



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE GUAYAQUIL**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA: SOBRE LA ANSIEDAD EN PACIENTES  
DE CONSULTA AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD N°10 EN LA CIUDAD  
DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2022 HASTA FEBRERO DE 2023.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del  
Título de **Licenciada en Psicología**

**AUTORAS:**

**IRMA OLIVIA CALVA GUARNIZO**

**SANDY MISHELLE HIDALGO ENCALADA**

**TUTOR:**

**PSIC. CI. JOHN FREDDY FLORES MORAN, MSC.**

**Guayaquil-Ecuador**

**2023**

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN**

Nosotras, **Irma Olivia Calva Guarnizo** con documento de identificación N° **0919515627** y **Sandy Mishelle Hidalgo Encalada** con documento de identificación N° **0931895155**; manifestamos que:

Somos las autoras y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

**Guayaquil, 02 de Marzo del año 2023**

**Atentamente,**

**Irma Olivia Calva Guarnizo**  
**0919515627**

**Sandy Mishelle Hidalgo Encalada**  
**0931895155**

**CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Psic. Cl. **John Freddy Flores Moran**, Msc. con documento de identificación N° **0907300677**, docente de la **Universidad Politécnica Salesiana**, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PRACTICAS DE INVESTIGACION Y/O INTERVENCION: SISTEMATIZACION SOBRE LA ANSIEDAD EN PACIENTES DE CONSULTA AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD N° 10 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2022 HASTA FEBRERO DE 2023**, realizado por **Sandy Mishelle Hidalgo Encalada** con documento de identificación N° **0931895155** y por **Irma Olivia Calva Guarnizo** con documento de identificación N° **0919515627**, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de Experiencia Prácticas de Investigación y/o Intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 02 de Marzo del año 2023

Atentamente,



Psic. Cl. **John Freddy Flores**  
**Moran, Msc.**

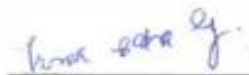
**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotras, **Irma Olivia Calva Guarnizo** con documento de identificación **No. 0919515627** y **Sandy Mishelle Hidalgo Encalada** con documento de identificación **No. 0931895155**, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autoras de la Sistematización de la Experiencia Prácticas de Investigación y/o Intervención: **Sistematización de la Experiencia: Sobre la Ansiedad en Pacientes de Consulta Ambulatoria en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2022 hasta febrero de 2023**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciada en Psicología**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

**Guayaquil, 02 de Marzo del año 2023**

Atentamente,



**Irma Olivia Calva Guarnizo**  
**0919515627**



**Sandy Mishelle Hidalgo Encalada**  
**0931895155**



República  
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública  
CZBS - Dirección Distrital 09D04 - Febres Cordero - Salud

### AUTORIZACIÓN

El que suscribe, Jefe del departamento de CENTRO DE SALUD 10 DEL MINISTERIO SALUD PÚBLICA Por el presente se **AUTORIZA** a Irma Olivia Calva Guamizo, identificado con la cédula de ciudadanía número **0919515627**, se le otorga el respectivo permiso para la aplicación de los instrumentos necesarios para desarrollar su investigación en la **atención psicológica**, el mismo que tiene como propósito el estudio de investigación (trabajo de grado) cuyo título es **"Sistematización de la experiencia: Sobre la Ansiedad en pacientes de consulta ambulatoria en el Centro de Salud N°10 en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2022 hasta febrero de 2023"**. El resultado de este trabajo posteriormente será publicado en el repositorio institucional de la **UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA**. Auguramos éxitos en la investigación de su TRABAJO DE FIN DE GRADO en PSICOLOGIA.

Guayaquil, 29 de agosto de 2022.

Dr. Juan Moran Sarabia  
  
 Reg. Sanit. 0929803181  
 C.I. 0929803181

**FIRMA Y SELLO INSTITUCION**  
**DR. JUAN ABEL MORAN SARABIA**  
**CARGO: ADMINISTRADOR TECNICO**  
**C.I. 092903187**  
**Moransarabia91@gmail.com**





Ministerio de Salud Pública  
CZBS - Dirección Distrital 09D04 - Febres Cordero - Salud

## AUTORIZACIÓN

El que suscribe, Jefe del departamento de CENTRO DE SALUD 10 DEL MINISTERIO SALUD PUBLICA. Por el presente se **AUTORIZA** a Sandy Mishelle Hidalgo Encalada, identificado con la cédula de ciudadanía número **0931895155**, se le otorga el respectivo permiso para la aplicación de los instrumentos necesarios para desarrollar su investigación en la **atención psicológica**, el mismo que tiene como propósito el estudio de investigación (trabajo de grado) cuyo título es **"Sistematización de la experiencia: Sobre la Ansiedad en pacientes de consulta ambulatoria en el Centro de Salud N°10 en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2022 hasta febrero de 2023"**. El resultado de este trabajo posteriormente será publicado en el repositorio institucional de la **UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA**. Auguramos éxitos en la investigación de su **TRABAJO DE FIN DE GRADO** en **PSICOLOGIA**.

Guayaquil, 29 de agosto de 2022.

Dr. Juan Moran Sarabia  
MEDICO GENERAL  
Reg. N° 101 135426  
Reg. Saneam. N° 138 201 135426

**FIRMA Y SELLO INSTITUCION**  
**DR. JUAN ABEL MORAN SARABIA**  
**CARGO: ADMINISTRADOR TECNICO**  
**C.I. 092903187**  
**Moransarabia91@gmail.com**



## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a mis hijos Joseline, Bryan, Allison nietos Lany Eyleen, Darek y mi compañero de vida Fabián por su apoyo incondicional durante este proceso.

**Irma Calva**

A mi madre Maria Victoria quien me acompaño en mis primeros 11 años de vida, y ami padre Alfonso que siempre me ha apoyado y acompañado hasta ahora.

**Mishelle Hidalgo**

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por haberme dado la vida, a mis padres y hermanos por enseñar el amor al estudio, a proponerme metas y esforzarme. Pero sobre todo agradezco a mis hijos y mis nietos que son mi motor y motivo para alcanzar el título de licenciada en Psicología y a mi compañero de vida que me ha ayudado a superar los distintos obstáculos que se me han presentado a lo largo de este proceso. Y a todos los profesores que con sus conocimientos impartidos me ayudaron a formarme en la carrera, en especial el Lcdo. Stalyn Paz Guerra MSC.

### **Irma Calva**

Agradezco a Dios por haberme dado la vida y salud para culminar mis estudios, a mi madre, por haberme cuidado y amado inmensamente en mi niñez, a mi padre por estar siempre presente en mi proceso de vida, mis amados hermanos mayores Diana, Stefania y Steve por apoyarme incondicionalmente durante la carrera, mis queridos sobrinos por siempre sacarme una hermosa sonrisa, a Priscela que es como una segunda madre, y tutor John Flores por ayudarnos con sus vastos conocimientos para que esta sistematización de la experiencia se lleve a cabo con éxito.

### **Mishelle Hidalgo**



## Resumen

En el presente trabajo de sistematización de la Experiencia, previo a la obtención del título de licenciatura en Psicología, el cual arranco el año pasado con la asignación en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil. Donde se focalizo exclusivamente el manejo de pacientes conel trastorno de ansiedad, en el cual se brindó el asesoramiento bajo el enfoque cognitivo conductual. El objetivo de esta investigación es describir la sintomatología ansiosa de los pacientes. Para esto se utilizó una metodología cualitativa y cuantitativa, mediante técnicas deintervención como la entrevista, y la aplicación del instrumento psicométrico del inventario de ansiedad de Beck (BAI), el cual sirve para medir los niveles de ansiedad en los pacientes; valorándolos desde leve, moderado y severo. Entre los principales resultados obtenidos, se alcanzó a valorar los distintos niveles de ansiedad que presentaban los pacientes, y su manejo psicológico pertinente; además el proceso de otorgar el acompañamiento terapéutico para la ansiedad; como una de las corrientes psicoterapéuticas más usadas.

**Palabras claves:** Ansiedad, Cognitivo Conductual, Paciente, acompañamiento terapéutico, sintomatología.

### **Abstract**

In the present work of systematization of Experience, prior to obtaining a degree in Psychology, which started last year with the allocation at health center No. 10 in the city of Guayaquil. Where the management of patients with anxiety disorder was focused exclusively, in which counseling was provided under the cognitive behavioral approach. The objective of this research is to describe the anxious symptoms of patients. For this, a qualitative and quantitative methodology was used, through intervention techniques such as the interview, and the application of the psychometric instrument of the Beck Anxiety Inventory (BAI), which serves to measure anxiety levels in patients; assessing them from mild, moderate and severe. Among the main results obtained, it was possible to assess the different levels of anxiety that the patients presented, and its pertinent psychological management; In addition, the process of granting therapeutic support for anxiety; as one of the most used psychotherapeutic currents.

**Keywords:** Anxiety, Cognitive Behavioral, patient, therapeutic accompaniment, symptomatology

## Índice de contenidos

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	2
CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	3
CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA .....	4
Dedicatoria.....	7
Agradecimiento .....	8
Resumen .....	9
Abstract.....	10
Índice de contenidos .....	11
Índice de Tablas .....	14
Índice de Figuras.....	14
Datos informativos del proyecto.....	15
Nombre de la práctica de intervención o investigación.....	15
Nombre de la institución o grupo de investigación .....	15
Tema que aborda la experiencia .....	15
Localización .....	15
Objetivos.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos .....	16

Eje de intervención de la investigación .....	12
Definiciones de la ansiedad .....	16
Síntomas de la ansiedad .....	18
Síntomas más recurrentes de la ansiedad.....	19
Clasificación del trastorno de ansiedad .....	20
Trastorno de ansiedad generalizada.....	20
Fobia específica .....	21
Trastorno de ansiedad social (fobia social).....	22
Trastorno de pánico .....	24
Agorafobia.....	26
Factores de protección para la ansiedad .....	28
Factores de riesgo del trastorno de la ansiedad.....	29
Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad .....	30
Diagnostico .....	31
Ansiedad en Pacientes Ambulatorios.....	32
Tratamiento para la Ansiedad en Pacientes Ambulatorios .....	33
Perspectiva cognitivo conductual:.....	34
El modelo cognitivo de ansiedad.....	37
Principios básicos en el modelo cognitivo para la ansiedad.....	40
Evaluación del diagnóstico Cognitivo .....	42
Intervenciones Cognitivas para el Abordaje de la Ansiedad .....	42

	13
Objetivos principales de la intervención cognitiva para abordar la ansiedad.....	43
Evitación disfuncional y la conducta de búsqueda y de seguridad: .....	50
Métodos para la intervención del cliente.....	51
Formación del cliente .....	55
Estrategias o técnicas de intervención cognitiva .....	61
Instrumentos psicológicos .....	64
Objeto de la Intervención o de la Práctica de Investigación .....	65
Metodología.....	66
Diseño de la investigación.....	66
Preguntas Claves .....	67
Organización y Procesamiento de la Información.....	68
Procesamiento de la Información .....	70
Análisis de la Información .....	72
Justificación .....	74
Caracterización de los Beneficiarios.....	75
Interpretación.....	76
Principales logros del aprendizaje .....	78
Conclusiones.....	79
Recomendaciones .....	80
Referencias .....	81
Anexos.....	85

### **Índice de Tablas**

Tabla 1. Principios básicos en el modelo cognitivo para la ansiedad .....	41
Tabla 2. Fases de acercamiento a los usuarios del centro de salud N°10 .....	68
Tabla 3. Pasos realizados en el proyecto.....	69
Tabla 4. Resultados del acercamiento a los usuarios del centro de salud N°10.....	72
Tabla 5. Resultados del acercamiento a los usuarios del centro de salud N°10.....	73
Tabla 6. Resultados de la caracterización de los beneficiarios .....	75

### **Índice de Figuras**

Figura 1. Proceso activador de la ansiedad.....	38
Figura 2. Modelo cognitivo de la ansiedad .....	39

**Datos informativos del proyecto****Nombre de la práctica de intervención o investigación**

Sistematización de la experiencia: Sobre la Ansiedad en Pacientes de Consulta Ambulatoria en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2022 hasta febrero de 2023.

**Nombre de la institución o grupo de investigación**

Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil.

**Tema que aborda la experiencia**

La práctica parte de la descripción de los síntomas de ansiedad que presentan los pacientes que asisten a la consulta ambulatoria en el área psicológica en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil. Dichos síntomas son diversos, y al mismo tiempo presentan similitud entre los pacientes; que fueron abordados con un enfoque Cognitivo Conductual.

**Localización**

El proyecto de investigación se elaboró durante el periodo de octubre 2022 a febrero de 2023, en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil que está ubicado en el sur de la urbe en Machala y Camilo Destruge, perteneciente a la zona 8.

