

# Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad

Valeria Olvera Navas  
Pamela Rodríguez Palacios

## Resumen

La ansiedad es una respuesta psicológica que se presenta ante situaciones percibidas o interpretadas como amenazantes o peligrosas. Ésta puede resultar nociva si se presenta de manera frecuente y exacerbada, teniendo implicaciones negativas en la vida de la persona. El modelo cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de dicho fenómeno. El objetivo del presente artículo es describir una intervención psicológica bajo el modelo cognitivo-conductual en un caso de ansiedad, utilizando técnicas como psicoeducación, relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec y la detención de pensamiento de Bain. Se realizó una evaluación inicial a partir de una entrevista conductual y registros sobre la intensidad de los episodios de ansiedad por medio de la Escala Numérica Análoga (ENA). La intervención psicológica constó de 10 sesiones con, aproximadamente,

## Abstract

*Anxiety is defined as a psychological response to situations perceived or interpreted as threatening or dangerous, which can be harmful if it occurs frequently and exacerbated, having negative implications in the person's life. The cognitive-behavioral model has proven to be effective for the treatment of this phenomenon. The aim of this article is to describe a psychological intervention under the cognitive behavioral model in a case of anxiety, using techniques such as Psychoeducation, Bernstein and Borkovec's Progressive Muscular Relaxation and Bain's thought stopping. An initial assessment was performed based on a behavioral interview and records on the intensity of anxiety episodes through the Analogous Numerical Scale (ANS). The psychological intervention consisted of 10 sessions lasting approximately one hour, in which the user was trained with the aforementioned techniques. Sub-*

VALERIA OLVERA NAVAS Y PAMELA RODRÍGUEZ PALACIOS. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Contacto: [paam41@gmail.com]

Fecha de recepción: 22 de enero de 2021 Fecha de aceptación: 12 de julio de 2021. Contacto: paam41@gmail.com

*Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 22, núm. 2, julio-diciembre 2020, pp. 35-52.

Fecha de recepción: 7 de mayo de 2020 | Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2020.

una hora de duración, en la cual se entrenó al usuario con las técnicas mencionadas. Después, se realizó seguimiento y monitoreo del caso. Los resultados mostraron una disminución en la ocurrencia (de ocho episodios a uno solo por día) e intensidad de los episodios de ansiedad (en una ENA inicial = 9 y ENA final = 3), así como la incorporación de la paciente a sus actividades cotidianas.

#### PALABRAS CLAVE

Ansiedad, relajación muscular progresiva, detención de pensamiento

*quently, the case was followed up and monitored. The results showed a decrease in the occurrence (from eight episodes to only one per day) and intensity of the anxiety episodes (in an initial ANS = 9 and final ANS = 3) as well as the incorporation of the patient to her daily activities.*

#### KEYWORDS

*Anxiety, progressive muscle relaxation, thought stopping*

---

**D**e acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 2017), se calcula que, en 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3.6%, siendo más comunes en las mujeres que en los hombres (4.6% en contraste con 2.6%, a nivel mundial).

De igual manera, investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) mencionan que más de 264 millones de personas a nivel mundial presentan ansiedad (Frías, 2019). En América Latina se estima que 7.7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad y sólo 3.6% la población masculina. En el caso particular de México, se estima que 14.3% de la población presenta esta problemática (Ramírez, Martínez y Ávila, 2015).

La ansiedad se define como una respuesta existente en todos los individuos ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas. Sin embargo, cuando las respuestas características de ansiedad son frecuentes, excesivas e interfieren con la vida cotidiana de las per-

sonas, probablemente se está frente a un trastorno de ansiedad (Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2012).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) refieren que la ansiedad hace alusión a un estado de agitación e inquietud desagradable, el cual se caracteriza por la anticipación del peligro y la sensación de catástrofe. En otras palabras, es la combinación de aspectos psicológicos y fisiológicos que manifiestan sensaciones de sobresalto e inquietud.

