

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**La efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual aplicada en el tratamiento
de ansiedad generalizada en adultos**

(Artículo Científico)

Marleny Rueda Santos

Guatemala, enero de 2019

**La efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual aplicada en el tratamiento
de ansiedad generalizada en adultos**

(Artículo Científico)

Marleny Rueda Santos

Licda. Leticia Padilla Zuleta (Asesora)

M.A. Doris Cuéllar (Revisora)

Guatemala, enero de 2019

Autoridades Universidad Panamericana

| | |
|----------------------------|---|
| Rector | M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus |
| Vicerrectora Académica | Dra. Alba Aracely Rodríguez de González |
| Vicerrector Administrativo | M.A. César Augusto Custodio Cobar |
| Secretaria General | EMBA Adolfo Noguera Bosque |

Autoridades Facultad Humanidades

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Decana | M.A. Elizabeth Herrera de Tan |
| Vice Decana | Licda. Ana Muñoz de Vásquez |
| Coordinadora de Egresos | M.A. Eymi Castro de Marroquín |

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo de 2018.

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: "La efectividad de la Terapia Cognitiva-Conductual aplicada en el trastorno de ansiedad generalizada en adultos". Presentado por el (la) estudiante: **Marleny Rueda Santos**, previo a optar al grado Académico de **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Leticia Eugenia Padilla Zuleta
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre 2018.

En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: “La efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual aplicada en el tratamiento de ansiedad generalizada en adultos”. Presentada por el (la) estudiante: Marleny Rueda Santos, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de enero del 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final de Artículo Científico con el tema "**La efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual aplicada en el tratamiento de ansiedad generalizada en adultos**", presentado por el (la) estudiante: **Marleny Rueda Santos**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en **Enfoques Psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| | |
| Capítulo 1 | 1 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 1 |
| 1.1 Definición de ansiedad | 1 |
| 1.2 El concepto clínico de preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada | 1 |
| 1.3 Qué es un trastorno de ansiedad generalizada | 3 |
| 1.4 Características diagnósticas | 4 |
| 1.5 Desarrollo y curso | 5 |
| 1.6 Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada | 6 |
| 1.7 Cómo obtener ayuda para los trastornos de ansiedad | 7 |
| | |
| Capítulo 2 | 9 |
| Terapia Cognitivo-Conductual | 9 |
| 2.1 Tratamiento psicológico | 9 |
| 2.2 Antecedentes | 10 |
| 2.3 Definición terapias cognitivo-conductuales | 13 |
| 2.4 Aspectos teóricos fundamentales | 14 |
| 2.5 Organización cognitiva | 15 |
| 2.6 Esquemas cognitivos | 15 |
| 2.7 Procesos cognitivos | 16 |
| 2.8 Productos cognitivos | 17 |
| 2.9 Las creencias | 18 |
| 2.10 El modelo explicativo de la ansiedad de Aaron Beck | 19 |
| 2.11 La tríada cognitiva en las personas con ansiedad | 19 |
| 2.12 Distorsiones cognitivas | 20 |
| 2.13 Pensamientos automáticos | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 2.14 Reestructuración cognitiva | 22 |
| Capítulo 3 | 24 |
| Evaluación, metas y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada | 24 |
| 3.1 Evaluación del trastorno | 24 |
| 3.1.1 Evaluaciones clínicas | 24 |
| 3.1.2 Evaluaciones conductuales | 29 |
| 3.2 Plan de tratamiento | 30 |
| 3.3 Metas de resultados finales | 31 |
| 3.3.1 Alterar las metacogniciones adaptativas | 32 |
| 3.3.2 Intervenciones potenciales específicas de la meta | 33 |
| 3.3.2.1 Reestructuración cognitiva | 33 |
| 3.3.2.2 Terapia de resolución de problemas | 34 |
| 3.3.2.3 Terapia de ampliación de conciencia | 34 |
| 3.3.3 Disminuir la intolerancia a la incertidumbre | 35 |
| 3.4 Eficacia de la terapia cognitivo-conductual | 36 |
| 3.4.1 Beneficios de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada | 37 |
| 3.5 Intervenciones potenciales específicas de la meta | 38 |
| 3.5.1 Terapia de exposición | 38 |
| 3.5.2 Ensayos conductuales | 40 |
| 3.5.3 Estrategias interpersonales | 40 |
| 3.5.1 Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad | 41 |
| 3.5.2 Intervenciones potenciales específicas de la meta | 42 |
| 3.6 Estructuración del proceso terapéutico | 43 |
| 3.7 Modelo propuesto para las sesiones en el tratamiento de la ansiedad generalizada | 43 |
| 3.8 Primera sesión | 44 |
| 3.9 Estructura del resto de las sesiones | 45 |
| 3.10 Tareas para casa | 46 |
| 3.11 Prevención de recaídas | 46 |

| | |
|------------------------|----|
| Conclusiones | 48 |
| Recomendaciones | 49 |
| Referencias | 50 |
| Anexos | 51 |

Lista de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 El inventario de ansiedad estado rasgo (STAI) | 25 |
| Tabla 2 El inventario de escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (STAI) | 26 |
| Tabla 3 El inventario de depresión y ansiedad de Beck (BAI). | 28 |

Resumen

Es sabido que la formación profesional no termina en las aulas de la universidad, el continuo enriquecimiento formativo y de supervisión son indispensables para brindar un servicio eficiente y efectivo que permita cuestionar y rediseñar procesos de aprendizaje innovadores que presenten modelos de intervención pertinentes al contexto cultural, considerando la investigación como el instrumento esencial para hacer de la psicología, una ciencia con pertinencia social.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es proyectarse como un medio para transmitir a otros profesionales la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada en adultos. Con base a la información que se presenta, los trastornos mentales, como lo es el trastorno de ansiedad es muy frecuente, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva. Las personas que padecen estos trastornos frecuentemente tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, lo que favorece la carnificación y predispone a la discapacidad asociada a los mismos.