**Objetivos****Objetivo General**

Analizar el trastorno ansioso en los pacientes ambulatorios en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir los signos y síntomas del desarrollo de la ansiedad en los pacientes de consulta ambulatoria en el Centro de Salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil.
2. Detallar los factores de riesgo del trastorno ansioso en los pacientes ambulatorios.
3. Determinar la psicoterapia más utilizada para el trastorno de ansiedad (TA).

### **Eje de intervención de la investigación**

La presente investigación tiene como punto central sustentar teóricamente cuales son los principales aportes de la ansiedad bajo la teoría cognitivo conductual, encontramos al revisar la bibliografía pertinente.

### **Definiciones de la ansiedad**

La Real Academia Española (2014) refiere que la definición del término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Cuando la ansiedad supera ciertos límites, o cuando aparece ante situaciones que no son realmente peligrosas o que, incluso, son deseables de forma objetiva, se convierte en un trastorno y un problema de salud, que impide el bienestar e interfiere significativamente en las actividades de la vida cotidiana, familiares, sociales, laborales e intelectuales (Delgado et al., 2021)

Podemos mencionar que la ansiedad supera los límites, o a su vez se presenta percibida como riesgo o peligro, se convierte en un trastorno el cual va irrumpir en la vida cotidiana, en los diferentes contextos de las personas, causándole un malestar.



De acuerdo con Nacimba et al. (2022), la ansiedad es:

Es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (p.5).

Este autor nos refiere que la ansiedad es una respuesta emocional la misma que altera el sistema nervioso autónomo. En los problemas de ansiedad, a nivel cognitivo se pueden presentar pensamientos anticipatorios ante una realidad sin riesgo alguno, y en los aspectos motores tenemos comportamientos poco adaptativos a las actividades cotidianas.

En el mismo sentido la perspectiva del DSM-V (2014), refiere que el trastorno de ansiedad comparte características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas donde:

“El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”. Por lo tanto, la ansiedad está directamente incorporada con comportamientos cautelosos o evitativos, vigilancia en relación con un peligro futuro y tensión muscular (p.189).

Según la perspectiva del DSM-V (2014) la diferencia entre miedo y ansiedad; es que el miedo constituye una respuesta emocional a una situación evidente, se puede dar de manera real o imaginario, por el contrario, la ansiedad es una respuesta emocional anticipatoria que posiblemente se dará en el futuro, por ende, se la vive de manera evitativa o cautelosa. De manera general la persona con ansiedad está en alerta de una manera anticipatoria, además de sentir tensión muscular.

En lo que respecta a los sistemas de respuestas y estímulos desencadenantes:

Según Carballo et al. (2019) el individuo está sujeto a presentar síntomas que irrumpen la tranquilidad, causando estado de hipervigilancia, insomnio inicial, miedo, necesidades de apoyo, pérdida de concentración, dificultades en su aprendizaje, cambios anímicos, dificultades al relacionarse con el entorno, entre otros.

En esta cita los autores nos invitan a conocer la sintomatología de una persona que padece de ansiedad, en los que tenemos: necesidades de apoyo, hipervigilancia a modo de alerta, en un principio se puede presentar insomnio, dificultad para concentrarse, una sensación de miedo, cambios de ánimos frecuentes, dificultad en el aprendizaje, así como desociabilización, entre otros síntomas que irrumpen en el diario vivir del individuo.

### **Síntomas de la ansiedad**

Según los autores Galletero, Echeburúa & González (2018) los síntomas que caracterizan a la ansiedad son variados y se clasifican en diferentes grupos:

**Síntomas físicos:** sensación de mareo e inestabilidad, tensión y rigidez muscular, náuseas, vómitos, cansancio, taquicardia, palpitaciones, sudoración, temblores, opresión en el pecho, falta de aire, alteraciones en la alimentación.

**Síntomas psicológicos:** dificultad para tomar decisiones, sensación de extrañeza, inquietud, agobio, temor a perder el control, sensación de amenaza o peligro, huir o atacar, inseguridad, e incertidumbre.

**Síntomas conductuales:** dificultad para estarse quieto, estado de alerta e hipervigilancia, dificultad para actuar, bloqueos, torpeza, impulsividad.

**Síntomas cognitivos o intelectuales:** tendencia de recordar sobre todo cosas no agradables, dificultad en la atención, preocupación excesiva, rumiación, memoria y concentración, aumento de los despistes y descuidos.

**Síntomas sociales:** quedarse en blanco, dificultad de tener iniciativa y mantener una conversación, irritabilidad, verborrea.

### **Síntomas más recurrentes de la ansiedad**

Los síntomas del trastorno de ansiedad que se manifiestan más comúnmente según Mayo Clinic (2021) son: “Sensación de nerviosismo, agitación o tensión, Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, Aumento del ritmo cardíaco, Respiración acelerada(hiperventilación), Sudoración, Temblores, Sensación de debilidad o cansancio, Tener problemas para conciliar el sueño, Padecer problemas gastrointestinales (GI)” entre otros.

Es decir, muestra una sintomatología de complejidad, reconociendo el componente genético, así como factores estresantes causados a los acontecimientos de la vida. Para los diagnósticos los psiquiatras y médicos se basan en los criterios clínicos que están establecidos por el DSM-V (2014).

## **Clasificación del trastorno de ansiedad**

La perspectiva del DSM-V (2014) clasifica los trastornos de ansiedad en:

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

**A.** Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

**B.** Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

**C.** La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado

**Nota:** En los niños solamente se requiere un ítem.

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

**D.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

**F.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

### **Fobia específica**

**A.** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

**B.** El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

**C.** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

**D.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

**E.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. E El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**G.** La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

### **Trastorno de ansiedad social (fobia social)**

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**Nota:** En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

**B.** El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

**C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

**D.** Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

**E.** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

**G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

**I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

**J.** Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos

Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

### **Trastorno de pánico**

**A.** Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

**Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.



8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requerido

**B.** Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes

**1.** Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco"). **2.** Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p.ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

**C.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

**D.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

### **Agorafobia**

**A.** Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

**B.** El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

**C.** Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**D.** Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

**E.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

**F.** El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

**G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

**I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

**Nota:** Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos

## **Factores de protección para la ansiedad**

Los autores Castro et al. (2021) Mencionan que entre los factores para prevenir o reducir el impacto de los síntomas en el caso de que la persona se sienta ansiosa, por lo que las siguientes recomendaciones pueden ayudar:

- Si la persona presenta síntomas de ansiedad, debe buscar asesoría del profesional, lo más pronto posible, con el fin de evitar que los síntomas se compliquen y se perjudique la calidad de vida. Debido a que el trastorno de ansiedad se puede agravar
- Aprende a identificar cuando te sientes estresado y como esto te afecta, practica técnicas de relajación y control de estrés con frecuencia
- El cumplimiento del plan de tratamiento es relevante para evitar que los síntomas se agraven o posibles recaídas.
- Permanecer activo realizando actividades de su preferencia y que se sienta bien consigo mismo. Disfrutando de los afectos y de la interacción social, calmando las preocupaciones.
- Evitar el consumo de drogas y alcohol, para que no se agrave el trastorno de ansiedad si la persona presenta adicción en la ingesta de estas sustancias, la idea de no consumir puede generar ansiedad. En el caso de que no se pueda dejar de consumir por voluntad propia, busca ayuda de un profesional o a su vez un grupo de apoyo.

## **Factores de riesgo del trastorno de la ansiedad**

López (2018) refiere que:

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad como: “Trauma, Estrés debido a una enfermedad, Acumulación de estrés, Personalidad, Otros trastornos mentales, Tener familiares consanguíneos que padecen un trastorno de ansiedad, Drogas o alcohol” (p. 15).

Estos factores pueden aumentar el riesgo de presentar un trastorno de ansiedad:

**Trauma:** En la mayoría de los casos se da en los niños que padecieron maltratos, traumas, además presenciaron eventos traumáticos. Debido a que tienden a presentar un riesgo mayor de padecer un trastorno de ansiedad en algún momento determinado de su vida, de igual manera en el caso de los adultos que transitan un evento traumático pueden presentar trastorno de ansiedad.

**Estrés/enfermedad:** Se Presenta cuando se padece de una complicación en la salud o la existencia de una enfermedad grave, debido que pueda generar una mayor preocupación, acerca del tratamiento y sobre todo el futuro incierto

**En la acumulación de estrés:** un acontecimiento determinado con sobre carga de estrés desde lo más simple del diario vivir, pueden generar una ansiedad de modo excesivo

**Otros trastornos mentales:** Los individuos que presentan otros trastornos mentales uno de ellos es la depresión, por lo general padecen de un trastorno ansioso

**Familiares consanguíneos que presenta trastorno de ansiedad:** El trastorno de la Ansiedad (TA) puede heredarse

**Drogas o alcohol:** esto se refiere al consumo indebido o a su vez la abstinencia del alcohol o drogas, la misma puede generar ansiedad o agravarla

Además de los factores expuestos, donde pueden generar diversos trastornos tanto mentales como físicos, estos son: depresión, dificultad para dormir, cefalea, pésima calidad de la vida. No resulta posible lo que prevé con exactitud la causa específica que genera el trastorno de ansiedad, pero se puede optar ciertas recomendaciones para la disminución de los síntomas si el sujeto se encuentra ansioso.

Se debe pedir ayuda de modo inmediato, mantenerse activo en actividades que le hagan sentir bien, no consumo de alcohol y drogas debido a que el sujeto puede dar cabida a la ansiedad o a su vez empeorarla, es decir, dejar estas sustancias para contrarrestar la ansiedad, en el caso que el sujeto no pueda dejar el consumo de la misma, acudir por ayuda profesional.

### **Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad**

El autor Peña (2019) menciona que en primera instancia ante un presuntivo trastorno de ansiedad (TA) se deberá descartar posibles patologías médicas, simulando enfermedades psiquiátricas, debido a los síntomas fisiopatológicos, o al tratamiento de las mismas, debido a que estas condiciones pueden representar un alto riesgo de muerte en el paciente. En ciertos casos en el mismo sentido una patología de fondo. El profesional de la salud debe considerar desde un inicio una posible crisis de ansiedad.

Una agorafobia o crisis de ansiedad de origen médico, debido a que en la mayoría de las personas se presenta como un síntoma propio. Es primordial no confundir los

síntomas ansiosos presentes en otros trastornos como: los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, trastorno depresivo mayor, la depresión doble y el síndrome ansioso-depresivo. Por lo tanto, el TA se controla tanto con medicación, terapias o las dos al mismo tiempo

### **Diagnostico**

Forcadell et al. (2019) Menciona que: antes de proceder a reducir la ansiedad es necesario contar con un adecuado diagnóstico clínico, en ocasiones, tras ese estado hay otras condiciones camufladas. No debe olvidarse, por ejemplo, que hay determinadas depresiones que cursan con ansiedad y que esta puede ser también el efecto de trastornos postraumáticos. Es importante buscar de ayuda psicológica para empezar del mejor modo.

En primera instancia se debe consultar al Dr. de la atención primaria para investigar si podría la ansiedad estar relacionada con el estado físico. Debido a que el profesional puede encontrar una afección física de fondo que requiera de un proceso, no obstante, cabe destacar que se debe acudir a un profesional de la salud mental en el caso de padecer de ansiedad intensa.

Por lo que el psiquiatra resulta ser un doctor que se enfoca en el proceso de tratamiento y diagnóstico de las patologías vinculadas a salud mental. Al igual el psicólogo puede realizar el diagnóstico del trastorno de ansiedad, mediante una prueba psicológica deberá realizar el comparativo en relación a los criterios del DSM-V el mismo que brindará el asesoramiento y el acompañamiento terapéutico según el psicólogo establezca.

La Terapia Cognitivo Conductual resulta de mucha utilidad, sea de forma individual o acompañado con otras terapias, para intervenir en los diferentes trastornos de la salud mental por ej.: estrés postraumático, trastorno depresivo, y alimenticio.

### **Ansiedad en Pacientes Ambulatorios**

La adolescencia es una etapa compleja, donde se generan muchos cambios y las hormonas están latentes, la presión grupal, los desacuerdos con los padres, el cambio de ser niño a iniciar ser adulto se encuentra en altas y bajas, muchas veces los progenitores no saben gestionar bien la situación. Según Pérez & Sánchez (2022) “1 de cada 3 adolescentes, con edades entre 13 y 18 años puede tener un trastorno de ansiedad” (p. 42).

Para abordar del tema de la ansiedad en adolescentes, debemos de diferenciar que existen dos tipos de ansiedad de modo específico, como primer punto tenemos a la ansiedad sana, el cual nos permite desarrollarnos el día a día, es decir, cuando aparece algún problema, responder ante un comentario, la huida y demás, por otra parte, tenemos a la ansiedad patológica, la misma es perjudicial derivándolo a un alto nivel de ansiedad, como también la ansiedad generalizada, fobias y la agorafobia.

Existen varias causas que genera el trastorno de ansiedad en este grupo etario, entre las que se encuentran: la percepción del entorno lo atemorizante como algo peligroso, tener altas expectativas, poder alcanzar el éxito, y la influencia de las redes sociales.