De igual manera, Caballo (2007) menciona que las personas con ansiedad tienden a darle vueltas a cuestiones, en las que se perciben incapaces de alcanzar una solución, tomar alguna decisión y llevar a cabo un acto, lo cual les impide llevar una vida tranquila. Se pueden percibir señales de activación en el sistema nervioso simpático, por lo que algunas personas muestran un aumento en la frecuencia cardíaca (taquicardia) caracterizado por palpitaciones fuertes y rápidas del corazón, presión en el pecho, dificultad para respirar, falta constante de aliento, sensación de ahogo o asfixia. También se puede presentar sudoración en las extremidades, problemas gastrointestinales, náuseas, gastritis crónica, mareos, sensación de debilidad o inestabilidad física.

Álvarez, Aguilar y Lorenzo (2011) indican que, de acuerdo con la *Teoría Tridimensional de la Ansiedad*, planteada por Lang (1968), este fenómeno puede expresarse en tres niveles de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. A continuación, se describen cada uno de estos niveles:

- Nivel fisiológico. La ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, aunque también se activan otros como el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmune (Lang, 1968).

Es importante aclarar que, de estos cambios o alteraciones, las personas sólo perciben algunos, como el aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, tensión muscular, temblores musculares, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para tragar,

sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes fisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, entre otros.

- Nivel cognitivo. Aquí se presentan pensamientos o imágenes de preocupación, hipervigilancia, miedo, inseguridad, creencias de tipo catastrófico y dificultad para concentrarse. De igual forma, las personas reportan tener la sensación de pérdida de control, dificultad para la toma de decisiones, presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, pensamientos negativos sobre su actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de sus debilidades, dificultades para pensar, estudiar, entre otros síntomas.
- Nivel motor. Se caracteriza por hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evasión de situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias, llanto, tensión en la expresión facial y evitación de la situación que produce la ansiedad.

Siguiendo esa línea, las *Guías de Educación Sanitaria* (2008) refieren que la ansiedad crea un círculo vicioso: como las respuestas fisiológicas son desagradables, la persona se vuelve más sensible a cualquier alteración física, se preocupa continuamente de que le pueda pasar algo; por ejemplo, de presentar un ataque cardíaco o perder el control. Esto provoca que la persona se sienta aún más ansiosa y sus respuestas se agudicen, trayendo consigo sentimientos de infelicidad, depresión, irritabilidad, alteraciones de sueño, desavenencias en las relaciones de pareja, consumo de sustancias tóxicas y que, en consecuencia, se afecten las distintas áreas de vida de la persona: trabajo, salud, familia, pareja. Por ello, aprender estrategias para afrontar la ansiedad permitirá que la persona se adapte a la situación y mejore su calidad de vida.

Diversos metaanálisis describen la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para atender problemas de ansiedad en diversas poblaciones, teniendo resultados positivos y a largo plazo (Carpenter *et al.*,

2018; Hofmann, Wu y Boettcher, 2014; Hopkinson, Reavell, Lane y Mallikarjun, 2019; Reavell, Hopkinson, Clarkesmith y Lane, 2018; Eva, A. M. *et al.*, 2020).

Dentro del modelo cognitivo-conductual se ha encontrado que la implementación de técnicas en relajación y modificación de pensamiento resulta una combinación idónea que favorece el cambio conductual en personas que presentan respuestas de ansiedad en, al menos, dos de los niveles de respuesta anteriormente mencionados. En otras palabras, es posible modificar la activación fisiológica, así como aspectos cognitivos (pensamientos, imágenes, recuerdos) en el usuario, implementando este tipo de técnicas (Capafons, 2001; Rodríguez, Castro, Pérez y Rovella, 2014; Yoshinaga *et al.*, 2016).

De acuerdo con Blanco *et al.* (2014), la técnica en relajación muscular progresiva tiene resultados benéficos cuando la persona tiende a tensar el cuerpo ante un episodio de ansiedad, como es el caso de la paciente que se presentará a continuación.