El tema uno consta de toda la información respecto a la definición de ansiedad, su naturaleza, los criterios diagnósticos según el DSM-5, los factores de riesgo asociados al trastorno, la comorbilidad; así como recomendaciones de cómo obtener ayuda en caso de padecer dicho trastorno. En el tema dos se presentan la teoría y los aspectos teóricos fundamentales investigados respecto al trastorno de ansiedad generalizada; antecedente, principios y modelos que explican dicho trastorno.

El tercer tema consta de la evaluación, plan de tratamiento a seguir, eficacia de la terapia cognitivo-conductual en este trastorno, características que debe tener el terapeuta, duración del tratamiento, estructura de las sesiones y prevención de recaídas. Por último, se encuentran las tablas y cuadros con información importante relacionadas al modelo de diagnóstico e intervención, así como formatos de registros para trabajar con los pacientes. También se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Introducción

El término ansiedad se refiere a una respuesta orientada al futuro y global. Estado en que el individuo se encuentra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada. Se vuelve una fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la capacidad para funcionar en la vida diaria, ya que la persona entra en un estado desadaptativo caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas. Estas experiencias intensas e irracionales que producen incapacidad son la base de los trastornos de ansiedad

Las personas con este trastorno están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos; siendo tan fuertes que los individuos son incapaces de funcionar de forma ordinaria la ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, además tratan de evitar situaciones que les hacen sentir ansiosos. Como resultado, pueden perder oportunidades para disfrutar o actuar mejor para sus propios fines.

La vida de las personas cuya ansiedad les impide realizar la tarea aún más ordinaria; como el salir de su casa, es totalmente desafortunada. Por ello las metas de resultados finales al trabajar con individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada utilizando la terapia Cognitiva Conductual, son disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. Así como que comprenda mejor la preocupación y aprender a diferenciar entre la inquietud benéfica y la inquietud poco constructiva.

La finalidad de elaborar el presente trabajo de investigación, es la de facilitar a los profesionales de la salud mental el abordaje y manejo de estos trastornos, con la consecuente mejora en la calidad de vida del paciente y disminución en los costos institucionales que implican. Así como el aportar a la sociedad una solución eficaz para tratar estos trastornos, debido a que no solo afectan a las personas que lo padecen, sino también a la familia, comunidad y sociedad. Los miembros de la familia son afectados por la angustia de sus seres queridos, y también comparten una sensación de estigma.

Capítulo 1

Trastorno de ansiedad generalizada

1.1 Definición de ansiedad

El consejo de salubridad general del Instituto Mexicano de Seguridad Social (2010) habla de lo que es la ansiedad definiéndola como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Es una reacción que se crea para enfrentarse al momento de que el ser humano cree estar a una amenaza real, la cual puede representar un peligro real o no. Se convierte en patológica, cuando se ocasiona en momento de quebrantos en el sentir emocional de las personas podría presentarse por fobias, obsesiones entre otras, la casual se vinculación situaciones o estímulos que se enfatizan en un punto o pueden llegar a ser generalizados.

Riso (2006)” La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo”. (p. 13).

Al ser una respuesta emocional no controlada afecta procesos mentales al interrumpirlos en una situación, de esta manera que no se puede adaptar, la cual puede ser nociva ya que como efecto tiene un desgaste emocional y de comportamiento el cual será demasiado complicado.

1.2 El concepto clínico de preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada

Según Krohne (1993) se ha elaborado un concepto clínico específico de la preocupación en el TAG. Se empieza con la percepción de la amenaza. Considerando que la vida diaria implica

numerosas situaciones ambiguas, los individuos que son intolerantes con la incertidumbre percibirán más situaciones amenazantes debido a su modo vigilante de afrontamiento.

La preocupación es una inquietud o temor el que tiene una persona, la que se asocia que es accionada por una razón, ya que se tiene una precaución, la cual se enciende internamente antes de que ocurra un evento la que deberá funcionar cuando uno cree estar en una situación amenazante o altamente amenazante, ya que no permite relajación a la situación mencionada.

El individuo estará especialmente atento a la información amenazante Mathews (1990) detectó en mayor medida un riesgo subjetivo, percibirá material ambiguo como amenazante y sobreestimaré la probabilidad de resultados negativos.

El tratamiento puede tener error cuando la información ambiental crece a los niveles de la ansiedad y preocupación. Esto del pensamiento puede ser negativo cuando el control mental pierde y guarda relación creando efectos negativos esto puede evaluarse en términos verdaderos, la ansiedad desde un punto general se puede referir a un daño, por un sentimiento desagradable que tiene síntomas somáticos de tensión. Donde el daño puede ser anticipado el que podrá ser externo o interno, advirtiendo un peligro inminente permitiendo que quien lo padece cree para si medidas necesarias para que tenga la posibilidad de oponerse a amenazas.

Para Beck (1982) los sujetos que se preocupan mucho y los pacientes con un TAG alegan que la preocupación les ayuda a evitar los sucesos negativos, a encontrar una forma mejor de hacer las cosas y a aumentar sus sensaciones de control. Además, los pacientes con un TAG pueden considerar su preocupación como una parte tan importante de ellos mismos que se preguntan cómo sería si dejaran de preocuparse. La preocupación puede mantenerse así, parcialmente, por el reforzamiento positivo y el negativo, aunque los beneficios del preocuparse se sobreestiman a menudo.

1.3 Qué es un trastorno de ansiedad generalizada

Dugas & Ladouceur (2010) La ansiedad generalizada “es como una cadena de pensamientos e imágenes (especialmente los primeros) cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable” (p. 35). Como bien lo mencionan los autores anteriores el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno de carácter mental por la que una persona se encuentra preocupada o ansiosa constantemente lo cual le parece de un control difícil, los adultos al momento de su vida cotidiana someterse a bastante estrés es lo que genera dicho trastorno, de tal cuenta las personas adultas sufren de preocupaciones o se mantienen ansiosas.