Los síntomas de ansiedad más recurrentes que se evidencia en los pacientes ambulatorios son: Sudoración, Sensación de nerviosismo, agitación o tensión, Tener problemas para conciliar el sueño, Aumento del ritmo cardíaco, Respiración acelerada



(hiperventilación), poseer problemas para el manejo de preocupaciones, Evitación de las posibles situaciones que producen ansiedad entre otros.

La sintomatología puede iniciar desde la niñez o a su vez en la adolescencia, en ocasiones continua a lo largo de su vida, dichos síntomas de ansiedad irrumpen en las actividades cotidianas, resultan difíciles de controlar, debido a la desproporción que presenta en relación al peligro real con un largo tiempo. Con la finalidad de evadir estos síntomas, e inclusive puede suceder la evitación de ciertas situaciones o lugares

### **Tratamiento para la Ansiedad en Pacientes Ambulatorios**

Audriz (2018) menciona que como en todo tratamiento si se diagnostica lo más pronto posible el trastorno de ansiedad, será más sencillo de tratarlo, proporcionando un tratamiento en específico siempre al margen de las características del paciente, los tratamientos para la ansiedad y los tratamientos de ansiedad en adolescentes y jóvenes es la terapia cognitivo conductual y la medicación antidepressiva, debido a que esta terapia se enfoca en las creencias irracionales tanto del niño como del adolescente.

Además, existen las técnicas de relajación, relajación profunda o conocido como el dialogo interno positivo, el mismo que consiste en la repetición de palabras y frases positivas, también la técnica de desensibilización, a través de la exposición de la imaginación. Esta población tiene una vasta imaginación debido a que realiza la misma, suponiendo una importante ventaja en el adecuado tratamiento de la ansiedad.

También existe la desensibilización. Esto se encuentra en la exposición en vivo y la exposición en la imaginación, por lo que, si se realiza la desensibilización, toma una ventaja considerable para el tratamiento de la ansiedad.

### **Perspectiva cognitivo conductual:**

La perspectiva cognitivo conductual nace de la conjugación de las técnicas cognitivas y por supuesto de los tratamientos conductuales durante las décadas de los 80 y 90; además de los modelos de Albert Ellis y Aaron Beck, que obtuvieron popularidad entre los terapeutas conductuales (Beck & Clark, 2012). Por lo tanto, la terapia cognitivo conductual nos propone que el ser humano está permanentemente interpretando todo lo que nos rodea:

Aarón Beck nació en 1921 en Estados Unidos, dentro de una familia de emigrantes rusos con creencias religiosas judías. Sus hermanos mayores fallecen a causa de una epidemia gripal antes de su nacimiento; motivo por el que su madre padeció de depresión por largos períodos, al mismo tiempo que Beck lo percibía durante su infancia. Además de padecer de algunas fobias durante su vida. Estudio psiquiatría y medicina.

Al principio realizó investigaciones sobre los sueños de las personas que padecían de depresión desde la perspectiva psicoanalítica. Sin embargo, no encuentra ninguna demostración según la teoría psicoanalítica. No obstante, detecta los sesgos cognitivos que se convertirán en los fundamentos de su teoría cognitiva. Beck durante su labor de psicoanalista se percató que la persona algunas veces experimenta

emociones y al ser interrogados por sus pensamientos, las personas son capaces de relatar aquellas ideas que las generaron.

Esto comprendería lo que posteriormente se denomina como “pensamientos automáticos” los mismos que constituyen en creencias que se activan sin que las personas las controlen. Por lo que son accesibles al consciente; desarrollando así la idea de que la persona constituye esquemas cognitivos para así llegar a interpretar la realidad, Sumando las creencias aprendidas durante la adolescencia e infancia son fundamentales debido a que son las formas de cómo se percibe el mundo a lo largo de la vida.

Sus primeros trabajos se orientaron de forma exclusiva a la depresión luego el modelo se transfirió a otros trastornos como ansiedad, trastornos de la personalidad y dificultades en la pareja.

Albert Ellis nació en 1913 en Pennsylvania; fue el primero de los tres hijos de progenitores judíos. La afectividad con sus padres era indiferente, la madre padecía un posible trastorno bipolar, él se encargaba de sus hermanos menores. Esta situación le ocasionaba dolor al principio, pero finalmente le era indiferente. La economía de la familia era precaria. Ellis en su infancia padeció de problemas renales e infecciones.

Esto afectó su socialización (juegos intensos).

Ellis se inscribió en la Universidad de la ciudad de Nueva York para realizarse sus estudios en la economía y comercio, específicamente en Administración de Empresas (1934). Y posterior inicia un negocio con su

hermano menor. Además, presentó timidez con las mujeres, se interesó por la sexualidad realizando escritos y también por la psicología clínica.

En 1943 se graduó como psicólogo en la universidad de Columbia y luego ejerció en la consulta privada. Después obtuvo su doctorado en 1947 en psicología clínica, participó en experimentos e investigaciones de Kinsey referente a la sexualidad humana.

Tuvo gran interés por el psicoanálisis, el cual lo llevó a analizar con Richard Hulsenbeck. Y se formó en el instituto Karen Horney, descubriendo un concepto resultando útil de su propia terapia los debo. Posteriormente fue jefe de psicología en el New Jersey Diagnostic Center. En 1953 abandona el psicoanálisis, para trabajar en su propia teoría, más directiva.

En 1955 abandona el psicoanálisis, centrándose en cambiar las ideas poco adaptativas para la construcción de ideas más racionales, originándose la terapia racional. Se centró en la cognición además de las creencias debido a que nuestra conducta determinada proviene por la presencia de una situación activadora, la misma que va a generar una reacción emocional basándose en un conjunto de creencias.

Por lo tanto, la causa de la emoción o conducta no es la situación en sí. Sino más bien un conjunto de creencias vinculadas a la situación. En 1959 fundó el instituto Albert Ellis. Participó con Aaron Beck al respecto de la cognición y las creencias. La corriente cognitiva conductual en su auge propuso su teoría de mayor apogeo, después de varios años se fue modificando el nombre de la terapia, hasta la

terapia actual racional emotiva y finalmente se denominó terapia Racional Emotiva Conductual. Murió en el 2007.

Beck en un principio se dirigió hacia los progresos que hacía la psicología cognitiva para insertarlos en sus modelos clínicos. Por lo que asume sus esquemas de la teoría de los esquemas según Piaget y sus mecanismos de cambio. Sin embargo, Ellis toma los esquemas cognitivos, que están conformadas por creencias que otorga sentido a los acontecimientos. A raíz de eso se ha ido modificando su teoría.

La confusión más básica que surge entre el concepto del miedo y su vinculación con la ansiedad; se lo clarifica en el enfoque cognitivo, donde Beck (2012) manifiesta que:

El miedo como la valoración automática de una amenaza o peligro inminente, mientras que la ansiedad es la respuesta subjetiva y permanente ante la activación del miedo; la última es un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual más compleja que se produce cuando los sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas inciertas e incontrolables para nuestros intereses vitales (p.63).

Por lo tanto, el miedo constituye el proceso básico cognitivo, el mismo que se encuentra en los trastornos de la ansiedad. Mientras que la ansiedad constituye un estado constante, que se asocian con valoraciones amenazantes. Además de un alto nivel de aversividad e incertidumbre para el interés vital del individuo.

### **El modelo cognitivo de ansiedad**

Dentro de la terapia cognitiva para abordar el trastorno de ansiedad y depresión a los clientes se le enseña lo siguiente:

Beck (2012) asevera que: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. El autor recalca que esta frase es la base del enfoque cognitivo y de intervención de trastornos emocionales, no obstante, los clientes a menudo desconocen la manera de pensar lo que afecta el estado de ánimo. Según lo empírico ante la activación física incontrolable e intensa, en la ansiedad crónica, le resulta entendible a la persona que la padece, lo que irreconoce a sus propias cogniciones. Sin embargo, la cognición desempeña una gran función mediadora entre el afecto y la situación que se describe en el próximo gráfico:

**Figura 1.**

Proceso activador de la ansiedad

**Situación provocadora → Pensamiento/Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad**

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo en base a Beck (2012)

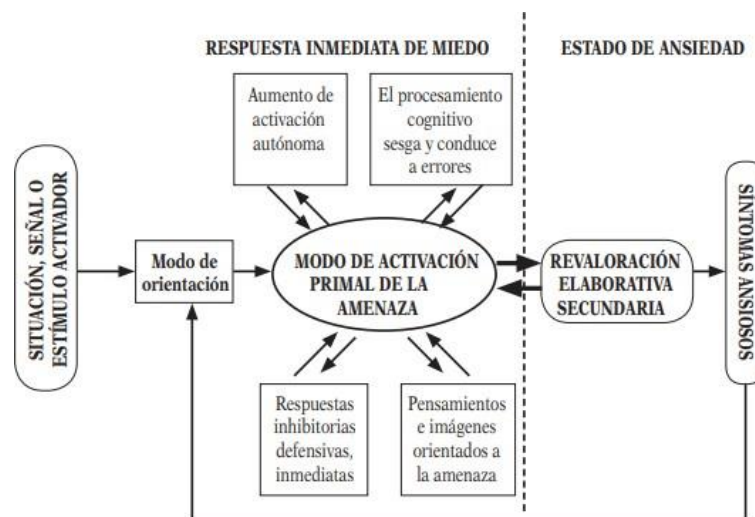
Las personas pueden asimilar situaciones y más no los pensamientos debido a que son responsables de su cuadro ansioso. Ejemplo: cómo se sentiría antes de un examen. Resulta que la ansiedad es alta si piensa que la evaluación es compleja y no confía en su aprendizaje adquirido. Si aspira que la evaluación sea un tanto sencillo a la vez está seguro de su aprendizaje obtendrá ansiedad mínima. Al igual sucedería al hablar en público.

Si se evalúa a la audiencia como receptiva y amable ante su discurso, la ansiedad será mínima que si a la audiencia la evalúa como crítica o con una actitud de rechazo relacionada a su presentación. Determinando su nivel de ansiedad, más bien es el modo de valoración o evaluación de la situación. Por lo que el modo en el que se piensa ejerce una valiosa influencia sobre cómo se siente, si tranquilos o ansiosos.

La perspectiva cognitiva nos permite comprender varias contradicciones visibles asociados con los trastornos ansiosos. Siendo probable sentir demasiada ansiedad frente a un peligro irracional. Por ejemplo, dejar de respirar, sin embargo, reaccionar cómodamente y aparentemente sin ansiedad ante amenazas o peligros más realistas ¿La naturaleza de la ansiedad es tan selectiva y específica en las situaciones? ¿Es persistente la ansiedad ante la ocurrencia de una situación de amenaza anticipada?

**Figura 2.**

Modelo cognitivo de la ansiedad.



**Fuente:** Beck (2012)

Se examina la persistencia y naturaleza de la ansiedad. La perspectiva cognitiva de ansiedad a modo de explicación de situaciones sorprendentes y complejas donde atraviesan los especialistas de salud mental e investigadores, la situación de la ansiedad persiste debido a la ausencia de peligro. Además de los efectos mal adaptativos del estado emocional elevadamente aversivo.

## **Principios básicos en el modelo cognitivo para la ansiedad**

Beck & Clark (2012) mencionan que:

“El desarrollo del modelo cognitivo se ha visto favorecido por algunas propuestas derivadas de la perspectiva cognitiva. Tales propuestas fueron inicialmente articuladas en el modelo cognitivo original de la ansiedad” (p.76).

El autor en esta cita recalca que la perspectiva cognitiva ha respaldado el desarrollo del modelo cognitivo a través de las diferentes propuestas, las mismas que fueron articuladas inicialmente en el modelo cognitivo original para el abordaje de la ansiedad, y se lo detalla en el siguiente apartado.



**Tabla 1.**

## Principios básicos en el modelo cognitivo para la ansiedad

<b>Valoraciones exageradas de peligro o amenaza</b>	La ansiedad es caracterizada por la atención aumentada y elevadamente selectiva del riesgo, peligro personal o amenaza, percibiéndose como algo negativo en los intereses personales
<b>Alta Indefensión</b>	La ansiedad dirige al análisis impredecible de los recursos personales en la confrontación produciendo una sobrestimación el peligro o amenaza percibida.
<b>Procesamiento de inhibición de la información relativa de seguridad</b>	La ansiedad es caracterizada como un procesamiento inhibido o una alta restricción de la señal de la información y la seguridad que canaliza la disminución de la gravedad o probabilidad de la amenaza o peligro.
<b>Deterioro del pensamiento reflexivo o constructivo</b>	El acceso de pensamiento en los estados de ansiedad, un razonamiento más constructivo, elaborativo y lógico es más complicado, se lo emplea de modo eficaz para reducir la ansiedad.
<b>Procesamiento automático y estratégico</b>	La ansiedad posee una combinación de pensamientos estratégicos y automáticos con la responsabilidad de una cualidad involuntaria e incontrolable de la ansiedad.
<b>Procesos auto perpetuantes</b>	La ansiedad conlleva un círculo vicioso en la atención centrada sobre sí mismo, dirigiéndolo a los síntomas y las diversas señales de la ansiedad, contribuyendo a la angustia.
<b>Primacía Cognitiva</b>	La valoración primaria del peligro percibido junto con la vulnerabilidad intrínseca de la valoración secundaria se logra generalizar de modo de un alto estímulo, son manifestadas de amenazas y diversas respuestas conductuales y físicas que son manejadas inapropiadamente.
<b>Vulnerabilidad cognitiva en la ansiedad</b>	El incremento de la susceptibilidad de la ansiedad, siendo resultantes las creencias nucleares sostenidas a la indefensión personal relacionado a la vulnerabilidad y la amenaza.