Una de las adaptaciones del procedimiento original más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual es la de Bernstein y Borkovec (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), la cual consiste en tensar y destensar los 16 grupos musculares, centrando la atención en las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión; a su vez, la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor la respuesta de relajación subsiguiente. En la fase de distensión no se debe realizar ningún esfuerzo activo y sólo consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Por otra parte, resulta imperante apoyarse de técnicas conductuales para una mejor atención. Ramírez (1977) refiere que la detención de pensamiento es funcional en aquellos casos donde se presentan pensamientos de manera constante ante alguna situación y que éstos, a su vez, desencadenan los episodios de ansiedad. Dicha técnica fue desarrollada por Alexander Bain, en 1928, en su libro *El control del pensamiento en la*

*vida cotidiana*. A finales de los años cincuenta, Joseph Wolpe y otros terapeutas de conducta adaptaron el modelo original de Bain para utilizar este método con aquellos pensamientos que son fuente de ansiedad.

El procedimiento básico de la técnica consiste, en un primer momento, en la identificación de los pensamientos que están generando la ansiedad. Posteriormente, se debe concentrar en esos pensamientos y, después de un corto periodo de tiempo, detenerlos. De manera general, se utiliza la palabra *stop*, o bien, algún ruido fuerte, para interrumpir los pensamientos desagradables.

Introducir la palabra *stop* sirve de distracción debido a que interrumpe los pensamientos. Posterior a ello, se pueden introducir verbalizaciones que resulten tranquilizadoras para el usuario (Lozano, Rubio y Pérez, 1999).

Una vez descrito lo anterior, el objetivo del presente artículo es describir una intervención psicológica bajo el modelo cognitivo-conductual en un caso de ansiedad.

## **Presentación de caso**

Paciente femenina *B* de 29 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, estado civil, en unión libre, tiene dos hijos masculinos de 11 y 7 años de edad. *B* se encuentra haciendo su servicio social como auxiliar de enfermería.

### *Motivo de consulta*

*B* asiste a terapia psicológica por cuenta propia, debido a que, en días previos presentó varios episodios de ansiedad derivadas del estrés generado por la escuela y el fallecimiento de su padre. Estos episodios de ansiedad se caracterizan por síntomas del nivel fisiológico: taquicardia, disnea, sensación de desmayo, dolor de cabeza, acúfenos en el oído derecho; a nivel motor: temblor en manos y piernas y tensión muscular en cuello y brazos;

por último, a nivel cognitivo: pensamientos de tipo “ahí vienen otra vez las crisis”, “ya me va a dar la crisis”, “me voy a morir”, “ay, Dios mío, cúrame, no me quiero sentir así” [sic]. B refiere que estos episodios se presentan en su casa, trabajo y en la calle, cuando se encuentra con su esposo, madre, suegra y compañeros de trabajo; aunque refiere que le ocurre con mayor frecuencia cuando está sola o con sus hijos.

### *Historia del problema*

El primer episodio de ansiedad ocurre 10 días después del fallecimiento de su padre y un mes antes de acudir a terapia psicológica. El episodio se caracterizó por falta de aire, dolor en el pecho, sensación de desmayo y pensamientos de “¿qué me está pasando?, me va a dar un infarto” [sic]. Debido a esta situación, al día siguiente decidió acudir al médico y realizarse diversos estudios clínicos. Éstos arrojaron un adecuado estado de salud, por lo que el médico descarta alguna problemática a nivel biológico y la diagnostica con ataques de pánico. Le prescribió tratamiento farmacológico como diazepam (lo tomó sólo los primeros cuatro días del tratamiento para, posteriormente, interrumpir su ingesta por decisión propia); cinco inyecciones de vitamina B1 (Tiamina) y vitamina B2 (Riboflavina), inyectada por vía intramuscular cada tercer día, e hidroxicina, sólo cuando se presenten los episodios de ansiedad. Después de dos semanas, la paciente, al no observar mejoría, decide acudir a atención psicológica.