Bados (2009) lo define de igual formas:

Las personas con TAG se preocupan por cosas que son improbables, que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. (p. 3)

Del párrafo anterior se desprende mencionar que las personas adultas que sufren de la ansiedad generalizada, tienen preocupaciones o se mantienen ansiosas por cosas impredecibles que son cuestiones futuras con incertidumbre cuestiones familiares, económicas o problemas de salud. Estas personas se preocupan excesivamente, por los ejemplos mencionados o incluso por cosas que no tienen tanta relevancia con muy poca o ninguna razón como para tener una preocupación tan grande. Los pacientes tienen pensamientos negativos, estos pensamientos impiden que las actividades ordinarias se realicen de una buena forma.

Como ha afirmado Deffenbacher (1997)

El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas. (p. 242).

El autor en el párrafo anterior en su argumentación afirma que las personas se vuelvan intranquilos e indecisos por lo que un problema lo miran de una forma macroexponencial donde no ven la solución y eso no les permite realizarlos son personas que pareciera su autoestima no es alto.

1.4 Características diagnósticas

Las características a diagnosticar a las personas con trastorno de ansiedad generalizada constantemente pelean con la ansiedad la cual es incontrolable. Donde para controlar las preocupaciones es necesario ver la causa síntomas físicos y psicológicos, los que como se ha mencionado anteriormente es por preocupaciones que como se mencionó familiares, económicos entre otras situaciones que pone nervioso, tensos por lo que la mente se queda sin pensamiento, tiene problemas del sueño, la que podría durar días incluso, por lo que el desvelo los hace sentir fatigados y cansados generando así más estrés. Lo que se puede asociar con otros trastornos.

Según DSM-5 (2014) la característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Este y otros criterios para el TAG.

Las reacciones corporales, sentimientos y pensamientos asociados con el trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia no tienen conexión directa con un problema discernible en la vida de la persona. Si el individuo verbaliza miedos o preocupaciones específicos, por lo general éstos son poco realistas y se extienden a varios dominios. Por ejemplo Ben puede preocuparse porque su hijo adolescente desarrollará una enfermedad que amenaza su vida y puede tener el mismo sentir por irse a la bancarrota, aun cuando su negocio está prosperando. Los dos ejemplos de preocupaciones son inciertos. Pero Ben se encuentra consumido por la ansiedad y se distrae de sus responsabilidades diarias.

La Asociación psiquiátrica americana (2010) menciona como:

Las preocupaciones que experimentan las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden persistir por años. De hecho, estos individuos con frecuencia afirman que en ningún momento de su vida no se han sentido tensos y ansiosos. Otras personas tienden a verlos como preocupantes, el trastorno de ansiedad generalizada es más común en mujeres. En la población general, la razón del sexo es aproximadamente dos tercios de mujeres en escenarios clínicos 55 a 60 % de los clientes diagnosticados con esa condición son mujeres. (p. 74).

Hay otros factores interesantes que se asocian con tasas más altas de este trastorno, como tener una historia de matrimonio previo, ser un ama de casa sin empleo externo y vivir en la sección noreste de Estados Unidos.

1.5 Desarrollo y curso

La Asociación psiquiátrica americana en conjunto con la Sociedad británica de psiquiatría argumenta que muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida.

Para Bernal & Quintanilla (2015)

El inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y busindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas. (p. 18).

Chavarrá Bernal y Quintanilla (2015) mencionan, el inicio del trastorno de la ansiedad generalizada difícilmente se da en la etapa de la adolescencia en virtud de que existen factores de estrés los cuales son mínimos ya que se preocupan por cuestiones como la escuela y rendimiento en otras posturas como el ámbito deportivo. Los adultos como el punto que se plasma en la investigación, tienden a tener otras preocupaciones como lo puede ser propios en cuanto a la salud, integridad, dignidad, y de bienes estar como se puede dar en la protección económica, laboral, cuentas por pagar para sustentar a su familia, ya que como se ve las responsabilidades son otras las que son apropiadas a la edad. Existen adultos que no cuentan con esos tipo de responsabilidad, pero de igual forma también pueden experimentar síntomas, que lo relaciona con el trastorno.

El trastorno de ansiedad generalizada puede sobre diagnosticarse en los niños. Cuando se considera este diagnóstico en los niños, se debe hacer una evaluación completa de la presencia de otros trastornos de ansiedad de la infancia y de otros trastornos mentales para determinar si las preocupaciones se pueden explicar mejor por alguno de ellos. Por ejemplo, un niño con trastorno de ansiedad social puede estar preocupado por el rendimiento escolar por temor a la humillación. Las preocupaciones relativas a enfermedades también se pueden explicar mejor por el trastorno de ansiedad por separación o por el trastorno obsesivo-compulsivo.

1.6 Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

Centro interdisciplinario de estrés y ansiedad menciona sobre las consecuencias del trastorno de ansiedad generalizada, menciona al hablar de las consecuencias de funciones del trastorno de ansiedad generalizada:

El Centro Interdisciplinario de Estrés y Ansiedad (2007)

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos. (p. 1).

La consecuencia del trastorno de ansiedad generalizada se genera en la preocupación, persistente y excesiva, que es creada por factores erróneos. Donde las emociones se pueden poner de manifiesto por las reacciones que se logran evidenciar por las personas.

1.7 Cómo obtener ayuda para los trastornos de ansiedad

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) menciona

Que la ayuda de un profesional de la medicina ayudaría a controlar el TAG: Se cree que padece de un trastorno de ansiedad, la primera persona a quien debe consultar al médico familiar. Un médico podrá determinar si los síntomas alarman se debe a un trastorno de ansiedad, otra condición médica, o ambos. El mismo profesional podrá darse cuenta en base a así profesionalismo si existen síntomas como para asegurar que se encuentra en el trastorno de ansiedad la cual fue bien diagnosticada y no con síntomas que no son en relación a la enfermedad. (p. 26).

Continúan manifestando el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) en cuanto al momento del diagnóstico de forma positiva es necesaria la ayuda profesional de las ciencias psicológicas para que le brinde los servicios y poder remover o que el paciente aprenda a controlar dicho trastorno. “Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el siguiente paso es usualmente consultar a un profesional de la salud mental”. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009, p. 26).

Para el (Instituto Nacional de la Salud Mental (2009)

El entorno familiar tiene un aspecto fundamental al momento de la ayuda en cuanto a la recuperación de una persona que padece de este trastorno, como continua explicando el Instituto Nacional de Salud Mental La familia es muy importante para la recuperación de quien padece el trastorno de ansiedad. Idealmente, la familia debe ofrecer apoyo y no ayudar a perpetuar los síntomas del ser querido (p. 26).

