo una mejor calidad de vida.

En esta misma línea, continuando con Clark y Beck (2012), los objetivos particulares que se formularon para trabajar con Martín fueron:

- Reducir la ansiedad anticipatoria corrigiendo el sesgo de interpretación de la amenaza.
- Eliminar las estrategias de afrontamiento disfuncionales de seguridad empleadas para disimular y reducir la ansiedad.

- Fortalecer la tolerancia a la ansiedad y una perspectiva de afrontamiento más adaptativa.
- Reducir la inhibición, mejorar las habilidades sociales, favorecer un estándar de actuación más realista y desarrollar una auto-evaluación más equilibrada de la actuación en el ámbito de pareja, familiar, social y laboral.
- Eliminar la rumiación post-evento y favorecer las revaloraciones más adaptativas de las actuaciones pasadas y sus efectos.
- Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal en las situaciones estresoras y la amenaza de la evaluación negativa por parte de los demás.
- Incremento gradual del nivel de actividades reforzantes (activación conductual).

Para la consecución de dichos objetivos se trabajó, desde esta perspectiva, con las cogniciones de Martín, sus creencias e ideas irracionales a través de los estilos socrático y didáctico, favoreciendo la estrategia de análisis filosófica, empírica, pragmática y creativa (Beck, 1979; Beck et al., 1983; Alford y Beck, 1997; Clark y Beck, 2012; Beck, 2020).

Como así también, se trabajó mediante estrategias conductuales con el objeto de favorecer el afrontamiento de situaciones estresoras; principalmente, a través de la psicoeducación (Bulacio, 2004; Clark y Beck, 2012; Beck, 2020; Godoy et al., 2020; Hernández Arteaga, 2021).

### **Focos de Intervención**

1. Se consideró fundamental trabajar sobre las ideas, creencias y posibles aprendizajes que se han arraigado en él en torno a los vínculos de pareja con estilo agresivo-violento, ya que de niño y adolescente ha vivenciado este tipo de relación entre sus padres.

2. Es importante destacar que el entorno de violencia familiar vivenciado en su niñez y adolescencia debieron ser clave en cómo marcaron su actualidad cognitiva y afectiva, y, por lo tanto, conductual.
3. Al mismo tiempo, se debió trabajar en un trabajo de desensibilización de las fantasías estresoras que le generan ansiedad en torno al desempeño sexual y los parámetros o estándares por él establecidos mediante su misma fantasía y/o desconocimiento.
4. De igual modo, se debió trabajar en elaborar una interpretación alternativa más realista sobre su desempeño laboral, social y familiar. Lo que él espera de él y lo que los otros esperan de él y su influencia en lo cotidiano.
5. Finalmente, se consideró fundamental trabajar una psicoeducación que favorezca una mejor calidad de vida en Martín y lo preparara para una vida más funcional.

### **Estrategias de Intervención**

Primero, aunque no en primer lugar, dado que todas las estrategias se implementaron de forma simultánea. Se procedió a utilizar Reestructuración Cognitiva que le enseñara a contrarrestar la interpretación sesgada de las amenazas que anticipaba y que le provocaban ansiedad.

Y esto se llevó adelante mediante las siguientes estrategias:

- Descubrimiento guiado o el cuestionamiento socrático: realizando preguntas generales para cuestionar y explorar la validez de los pensamientos ansiosos y los posibles sesgos cognitivos, como la sobregeneralización y el pensamiento catastrófico, por ejemplo. Así, se buscó fomentar un enfoque más balanceado en las circunstancias ansiógenas (Clark y Beck, 2012).



- La descatastrofización: con la finalidad de sustituir conceptos irracionales por conceptos más lógicos. Se llevó a cabo a través del método del "peor escenario posible" y su realidad potencial, junto con las consecuencias y sus habilidades para enfrentarlas, con el objetivo de instruir a disminuir la ansiedad anticipatoria y promover una mayor flexibilidad cognitiva (Beck, 2020). El criterio para esta elección fue que esta herramienta podría permitir que Martín logre enfrentar los estresores que encontraba en el ámbito de las relaciones, sobre todo en lo concerniente a lo sexual, a través de la reflexión de cuál sería la situación más ridiculizante que podría sucederle y evaluar, tanto la veracidad o no de esta, como las posibilidades para enfrentarlas; con el objeto de haber vivenciado las posibles emociones que sentiría si eso sucediera y ya tener evaluadas diversas alternativas.
- Se implementaron estrategias conductuales para los pensamientos ansiosos, con el objetivo de fomentar en Martín la verificación empírica de la autenticidad de sus pensamientos ansiosos, determinando de forma controlada si sus predicciones se cumplían o no (Clark y Beck, 2012).
- Tares para fuera de la sesión: mediante el registro de pensamientos, con el fin de permitir ir evaluando con mayor precisión las creencias disfuncionales y buscar así evidencias que desmientan estos contenidos irracionales (Beck, 2020).