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo en base a Beck & Clark (2012)

## **Evaluación del diagnóstico Cognitivo**

Beck y Clark (2012) mencionan que la evaluación diagnóstica cognitiva considera los siguientes aspectos:

- Antes de un diagnóstico se debe de considerar diferentes situaciones
- La naturaleza del trastorno de ansiedad y sus principales síntomas.
- Las señales tanto internas como externas provocaban su ansiedad
- Los pensamientos tanto automáticos como ansiosos han conllevado vulnerabilidad personal y amenazas de manera exagerada
- Ciertos síntomas de la ansiedad le han generado hipervigilancia e intolerancia
- Formas para el afrontamiento del incremento de la ansiedad
- La evitación como la preocupación se considera prominente para la respuesta de la ansiedad

## **Intervenciones Cognitivas para el Abordaje de la Ansiedad**

Garrido (2021) menciona que la terapia cognitiva describe creencias y valoraciones mal adaptativas, que colaboran con la ansiedad iniciando con el propósito y los objetivos que se encuentran en las intervenciones cognitivas, seguido de un comentario en relación al tratamiento cognitivo para identificar valoración y pensamientos ansiosos automáticos (p.1).

Seguido, detallaremos la aplicación de la reestructuración cognitiva y así cambiar las valoraciones de modo exagerado de vulnerabilidad y amenaza. Además de eliminar aquella respuesta que controlan la creencia. La prueba de la hipótesis empírica. A continuación, se describe como una estrategia de intervención cognitiva de Gran potencia

para la modificación de la cognición ansiosa.

Los objetivos principales de la intervención cognitiva son las estrategias de tratamiento cognitivo, las mismas que se fundamentan en el modelo cognitivo de ansiedad y están diseñadas para abordar los pensamientos creencias y valoraciones ansiosas que se encuentran en la evaluación del caso.

Así pues, las intervenciones cognitivas buscan la modificación de la perspectiva del cliente tanto de vulnerabilidad como de peligro personal exagerado hacia una perspectiva de amenaza la más mínima aceptable y la capacidad percibida del afrontamiento.

Seguidamente se mencionará los siguientes objetivos según Clark y Beck (2012)

### **Objetivos principales de la intervención cognitiva para abordar la ansiedad**

1. **Cambiar el foco de la amenaza:** esto se refiere que se tiene que apartar el centro de la atención de la persona de aquellas situaciones tanto internas como externas que generan ansiedad y miedo. En la mayor parte de las personas con ansiedad que asisten a la intervención psicológica con la creencia que origina su cuadro ansioso.

La terapia cognitiva como primera tarea tiene de orientar al cliente en reconocer los estímulos que se perciben, así como probabilidades percibidas con resultantes indebidos que no son el origen de su situación ansiosa. Esta se consigue a través de terapias tales como reestructuración cognitiva, también la prueba de las hipótesis empíricas que se describen a posteriori.

Resulta primordial que el psicólogo cognitivo evada la persuasión de forma verbal que el cliente ansioso en relación a su amenaza percibida por lo que cualquier argumento, inteligente por parte del terapeuta resulta ser rechazado inmediatamente por

el cliente, por lo que la amenaza no se elimina por completo debido a que en ciertos casos tal discurso persuasivo solo se dirige a la confirmación tranquilizante hacia el cliente debido a que generan un alivio temporalizado de la ansiedad.

Por el contrario, en otros clientes producirán la resistencia determinada por parte de la persona, así como el éxito de la intervención cognitiva. Lo fundamental de la intervención es que evada el foco de modo directo acerca del riesgo amenazante o peligro de los clientes.

Entonces es conveniente evitar cualquier persuasión lógica que trate de forma directa el riesgo o argumento primario del peligro para canalizar el éxito de la intervención cognitiva ya su vez se derivará en la persistencia de la ansiedad en el cliente.

**2. Atención dirigida a las valoraciones y creencias:** La terapia cognitiva aborda a la ansiedad como un sistema de procesamiento y la situación exagerada de la posibilidad. Además del contenido de la amenaza minimizada para que así la capacidad del cliente, afronte y desconozca ámbitos de seguridad.

Cómo otro objetivo principal de la intervención cognitiva es la modificación del foco de atención del cliente, a su vez del contenido del peligro o amenaza y el modo en que se evalúa o valore. Entonces para que la terapia cognitiva resulte efectiva debe el cliente aceptar al modelo cognitivo o la explicación del tratamiento cognitivo.

Al cliente se le debe de describir qué la ansiedad se deriva de sus creencias, valoraciones y pensamientos erróneos de la amenaza o peligro y no del contenido mismo de dicha amenaza. Esta perspectiva de la ansiedad va a reconocer que las personas que padecen trastorno de ansiedad frecuentemente no adoptan una valoración realista y racional de las amenazas relacionadas con sus propias preocupaciones ansiosas de manera especial en los estados ansiosos.

Las personas ansiosas reconocen a menudo que el peligro resulta ser improbable inclusive imposible, la verdad es que el problema está en cómo valora un peligro de manera remota a manera de un peligro inadmisibles. Debido a que el psicólogo cognitivo enfoca la atención relacionada a las creencias, valoraciones y pensamientos que estén relativos a la vulnerabilidad y amenaza para evitar el contenido de la misma.

Un objetivo clave de la perspectiva cognitiva para abordar la ansiedad es educar al cliente que el centro constante serían sus valoraciones sesgadas o amenazas. El éxito de esta intervención cognitiva está en la aceptación del cliente acerca del procesamiento de información o de formulación cognitiva en la ansiedad.

### **3- Modificar la amenaza, la vulnerabilidad, las valoraciones y creencias sesgadas:**

En la perspectiva cognitiva para abordar la ansiedad tiene como principal objetivo en sus intervenciones está en modificar la valoración exagerada de la vulnerabilidad personal y amenaza vinculada con la preocupación ansiosa primaria por lo que el cliente cambia su perspectiva acerca de los aspectos de seguridad de la circunstancia o situación.

Álvarez (2022) menciona que las intervenciones cognitivas se centran en cuatro elementos que resultan claves para abordar la falsa cognición.

- **Estimación de probabilidad:** Aquí trata del peligro o amenaza percibido por parte del cliente que denota una estimación de manera exagerada de la probabilidad de la amenaza o peligro.

- **Estimaciones de gravedad:** se refiere a la evaluación sesgada del peligroconsecuente o resultado percibido del peligro.

- **Estimaciones de vulnerabilidad:** se refiere al grado de la vulnerabilidad del clientepercibido donde el mismo se encuentra en una situación ansiosa además de la medida exagerada de su propia debilidad percibida.

- **Estimaciones de seguridad:** aquí habla de la información de seguridad la cual estásiendo subestimada o a su vez ignorada generando así una baja estimación en relación a la seguridad que es percibida en un hecho ansioso.

Es decir, las valoraciones erradas de vulnerabilidad y amenaza son indudables las imágenes y pensamientos aprensivos de forma automática resultando malas interpretacionesde la activación física por lo que los desaciertos cognitivos las estrategias y defensas de la confrontación disfuncional, así como en la sintomatología primaria de la inquietud identificada en un caso.

Luego que las valoraciones sesgadas se logren articular adecuadamente, la principalfinalidad de las terapias cognitivas seria lograr valoraciones realistas y equilibradas de la posibilidad y su peligro del cliente y el afrontamiento de las circunstancias, asimilar la seguridad y no el peligro. Esto se logra ayudando al cliente a que abandone sus acciones mal adaptativas, en busca de la seguridad y centrándose en aspectos de acciones ansiosas que le generan seguridad.

Por lo tanto, la intervención de reestructuración cognitiva, así como lograr la exposición en prueba de hipótesis empíricas, se utiliza para la modificación de las valoraciones ansiosas, imágenes y pensamientos. La terapia cognitiva se ha centrado en laatención que se dirige a la modificación de la amenaza para la ansiedad.

### **- Normalización de la ansiedad y el miedo**

La normalización de la ansiedad fue propuesta inicialmente por Beck en 1985. En la modificación del componente afectivo de la ansiedad. Según Beck y Clark (2012) afirma que: “el modo de ayudar a los clientes para que no se sintieran tan absorto en sus síntomas ansiosos”. Para esto se recalcará tres aspectos en la normalización de la ansiedad.

**-Normalización relacionada con los demás:** Las sensaciones, pensamientos y situaciones que son asociadas a la ansiedad deben ser normalizadas, a menudo las personas se enfocan demasiado en su ansiedad, por lo que no logran el reconocimiento de estos fenómenos son generalmente universales. El cliente puede presentar una inquietud por generar una pésima opinión en el resto de personas ante desaciertos acerca de las decisiones. También la probabilidad que suceda un accidente futuro de una vivencia perturbadora. El profesional puede solicitar al cliente que conciben la normalidad de la amenaza.

La finalidad de este aspecto es alejar el foco de la persona en el contenido de la amenaza como el centro de su ansiedad y redireccionarlo a la valoración de su amenaza como centro de su ansiedad como elemento principal que contribuye al trastorno ansioso.

### **- Normalización en relación a las experiencias pasadas:**

El psicólogo debe analizar las vivencias anteriores del cliente, circunstancias o creencias que actualmente genera su estado ansioso, al indagar el pasado del cliente, el mismo que recordara momentos donde afrontaba de mejor manera la amenaza percibida, modificando una vez más el foco de atención del cliente ansioso

### **- Normalización relacionada a la situación:**

Cuando se evalúa las situaciones que generan ansiedad, el terapeuta con orientación cognitiva puede identificar otras circunstancias o situaciones que generan lo mismo. Sin embargo, esto no dirige a un episodio ansioso. Esta clase de normalización pone en evidencia la naturaleza situacional y enfatiza la capacidad del cliente para el afrontamiento ante los estímulos de ansiedad, cuando se producen situaciones no-ansiosas, además de reforzar la perspectiva cognitiva en que la ansiedad procede más de las valoraciones y no de los estímulos reales que provocan ansiedad.

Otro objetivo importante en la intervención cognitiva para normalizar la ansiedad y el miedo. Debido a que no solo refuerza acerca de las valoraciones amenazantes como una fuente de la ansiedad con un sentido más optimista para superar la ansiedad (Diario La Vanguardia, 2017). Al cliente se le recuerda que a menudo reaccionan ante la amenaza de una manera no ansioso, e inclusive con valentía, finalmente el objetivo del tratamiento cognitivo consiste seguir construyendo sus propias capacidades naturales, para así superar el miedo a su vez aplicando estos recursos al trastorno de ansiedad (p. 2).

**5. Fortalecimiento de la eficacia personal:** La intervención cognitiva se centra en la modificación de la valorización errónea, la corrección de las falsas creencias acerca de la amenaza, la vulnerabilidad del cliente y de la incapacidad personal, para el manejo de las intranquilidades ansiosas. Además, el psicólogo puede trabajar sobre la vulnerabilidad del cliente desde los primeros pensamientos aprensivos, las respuestas defensivas automáticas, las preocupaciones identificadas y estrategias de afrontamiento según el caso.

**Pauta clínica:** Aquí el terapeuta cognitivo se enfoca en el corregir la auto-eficacia percibida de la ansiedad indicando que las discrepancias entre los resultados reales del



pasado y la capacidad percibida para afrontar, son contribuyentes para la ansiedad.

También el profesional adoptaría una resolución del problema e incrementar los recursos del cliente para la confrontación acertada, a su vez que fortalece las vivencias que ayudarían la autosuficiencia.

**6. Enfoque adaptativo hacia la seguridad:** En la ansiedad existen contribuyentes importantes, tales como: creencias, pensamientos conductas de seguridad y de búsqueda. Consecuentemente para gestionar los problemas que se relacionan con la búsqueda de la seguridad, por lo que en el tratamiento cognitivo se consideran tres aspectos:

**Valoraciones falsas del riesgo:** Salkovskis & Rimes (1997) afirmaban que: “la valoración de amenaza que conduce a la búsqueda de seguridad es un equilibrio entre la probabilidad y gravedad percibidas de la amenaza, por una parte, y la capacidad de afrontamiento y otros factores de rescate percibidos, por el otro” (p. 9).