Capítulo 2

Terapia Cognitivo-Conductual

2.1 Tratamiento psicológico

Fernández y Rodríguez (2001) y Vélez (1991) hablan acerca del tratamiento psicológico: “La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo” (p. 25). Los profesionales nos hablan en relación a lo que es psicoterapia que tiene como fin el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas.

La que proporciona cambios contundentes para los deseos que desea modificar el paciente, en tanto a la comprensión de las ideas propias que guarda Expósito y López (2016) define el tratamiento psicológico: “con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva”(p. 84). Como se habló por lo interpretado por Fernández, Rodríguez y Vélez (2001) que sirve para cambiar actitudes y que los comportamientos no molesten afectando a la personalidad del cliente es necesario este tipo de tratamiento que esta eminentemente anexada al tratamiento cognitivo-conductual.

Según Rojas menciona (2014)

Los resultados publicados de estudios que preguntan a las personas que Investigación acuden a Atención Primaria indican que, o bien éstas aceptan positivamente las intervenciones psicológicas o prefieren las terapias psicológicas a los tratamientos farmacológicos como una modalidad de tratamiento para los trastornos de salud mental. (p.62)

Para Gálvez (1998)

En “de apoyo”, ofrecida por el médico de Atención Primaria y que suponen el núcleo y el inicio de cualquier intervención terapéutica. Es crucial la entrevista clínica y la adecuada comunicación del diagnóstico y del planteamiento etiológico para el paciente. La propia relación médico-paciente puede considerarse en sí misma un importante instrumento terapéutico. (p.28).

Según Rojas (2014)

Cuando el profesional, haciendo uso de lo que sería el buen arte de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, favorece la expresión de emociones y desde ahí reconforta, disiente, informa y refuerza la autonomía. (p.42).

Para Rojas (2014)

Aunque el abordaje se plantea desde numerosos enfoques teóricos, se describe, dentro de los diferentes modelos de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado, principalmente, sus estudios y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en Atención Primaria. (p. 42).

2.2 Antecedentes

Caballo (2009) menciona como antecedente de la terapia cognitivo conductual:

Cuando la Terapia de Conducta surgió formalmente había un consenso que se centraba en los aspectos comunes a todas las posiciones. Hoy es difícil detectar los restos de ese enfoque unitario, sin embargo, más que verlo como un problema no deja de ser una oportunidad de enriquecimiento. Dada esta situación puede ser más adecuado caracterizar o definir la Terapia Cognitiva-Conductual por lo que se consideran sus fundamentos teóricos y por las características que comparten las intervenciones que se hacen desde ahí, pues es difícil una definición, que no sea excesivamente extensa, pueda abarcar todos los aspectos

significativos de esta disciplina, quedándonos entonces en propuestas muy generales (p. 65).

La terapia conductual como su nombre lo indica se concentra en cuanto al comportamiento humano busca erradicar comportamientos que van en contra de la voluntad o los que son realizados por una mala adaptación y son no deseados, estas terapias se dan en personas con problemas que tienen problemas mentales, de comportamiento, o mala adaptación. Como puede ser el caso de la ansiedad generalizada. Es un tratamiento basado en las acciones, tiene por objeto promover y fomentar un cambio positivo en tanto a la actitud, lo que busca esta terapia es que, si bien el pasado tiene gran relevancia aprender nuevos comportamientos modificando los que no son deseados, ayudando al paciente y reducir total o parcialmente el problema.

Rojas (2014) inmiscuye al tema en concreto

Si bien la terapia conductual es muy eficaz se encuentra la relación que existe en la terapia cognitivo-conductual y argumenta. A partir de este entramado, se recogen a continuación las que se consideran principales características de la Terapia Cognitiva-Conductual actual con el objetivo de ofrecer una *visión* de los principios comunes a todas las orientaciones de esta disciplina. La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. (p.32).

El procedimiento del tratamiento cognitivo-conductual tiene a su haber una base muy extensa y científica experimental, como lo dice Rojas (2014) con un número amplio de procedimientos “utilizando las vistas en las ciencias clínicas psicológicas, la finalización del tratamiento depende la conducta tome distintos niveles, que sirve como una conducta considerando las actividades susceptibles de medición, donde se incluye aspectos que son ocultos”. (p.15).

Las intervenciones a terapias psicológicas se convierten en cambios cognitivos, emocionales y conductuales, que se modifican o eliminan, si estas no se producen, se pone énfasis en determinantes comportamientos, pero se da siempre el porqué de la acción.

Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de los resultados.

García Vera (2006) menciona que es

La terapia psicoterapia cognitivo-conductual la misma que se aplica personalmente en un conjunto de técnicas que conjugan principios activos de su eficacia para cada uno de los aspectos de ese problema. Por otro lado, la investigación en los últimos años ha permitido desarrollar y contrastar múltiples técnicas cognitivo-conductuales eficaces para todo tipo de trastornos mentales y problemas clínicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas, sexuales, de pareja o del sueño) hasta los considerados más graves (esquizofrenia, demencia, retraso mental o autismo) los cuales se aplican con toda clase de clientes y pacientes.

De hecho, aunque el hincapié en la valoración sistemática de la eficacia de sus tratamientos mediante la evaluación objetiva y la verificación empírica ha sido un constante a lo largo de la historia de la perspectiva cognitivo-conductual, en los últimos 10 años se ha convertido en un tema aún más importante que ha dado lugar a numerosas investigaciones y que han ampliado el ámbito de interés no sólo a la cuestión de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales, sino también a la de su efectividad y eficiencia (p. 3).