### *Descripción y análisis de la conducta*

A partir de la información recabada en la evaluación inicial, se identificó en la historia de vida de la paciente una serie de eventos involucrados con los episodios que presenta, como el estrés por escuela y el fallecimiento de su padre. Los episodios se hacen altamente probables en la calle, en su casa y trabajo, con su esposo, madre, suegra y compañeros de trabajo.

Sin embargo, ella refiere que la probabilidad aumenta cuando se encuentra sola, con sus hijos o se entera del fallecimiento de alguna persona. De manera paralela, se presentan pensamientos como “ahí vienen otra vez las crisis”, “ya me va a dar la crisis”, “me voy a morir”, “¡ay, Dios, cúrame!”, “no me quiero sentir así” [sic]. Los síntomas a nivel motor se caracterizan por presentar temblor en piernas y manos, así como tensión en el cuello y brazos; a nivel fisiológico, la falta de aire, aumento en la frecuencia cardiaca, sensación de desmayo, dolor de cabeza y zumbido en el oído derecho, los cuales se presentan con una duración de 20 a 30 minutos. Esto le ha traído como consecuencia que su esposo le diga que se calme, su suegra le dé a oler alcohol y sus hijos la abracen y le digan “ya no quiero que estés enferma” [sic].

Por parte de ella, y una vez terminado el evento, toma medicamento, respira, se recuesta o se sienta, se truenan los dedos, comienza a rezar y de inmediato piensa: “¿por qué me pasa esto a mí?”, “¿por qué me siento así?”; “quiero hacer mi vida normal”; “ya no quiero que me pase esto”; “ya pasó, pero no estoy bien”; “¿por qué Diosito me hace sentir esas sensaciones?”; “¿por qué no hace que me desmaye?” [sic]. Una vez terminado el evento, *B* tiende a encontrarse acompañada ante situaciones que, antes de los episodios de ansiedad, podía realizar de manera individual. Por ejemplo: realizar compras en el supermercado, realizar los pagos de los servicios básicos de su casa, salir a la tienda o hacer deporte (jugar fútbol). Cabe mencionar que la usuaria dejó de jugar fútbol con sus hijos (actividad que anteriormente la realizaba diario). Por otra parte, *B* cuenta con habilidades de puntualidad y compromiso; asimismo, se identificó que la usuaria cuenta con déficit en tolerancia y empatía.

### *Establecimiento de metas y objetivos terapéuticos*

El objetivo general de la intervención psicológica es disminuir la ansiedad en sus tres niveles de respuesta.

Los objetivos específicos son los siguientes:



- Identificar bajo qué circunstancias ocurren las crisis de ansiedad que permita un mayor control de las mismas.
- Desarrollar estrategias de relajación, por medio de la técnica de relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec, teniendo un impacto en la disminución de respuestas fisiológicas y motoras de ansiedad.
- Desarrollar habilidades de detención de pensamiento, así como formular verbalizaciones que controlen la exacerbación de respuestas cognitivas.

En resumen, al desarrollar habilidades en relajación, así como entrenar en detención de pensamiento, *B* aprenderá a controlar y disminuir las respuestas de ansiedad en sus tres niveles, logrando salir de casa sin compañía y retomando sus actividades cotidianas mejorando así su calidad de vida.

### **Aplicación de tratamiento**

*Evaluación.* En esta fase se llevó a cabo una entrevista conductual que tuvo lugar durante dos sesiones, con el fin de recabar la mayor información respecto del motivo de consulta para elaborar el cuadro secuencial integrativo y, después, realizar la elaboración del análisis funcional del caso.