Por lo que esta estrategia corrobora el miedo que posee el cliente a su vez que pasa por alto alguna muestra de seguridad que la llegue a desmentir, otro objetivo fundamental en las terapias cognitivas resulta ser la investigación con el cliente si mantiene falsas presunciones y valoraciones sobre el riesgo. Además del nivel aceptable del riesgo y la eliminación del posible del mismo; considerando que efecto genera esto en la vida del cliente.

Por otro lado, el índice de éxito que ha logrado el cliente eliminando todo tipo de riesgo y bajo que costo. El terapeuta cognitivo examina estos aspectos con su cliente en la revisión de diarios de auto monitoreo con el fin de corregir aquella valoración mal adaptativa sobre el riesgo.

A continuación, se describirá el proceso de búsqueda de seguridad según Beck y Clark (2012):

**Fortaleciendo el procesamiento de búsqueda de seguridad:**

En situaciones ansiosas existen varios aspectos que indican seguridad. Sin embargo, el cliente ansioso con frecuencia pasa por alto aquella información, por lo que, al revisar las asignaciones que se envían como tarea para la casa se puede producir una tensión particular en los componentes de seguridad que el mismo cliente ha podido minimizar o ignorar. A su vez, el cliente ansioso se le puede solicitar que registre de manera intencional alguna data de inseguridad que pueda recibir del cuadro ansioso.

Dicha data de la seguridad se contrasta con la información del peligro con la finalidad de producir una revaloración real de la dimensión del peligro que se asocia a una situación particular. El terapeuta cognitivo en el tratamiento debe estar alerta a los sesgos y que disminuyan la seguridad, así como que extiendan dicho peligro provocando un sesgo del proceso de la data que se orienta hacia la amenaza.

**Evitación disfuncional y la conducta de búsqueda y de seguridad:**

En la terapia cognitiva conductual un objetivo crítico para combatir la ansiedad este sería la identificación, consecuentemente corregir la conducta evitativa y la búsqueda mal adaptativa de la seguridad que contribuyen a la ansiedad persistente. En la búsqueda de las estrategias del origen cognitivo o conductual a menudo las respuestas de las búsquedas de seguridad se han desarrollado durante varios años, surgen de modo automático.

En tal ocasión no se debe esperar la eliminación absoluta de la conducta y búsqueda de seguridad del cliente. Más bien el terapeuta gradualmente debe desafiar dicha búsqueda. Al mismo tiempo debe comprender junto al cliente la funcionalidad de la conducta de la ansiedad. Cuando el cliente reconoce los efectos perjudiciales de dicha

conducta, entonces se elimina de modo gradual el afrontamiento mal adaptativo, y se sustituye por estrategias adaptativas positivas.

Este proceso probablemente debe ser repetido por varias ocasiones con el cliente que tenga múltiples respuestas de evitación y de búsqueda de seguridad.

**Pauta clínica:** Entonces el terapeuta debe considerar en la intervención cognitiva las falsas valoraciones del riesgo, el procesamiento de inhibición de las señales de la seguridad, la respuesta mal adaptativa de evitación y de búsqueda de la seguridad en el transcurso de la intervención cognitiva en los trastornos de la ansiedad. Generalmente las respuestas mal adaptativas sobre la búsqueda de seguridad perderán vigor y se remplazan por estrategias alternativas más adaptables en un periodo prolongado de tiempo.

### **Métodos para la intervención del cliente**

Tenemos la identificación de pensamientos y el auto-monitoreo. Desde los indicios de la terapia cognitiva de la ansiedad enseña al cliente el reconocimiento de sus pensamientos ansiosos que han sido sus fundamentos. Sin embargo, esta habilidad es más compleja para el cliente, debido a sus creencias ansiosas lo que resulta ser complicado de recordar, cuando se encuentre en un estado sin ansiedad.

No obstante, cuando el cliente siente demasiada ansiedad, viéndose superados por ella, y algún intento de registro de pensamiento ansioso le resulte imposible. Además, en los periodos intensos de ansiedad, es aquí donde el cliente muestra sus exageradas estimaciones de gravedad y probabilidad de amenaza, siendo base cognitiva de la ansiedad. Por consiguiente, el enfoque cognitivo de la ansiedad se solicita un esfuerzo considerable en el entrenamiento de los pensamientos ansiosos automáticos y el auto-monitoreo de ansiedad. Los mismos que desempeñan una función especial para la

identificación del día a día.

El primer método para que el cliente describa la situación que le provoca ansiedad es la valoración de su nivel, el registro de los síntomas físicos primarios y las respuestas conductuales; por lo que estos aspectos ansiosos son relativamente sencillos para el cliente, permitiéndole la praxis del rastreo y disección de los episodios de la ansiedad. En la primera sesión es relevante que en el preámbulo a los pensamientos ansiosos se ejecute en esta atención psicológica.

Cuando el cliente en la sesión terapéutica demuestre habilidades para la identificación de sus pensamientos automáticos, y valoraciones aprensivas. Entonces el terapeuta designa un ejercicio de auto-monitoreo para la casa. Por lo que resulta útil el formulario de los pensamientos aprensivos. Y para esto los clientes a menudo necesitan de mucha práctica y se puede mantener durante todo el proceso terapéutico.

La puesta en prueba de las hipótesis empíricas y la reestructuración cognitiva, no se pueden aplicar satisfactoriamente, hasta que el mismo cliente esté capacitado para identificar el pensamiento automático asociado con la amenaza.

El auto-monitoreo es relevante debido a que el cliente ansioso requiera conciencia relativa de las características que contiene las creencias ansiosas:

- Valoración de probabilidad sobreestimada- ¿estoy exagerando en la probabilidad de que suceda una amenaza?
- Valoración exagerada de gravedad- ¿estoy centrado excesivamente al peor resultado posible?

La sensibilización del cliente relacionado a sus evaluaciones ante la amenaza es un punto clave en la modificación de su foco de atención a partir de la amenaza ¿Qué

sucedería si las pruebas indican que tengo cáncer? Esto es a modo de que sus estimaciones contribuyen a su ansiedad ¿Qué efecto representa esto a mi ansiedad? El terapeuta cognitivo verifica la gravedad y probabilidad, las valoraciones del contenido de la amenaza, con el fin de reforzar la relevancia del pensamiento persistente de la ansiedad.

El cumplimiento de las tareas que son enviadas a casa es de suma importancia que el cliente las realice para el tratamiento de la ansiedad en la terapia cognitiva conductual. Este aspecto es considerado a menudo en las primeras sesiones terapéuticas. La mayoría de clientes no les agrada escribir sus pensamientos, sentimientos ansiosos o llenar formularios. Por lo que el terapeuta debe gestionar la dificultad o malentendido del cliente para la debida realización de sus tareas.

Esto se traduce como una habilidad para la identificación del pensamiento ansioso la misma que es una destreza esencial. Antes de considerar otras estrategias cognitivo conductual para disminuir la ansiedad. Las tareas asignadas para la casa deben ser colaborativas por parte del cliente y las instrucciones sean escritas, a pesar de aquello si el cliente se niega a cumplir las tareas se puede pensar en la posibilidad de terminar con el debido tratamiento terapéutico.

Una razón específica en el trastorno de ansiedad para que el cliente no cumpla con la tarea sería el auto-monitoreo de sus síntomas y pensamientos ansiosos, debido a que se intranquiliza, que esto le pueda agravar su estado de ansiedad; un claro ejemplo sería una persona de sexo masculino de 33 años de edad y presenta graves obsesiones en el sexo pedófilo, el mismo que temía a anotar la aparición de dichos pensamientos y las respectivas valoraciones, lo que no solo incrementaría la aparición y nivel ansioso.

Además, estos pensamientos atentan contra sus principios. Sus valores morales, y no desea otorgarle atención y tiempo a aquello. Por lo tanto, su escaso control lo debilitara

aún más. Debido a que las preocupaciones relativas en los niveles de ansiedad en el ejemplo sedenota la naturaleza inmoral y repugnante y el miedo a no tener el control, los mismos que contribuían en la ejecución del auto-monitoreo de sus pensamientos relacionadas con su situación ansiosa.

Para la resolución de este caso se debe realizar varios pasos. El primer punto el incumplimiento de la tarea asignada para la casa, se debe considerar como un problema terapéutico. Donde se debe identificar que aportan al rechazo de las falsas creencias del auto-monitoreo de sus pensamientos ansiosos, en el que se puede emplear la reestructuración cognitiva para analizar esas creencias generando interpretaciones alternativas.

Por lo que probablemente la tarea puede tornarse menos amenazantes, como solicitar al cliente sobre la delimitación del auto-monitoreo de sus pensamientos ansiosos durante ciertos días, y luego registrar los efectos de los mismos. Entonces esto sería una prueba conductual de modo directo de la falsa creencia que la anotación de los pensamientos ansiosos hace sentir más ansiedad.

Consecuentemente, el terapeuta cognitivo en la formación del cliente y durante el proceso debe destacar la importancia del cumplimiento de la tarea que se asigna para la casa, lo que le va a otorgar el éxito de su tratamiento cognitivo conductual y de 15 a 20 minutos antes de finalizar la sesión se le pregunta al cliente lo principal de lo que se ha manifestado para así asignar la respectiva tarea, la misma que se deberá dejar por escrito para ambas partes.

Al inicio de cada sesión subsecuente se otorgará de 10 a 15 minutos mínimo. Este tiempo se dedicará para la revisión de los resultados y algún problema que le surja al cliente

en la ejecución de la tarea asignada, a modo de una pauta terapéutica que se enseña en la terapia cognitiva es la destreza para registrar e identificar los pensamientos, valoraciones e imágenes automáticos aprensivos que son caracterizados por los episodios ansiosos.

Además, el cliente anota las observaciones de los síntomas conductuales y físicos de ansiedad. Entonces es la capacidad de auto-monitoreo de los pensamientos ansiosos a modo de condición para la respectiva reestructuración cognitiva. Debido que en este momento de la terapia resulta de forma precisa abordar el incumplimiento de la tarea asignada para la casa.

El objetivo esencial de la reestructuración cognitiva sería reestructurar o modificar los pensamientos y las respectivas valoraciones que tiene el cliente ansioso frente a la amenaza. Siendo fundamental el tratamiento para la desactivación del programa de la ansiedad.

Por lo que el foco de la atención se orienta a la amenaza presente, en otras palabras, lo que se percibe amenazante o peligroso en ese momento. Estas intervenciones se orientan aún más a la amenaza del mismo contenido.

El terapeuta evadiría cualquier discusión acerca del cliente si pudiera o no sufrir un tipo de ataque. Por su parte en la fobia social tiene la misma aplicación, centrándose tanto en probabilidad y gravedad con la percepción de las valoraciones y evaluaciones negativas del resto, es decir el cliente puede tener como no pensamientos negativos ante la misma.

### **Formación del cliente**

Para esta situación, Beck (2012) describe que:

- El individuo a menudo presenta malos entendidos acerca de la ansiedad por lo que se debe comentar la funcionalidad del miedo, así como de la ansiedad relacionada

con las experiencias personales del mismo cliente.

- Al cliente se le debe proporcionar una explicación cognitiva acerca de la persistencia que mantiene la ansiedad, y que el cliente entienda de modo inmediato para que lo plasme en su propia situación

- Se debe clarificar el porqué del tratamiento cognitivo a modo que el cliente colabore plenamente durante el proceso del tratamiento.

Es importante formar al cliente en el modelo de la terapia cognitiva o que acepte la explicación de la terapia para el tratamiento de su ansiedad. La formación inicia en la primera sesión que es un componente terapéutico fundamental en el curso de las primeras sesiones.

Los componentes primarios del programa de alineación del cliente en el enfoque cognitivo y el tratamiento del trastorno de ansiedad que se subraya son los siguientes:

- La definición de ansiedad y la funcionalidad del miedo:

El cliente debe de disponer de la definición relativa y operativa del miedo y de la ansiedad; siendo que el miedo es momentáneo. En cambio, la ansiedad es un sentimiento similar pero más complejo, prolongado de aprensión e incomodidad con llevando pensamientos, sentimientos y conductas que se generan cuando los intereses vitales personales se encuentran amenazados el cual la misma puede perdurar horas o hasta días.

- Naturaleza universal y de adaptación que posee el miedo:

La mayor parte de las personas que padecen del trastorno ansioso han dejado pasar desapercibido la inapreciable funcionalidad del temor en la supervivencia. El terapeuta tiene que explicar la naturaleza que posee el miedo y la función que ejerce la



sobrevivencia.

- La explicación cognitiva sobre la activación inapropiada en relación al programa de ansiedad:

El terapeuta debe explicar al cliente la normalidad tanto del miedo como de la ansiedad, que conllevan naturalmente donde el mismo presenta una ansiedad más crónica, constante y es provocada por sucesos que a la mayoría de personas no les generan preocupación. Este punto es fundamental de la fase de formación, debido a la importancia crítica para alcanzar el éxito en la terapia y el cliente debe reconocer que las valoraciones de la amenaza resultan ser determinantes primarios de su propia ansiedad clínica.