Se utilizaron dichas estrategias, porque ellas permiten trabajar con los esquemas de pensamiento, las creencias e ideas irracionales con el fin de presentar alternativas a éstas; ya que en Martín estas ideas y creencias serían las que estarían generando emociones disfuncionales como desánimo, depresión, insatisfacción, etc., las cuales estarían en la base de su actual

inhabilidad vincular, tanto familiar como laboral y de su desempeño sexual disfuncional, situaciones todas que han llevado a los ataques de pánico.

En segunda instancia, se llevaron adelante estrategias conductuales con el fin de reducir las conductas de evitación y fomentar habilidades de afrontamiento en situaciones ansiógenas.

Entrenamiento que se trabajó a través de las siguientes estrategias:

- Exposición Gradual con Jerarquía Personalizada, con el objeto de buscar que Martín enfrentara progresivamente situaciones temidas, desde aquellas que le causaban menor ansiedad hasta las más intensas. En primera instancia se trabajó en identificar las situaciones de menor nivel de dificultad y se lo animó a enfrentarse a la situación de manera repetida hasta que la ansiedad disminuyera, desarrollando así una mayor tolerancia y entrenándose en habilidades de afrontamiento (Clark y Beck, 2012).
- Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva y Respiración, para enseñar a Martín a reconocer los primeros síntomas físicos de la ansiedad y de esta manera controlarlos. Con esta estrategia se trabajó en que aprendiera a manejar la tensión de manera consciente y pudiera enfocarse en reducirla al momento de aparecer en situaciones que le generaban ansiedad (Clark y Beck, 2012). Asimismo, al combinarlo con técnicas de respiración, se proporcionaron habilidades para reducir las respuestas fisiológicas de la ansiedad.
- Entrenamiento en Asertividad, pues esta habilidad se consideró esencial trabajarla con Martín por su dificultad actual de ansiedad social y por el hecho mismo de su profesión, la cual requiere una importante madurez emocional, capacidad empática y de comunicación asertiva, pues trabaja en interacción con niños y adolescentes, además de adultos. El objetivo de este entrenamiento fue fortalecer su autoconfianza

en contextos de interacción social mediante role-playing y tareas de afrontamiento en el contexto real, favoreciendo las respuestas adecuadas a situaciones de conflicto y/o ansiedad social, mejorando su autoeficacia en estas situaciones (Beck, 2020).

Y, finalmente que, como ya se dijo, no necesariamente fue cronológico, ya que esto se llevó a cabo desde el primer día de trabajo, se llevó adelante un proceso de Psicoeducación (Clark y Beck, 2012; Beck, 2020).

- Dentro de este proceso psicoeducativo, se consideró esencial, siguiendo a Beck (2020) enseñar el modelo cognitivo, para que Martín supiera el modo de trabajo de la terapia y sus características, en especial el vínculo entre pensamientos, emociones y conductas, base de la Terapia Cognitivo Conductual.
- En segunda instancia, se trabajó en educar sobre la ansiedad y los ataques de pánico, explicándole cómo los ataques de pánico podrían estar siendo una respuesta de su sistema nervioso al estrés acumulado y no ser, necesariamente, una señal de problemas cardíacos o médicos de algún tipo.
- También se consideró trabajar psicoeducativamente sobre el manejo de los hábitos de consumo, orientándolo a estrategias más saludables para aliviar el estrés y evitar así el consumo de tabaco y marihuana; o por lo menos reducirlo.
- Otros de los focos de la psicoeducación fueron las creencias distorsionadas acerca del desempeño y la satisfacción sexual, sus hábitos de consumo de pornografía y masturbación para evaluar si estaban afectando su percepción acerca del sexo, sus relaciones, así también como la autoconfianza en su identidad sexual. Pues, en la psicoeducación, en el ámbito de las problemáticas sexuales, la terapia cognitiva tiene como prioridad esta tarea, pues es esencial que la persona conozca su cuerpo y acerca

de su sexualidad y la sexualidad en general, con el fin de poder vivirla de una manera más ajustada a su realidad, deseo y fantasía; no sólo teniéndose en cuenta así mismo, sino a su pareja también.