María Paz García Vera (2006) argumenta que:

La evaluación de la eficacia de los tratamientos se centra en la identificación de cualquier cambio beneficioso en los pacientes que pueda ser atribuido con suficiente garantía a la administración del tratamiento y no a otros factores ajenos a él. Para poder detectar más fácilmente esos cambios y descartar cualquier explicación alternativa de su origen, los

investigadores disponen las condiciones más óptimas posibles y de máximo control de todo tipo de variables extrañas (p. ej., con pacientes seleccionados mediante estrictos criterios de inclusión y exclusión que son tratados por terapeutas específicamente entrenados) y utilizan diseños experimentales controlados de grupo o de caso único que maximizan la validez de las conclusiones sobre los efectos beneficiosos del tratamiento. (p. 3)

2.3 Definición terapias cognitivo-conductuales

Para Rojas (2014) la terapia cognitivo-conductual

Se encarga en atender como es que piensa una persona en su entorno social con otras que lo rodean y si esto afecta o no en pensamientos (cognitivo) y sentimientos (conductual), y como estos cambios intervienen para hacer sentir mejor a comparación de algunas terapias las cuales son necesarias del habla, pero esta se encarga de hacer sentir de una mejor manera ya que su centro es el punto aquí y ahora Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos (p.17).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, entre otros.

Con el nombre se puede tomar en cuenta que la terapia conductual las técnicas que se consideran en el aprendizaje lo cuales con conductas que no están bien adaptadas, se toma en cuenta que el efecto para identificar análisis en los pensamientos y creencias, pero la terapia cognitiva tiene encuentra procedimientos que son mentales y cognitivos la distorsión sería sintomatológico con la identificación de los pensamientos para encontrar los pensamientos que son contrarios en la construcción de ideas.

2.4 Aspectos teóricos fundamentales

Aarón Beck fue el primero en experimentar y aplicar la Terapia Cognitiva-conductual en la década del sesenta, dicho tratamiento es encargado de solucionar en un tiempo prudente y breve problemas conductuales, emocionales y cognitivos que puede padecer alguna persona este tratamiento, va encaminado a la aplicación al problema que presenta el paciente, lo que se busca esencialmente es solucionar de una forma simple y práctica, con un proceso, psicológico, las influencias o comportamientos de los pacientes, y desde ese punto parte para realizar mayores investigaciones para mejorar la finalidad de la terapia

Según Ruiz (2012)

Los pioneros en usar las bases de la ciencia cognitiva de forma sistemática para el tratamiento de los trastornos psicológicos fueron los psicólogos Albert Ellis y Aarón Beck. El primero llamó a su modelo de aplicación terapéutica Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y el segundo llamó a su método de terapia Cognitiva (p. 37).

Se debe de dar la importancia debida a que los diferentes modelos que existían acerca de la terapia cognitiva, son mejor conocidos por su utilidad, las que se llaman técnicas o ciencia aplicada que puede hacerse ver con el método en su definición y logran objetivos para el enfoque en su partida.

El pionero de la terapia cognitivo-conductual Aaron Beck se basaba en los pensamientos automáticos los que se pueden definir brevemente como aquellos que aparecen de forma repentina, son breves y no son perceptibles, al menos que pueda ser reconocido por el paciente, para poder ser registrados y distorsiones cognitivas son sentimientos negativos que aparecen por una razón negativa donde la persona no pueda hacer las cosas, lo cual le genera frustración y llega a ocultar pignoración donde los pensamientos irracionales que los provocan.

Según Ruiz (2012) Beck diseño varios estudios encaminados a contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la ansiedad y depresión, como la hipótesis

freudiana de que lo que subyace a la depresión es un sentimiento de hostilidad dirigida hacia uno mismo, expresada en términos de necesidad de sufrimientos. Beck concluyó que los deprimidos no buscan el fracaso, sino que distorsionan la realidad adoptando puntos de vista negativos sobre sí mismos o su potencial para alcanzar bienestar o felicidad.

Se investigó que este tipo de terapias estaban sometidos los pacientes a la investigación que los pensamientos y con estos expresaban de forma independiente, se entablan en pensamientos por emociones de malestar, pero de estos no se tenía un control consciente de lo realiza hasta que se les cuestionaba y aunque lo exponían de forma voluntaria así.

2.5 Organización cognitiva

La organización cognitiva es la agrupación de información que se tiene por procesos educativos experimentales, donde la psicológica se encarga de la facultad del ser vivo para procesar información gracias al conocimiento adquirido.

Para Ruiz, Díaz, & Villalobos (2013)

El modelo cognitivo sostiene los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de supuestos previos o esquemas cognitivos (p. 31).

2.6 Esquemas cognitivos

Se encuentran organizadas en conceptos complejos por cifras sin complejidad los que se ubican dentro de la cognición creando impulsos ambientales. Existe un cumulo de creencias propias en cuanto a la percepción de la vida creando un ambiente del mundo, estos son apilados por función la que se proporciona individualmente, Los esquemas cognitivos, esquemas afectivos, esquemas motivacionales. Los cognitivos se relacionan con el recuerdo, se pueden dividir en dos tipos los instrumentales que preparan a la persona a la acción y los esquemas de control que busca la auto

observación donde una persona utiliza la introspección para autoevaluación y ciertas acciones las inhibe para que no sean realizadas, los afectivos se relacionan con los sentimientos, los motivacionales que se conectan con los deseos.

Según Ruiz (2012)

Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales como la amplitud (pueden ser reducidos y discretos, o amplios) la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación) y la densidad (influencia relativa en la organización cognitiva). En general, en TCC se utilizan con frecuencia indistintamente los términos esquemas cognitivos y creencias nucleares.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especificidad. Las creencias nucleares son concepciones de uno mismo y del mundo global y estable en el tiempo. Las creencias intermedias son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: Si...entonces y en cuyo desarrollo juega un papel importante las creencias nucleares. Los supuestos y creencias pueden hacer referencia a conceptos más generales o más específicos. (p. 78)

2.7 Procesos cognitivos

Los procesos cognitivos se procesan en la información que llegan por medio de los sentidos, para que se almacene el conocimiento es necesario arreglarlo, y este se recupere o se interactúe como se ha mencionado anteriormente con el entorno en el que se encuentra el hombre, para poder adquirir más conocimientos, y ponerlos en práctica.