*Intervención.* Para esta fase se programaron 10 sesiones en las que se llevaron a cabo el entrenamiento en relajación muscular progresiva y la detención de pensamiento. Las sesiones tuvieron una duración de 60 minutos y se realizaron una vez por semana. Asimismo, en esta fase se emplearon autorregistros que permitieron evaluar y poner en práctica lo aprendido en la sesión.

Dentro de estos registros se utilizó una Escala Numérica Análoga (ENA), la cual consiste en una línea horizontal de, aproximadamente, 10 centíme-

tros, en cuyos extremos se encuentran el 0, que representa nada de ansiedad, y 10, lo más ansioso que se ha sentido el paciente. El paciente deberá marcar en la línea el número que indique la ansiedad que siente.

Esta escala es una adaptación de las Escalas Visuales Análogas (EVA), que se han utilizado para medir la intensidad de dolor y se han adaptado para registrar los niveles de relajación de un paciente antes y después de emplear alguna técnica con el objetivo de identificar su efectividad (Aitken, 1969; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren y Merkel, 2011; Jensen *et al.*, 2011; Vicente, Delgado, Bandrés-Moya, Ramírez y Capdevilla, 2018). Esta escala se utilizó durante la sesión antes y después de practicar el ejercicio de relajación muscular progresiva.

Asimismo, se utilizó un autorregistro de ocurrencia continua, el cual se caracteriza por registrar el número de veces que ocurre la conducta problemática; en este caso, las crisis de ansiedad (Cepeda, López, Planarte, Moreno y Alvarado, 2014). A continuación, se muestra la descripción de las técnicas empleados durante la intervención psicológica.

**Tabla 1. Descripción general de las técnicas en el proceso terapéutico.**

Técnica de intervención	Objetivo particular	Procedimiento general	Número de sesiones
Evaluación inicial.	Obtener información sobre la conducta problema.	Realizar una entrevista conductual que permita describir el análisis funcional de la conducta problema.	Dos sesiones.
Psicoeducación de ansiedad.	Brindar psicoeducación a la paciente en qué es la ansiedad y cuáles son sus características.	Se realizó psicoeducación de la ansiedad con la utilización de materiales psicoeducativos (infografía).	Una sesión.
Psicoeducación de la técnica de relajación muscular progresiva.	Brindar psicoeducación a la paciente en qué es la técnica de relajación muscular progresiva y cuáles son sus características.	Se realizó psicoeducación en la técnica de relajación muscular progresiva con la utilización de materiales psicoeducativos (video).	Una sesión.

Entrenamiento en relajación.	Entrenar a la paciente en relajación a partir de la técnica de relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec.	Se entrenó a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec a partir del modelamiento y moldeamiento de ésta.	Dos sesiones.
Entrenamiento en detención de pensamiento.	Brindar psicoeducación en la técnica de detención de pensamiento.	Se realizó psicoeducación de la técnica de detención de pensamiento.	Seis sesiones.
Identificar los pensamientos rumiativos.	Identificar los pensamientos rumiativos.	Se identificaron los pensamientos rumiativos y las circunstancias que probabilizaban su ocurrencia.	Seis sesiones.
	Entrenar a la paciente en los pasos de la técnica de detención de pensamiento.	Se entrenó a la paciente en la técnica de detención de pensamiento y se moldeó la ejecución de la paciente.	