### **Curso del Tratamiento**

Con base en el diagnóstico, los principales focos de intervención establecidos y los objetivos y el plan de tratamiento establecido para trabajar con Martín, se procedió a establecer la modalidad del mismo. Se acordó trabajar de manera presencial una vez por semana. En principio, no se estipuló cuantas sesiones de tratamiento se realizarían, no se fijó un tiempo determinado. Sí se estableció un encuadre donde se acordó que habría un periodo inicial de evaluación y que durante todo el tratamiento se trabajaría con el Modelo Cognitivo Conductual, explicándole sus características. Entre ellas, las tareas fuera del espacio de la sesión y su importancia (Beck, 2020).

El proceso inició con una etapa de evaluación de las características específicas de la problemática que presentaba Martín, donde se indagó la severidad de los síntomas, se ahondó en las características de personalidad y se profundizó en su historia vital. Dicha actividad, bajo el criterio clínico del profesional, se llevó a cabo mediante entrevistas clínicas. Pudieron haberse aplicado técnicas como el Cuestionario de Sucesos Vitales y Cuestionario de Creencias Nucleares (Beck, 2015), la entrevista ADIS-IV (Clark y Beck, 2012), como así también el Inventario de Ansiedad de Beck o BAI, Beck Anxiety Inventory (Beck y Steer, 1990, citado por Clark y Beck, 2012, p. 236), teniendo en cuenta la adaptación de Vizioli y Pagano (2020), entre otros. Pero, como ya se estableció, a criterio clínico no se consideró necesario en ese momento.

También se inició con el proceso de psicoeducación (Clark y Beck, 2012) a fin de iniciar con el entrenamiento de la detección de los pensamientos automáticos, enseñándole a detectar pensamientos del tipo catastrófico, como el miedo a morir durante un ataque de pánico, por ejemplo. Tarea que se llevó a cabo mediante los Apéndices 5.1 Valoraciones diarias de ansiedad y registro de situación; 5.2 Formulario de Análisis Situacional; 5.3 Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas y 5.4 Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos de Clark y Beck (2012). Este trabajo abarcó todo el proceso terapéutico, tanto en su fase inicial, como media y final. Ya que dichos formularios fueron útiles para llevar adelante la evaluación periódica de los avances y/o retrocesos del trabajo terapéutico desde la perspectiva del paciente, permitiendo un feedback positivo de retroalimentación que establecía los pasos a seguir dentro del plan de tratamiento estipulado, marcando tiempos, estrategias, grupos de tarea, etc. Estos feedbacks proporcionaron una retroalimentación afirmativa en cada sesión, ayudándolo a desarrollar conciencia sobre sus patrones de pensamiento y la relación entre los síntomas físicos.

El tratamiento en su parte media contó con momentos de avances y momentos de agudización de los síntomas. Hubo etapas donde Martín agudizaba sus síntomas y sentía no poder superar las crisis, generando frases como la siguiente: “no me da más la cabeza... por qué no me mandas al psiquiatra para que me cure”. Incluso entre sesiones solicitaba encuentros extras porque refería no poder superar determinadas crisis, en especial las referidas a sus situaciones de pareja. Fue durante esta etapa, fruto del proceso terapéutico, que Martín pudo narrar que cuando era adolescente él y su hermana Claudia tuvieron actos de exploración sexual con experiencias sexuales orales. Martín comentó que estas situaciones se habían dado cuando él tenía 12 años hasta sus 16, y que esto no le afectaba en la actualidad, aunque reconoció que

algunas veces estas situaciones se le venían a la cabeza y, sin darse cuenta, tenía flashbacks de las escenas donde esto sucedía. Luego refirió que su hermana había sido abusada sexualmente en la calle cuando tenía 15 años.

Cuando esta información fue suministrada, con base en la sospecha clínica se especuló que el cuadro de ansiedad y ataques de pánico original podrían tener su origen en el estrés postraumático producto de las relaciones sexuales incestuosas de la adolescencia; evento que llevó a reconfigurar, en parte, el diagnóstico, los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento.