Además, el terapeuta debe solicitar información acerca de la búsqueda de seguridad, pensamientos automáticos, síntomas ansiosos, evitación, la indefensión y los intentos fallidos por controlar la ansiedad. Esta información se requiere para que el enfoque cognitivo explique la activación inadecuada que ejerce el temor y su ansiedad clínica persistente.

Es importante destacar las consecuencias negativas debido a que el miedo en la ansiedad resulta ser un rasgo prominente que posee la ansiedad clínica, la misma que se manifiesta en los tres sistemas principales de respuesta: el cognitivo, conductual y el fisiológico. Por lo que un mejor conocimiento de los componentes, cognitivos, conductuales y físicos ayuda a reducir la incertidumbre de la ansiedad, para el fortalecimiento de los clientes.

- Evitación, huida y demás esfuerzos para controlar la ansiedad:

Conviene al cliente el método más efectivo de manera rápida, tanto la ansiedad. La explicación del carácter natural y automático de la huida, así mismo la evitación por lo

que se debe considerar las consecuencias negativas y sobre la manera mediante que aportan a la asistencia de la ansiedad.

- El objetivo principal del tratamiento del programa de ansiedad:

El terapeuta demuestra la justificación de su debido tratamiento otorgando una explicación del modelo cognitivo, los requisitos de “desactivar o apagar” voluntariamente e intencionalmente del miedo, realizando actividades que contrarresten o superen tanto la ansiedad como el miedo. El psicólogo debe señalar que en el programa del miedo se puede desactivar con la intervención de cada uno de los pasos contribuyendo persistentemente a los síntomas de la ansiedad.

Además, se le puede pedir al cliente que manifieste el éxito de algún caso de superación relacionado con el miedo inicial. Es relevante realizar preguntas sobre las expectativas de su proceso terapéutico con la finalidad de desparjar cualquier inquietud, que pueda canalizar el éxito de la intervención cognitiva. A menudo el cliente tiene diferentes ideas falsas previas, siendo relativas en el tratamiento.

El objetivo principal no es eliminar definitivamente la ansiedad, por el contrario, ayudar al cliente a potenciar diversos modos que sean efectivos para invalidar el miedo cuando el mismo se active inapropiadamente. En segundos se evidencia la naturaleza de la ansiedad, sin embargo, para disminuirla resultara más compleja. Debido que la ansiedad resulta ser una respuesta automática ante la amenaza percibida a su esfuerzo para la eliminación; lo que requiere una respuesta más deliberada. Para la desactivación del miedo y disminuir la ansiedad, además de necesitar las experiencias repetidas para mejorar tanto su efectividad como la eficiencia.

• Las estrategias del tratamiento que se usan para la desactivación del programa de la ansiedad:

Se debe ofrecer al cliente una pequeña descripción y justificación sobre las habilidades de intervención que se aplicarán para disipar el programa del miedo y que contribuirán para disminuir las emociones de la ansiedad. Por lo tanto, el profesional debe exponer que un amplio conocimiento sobre la ansiedad mediante el auto monitoreo y la formación del cliente relacionado con los episodios ansiosos, por lo que son intervenciones fundamentales en la terapia cognitiva de ansiedad.

El terapeuta indica que la terapia cognitiva se basa en la modificación de las creencias y pensamientos ansiosos. Esto se obtiene cuando se cuestiona críticamente a los pensamientos inicialmente aprensivos los mismos que constituyen una valoración específica en la situación y luego se sustituye dichas interpretaciones ansiosas por pensamientos más realista. Los experimentos conductuales de conductas específicas son diseñados para ayudar al cliente a que desarrolle pensamientos menos ansiosos.

El terapeuta debe destacar que el desarrollo de nuevos modos de pensar ante las preocupaciones ansiosas desempeñen un rol importante del tratamiento definiéndose a los pensamientos automáticos aprensivos que generan los síntomas ansiosos.

En la intervención cognitiva existe una tercera categoría que está constituida por estrategias de afrontamiento y respuestas conductuales que pueden aportar a la constancia de la ansiedad. La evitación, la conducta de búsqueda de seguridad y la modificación de la huida, otras respuestas conductuales como cognitivas aplicada a los clientes en un esfuerzo para el control de la ansiedad. Enseñando a los clientes varias opciones para dar una

respuesta a la ansiedad, animando a que evalúen la utilidad de los enfoques anteriormente mencionados, mediante el uso de actividades conductuales.

• Las funciones de los otros enfoques para disminuir la ansiedad (medicamentos, relajación y medicina herbal):

A menudo el cliente pregunta si puede consumir remedios herbales, medicación, meditación, y a fines durante el desarrollo en la terapia cognitiva de ansiedad. No obstante, dichos enfoques son contraproducentes en la terapia cognitiva, debido a que los mismos buscan tanto la evitación como la reducción a corto plazo asociados a los síntomas de la ansiedad, para muchos sujetos estas intervenciones se convierten como parte fundamental para el afrontamiento de la ansiedad.

Por lo que la retirada de dichas intervenciones se debe realizar gradual y equilibradamente con la disminución de la ansiedad al cliente a través de la terapia cognitiva. Generalmente no se recomienda cambios en la medicación, excepto con la prescripción del médico.

El terapeuta en las primeras sesiones de terapia cognitiva debe formar al cliente en relación al modelo cognitivo de la ansiedad, explicándole el tratamiento y descripción de la ansiedad clínica a modo de respuesta afectiva automática, la activación inadecuada del miedo sobrepasando al mismo programa mental. El propósito del enfoque cognitivo es apagar o desactivar el programa del miedo a través de cambios conscientes e intencionados ante la forma de pensar y responder frente la ansiedad. Por lo tanto, el terapeuta debe indicar la aplicabilidad de la terapia cognitiva ante su experiencia ansiosa.

### **Estrategias o técnicas de intervención cognitiva**

Beck & Clark (2012) mencionan “En este apartado describimos seis estrategias de intervención cognitiva: la recogida de evidencias, el análisis de costes-beneficios, la identificación de errores cognitivos, la elaboración de alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas” (p. 340).

Los autores describen seis estrategias o técnicas, las mismas que van ayudar a conseguir los objetivos de la terapia cognitivo conductual, para un mejor abordaje del tratamiento terapéutico ansioso, según el caso del cliente a continuación las describiremos:

Debido a que el contenido de la amenaza le sea muy probable y le puede conducir a grandes consecuencias; por lo que *la recolección de evidencias* es parte fundamental para la reestructuración cognitiva, la misma que ha recibido distintas denominaciones, tales como retribución verbal, persuasión lógica o confrontación verbal. Tras la identificación de la creencia o pensamiento ansiosa y la obtención de la valoración creencias sobre pensamiento.

El análisis de los *costes-beneficios* es una intervención versátil en la ansiedad, efectividad, el cliente se centra en las consecuencias de sus sentimientos y pensamientos. El terapeuta ayuda a considerar las ventajas y desventajas de mantener esta creencia ansiosa. Ceballos & Serrano (2020) señalan que “el análisis de coste-beneficio también puede mejorarla motivación para el tratamiento, ya que sirven para identificar un pensamiento, creencia o valoración nuclear ansioso” (p. 13).

Por lo tanto, este análisis conlleva que el cliente tenga mayor predisposición y éxito en su tratamiento terapéutico cognitivo, posterior a la identificación de creencia o pensamiento que se le presente en alguna situación ansiosa. Ahora como tercera

intervención tenemos a *Decatastrofizar* la misma es útil en la mayoría de trastornos de ansiedad; esto hace que el cliente confronte de modo hipotético la catástrofe temida /o lo peor que le pueda suceder.

Consecuentemente exponen comentarios detallados acerca del uso de la estrategia para la modificación de creencias y valoraciones que son exageradas en amenaza, es decir posee una tendencia a catastrofizar exagerando las cosas de modo desproporcionado y luego Decatastrofizar que se imagine el peor resultado probable, y posterior juzgar de forma objetiva la gravedad, esto es para que el cliente denote cuya realización resulte imposible.

Por lo tanto, esta intervención es efectiva cuando el pensamiento o creencia catastrófica es visible en las distintas valoraciones de la amenaza y vulnerabilidad que presenta el cliente. Al mismo tiempo es útil este enfoque para el manejo de la evitación cognitiva evidente dentro de la preocupación patológica. La temporalización es fundamental en el uso de esta estrategia, considerando el nivel de la ansiedad y evitación que frecuentemente se asocia.

### **Identificar los errores del pensamiento**

Educar al cliente ansioso para que sea más consciente del error cognitivo que suele cometer cuando tiene ansiedad. Esta intervención es otra estrategia útil para modificar las valoraciones falsas de ansiedad. Subrayando el propio estilo de pensamiento le refuerza el mensaje de esas percepciones de contenido amenazante llegan ser inexactas cuando el cliente está ansioso, lo cual favorece una perspectiva más crítica ante el mismo pensamiento ansioso. Por lo tanto, es relevante que el cliente entienda las razones de identificación y posterior corrección del error cognitivo.

### **Generar una explicación alternativa**

De una ansiedad elevada, así como el pensamiento del cliente suele ser extremadamente rígido ante un peligro o amenaza inminente. A menudo el cliente reconoce que su pensamiento ansioso le resulte irracional. Sin embargo, la intensa carga emocional le imposibilita ignorarlo, por esto se busca explicaciones alternativas ante diversas situaciones ansiosas que le cuesta mucho. Debido a que resulta imprescindible la atención con ayuda del terapeuta.

### **Comprobación de la hipótesis empírica**

Entre las intervenciones fundamentales para un cambio cognitivo tenemos a la experimentación conductual o también conocida como de hipótesis empíricas. Originalmente fue enunciada en el manual de la terapia cognitiva en el trastorno de depresión, aquí es donde se estructuran a modo que el cliente pueda disponer de vasta información experiencial tanto a favor como en contra de creencias o valoraciones, vulnerabilidad o a su vez de una amenaza.

Debido a que los programas operativos dan a conocer sobre los experimentos conductuales, siendo esta actividad de experimentación planificada, la misma que se basa en la observación y experimentación, ejecutando al cliente en el transcurso en las sesiones de la terapia cognitiva. Esta intervención se deriva de la terapia cognitiva de ansiedad y principal propósito es brindar nueva información, poniendo a prueba los pensamientos disfuncionales. Esto es a modo de refuerzo las creencias más adaptativas al mismo tiempo que verifique la formulación cognitiva.

Para Beck y Clark (2012) eliminar las estrategias terapéuticas que se usan en la intervención cognitiva para alcanzar los objetivos principales para el tratamiento de la ansiedad; dichas técnicas terapéuticas serán cambiadas en la aplicación en los trastornos específicos de ansiedad. Elemento clave de la formación para el cliente dentro de la terapia cognitiva. Actualmente se subraya la importancia en la mayoría de los manuales de la terapiacognitiva

Además de ser usado en el tratamiento cognitivo conductual por lo que el elemento didáctico ayuda a mejorar el cumplimiento del mismo. Contribuye en la corrección de las creencias falsas relacionadas al miedo y ansiedad.

### **Instrumentos psicológicos**

El inventario fue creado por Aaron Beck en el año 1980 y consiste en un cuestionario breve auto administrado con gran acogida que mide la ansiedad en adolescentes y adultos, usada en la evaluación clínica e investigación básica, consta de 21 ítems y mide el nivel de gravedad actual de ansiedad en estos dos grupos etarios. Se detallan los síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos de la ansiedad diferenciando entre ansiedad y depresión.

Cada elemento del BAI resulta una descripción sencilla de un síntoma de la ansiedad en sus cuatro aspectos respectivamente:  **subjetivo:** no puedo relajarme, **Neurofisiológico:** parestesia (hormigueo) y entumecimiento **Autónomo:** sensación de calor, **Pánico:** miedo a perder el control. Este cuestionario requiere de un grado de lectura básica. Además, se aplica en clientes con discapacidad intelectual entre 5 a 10 minutos usando lápiz y papel.



También se puede aplicar a los clientes con discapacidad visual de modo verbal y solo se puede administrar e interpretar por el especialista con la adecuada formación y experiencia. Por lo tanto, se le solicita al cliente que es objeto de evaluación que informe en qué medida se siente afectado en relación con los 21 síntomas (ítems) durante la semana anterior, cada ítem tiene cuatro opciones posibles respuesta que son: nada (0), leve (1), moderado (2) y bastante (3).

El cuestionario BAI consta de 21 preguntas, otorgando un intervalo de puntuación de 0 y 63. Y los puntos de corte para la interpretación de resultados son:

00-07 -Normal

08-21 –Leve

22-35 – Moderada

Más de 36 - severa

La puntuación final es la sumatoria de todos los ítems, debido a que los síntomas se relacionan a la semana anterior y al momento actual se le recomienda al cliente que antes de contestar cada ítem lea atentamente, para así obtener un resultado de calidad para examinar cada ítem a ver si aparecen los síntomas mayoritariamente en los aspectos como: subjetivo, neurofisiológico, autónomo o vinculado con el pánico, para la determinación de causas subyacentes en la ansiedad y así establecer las pautas para el tratamiento adecuado (Beck & Clark, 2012).