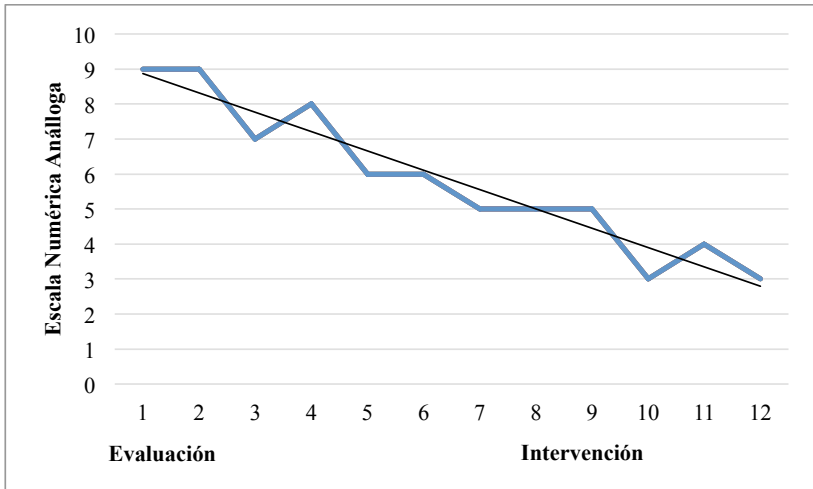
FUENTE: Elaboración propia.

## Resultados

De acuerdo con la ENA, los niveles de intensidad de la ansiedad disminuyeron de ENA inicial = 9 a ENA final = 3.

En la figura 1 se puede observar esta disminución en los niveles de ansiedad a lo largo de las sesiones. Las primeras dos sesiones hacen referencia al periodo de evaluación; por lo tanto, estos datos se obtuvieron antes de realizar la intervención. A partir de la sesión 3, se inicia con el entrenamiento en relajación de Bernstein y Borkovec y se observa una disminución de 9 a 7. En la sesión 4, hay un aumento a 8, debido a que ese día se enteró del fallecimiento de una persona de su trabajo y esa situación la alteró. Sin embargo, no regresó a niveles elevados de ansiedad. A partir de la sesión 5, hay una disminución a lo largo de las sesiones, hasta llegar a una puntuación de 3. De igual manera, es imperante resaltar que, a partir de la sesión 7 (tercera de intervención), se inició con el entrenamiento en detención de pensamiento, lo cual influyó en que los niveles de ansie-

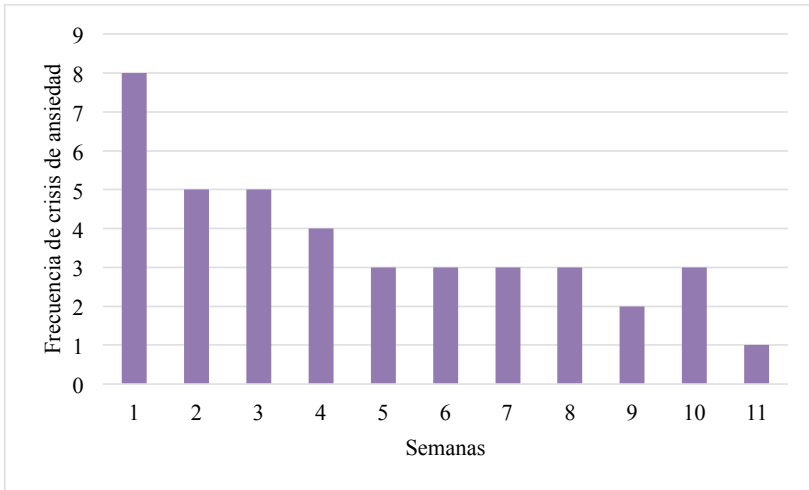
dad no aumentarían. Incluso, en la sesión 10 se observa una disminución hasta 3, lo cual está relacionado con que, para ese momento de la intervención, ya había puesto en práctica la técnica en situaciones reales.



**Figura 1. Niveles de ansiedad en Evaluación e Intervención psicológica.**

Niveles de ansiedad comparados con la ENA durante las sesiones de evaluación e intervención. FUENTE: Elaboración propia.

Asimismo, la figura 2 muestra la frecuencia semanal con la que se presentaban los episodios de ansiedad. En esta figura se puede observar un decremento de la semana 1 (sesión 2 de evaluación) a la semana 2 (sesión 1 de intervención). A partir de esa semana, hay disminución constante en los episodios de ansiedad presentando en la última semana de intervención uno solo por día.