De esta manera, se procedió a rectificar el diagnóstico realizado a luz de los emergentes sexuales: en relación al abuso sexual padecido por su hermana, y cuyas secuelas la llevaron a ella a extenderlas al vínculo con su hermano, el estatuto del cuadro ansioso de Martín debió ser reconsiderado. Al diagnóstico original de trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (sólo de actuación-desempeño sexual) (F40.10) y trastorno eréctil 302.72 (F52.21), se sumó la categoría F43.1 trastorno por estrés postraumático [309.81] por abuso sexual en edad infantil, según el DSM-IV (Association y DSM-IV, 1994) o trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10) según el DSM-5 (Association, 2021). Asimismo, se incorporó como objetivo de trabajo la reducción de la intensidad y frecuencia de los síntomas de reexperimentación, mediante la ya utilizada técnica de reestructuración cognitiva y exposición gradual, sumándole la finalidad de abordar los recuerdos traumáticos, reduciendo las intrusiones y flashbacks asociados al evento, posiblemente fuente de la restante sintomatología que ya se venía abordando.

Dado el hecho de que el sujeto no percibía dicha escena incestuosa como problemática, se consideró, bajo el mismo criterio clínico, que si bien el diagnóstico había sufrido una modificación y se había incorporado un objetivo terapéutico, el tratamiento debía continuar con

un abordaje que atendiera como cuadro primario los síntomas ansiosos y en el proceso, mediante el trabajo de reestructuración cognitiva y demás técnicas cognitivas conductuales, abordar los componentes del estrés postraumático; por ende, considerarlo como secundario en su abordaje, desde la perspectiva diagnóstica y para la continuidad del plan de tratamiento.

Finalmente, en los últimos tiempos del tratamiento, Martín empezó a mostrar signos notorios de mejora en todas las áreas trabajadas. Comenzó a poder identificar con mayor rapidez los pensamientos disfuncionales y con ellos a tomar su control, reemplazándolos por otros más funcionales. Fue tomando mayor control sobre los pensamientos intrusivos y flashbacks, que terminaron por desaparecer. La sintomatología somática se fue extinguiendo; entre ellas, su necesidad de compensación farmacológica para llevar adelante un encuentro sexual. Sus conductas disfuncionales a nivel familiar, social y laboral fueron reemplazadas por otras más funcionales. Situaciones todas que llevaron a acordar espaciar las sesiones terapéuticas. Se comenzó a tener encuentros quincenales. Pasados tres meses en esta situación, se tuvieron dos encuentros más mensuales y luego de un año y tres meses de tratamiento se procedió al alta provisoria.

Cabe destacar, que durante este período donde las sesiones fueron más espaciadas, quincenalmente y mensualmente, respectivamente, se procedió a elaborar un plan para consolidar las habilidades adquiridas y prevenir recaídas, identificando situaciones potencialmente desencadenantes y estrategias de afrontamiento. Esta tarea se realizó mediante una revisión y resumen de los logros terapéuticos en relación a los avances en las distintas áreas: síntomas de ansiedad, relaciones laborales, familiares y sociales, desempeño laboral. Se diseñó un plan que incluyera pasos específicos para lidiar con pensamientos o situaciones futuras que

pudieran provocar ansiedad. Se estableció un canal de comunicación abierto, de carácter opcional, para un seguimiento de revisión del progreso y apoyar la prevención de recaídas.

### **Retroalimentación en el Proceso de Seguimiento Terapéutico**

El proceso de seguimiento y monitoreo del tratamiento con Martín se llevó a cabo a través del completamiento periódico de los Apéndices 5.1 Valoraciones diarias de ansiedad y registro de situación; 5.2 Formulario de Análisis Situacional; 5.3 Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas y 5.4 Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos de Clark y Beck (2012) y los feedbacks de las sesiones, lo cual permitiría llevar adelante las evaluaciones regulares de su progreso en la reducción de ataques de pánico y en el manejo de la ansiedad, y revisar sus sentimientos sobre su identidad laboral y personal a medida que avanza en el tratamiento.

A través de estos dos instrumentos, los apéndices y el feedback de las sesiones, se revisó periódicamente el progreso y los cambios en sus pensamientos y emociones de manera semanal, reforzando los avances y proponiendo ajustes para profundizar en las creencias que resultaban más resistentes. Asimismo, se reforzaron los logros de cada exposición en vivo que Martín realizó como tarea, valorando sus esfuerzos y avances en la implementación de estas herramientas, reflexionando sobre las situaciones en las que fueron útiles y los beneficios obtenidos. Esto permitió valorar las dificultades y los avances, y se abordaron las resistencias a través de un enfoque empático y colaborativo.