Ruiz y Villalobos (2013)

Se refiere a los procesos cognitivos como una regla por la que los individuos cuando se encuentran en una situación que deben de enfrentar estos se estimulan para tener una reacción. Los procesos cognitivos son las reglas transformacionales a través de las cuales

los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos o son congruentes con la información de esquemas cognitivos preexistentes. Estas operaciones son procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Si bien la utilización de atajos o heurísticos contribuyen a una mayor economía y eficacia del sistema, también pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. Los sesgos más frecuentes son los llamados por Synder en 1981, sesgos confirmatorios, que hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar codificar y recuperar información consistente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos. A los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck en 1970 los denomina, distorsiones cognitivas. (p. 43)

Estos actos se relacionan con los esquemas la percepción de un pensamiento en el esquema instrumental sirve como una acción o también de control y el proceso cognitivo es esa fase de aprendizaje al momento del trastorno de ansiedad generalizada en adultos el proceso es difícil de controlar ya que las personas actúan de formas que no pueden controlar. En base a sus preocupaciones tienen o padecen de diferentes síntomas.

2.8 Productos cognitivos

Ruiz, Díaz y Villalobos (2010) mencionan que

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. Es a esos productos cognitivos a lo que Beck en 1970 denomina pensamientos automáticos. (p. 56).

Como se vio en los puntos anteriores se observa una conexión de cada uno de los aspectos ya que los productos cognitivos son proporcionados por los esquemas cognitivos y los procesos cognitivos, pero de lo que se encarga y pueden ser llamados como pensamientos automáticos, que son los pensamientos que aparecen de forma impredecible de tal forma que hasta ni se puede percibir en ocasiones.

2.9 Las creencias

Jonathan García-Allen en su página web titulada psicológica y mente reconocida en Barcelona redacta un artículo titulado terapia cognitiva de Aaron Beck y habla de las creencias las que: “Son los contenidos de los esquemas, y son el resultado directo de la relación entre la realidad y éstos. Es todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo” (García, 2018, p. 1).

En base a la ansiedad generalizada llega un punto donde las creencias son realizadas por los esquemas entre la realidad y estos pensamientos automáticos que aparecen de forma espontánea sin deseo de aparecer, por lo que las creencias nos dan directrices para darle sentido a lo que nos rodea. Aaron Beck distingue dos tipos de creencias los que se construyen en base a la experiencia:

“Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo” (García, 2018, p. 1). Es la percepción que una persona tiene de sí misma y de su entorno de forma eminentemente cognoscitiva, pero estos no son fáciles de borrar de la mente por ser centrales los tiene presente en su vida diaria como la identidad.

“Creencias periféricas: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre las éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones” (García, 2018, p. 1). Devienen de referencia de las centrales se encuentran alrededor de las mismas es como el actuar de una persona para identificar como se siente, piensa o actúa el paciente

2.10 El modelo explicativo de la ansiedad de Aaron Beck

Según Aaron Beck (2016)

El trastorno de ansiedad se deriva de distorsiones cognitivas, manera contrarias al pensamiento racional normal, los que aparecen en forma espontánea y sin deseadas hasta cierto punto, el punto de tener estos pensamientos constantes no deseados es que la distorsión mental cree pensamientos negativos, refiriendo a conducta que de igual forma son contrarias al comportamiento cotidiano por preocupaciones como se ha visto anteriormente incertidumbres o preocupaciones futuras que aún no han sido vividas o si ya han sido vividas causan este tipo de pensamientos (p. 43).

Ángeles Ruiz (2013) expone que las personas que sufren de ansiedad

Se vuelven vulnerables ante ciertas situaciones, y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las cogniciones sean la causa de la ansiedad, depresión o de otro trastorno emocional, lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos. (p. 49)

2.11 La tríada cognitiva en las personas con ansiedad

Regresando con García-Allen (2018) explica que es la triada cognitiva de la siguiente manera:

Cuando una persona se enfrenta a una determinada enfermedad, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Puesto que los esquemas que se activan una situación van a fijar cómo responde esa persona, las personas que padecen un trastorno de ansiedad generalizada se activarán esquemas inadecuados (p. 1).

A lo que se refiere Aaron Beck realizando el respectivo análisis los puntos en los que se enfoca la triada el primero es una perspectiva a uno mismo. Posteriormente al mundo o su entorno y en la siguiente la incertidumbre del futuro donde bien se ha hablado que al momento de tener

pensamientos persistentes y distorsionados en base a la ansiedad generalizada en adultos crea estos tres aspectos que le dará vista en el siguiente párrafo.

Para Allen (2018)

La tríada cognitiva se refiere a tres esquemas característicos que inducen al individuo depresivo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. De estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de síntomas depresivos que sufren las personas deprimidas, y que Beck denomina la tríada depresiva, consiste en una visión negativa. **Sí mismo:** las personas que padecen ansiedad generalizada suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suyo, y piensan que los demás les rechazarán. **Del mundo:** Se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos. **Del futuro:** La persona que padece depresión ansiedad generalizada que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre (p. 1).

Por sus preocupaciones futuras las cuales son incertidumbres donde uno no se puede asegurar de lo que pueda pasar, pero las personas con ansiedad piensan siempre en esa situación lo que les impide actuar ordinariamente más cuando está en su pensamiento persistente del saber el trastorno que padece.

2.12 Distorsiones cognitivas

Son esquemas, pero estos distorsionan al paciente de la realidad. Al momento de analizar el momento que activa estos esquemas son irracionales llevando a la realidad de forma distorsionada.

Ángeles Ruiz (2013) menciona las distorsiones cognitivas citando al creador de la terapia cognitiva-conductual el gran psicólogo Aaron Beck definiendo ese conjunto de distorsiones cognitivas como las siguientes:

Abstracción selectiva: se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos. Pensamiento dicotómico: los acontecimientos se valoran de forma extrema: bueno/malo, blanco/negro, todo/nada, etc. Inferencia arbitraria: consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Sobre generalización: consiste en extraer sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular.

Magnificación y Minimización: tendencia exagerar lo negativos de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo. Personalización: hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, mostrándose susceptible. Visión catastrófica: adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor. Deberías: consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas. Etiquetas globales: consiste en poner etiquetas globales los demás sin tener en cuenta otros matices. Culpabilidad: consiste en atribuirse a uno mismo o a los demás toda responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos (p. 86).