**Figura 2. Frecuencia de crisis de ansiedad.**

Nota. Número de veces que se presentaban las crisis de ansiedad durante las semanas de intervención. FUENTE: Elaboración propia.

Cabe destacar que la técnica de detención de pensamiento inició su entrenamiento a partir de la tercera sesión de intervención, por lo que los datos obtenidos en las figuras anteriores pueden atribuirse a la implementación de dicha técnica. Ambas técnicas se utilizaron a la par; es decir, la paciente detenía su pensamiento, repetía las verbalizaciones descritas en la tabla 2 y realizaba el ejercicio de relajación muscular progresiva.

**Tabla 2. Ejemplo de la práctica de la técnica de detención de pensamiento.**

Pensamiento	Detención	Verbalizaciones	Relajación muscular progresiva
“Ahí vienen otra vez las crisis.” “Ya me va a dar la crisis.” “Me voy a morir.” “¡Ay, Dios mío, cúrame. No me quiero sentir así.” [sic].	“Para, B, tienes que parar.”	Respira, todo va a estar bien. Me siento más tranquila; no va a pasar nada.	Inicio con el grupo muscular.

FUENTE: Elaboración propia.

### Seguimiento y monitoreo

Al finalizar la intervención, sólo se pudo dar seguimiento tres semanas después debido a que las actividades de la paciente le impedían acudir al consultorio. Sin embargo, después de la sesión de seguimiento, se realizó monitoreo en dos ocasiones vía telefónica. En la primera y única sesión de seguimiento y en el monitoreo, la paciente reportó una mejoría en cuanto a la ocurrencia de los episodios de ansiedad; pues en esos dos meses sólo se habían presentado en tres ocasiones y refirió una disminución en la intensidad de éstos, logrando así, retomar actividades de agrado y que formaban parte de su rutina diaria, como jugar fútbol, subirse al transporte público, ir al supermercado, ir de compras y caminar sola en la calle.

### Discusión y conclusiones

El objetivo general de la intervención fue disminuir las respuestas de ansiedad a partir de técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación,

relajación muscular progresiva y detención de pensamiento. Este objetivo se alcanzó debido a que hubo un decremento en la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad, así como en sus tres niveles de respuesta. Estos resultados añaden evidencia a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para resolver problemáticas psicológicas.

En el caso de la implementación de la técnica de relajación de Bernstein y Borkovec de 16 grupos musculares, dio resultados favorables debido a que *a)* la relajación es un estado fisiológico contrario o antagonista a la ansiedad, *b)* la relajación se logra por medio de la reducción de tensión en los músculos, *c)* una persona puede eliminar casi por completo las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda y *d)* al ser un procedimiento corto, favorece el aprendizaje y aplicabilidad de la técnica en los pacientes (Bernstein, Borkovec y Hazlett-Stevens, 2000).

Aunado a lo anterior, la técnica de detención de pensamiento de Bain complementó los resultados de la técnica de relajación, debido a que contrarresta los efectos de los pensamientos que son constantes y excesivos que propician la ocurrencia de los episodios de ansiedad, seguida de verbalizaciones que disminuyan este efecto.

Por último, pero no menos importante, la psicoeducación también juega un papel crucial en el proceso terapéutico; incluso, algunos autores la consideran la base de cualquier terapia (Montiel y Guerra, 2015). Esto se debe a que la psicoeducación debe partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser proactivo en la comprensión e identificación de las relaciones funcionales de su comportamiento, favoreciendo la regulación y control del mismo (Colom, 2011).

En otras palabras, la combinación de dichas técnicas permitió la disminución de la ansiedad en sus tres niveles de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor, lo que se vio reflejado en la mejora de la paciente.