## Evaluación Final del Proceso y Resultados

Llegado el final del proceso terapéutico, atendiendo a la evidencia observada, los resultados, en general, reflejan la idoneidad acerca de la inclusión del abordaje Cognitivo Conductual de Aaron Beck para tratar un cuadro de ataques de pánico y ansiedad (Association, 2021) que generaban disfunción eréctil e insatisfacción personal en varios ámbitos (laboral, familiar y social). Se pudo observar una importante reducción de sintomatología general presentada en las primeras entrevistas en las áreas situacionales y/o rasgos específicos observados: ansiedad, ira, enojo, frustración, disfunción sexual, etc. Siendo el cambio cognitivo, en línea con el énfasis del tratamiento llevado a cabo, el área con mayores cambios.

En lo que respecta al nivel de preocupaciones que Martín presentaba al inicio del tratamiento, al momento del alta provisoria, refirió prácticamente no tener preocupaciones que lo llevaran a una ansiedad y/o angustia que lo incapacitara, como al inicio.

Desde una perspectiva cognitiva, el paciente logró eliminar algunas de sus creencias disfuncionales del tipo positivo, como “preocuparme por eso... me ayuda a resolverlo”, “me preocupa mi falta de autocontrol”, o las del tipo negativo, como “si no logro penetrar en el acto sexual es porque funciona bien mi sexualidad”.

En la actualidad no presenta sintomatología ansiosa. Los ataques de pánico han desaparecido, al igual que las somatizaciones, como la disfunción eréctil. Refiere encontrarse en un mayor control de su emocionalidad, habiendo desaparecido sus síntomas negativos como el desgano laboral y académico, sintiéndose con mayor motivación y satisfecho a nivel académico y laboral. Situación que se corrobora con el hecho de que, en el transcurso del último año, se ha independizado y se ha ido a vivir solo; en los últimos meses no registra inasistencias laborales

que no sean causadas por enfermedades médicas y se ha iniciado una carrera universitaria de especialización en arte. Ha iniciado meditación en un espacio especializado y “el consumo de marihuana y tabaco ha logrado niveles de uso recreativo”.

Refiere presentar un elevado grado de satisfacción con los resultados obtenidos. Sus estrategias de afrontamiento se han vuelto más adecuadas, pasando de un estilo de afrontamiento basado en la preocupación y la activación reactiva a la ocupación y búsqueda de posibles soluciones.

Asimismo, no refiere presentar preocupaciones en relación a aspectos de su vida cotidiana, los cuales eran predominantes al inicio del tratamiento en los diferentes ámbitos, por lo que, al presente, Martín presenta un óptimo funcionamiento en las áreas personal, familiar, social y laboral.

### **Conclusiones Finales y Limitaciones**

A lo largo del presente estudio de caso se pone de manifiesto, en un caso clínico real, la importancia del abordaje Cognitivo Conductual de Aaron Beck para tratar un cuadro de ataques de pánico y ansiedad (Association, 2021). En este caso en particular, además de abordar los estilos de afrontamiento del paciente, los cuales eran altamente disfuncionales y llevaban al sostenimiento de la problemática, cuya base era la preocupación, las conductas disfuncionales observables (mal desempeño laboral, irritabilidad y agresividad en la comunicación y los vínculos, consumo de sustancias, etc.) y las respuestas fisiológicas (disfunción eréctil y ataques de pánico con taquicardia, sudoración, falta de aire, etc.), se trabajó en uso de estrategias clínicas clásicas de modificación de la conducta centrándose, principalmente en el componente cognitivo de las mismas, como proponen Clark y Beck (2012) y Beck (2021); otorgando un papel esencial

al componente preocupación y las creencias irracionales que favorecían y mantenían la respuesta excesiva de ansiedad.

Nos parece importante destacar, como sostienen Hofmann et al. (2012), David et al. (2018) y Beck (2019), que, como cualquier tratamiento terapéutico, ha sido esencial para el éxito de la intervención la gran adhesión por parte del paciente a las recomendaciones pautadas, ya que ha cumplido con la gran mayoría de las tareas asignadas para fuera de las sesiones y con todas las actividades y estrategias propuestas dentro de ellas. Ha realizado un trabajo comprometido y activo durante todo el tratamiento.