### **Objeto de la Intervención o de la Práctica de Investigación**

El objetivo de este proyecto es analizar el trastorno de la ansiedad con la descripción de sus signos y síntomas, esta sistematización será desarrollada en base a los

resultados que se han recolectado, a través de la prueba psicométrica de ansiedad de Beck que se aplicaran en los pacientes ambulatorios que asisten a la atención psicológica en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil en el periodo de octubre 2022 hasta febrero de 2023.

## **Metodología**

### **Diseño de la investigación**

En el diseño de la investigación Peña (2019) manifiesta que:

“Un plan estructurado de acción que, en función de unos objetivos básicos, está orientado a la obtención de información o datos relevantes a los problemas planteados” (p. 12).

Por lo tanto, el diseño de investigación se centra principalmente en el plan estructural que el investigador plantea para el buen desarrollo del proyecto, permitiéndole alcanzar todos los objetivos planteados de manera eficiente y organizada, teniendo un debido control en las acciones. Estableciendo el tipo de investigación, instrumento metodológico, y técnicas que se aplican en el estudio, establecer una ruta segura para la obtención de datos importantes.

Por lo antes manifestado, el diseño de la investigación resulta ser un elemento indispensable dentro de la gestión del proyecto, mediante su ejecución se recabará información relevante para proponer una solución acertada ante la problemática establecida. El diseño de investigación de este trabajo académico, se desarrolló bajo el enfoque descriptivo. Con este enfoque se redactará los síntomas de ansiedad en los sujetos de estudio.

El propósito del proyecto se logra con la adecuada recolección de información. La misma que se analizarán e interpretarán; garantizando el trabajo del proyecto previamente

realizado, el tipo de investigación es descriptiva, se va a aplicar debido a que se describe las características fundamentales del trastorno de ansiedad utilizando los criterios del DSM-V que establece el fenómeno de la estructura a estudiar y el instrumento psicométrico a aplicares el inventario de ansiedad de Beck.

### **Preguntas Claves**

1. ¿Cuáles son los principales signos y síntomas del trastorno de ansiedad en pacientes de consulta ambulatoria en el centro de Salud N°10 en la ciudad de Guayaquil?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo del trastorno ansioso en los pacientes ambulatorios?
3. ¿Conocer el enfoque psicoterapéutico más utilizado, en el tratamiento del trastorno de ansiedad?

## Organización y Procesamiento de la Información

**Tabla 2.**

Fases de acercamiento a los usuarios en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil

<b>Fases</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>
Primera: Acercamiento con el director en el centro de salud N°10	Autorización para la ejecución del proyecto	Nos reunimos con el director Dr. Juan Moran en su oficina para exponerle nuestro proyecto, el mismo que nos otorgó la autorización previa para el desarrollo del trabajo académico
Segunda: Presentación con la psicóloga institucional	Establecer comunicación con la tutora encargada	El primer contacto con la Psic. Shirley Guerrero, fue de modo presencial, donde se coordinó los horarios de atención psicológica, y le presentamos nuestro proyecto de intervención, la misma nos ofreció disponibilidad para el trabajo
Tercera: Conocer el campo de acción	Reconocimiento del escenario o consultorio determinado	En el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil, cuenta con una población variada con 17.837 Y se reconoció las instalaciones de dicho centro de salud
Cuarta: Aproximación del usuario	Analizar los casos de los posibles usuarios participantes	A través de la elaboración de la anamnesis y la historia clínica de los pacientes
Quinta: Selección de Usuarios	Determinar a los usuariosparticipes	Realizado el proceso terapéutico, se establece el síntoma ansioso recurrente y se le pide la autorización para la aplicabilidad del inventario de ansiedad de Beck

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo

**Tabla 3.**

Pasos realizados en el proyecto

<b>Fases</b>	<b>Descripción</b>	<b>Herramientas</b>
¿Cómo se elabora una historia clínica de los usuarios?	Elaboración de la anamnesis y la historia clínica del usuario	Con 8 participantes, 1 tutor y 2 observadores
Encuadre terapéutico	Establecer transferencia positiva	En base a las sesiones terapéuticas se produce la transferencia y movilización del usuario con respecto al síntoma Ansioso
Lineamientos	Determinar normas y lineamientos para la aplicación del test psicométrico de la ansiedad de Beck	Términos y normas específicas a seguir
Objetivo y Criterio de cada sesión	Recolectar información del usuario para que, con sus propios recursos psicológicos afronte la situación que lo aqueja	Una breve explicación de la terapia y tratamiento cognitivo, para con su aplicabilidad, el cliente se ayude en su experiencia ansiosa
Acompañamiento terapéutico	Se explicara el plan de intervención según el caso del usuario	Duración de cada una de las sesiones, y la ejecución de las sesiones Subsecuentes

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo

## **Procesamiento de la Información**

### **Tutorías, periodo 60**

En las tutorías primarias se trabajó el planteamiento del problema para la sistematización de la experiencia: Sistematización “sobre la ansiedad en pacientes de consulta ambulatoria en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil, el mismo que se generó por la frecuencia que se daban, afectando significativamente su salud mental y vida cotidiana, siendo relevante realizar esta investigación, para dicha problemática se recabo información primordial.

Luego se procedió a definir la elección del enfoque siendo la Teoría Cognitivo Conductual para el desarrollo del modelo cognitivo para la ansiedad como: definiciones, signos, síntomas y clasificación DSM-V. Para la presentación de la información se ha ido recabando a medida que se daban las atenciones psicológicas, y según los signos y síntomas ansiosos del usuario se le aplicaba el inventario de ansiedad de Beck; con previo consentimiento informado verbalizado.

A modo de que el mismo presente disponibilidad en la toma de la prueba psicométrica, y que los resultados sean óptimos para la calidad de la presente investigación, se comenzó a realizar la tesis. En las prácticas secundarias se articuló el desarrollo de la problemática desde la teoría cognitivo conductual, abarcando los principios básicos la valoración diagnóstica, intervención y tratamiento cognitivo conductual para la ansiedad según Aaron Beck.

El primer principio recolecta información relevante a través de la técnica del diario decampo, El segundo principio presenta la información de la sintomatología ansiosa del usuario, obtenida a través de la prueba psicométrica del inventario de ansiedad de Beck

según el enfoque terapéutico cognitivo conductual, y por último se realizó la calificación y devolución del diagnóstico presuntivo de cada usuario que fueron partícipes de este trabajo académico.

### **Tutorías periodo 61**

Se comenzó a realizar la tesis y se trabajó encontrando información relevante. De los principios de la perspectiva cognitivo conductual, la biografía de sus precursores (Aaron Beck y Albert Ellis) y el modelo cognitivo para la ansiedad, escribiendo sus objetivos, evaluación diagnóstica y sobre todo como se ejecuta la intervención cognitiva y el rol terapéutico cognitivo, el mismo que juega un papel fundamental en el tratamiento cognitivo del cliente.

Una breve explicación del enfoque cognitivo conductual y el tratamiento cognitivo para la ansiedad, le puede ayudar al cliente a disminuir los niveles ansiosos y mejorar el afrontamiento en situaciones que le sean amenazantes o de peligro irracionales; otorgándole al cliente recursos psicológicos para una mejor calidad de vida. Destacando la importancia de educar al cliente. Para una mayor predisposición en el acompañamiento terapéutico.

Así como la aplicabilidad de la prueba psicométrica de la ansiedad de Aaron Beck, la misma nos da resultado con el que se puede brindar un diagnóstico presuntivo al cliente, que conjugándolo con las técnicas cognitivas nos ayuda para un mejor proceso terapéutico. Por lo tanto, en las tutorías y prácticas tanto primarias como secundarias, lo que nos conlleva a las respectivas conclusiones y recomendaciones, para la presente investigación académica.

## Análisis de la Información

**Tabla 4.**

Resultados del acercamiento a los usuarios en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil

<b>Fases</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultado</b>
Primera: Acercamiento con el director en el centro de salud N°10	Autorización para la ejecución del proyecto	La comunicación fue asertiva con el director Dr. Juan Moran, el mismo que nos otorgó autorización y ejecución del proyecto académico.
Segunda: Presentación con la psicóloga institucional	Establecer comunicación con la tutora encargada	La tutora institucional nos brindó disponibilidad y apertura para la aplicabilidad del proyecto.
Tercera: Conocer el campo de acción	Reconocimiento del escenario o consultorio determinado	Se adecuo el espacio para la psicóloga encarda, 2 observadoras y el paciente.
Cuarta: Aproximación del usuario	Analizar los casos de los posibles usuarios participantes	Se determina al usuario idóneo en cada sesión, para la toma del inventario de ansiedad de Beck.
Quinta: Selección de Usuarios	Determinar a los usuarios participes	Con los resultados del inventario de ansiedad de Beck, se moviliza al usuario a travésde técnicas el enfoque terapéutico Cognitivo conductual.

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo



**Tabla 5.**

Resultados del acercamiento a los usuarios en el centro de salud N°10 en la ciudad de Guayaquil

<b>Fases</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
¿Cómo se elabora una historia clínica de los usuarios?	Elaboración de la anamnesis y la historia clínica del usuario	La información obtenida del usuario es a través de su motivo de consulta y el discurso general.
Encuadre terapéutico	Establecer transferencia positiva	Se realizó de modo adecuado la transferencia obteniendo como resultado un trabajo colaborativo, asumiendo el síntoma por parte del Usuario
Lineamientos	Determinar normas y lineamientos para la aplicación del inventario psicométrico de la ansiedad de Beck	Se planteó para el buen desarrollo del trabajo, que se lleve con respeto y empatía.
Objetivo y Criterio de cada sesión	Recolectar información del usuario para que, con sus propios recursos psicológicos afronte la situación que lo aqueja	El usuario con la ayuda de las técnicas cognitivo conductual, disminuya su nivel de ansiedad y mejore el afrontamiento de la misma.
El acompañamiento terapéutico	Se explicara el plan de intervención según el caso del usuario	Se le solicito que sean responsables y puntuales en cada uno de las sesiones, para el desarrollo del tratamiento cognitivo.

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo

Para conservar la correlación con el anterior apartado se consideró en presentar el análisis respectivo de los resultados de modo separado y a su vez sosteniendo la categorización antes definida, en primer punto se observa el análisis de la información recolectada, a través de la prueba psicométrica, se recaba información relevante a través de la anamnesis y la historia clínica, en segundo punto está la presentación de las sintomatologías, mediante el inventario de ansiedad de Beck. Y finalmente se realizó la calificación del inventario y devolución de información al usuario.

### **Justificación**

Actualmente el trastorno de ansiedad se lo considera una problemática en la salud pública, según Ortuño (2020) “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (p. 7). La mayoría de situaciones de ansiedad no simboliza gran peligro para la persona, pero si dichas acciones son cotidianas pueden poseer un grado de perturbación.

Por lo tanto, manifestaremos que se debe tomar en cuenta las diferentes sintomatologías del trastorno de ansiedad que tiene una gran prevalencia en mujeres que en hombres, por lo que se tiene que realizar una debida evaluación para el logro de una identificación ante su relación de una posible ansiedad patológica del paciente ambulatorio, que acude a la atención psicológica de salud pública de la ciudad de Guayaquil (Ramírez, 2018).

### Caracterización de los Beneficiarios

La presente investigación académica está dirigida a los usuarios que asisten al centro de salud N° 10 en la ciudad de Guayaquil. Por lo tanto, los beneficiarios de la intervención en el campo de los problemas de ansiedad, son los pacientes ambulatorios que acuden a la atención psicológica; los mismos que presentaron transferencia positiva, disponibilidad y respeto en cada una de las sesiones psicológicas en el periodo octubre 2022 hasta febrero de 2023.

**Tabla 6.**

Resultados de la caracterización de los beneficiarios

<b>Participantes</b>	<b>Edad</b>	<b>Genero</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Trastorno</b>
Sujeto 1	20 años	M	Comerciante informal	Ansiedad
Sujeto 2	27 años	F	Ingeniera Ambiental	Ansiedad
Sujeto 3	45 años	F	Comerciante informal	Ansiedad
Sujeto 4	27 años	M	Estudiante de Arquitectura	Ansiedad
Sujeto 5	34 años	F	Ama de casa	Ansiedad
Sujeto 6	21 años	F	Desempleada	Ansiedad
Sujeto 7	21 años	F	Ama de casa	Ansiedad
Sujeto 8	24 años	F	Periodista	Ansiedad

**Elaborado por:** Irma Calva y Sandy Hidalgo

## Interpretación

La intervención que se ejecutó en el centro de salud N° 10 en la Ciudad de Guayaquil, con una muestra de la población fue productiva en varios aspectos, gracias a la buena predisposición que brindaron los mismos, estructurando una red de pensamientos que se desarrolló durante cada sesión. Por lo tanto, es importante que el cliente solicite una atención psicológica, debido a que resulta primordial para el abordaje de los síntomas de ansiedad.