Por otra parte, el monitoreo resultó relevante y útil en este caso, pues, como ya se mencionó, las sesiones de seguimiento no se pudieron llevar a cabo de la forma planeada. Por lo tanto, se recurrió a esta herramienta para recabar información y conocer el estado actual de la paciente en

relación con los episodios de ansiedad. El contacto fue por mensajería y vía telefónica. Sin embargo, y a pesar de que los resultados obtenidos en la intervención sugieren cambios favorables para la paciente, se reconoce a la etapa de seguimiento como un área de oportunidad en este caso y se recomienda, para futuras intervenciones psicológicas, incorporar esta etapa en el proceso; incluso, realizar sesiones de seguimiento al mes, a los tres y seis meses, con la finalidad de valorar si las conductas aprendidas se están manteniendo sin la intervención formal.

A modo de conclusión, es importante resaltar la relevancia de atender los fenómenos psicológicos, a partir de un modelo que sea congruente teórico y metodológicamente, ya que, de esta manera, se logrará un adecuado análisis del caso y, por ende, una intervención efectiva y pertinente.

## Referencias

- Aitken, R. (1969). A growing edge of measurement of feelings. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 989-993.
- Álvarez J., Aguilar J. y Lorenzo J. (2011). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 333-3354.
- Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F., Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411. doi: 10.6018/analesps.30.2.158451
- Bernstein, D., Borkovec, T. y Hazlett- Stevens, H. (2020). *New directions in Progressive Relaxation Training. A guidebook for Helping Professionals*. Londres: Praeger.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el entrenamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos I*. Madrid: Siglo XXI.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carpenter, J., Andrews, L., Witcraft, S., Powers, M., Smits, J. y Hofmann, S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35, 502-514. doi: doi.org/10.1002/da.22728



- Cepeda, M., López, M., Plancarte, P., Moreno, D. y Alvarado, I. (2014). *El proceso de investigación. Medición y observación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165.
- Frías, L. (2019). Comisión universitaria para la atención de la emergencia coronavirus. *Gaceta UNAM*, 5, 218.
- Guías de Educación Sanitaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Herr, K., Coyne, P., McCaffery, M., Manworren, R. y Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002.
- Hofmann, S., Wu, J. y Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 375-391. doi: 10.1037/a0035491
- Hopkinson, M., Reavell, J., Lane, D. y Mallikarjun, P. (2019). Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 59, 343-362. doi: 10.1093/geront/gnx21
- Ibáñez-Tarín, C. y Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 38(6), 377-387. doi: 10.1016/j.semerg.2011.07.019
- Jensen, M., Fayers, P., Haugen, D., Caraceni, A., Hanks, G., Loge, J., Fainsinger, R., Aass, N. y Kasaa, S. (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073- 1092. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. H. Shilen (De). *Research in Psychotherapy*, 3, Washington: American Psychological Association.
- Lozano, J., Rubio, E. y Pérez, M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499.

- Montiel, V. y Guerra, V. (2015). Aproximaciones teóricas sobre educación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. doi: 10.17081/psico.19.36.1301.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones mundiales sanitarias*. Recuperado de PAHONMH17005-spa.pdf
- Ramírez, L. (1977). La técnica del control de pensamiento en terapia comportamental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(2), 213-229.
- Ramírez, A., Martínez, G. y Ávila, J. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26, 1, 23-31.
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D. y Lane, D. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Medicine*. 80(8), 742-753. doi: 10.1097/PSY.0000000000000626
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez, M. G., Castro, W. P., Pérez, J. M. B. y Rovella, A. (2014). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud*, 14(2), 179-188.
- Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 3(1). 10-59.
- Van Dis, E., MSc, Van Veen, S., Hagens, M., Batelaan, N., Bockting, C., Van den Heuvel, R. MSc, Cuijpers, P., Engelhard, I. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 265-273. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3986
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés-Moya, F., Ramírez, M. y Capdevilla, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017
- Yoshinaga, N., Matsuki, S., Niitsu, T., Sato, Y., Tanaka, M., Ibuki, H. y Kobori, O. (2016). Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: a randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 208-217. doi 10.1159/000444221.