En cuanto a las limitaciones de este estudio de caso, podemos mencionar las propias de los estudios de caso único (Hernández Sampieri et al., 2014), es decir, debemos ser prudentes en la interpretación de los resultados obtenidos, recordando que dichos resultados se han verificado en este caso concreto, por lo cual toda generalización hacia otros posibles casos que compartan el mismo diagnóstico, aunque con la posibilidad de ciertas diferencias en algunas de las variables, como la edad, sexo, tiempo de los síntomas, etc., reclaman cierta cautela. Otra limitación que debe ser tomada en cuenta es la propia de la situación clínica, ya que, por su propio dinamismo lleva a una constante revisión, tanto del diagnóstico como de los objetivos y del plan de tratamiento y estrategias de abordaje (Clark y Beck, 2012). En el caso Martín, independientemente que las entrevistas iniciales fueron exhaustivas en la indagación de las problemáticas presentadas por el paciente, resultó imposible prever lo que el mismo tratamiento iría revelando en su transcurso. Por ejemplo, la dificultad en la erección presentada inicialmente no permitía advertir que pudiera estar operando una situación sexual de su preadolescencia; hubo que esperar a la implementación del tratamiento para que estas cuestiones emergieran y que pudieran ser reconsideradas desde el diagnóstico, impactando en la reconsideración de los

objetivos y el plan de tratamiento. Como se dijo, la limitación en este caso, es propia del trabajo clínico: el trabajo sobre los asuntos sexuales en Martín requirió un tiempo de trabajo que, en su transcurrir posibilitaron a posteriori la emergencia del relato de las situaciones sexuales que oficiaron como patógenas.

Teniendo en cuenta estos resguardos, consideramos, a modo de conclusión, la importancia de destacar, junto con los diversos autores citados (Barlow et al., 2007; Hofmann et al., 2012; Etchebarne et al., 2016; Bandelow, 2017; Leichsenring y Steinert, 2017; Hoyos, 2018; Beck, 2019; Macías et al., 2019; Beck, 2020; Hofmann, 2021; Olvera y Rodríguez, 2021; Velasco, 2022; Berdazco et al., 2022; Carretero, 2022; Mora Vega, 2023) la actualidad del uso, por parte de los profesionales de la salud especializados, del método de la Terapia Cognitivo conductual que fuera ideado por Aaron Beck y sus posteriores actualizaciones como tratamiento científico establecido y validado por la experiencia que ha demostrado su eficacia y valía con creces en cuanto al objetivo de ofrecer los sujetos consultantes las soluciones más eficientes y efectivas para sus problemas psicológicos, y en este caso en particular, para tratar un cuadro de ataques de pánico y ansiedad (Association, 2021).

## Referencias

- Alford, B. y Beck, A. (1998). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press. <https://bit.ly/3CvDkDN>
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2021). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P. y Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 13. [10.1002/wps.20151](https://doi.org/10.1002/wps.20151), 13(3). <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Avilés Sánchez, A. (2021). Baja tolerancia a la frustración desde la terapia racional emotiva conductual. *Revista Ecuatoriana De Psicología*, 4(10), 212–219. <https://doi.org/https://doi.org/10.33996/repsi.v4i10.64>
- Bandelow, B., Michaelis, S. y Wedekind, D. (2017). Tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J. y Möller, H. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International*

*Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 77-84.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>

Barlow, D., Allen, L. y Basden, S. (2007). Psychological treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. *guide to treatments that work*(3), 351-394.  
<https://bit.ly/3Bc7Jqg>

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

Beck, A. (2019). 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16-20.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745691618804187>

Beck, A., John, B. y Beck, J. (2021). The Development of Psychiatric Disorders from Adaptive Behavior to Serious Mental Health Conditions. *Cogn Ther Res* 45, 385–390.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-021-10227-3>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión. Ponencia*. Brouwer.  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>

Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. (A. Ruíz, Trad.) New York: Gedisa. <https://bit.ly/4fImpfm>

Beck, J. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3 ed.). New York: The Guilford Press. <https://bit.ly/4fqjrwn>

Berdazco, P., Hernández, M. y González, T. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. un estudio de caso desde la terapia cognitiva conductual. *Revista Electrónica de Psicología*

*Iztacala*, 25(4), 1419-1435. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224j.pdf>

Bernard, M. y Dryden, W. (2019). *Advances in REBT: Theory, Practice, Research, Measurement, Prevention and Promotion*. Springer.

Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F. y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 533-541. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720311.pdf>

Botella, C., Baños, R., García, A., Quero, S., Guillén, V. y Marco, H. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: Revista Sobre La Sociedad Del Conocimiento*(4), 32-41. <http://uocpapers.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>

Bravo Rueda, C. y Lancheros Cendales, Y. (2023). Tratamientos psicológicos para la ansiedad social: una revisión sistematizada. *Repositorio Universidad El Bosque*. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/5eee1575-e84b-44da-b6b9-735d5383df3c/content>

Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15(2), 135-139. <https://bit.ly/3Z42SAK>

Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, C. y Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Acta Académica XI Jornadas de Investigación*, 1(1), 1-6. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>

- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. y Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carmioli Yalico, M. y Chinchilla Fonseca, P. (2024). Terapia Cognitiva Conductual Basada en Mindfulness en el Manejo de Ansiedad para Mujeres Mayores de 18 Años con Cáncer de Mama: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 876-900. [https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.10533](https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10533)
- Carretero, A. (2022). Un caso de trastorno de ansiedad generalizada y ataques de pánico. [Máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio institucional Titula de la UEN. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2245>
- Ccasa, J., Echenique, N. y Zarate, P. (2017). Revisión bibliográfica de la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (REBT). *Revista de Investigación Apuntes científicos estudiantiles de Psicología*, 1(1). [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r\\_psicologia/article/view/934](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934)
- Cedeño Vines, C. (2024). La Realidad Virtual y Terapia Cognitivo Conductual en el Tratamiento de la Ansiedad. Revisión bibliográfica. *Revista Científica De Psicología NUNA YACHAY - ISSN: 2697-3588*, 6(11), 47–59. <https://doi.org/https://doi.org/10.56124/nuna-yachay.v6i11.005>
- Celleri, M. y Garay, C. (2021). Aplicaciones móviles para ansiedad: una revisión en Argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 17-24.



[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-42062021000100017&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062021000100017&lng=es&tlng=es).

Christ, C., Schouten, M., Blankers, M., van Schaik, D., Beekman, A., Wisman, M., Stikkelbroek, Y. y Dekker, J. (2020). Terapia cognitivo-conductual basada en Internet y computadora para la ansiedad y la depresión en adolescentes y adultos jóvenes: revisión sistemática y metanálisis. *J Med Internet Res*, 22(9), e17831. <https://doi.org/doi:10.2196/17831>

Christoforou, M., Sáez Fonseca, J. y Tsakanikos, E. (2017). Two Novel Cognitive Behavioral Therapy-Based Mobile Apps for Agoraphobia: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e398. <https://doi.org/https://doi.org/10.2196/jmir.7747>

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. (J. Aldekoa, Trad.) Editorial Desclée de Brower S.A. [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063>

David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>

Díaz Contreras, A. y Valdés García, K. (2023). Intervención en un Caso Clínico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Y De Ansiedad Generalizada desde la Terapia Racional Emotiva Conductual. *Políticas Sociales Sectoriales*, 1(1), 524–547.

<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/31>

Díaz Contreras, A. y Valdés García, K. (2023). Intervención en un Caso Clínico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Y De Ansiedad Generalizada desde la Terapia Racional Emotiva Conductual. *Políticas Sociales Sectoriales*, 1(1), 524–547.

<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/31>

Díaz, J. y Chamba, C. (2024). Programa de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso en pacientes adultos con ansiedad social. *Esprint Investigación*, 3(1), 48-58.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9466281>

Dryden, W. (2021). Rational Emotive Behaviour Therapy: Distinctive Features. *Routledge*.

[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Dryden%2C+W.+%282020%29.+\\*Rational+Emotive+Behaviour+Therapy%3A+Distinctive+Features\\*.\\*+Routledge&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Dryden%2C+W.+%282020%29.+*Rational+Emotive+Behaviour+Therapy%3A+Distinctive+Features*.*+Routledge&btnG=)

Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised Updated Edition. *Birch Lane Press*.

Ellis, A. (2019). Las confesiones conductuales del terapeuta racional emotivo Albert Ellis. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 8(1), 15-27. <https://bit.ly/3UNeaXB>

Ellis, A. y Dryden, W. (2007). The practice of rational emotive behavior therapy. *Springer publishing company*.

- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Desclee de Brouwer. <https://bit.ly/3CqpeUa>
- Etchebarne, I., Roussos, A. y Juan, S. (2016). El abordaje de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario de Anxia*(22), 6-20. <https://www.researchgate.net/publication/310819842>
- Gaitan, A. (2022). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en Adultos Mayores con sintomatología de Trastornos del Estado del Ánimo. *Conducta Científica*, 5(2), 9-16. <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/242/285>
- Garay, C., Korman, G. y Keegan, E. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la "tercera ola" en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, XXVI, 49-56. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-APropositoDeUnCaso-6201739.pdf>
- García Higuera, J. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *eduPsykhé*, 5(2), 287-304. <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3787/2733>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 3(2), 169-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>
- González Morales, J. (2023). Efectividad de las técnicas de meditación y mindfulness, dentro de la terapia cognitivo-conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiestan episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada. *[Tesis de Maestría en Intervención en Psicología]*. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad

Iberoamericana (UNIBE).