En la consulta psicológica llegaba una población variada, en diversos aspectos como en edades, género, ocupación y ubicación. Pero los mismos tenían un síntoma recurrente en común siendo la ansiedad, no obstante, se manifestaba en cada usuario de manera diferente debido que en algunos casos se agudizaba la hiperhidrosis en manos y pies, sensación de ahogo, dolor al pecho, bloqueo mental y en otros casos presentan síntomas de insomnio.

Además, la disminución o aumento del apetito e inclusive ideas suicidas de forma recurrente, entre otros. Es necesario en la primera sesión, realizar la diferencia entre el miedo y la ansiedad. Debido a que son similares más no iguales el *miedo* es una emoción funcional para el ser humano, el organismo para la supervivencia tiene dos reacciones *la huida* que es correr o *la paralización* del ser humano. Por el contrario, la *Ansiedad es una amenaza psicológica*.

Por lo general la ansiedad, tiene como soporte pensamientos irracionales, que muchas veces funciona como un miedo anticipatorio. En la psicoterapia, lo que se debe cambiar es la valoración cognitiva que los pacientes hacen de las situaciones o eventos que le generan ansiedad; los cuales en la mayoría de los casos son sobrevalorados. En este tipo

de situaciones se suele generar mucha tensión, que incrementa el cortisol. Si el mismo se encuentra en un nivel moderado nos ayuda a estar atentos, recuperar la información de la memoria, pero cuando se encuentra en exceso lo que ocurre es que bloquea una parte de la memoria siendo *la evocación*.

Tenemos tres procesos en nuestra memoria: *la selección de información, almacenaje, y la evocación o recuperación*.

El autor Beck (2012) creador de la terapia cognitivo conductual para la ansiedad, manifiesta que: “Durante los períodos de ansiedad elevada, el estilo de pensamiento del individuo suele ser extremadamente rígido e inflexible, con un estrecho foco en la amenaza o peligro percibido” (p. 48).

A menudo el cliente llega a reconocer que su pensamiento ansioso resulta ser irracional, sin embargo, la carga emocional intensa relacionada a la misma le imposibilita ignorarlo. Por ende, la búsqueda de discursos alternativos ante las situaciones ansiosas les cuesta de gran manera, es imprescindible la práctica recurrente con la ayuda y seguimiento del terapeuta cognitivo en las adecuadas explicaciones alternativas para una situación ansiosa.

A modo de que esa habilidad le ayude para un mejor afrontamiento de la ansiedad y reducir el nivel, la ansiedad con síntomas fisiológicos se trabaja con respiración profunda y la otra parte combatiendo los pensamientos con evidencia. La terapia cognitivo conductual siempre se inicia con psicoeducación, el 20% es trabajo en consulta y el 80% es en casa la terapia es una herramienta, las creencias racionales siempre se expresan en términos de probabilidades (Moreno, 2017).

Por lo tanto, no son totalitarios ni en extremos positivos ni negativos. Las creencias

irracional son totalitarias acompañadas por palabras *siempre y debería*. La intervención cognitivo conductual es directiva es como un entrenador, las creencias son rígidas totalitarias. Finalmente, la terapia cognitiva conductual, nos otorga técnicas que al cliente le resulta como herramientas útiles para el afrontamiento ante los pensamientos o creencias ansiosos.

### **Principales logros del aprendizaje**

Con la presente sistematización de la experiencia práctica de investigación y/o intervención, se generó variados conocimientos que serán de utilidad en el ejercicio profesional, lo cual permite otorgar la respectiva ayuda a una población más amplia de clientes. El sujeto puede estar ante una situación de complejidad que le puede generar ansiedad una evaluación cognitiva que se realice de dicha situación, pero aquí es importante.

La evaluación cognitiva que se realice al cliente, debido a que el cliente juega un rol importante los pensamientos, creencias del contenido de la amenaza o peligro irracional, de tal manera que estos pensamientos ansiosos irracionales aceptan en la fisiología del cliente, conllevándolo a una sintomatología generando un impacto significativo en la psiquis del cliente, se han producido efectos que pueden ser ignorados por la misma atención sostenida ante la amenaza, pero se manifiestan en la irrupción de su diario vivir.

Siendo así que los conocimientos obtenidos en la teoría que articulados con la practicanos han ayudado en la formación de la carrera de psicología, han sido de un valor incalculable para llevar a cabo este trabajo de investigación, principalmente aquellas asignaturas que nos enseñaron el enfoque cognitivo conductual, que fueron cimientos para

la intervención y tratamiento, así como la importancia del rol que desempeña el terapeuta cognitivo conductual.

Se logró con los objetivos y actividades previstos como es un conocimiento más amplio para el tratamiento cognitivo de la ansiedad, y a su vez brindar dicha información a todos los clientes para un mejor afrontamiento ante situaciones ansiosas y que el mismo cliente debe cambiar y modificar la atención, estimaciones y valoraciones exageradas irracionales generando en ellos herramientas importantes; se reflejaron en sus recursos psicológicos. Finalmente se logró que el cliente este con una disponibilidad a modo de prevención y promoción de la salud mental para generar en el mismo una mejor calidad de vida.

### **Conclusiones**

1. La sistematización de la experiencia práctica de investigación y/o intervención sobre el trastorno de ansiedad, nos permitió estar en contacto con pacientes ansiosos ambulatorios y poder describir sus signos y síntomas a efecto de entender el trastorno.
2. De igual manera la investigación académica sobre el trastorno de ansiedad se dio a entender los factores de riesgo por los cuales los usuarios ambulatorios que enferman de ansiedad en las prácticas uno y dos y con ello poder realizar la respectiva prevención.
3. Las prácticas uno y dos nos permitió comprender como la terapia cognitiva conductuales utilizada para el abordaje en el trastorno de ansiedad para que el usuario ambulatorio pueda recuperar su nivel de salud mental y retome sus actividades cotidianas.

## Recomendaciones

- ✚ Como primera recomendación, consideramos que, en los centros de salud pública, se deben incrementar la psicoeducación sobre la prevención y promoción de la salud mental, a efecto que los usuarios de estos servicios presenten una mayor apertura ante las atenciones psicológicas
- ✚ Promover campañas de prevención, teniendo como fundamento los factores de riesgo ligados a los trastornos de ansiedad, a fin de disminuir su prevalencia.
- ✚ Consideramos importante como parte de la psicoeducación destacar la práctica de buenos hábitos para cuidar su salud física, a través de dietas equilibradas ejercicios físicos, tener un ciclo de sueño regular (7-8 horas diarias), buenos hábitos de higiene personal. Además, debe de realizar actividades recreativas y de sociabilización.
- ✚ Realizar estudios y proyectos que se enfoquen en los trastornos de ansiedad, que permitan conocer su dinámica y funcionamiento, los cuales se constituirán en fuente importante de prevención.



## Referencias

- Álvarez, R. (1 de marzo de 2022). *Terapia Cognitivo-Conductual: Origen y técnicas*. Recuperado el febrero de 2023, de Psicólogo Ribeira:  
<https://www.alvarezpsicologos.com/terapia-cognitivo-conductual-origen-y-tecnicas/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5* (5.ª ed ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de DSMV: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)
- Audriz, F. (2018). *La ansiedad que no cesa*. Barcelona: Pensódromo. Obtenido de <https://bibliotecas.ups.edu.ec:3488/es/ereader/bibliotecaups/60006>
- Beck, A., & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Nueva York: DESCLEE DE BROUWER, S.A. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books/about/Terapia\\_cognitiva\\_para\\_trastornos\\_de\\_ans.html?id=WZz-DQAAQBAJ&source=kp\\_book\\_description&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Terapia_cognitiva_para_trastornos_de_ans.html?id=WZz-DQAAQBAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y)
- Carballo, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., & Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología*, 10(24), 1-11. Obtenido de UV.MX:  
[https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/Mac%C3%ADas-24\(10\)090519.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/Mac%C3%ADas-24(10)090519.pdf)
- Castro, M., Allar, A., Riquelme, C., Lobos, M., González, E., & Herrera, G. (2021). Manejo de la ansiedad y el estrés: cómo sobrellevarlos a través de diferentes técnicas. *Revista Confluencia*, 4(1), 110-115. Obtenido de MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRES: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/569>

Ceballos, M., & Serrano, H. (2020). prevalencia de ideación suicida, depresión y ansiedad en adolescentes del municipio de Aracataca. (*Tesis de pregrado*). Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta. Recuperado el febrero de 2023, de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/952c9e58-c552-4b8b-b504-3d630e23f10c/content>

Delgado, E., De La Cera, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. Recuperado el febrero de 2023, de GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Diario La Vanguardia. (23 de marzo de 2017). La terapia grupal en ambulatorios reduce a la mitad los síntomas de ansiedad en pacientes. *Diario La Vanguardia*. Recuperado el febrero de 2023, de LA VANGUARDIA.COM: <https://www.lavanguardia.com/vida/20170323/421121740556/la-terapia-grupal-en-ambulatorios-reduce-a-la-mitad-los-sintomas-de-ansiedad-en-pacientes.html>

Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M., & Lera, S. (29 de enero de 2019). *Investigación sobre los Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el febrero de 2023, de ClinicBarcelona.org: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/investigacion>

Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M., & Lera, S. (29 de enero de 2019). *Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el febrero de 2023, de ClinicBarcelo.org: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>

- Galletero, J., Echeburúa, E., & González, L. (2018). Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 1(4), 1-11. Recuperado el febrero de 2023, de ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD: [http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/etiolog\\_ansiedad.pdf](http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/etiolog_ansiedad.pdf)
- Garrido, J. (2021). *Medir la ansiedad con el Inventario de Beck*. Recuperado el febrero de 2023, de Psicopedia.org: <https://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>
- López, R. (23 de abril de 2018). *Los trastornos de ansiedad, problemas de salud pública*. doi:<https://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/salud/los-trastornos-de-%20ansiedad-problema-de-salud-publica>
- Mayo Clinic. (2021). *Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el febrero de 2023, de MayoClinic.org: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Moreno, P. (2017). *Aprender de la ansiedad: la sabiduría de las emociones*. Editorial Descleé de Brower. Recuperado el febrero de 2023, de <https://bibliotecas.ups.edu.ec:3488/es/ereader/bibliotecaups/127699>
- Nacimba, C., Ramírez, K., Roncancio, M., & Soria, J. (2022). Salud mental y calidad de vida en población ecuatoriana. *REVISTA U-Mores*, 1(2), 77–106. doi:<https://doi.org/10.35290/ru.v1n2.2022.593>
- Ortuño, F. (2020). *Ansiedad*. Recuperado el febrero de 2023, de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>

Peña, B. (2019). *Ansiedad: características, síntomas y causas*. Recuperado el febrero de 2023, de muysalud.com: <https://muysalud.com/mente/ansiedad-caracteristicas-sintomas-y-causas/>

Pérez, M., & Sánchez, P. (2022). Ansiedad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 26(1), 40-47. Obtenido de PEDIATRIA INTEGRAÑ: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-01/ansiedad-en-la-infancia-y-adolescencia/>

Ramírez, J. (2018). Evaluación de la ansiedad en estudiantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (*Tesis de pregrado*). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México D.F. Recuperado el febrero de 2023, de [https://repositorio.unam.mx/contenidos/evaluacion-de-la-ansiedad-en-estudiantes-de-psicologia-de-la-facultad-de-estudios-superiores-iztacala-186052?c=EBPX9o&d=true&q=\\*&i=2&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/evaluacion-de-la-ansiedad-en-estudiantes-de-psicologia-de-la-facultad-de-estudios-superiores-iztacala-186052?c=EBPX9o&d=true&q=*&i=2&v=1&t=search_0&as=0)

Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Real Academia Española: Ansiedad*. Recuperado el febrero de 2023, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>

Salkovskis, P., & Rimes, K. (1997). El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud ("Hipocondría"). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(2), 111-122. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3837>

Salkovskis, P., & Rimes, K. (1997). Predictive genetic testing: Psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(5), 477–487. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00170-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00170-0)

Vuñuela, P. (2019). *¿Cómo controlar la ansiedad en los adolescentes?* doi:<https://psynthesispsicologia.es/tratamiento-ansiedad-adolescentes>

## Anexos

## 1. Inventario de Beck

R-33 PB

INVENTARIO DE BECK (BAI)

CUESTIONARIO

	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o enfumecido.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acalorado.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con temblor en las piernas.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relajarse.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inestable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Atermozado o asustado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervioso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Con sensación de bloqueo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Con temblores en las manos.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inquieto, inseguro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Con miedo a perder el control.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con sensación de ahogo.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Con temor a morir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Con miedo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Con problemas digestivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Con desvanecimientos.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con rubor facial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. Con sudores, fríos o calientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 2. Evidencia fotográfica