2.13 Pensamientos automáticos

Según Ángeles Ruiz (2013) Se dará mención a los pensamientos automáticos que se activan en base a sus características, los pensamientos automáticos son pensamientos que aparecen en una situación determinada cuando una persona que sufre ansiedad generalizada cualquier situación lo hace sentir incomodo los pensamientos automáticos como se mencionó anteriormente tiene sus propias características las cuales se mencionan a continuación.

Son mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta, siempre serán creído, independientemente de que sean irracionales o no, son aprendido, entran de forma espontánea en la conciencia, dramatizando y exagerando lo negativo de la situación, no son fáciles de detectar ni controlar, pues aparecen en el flujo del diálogo interno

También indica Ruiz (2012) al citar a Beck, que implementa su modelo eficaz el que es distintivo: es bien sabido por todos que los orígenes del modelo de Beck se encuentran en su interés por desarrollar un modelo eficaz y distintivo de tratamiento para la depresión. Beck siempre se planteó el desarrollo de tal modelo, Sin embargo, con el tiempo, el modelo evolucionó hacia campos como los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, por citar dos de las áreas principales. En su mérito intento de ampliar el modelo, Beck (1983), se planteó la necesidad de hacerlo girar hacia otras disciplinas. Se verá este intento en este trabajo.

2.14 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica que corrige los patrones que se encuentran en los pensamientos los cuales son negativos tienen por objetivo primordial modificar el modo para poder percibir las experiencias, de los pensamientos que aparecen de forma automática o pensamiento automáticos, para valora la cuestiones que provocan malestar. Burns (1998) Según los principios de Beck que se explican en cuanto a pensamientos negativos estos logran tener influencia:

Para Bados (2009)

Se explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en estos, el impacto de las interpretaciones y predicciones en lo que se siente y se hace, y la necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas. Esto último se consigue mediante preguntas, imaginación o simulación de situaciones y, especialmente, un autoregistro en el que el cliente apunta cada vez que experimenta un incremento notable de ansiedad los siguientes aspectos: evento desencadenante, pensamientos automáticos y ansiedad. Es importante que las cogniciones identificadas sean específicas (p. 38).

Suele suceder los casos en donde el paciente presenta problemas, y a pesar de la experiencia del terapeuta, este no puede individualizar el pensamiento que causa la mayoría de emociones negativas, lo cual resulta en un ataque de otros pensamientos, pero el pensamiento central no

recibe tratamiento; para solucionar la situación de este caso, se deben emplear dos tipos de solución; una es la técnica de flecha ascendente, en donde el terapeuta deberá de preguntar al paciente cuales son los problemas o pensamientos que le producen problemas, en base a una lista viendo la forma de expresar del paciente así se podrá clasificar; y una segunda forma es mediante un cuestionario, en donde se pueda identificar los pensamientos negativos más significantes.

Capítulo 3

Evaluación, metas y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

3.1 Evaluación del trastorno

La evaluación del trastorno de ansiedad generalizada puede darse mediante algunas formas, una es la evaluación clínica, la cual se realiza utilizando técnicas comúnmente aceptadas y probadas utilizando escalas y realizando un inventario sobre la ansiedad, además las evaluaciones conductuales, las cuales consideran el actuar de la persona, determinando así la forma de las situaciones cotidianas que vive.

3.1.1 Evaluaciones clínicas

Inventario de estado-rasgo de ansiedad (STAI). Spielberger y Sydeman (1994) define este tipo de inventario: “creado con el objetivo de evaluar la ansiedad en dos dimensiones, estado y rasgo”. (p. 10). La forma en que se creó el inventario fue a través de un número considerado de ítems los que fueron creados para evaluar la cantidad de ansiedad.

Antony (2001) el inventario de ansiedad permite evaluar cómo se sienten generalmente (ansiedad rasgo) y cómo se sienten en ese momento (ansiedad estado). Puntúa de 1 a 4. Limitaciones: no considera explícitamente los aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad y no diferencia bien la ansiedad de la depresión. El inventario de estado rasgo de ansiedad (STAI) tiene un formato de la siguiente forma.

Tabla 1
El inventario de ansiedad estado rasgo (STAI)

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy afligido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy inquieto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy “atado” (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

Fuente: Vera, P., Celis, K., Cordova, R., Buela, G., Spielberger, Ch. (2007).

Según Antony (2001) la escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (*HARS*) Sirve para evaluar a pacientes con depresión en una escala heteroaplicada tiene el objeto de examinar continuamente la lesividad de estos síntomas para poder apreciar los cambios, del paciente en depresión. Valorando la información que se obtiene por entrevistas o sesiones. Existen 14 ítems en la escala la cual se verá a continuación: semiestructurada heteroaplicada. Puntúa de 0 a 4. Limitaciones: carácter muy global del ítem, errores del observador. También existe una modalidad autoaplicada.

Tabla 2
El inventario de escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (STAI)

| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave |
|---|---------|------|----------|-------|-----------|
| 1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>9. Síntomas cardiovasculares.</i> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>10. Síntomas respiratorios.</i> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>11. Síntomas gastrointestinales.</i> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>12. Síntomas genitourinarios.</i> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>13. Síntomas autónomos.</i> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</i> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño Fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fuentes: Hospitales de Granada (2018)

Como indica el documento de Hospitales de Granada (2018) El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - ansiedad muy baja, 22–35 - ansiedad moderada, más de 36 - ansiedad severa.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

Tabla 3
El inventario de depresión y ansiedad de Beck (BAI)

| | En Absoluto | Levemente, no me molesta mucho | Moderna, fue muy desagradable pero pude soportarlo | Severamente , casi no puedo soportarlo |
|---|-------------|-----------------------------------|--|--|
| 1. Hormigueo o entumecimiento. | | | | |
| 2. Sensación de calor. | | | | |
| 3. Temblor de piernas. | | | | |
| 4. Incapacidad de relajarse. | | | | |
| 5. Miedo a que suceda lo peor. | | | | |
| 6. Mareo o aturdimiento. | | | | |
| 7. Palpitaciones o taquicardia. | | | | |
| 8. Sensaciones de inestabilidad e inseguridad física. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 9. Terrores. | | | | |
| 10. Nerviosismo. | | | | |
| 11. Sensación de ahogo. | | | | |
| 12. Temblores de manos. | | | | |
| 13. Temblor generalizado o estremecimiento. | | | | |
| 14. Miedo a perder el control. | | | | |
| 15. Dificultad para respirar. | | | | |
| 16. Miedo a morir. | | | | |
| 17. Sobresaltos. | | | | |
| 18. Molestias digestivas o abdominales. | | | | |
| 19. Palidez. | | | | |
| 20. Rubor facial. | | | | |
| 21. Sudoración (no debida al calor). | | | | |

Fuente: Martínez (2009).