<https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1915/1/10-0109-TF.pdf>

González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.

<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>

Hernández Arteaga, J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Medisur*, 19(3), 351-352. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n3/1727-897X-ms-19-03-351.pdf>

Hernández Gómez, A. y Universidad Autónoma de Madrid. (2017). A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia. *In Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 1(1), 77–97.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-APropositoDeUnCaso-6201739.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M., Méndez Valencia, S. y Mendoza Torres, C. (2014). Estudio de Caso. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, M. Baptista Lucio, S. Méndez Valencia y C. Mendoza Torres, *Metodología de la Investigación* (6 ed.). MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

<https://highered.mheducation.com/sites/dl/free/1456223968/1058642/CAPITULO04.pdf>

Hofmann, S. (2021). The future of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 45(3), 383-384. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-021-10232-6>

- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, J., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hoyos, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 10(2), 131-156. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7529910>
- Landivar Wong, M., Barreiro Moreira, D., Moran Mazzini, A. y Olmedo Aviles, C. (2024). Disminución del estrés de bailarines de alto rendimiento del Centro Artístico Yesenea Mendoza de la ciudad de Guayaquil mediante la aplicación de Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) y la técnica Trauma Releasing Exercises (TRE). *RECIMUNDO2024*, 8(1), 22–37. [https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.22-37](https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.22-37)
- Leichsenring, F. y Steinert, C. (2017). Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy?: The Need for Plurality in Treatment and Research. *JAMA*, 318(14), 1323–1324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737>
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L. y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología Revista Electrónica*, 10(24). <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADAs/HTML.html>
- Mera-Posligua, M., Arredondo-Aldana, K. y Ponce-Alencastro, J. (2021). Trastorno de ansiedad generalizada abordado desde la terapia de aceptación y compromiso: caso clínico. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*. ISSN:

2737-6273, 4(8 Ed. esp.), 73-85.

<https://doi.org/https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0032>

Mora Vega, A. (2023). Intervención Cognitivo Conductual en una Mujer Adulta con Ansiedad Generalizada. [*Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual*]. Repositorio Institucional UNFV.

[http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/9186/UNFV\\_FAPS\\_Mora%20Vega%20Anali\\_Titulo%20profesional\\_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/9186/UNFV_FAPS_Mora%20Vega%20Anali_Titulo%20profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Obaya Prieto, C. (2018). Eficacia de la terapia Psicoeducativa grupal de reducción de estrés en “Atención Plena /Mindfulness en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. *Enfermería Comunitaria, ISSN-e 2254-8270 (Revista SEAPA)*, 6(3), 57-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6861647>

Olvera, V. y Rodríguez, P. (2021). Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 22(2), 35-52.

<https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/26/23>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). La pandemia COVID-19 desencadena un aumento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo.

*Comunicado de prensa*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Ponce-Alencastro, J., Arredondo-Aldana, K. y Mera-Posligua, M. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR. ISSN: 2737-6273, 4(8 Ed. esp.)*, 104-129. <https://doi.org/https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>

- Regidor, N. y Ausín, B. (2020). Tecnologías de información y comunicación (TIC) aplicadas al tratamiento de los problemas de ansiedad. *Clínica Contemporánea*, 11(2).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.5093/cc2020a8>
- Reyes, E., Pérez, G. y Flores, J. (2012). Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4), 1454-1475.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124o.pdf>
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Beck, A., Baños, R., Botella Arbona, C., Bunge, E., Clark, D., Craske, M., Culver, N., García Palacios, A., Gomar, M., Malcoum, E., Mandil, J., Quero, S. y Rothbaum, B. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. (R. Rodríguez Biglieri y G. Vetere, Edits.) Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Polemos. <https://bit.ly/4eq5I7C>
- Spindola, L., Aguilera, M. y Rodríguez-Orozco, A. (2022). Respuesta al tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual y mindfulness en una mujer con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 17(3).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2020/hph203e.pdf>
- Velasco, H. (2022). Terapia cognitivo conductual para el transtorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta. *Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal*. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5745>
- Vizioli, N. y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3), e171.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>

Zumaran Dominguez, O. (2024). Eficacia de un programa de terapia de aceptación y compromiso en un caso de ansiedad. [*Tesis para Obtener el Grado Académico de Maestría en Intervención Psicológica*]. Universidad César Vallejo.  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/150910/Zumaran\\_DOM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/150910/Zumaran_DOM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



### Anexo 1

## Genograma de Martín