3.1.2 Evaluaciones conductuales

La evaluación conductual, es una parte de la psicología, la cual se basa en el conocimiento de métodos, estrategias y conceptos, basándose en investigación empírica, mediante este proceso se hace uso de observación, medición y experimentación; mediante esta evaluación se logra la identificación de atributos y dimensiones.

“Permite la evaluación en vivo del grado de ansiedad y afecto negativo, pensamientos asociados con la angustia, cogniciones durante la preocupación y el tiempo invertido en ella” (Nezu, 2006, pág. 12). El análisis de la conducta se centra en la determinación de las características propias de la persona, esto se convierte en la base del diagnóstico, que se transformara mediante propuestas en las soluciones al problema identificado. En base a la evaluación se puede enmarcar cuales son

las variables intervinientes, las cuales definen la conducta, que al ser establecida como inadecuada necesitara ser tratada para darle una verdadera solución; durante este mismo proceso se debe tener un seguimiento al cambio e identificación de nuevas variables, con el fin de determinar un impacto real del proceso.

El reflejo de la vida cotidiana del paciente es la conducta, los momentos que generan ataques de ansiedad o instantes después de ellos se relacionan a las situaciones de vida. Las respuestas que se esperan es el manejo de los estímulos y las adecuadas conductas que permitan bloquear respuestas fisiológicas que se da con comportamientos negativos, para ello es necesario acciones adaptando estrategias para poder resolver los problemas.

Para Nezu (2006)

No sólo permiten evaluar los problemas antes y durante la intervención psicoterapéutica, sino que facilitan los efectos de las técnicas terapéuticas empleadas pues permiten tomar conciencia no sólo de los problemas sino también de los recursos y habilidades que se van adquiriendo, así como las estrategias llevadas a cabo para afrontar, enfrentar y resolver un problema ante cualquier situación que así lo requiera. (p. 12)

3.2 Plan de tratamiento

Los TAG son tratados, con la terapia cognitivo conductiva, este se toma sin importar el nivel de ansiedad que puede tener la persona adulta, se debe de diagnosticar para poder determinar, si sus problemas son generados por el trastorno de ansiedad generalizada o por problemas fisiológicos, y que tipo de trastorno puede ser o si hay un conjunto de trastornos los que provocan los problemas lo puede ser el alcoholismo, drogadicción, depresión entre otros los que deberán de estar controlados debidamente para poder aplicar el tratamiento.

Muñoz (2018) explica cómo es que debe de ser el tratamiento de trastorno de ansiedad:

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron

medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil. (p. 1)

En algunos de los casos, los pacientes creen que el tratamiento proveído no tuvo ningún cambio en su actuar de forma física y cognitiva, existen factores que le dan vista a estos supuestos, una de estas causas es por no usar el medicamento en el tiempo comprendido o la administración no fue la correcta. Los pacientes deberán de probar diferentes tipos de tratamientos antes de encontrar el correcto.

Carlos Muñoz Renata argumenta que la terapia cognitiva conductual es muy efectiva en cuanto a ayudar a personas adultas con trastorno de ansiedad generalizada.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad. (Muñoz Retana, 2018, pág. 1). En el cuadro # 8 de resumen de Plan Terapéutico que se encuentra en los anexos se explica cómo se realiza el tratamiento TCC para solucionar el TAG.

3.3 Metas de resultados finales

En el libro Cognitivo conductual redactado por Nezu (2006) y otros autores, menciona los resultados esperados del TAG al finalizar el tratamiento. Las metas de resultados finales al trabajar con individuos con TAG son disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. Un propósito importante es comprender mejor la preocupación, así como la diferencia entre la inquietud benéfica y la poco constructiva.

Debido a que en el TAG predomina la inflexibilidad del afrontamiento, el tratamiento pretende reducir las restricciones que implican dichos síntomas en la vida diaria. De modo que son básicas las medidas para mejorar la calidad de vida y las habilidades de afrontamiento, así como la capacidad del individuo para ver el mundo de otra manera. También debe intentarse la reducción del afrontamiento desadaptativo de los síntomas del TAG (p. ej., abuso de sustancias).

Otra meta final quizá sea aminorar el afecto negativo asociado al TAG. Además, debido a que “el TAG afecta de manera significativa y negativa numerosas facetas de la vida del individuo, la terapia tal vez se encamine a mejorar las relaciones sociales, así como el desempeño ocupacional y académico”. (Nezu, & Lombardo, 2006, p. 122).

3.3.1 Alterar las metacogniciones adaptativas

Wells y Carter (1999) describen la importancia de la metacognición, la importancia de las metacogniciones radica en que perpetúan la preocupación. De manera específica, los pacientes con TAG albergan ciertas ideas acerca de la función de tal inquietud. Dichas ideas en ocasiones implican una evaluación negativa de la preocupación que abarca un desempeño perturbador, exageración del problema y causa de angustia emocional (p. ej., “me voy a volver loco por inquietarme tanto”). Sin embargo, las ideas también pueden ser positivas. Así, los esquemas sobre la preocupación quizá representen aspectos benéficos de la misma que incluyan influencia motivacional, contribución al pensamiento analítico o a la preparación para algún suceso en potencia negativo, y un pensamiento mágico o supersticioso de que inquietarse impide que suceda dicho acontecimiento negativo (p. ej., “si me intranquilizo, ya no pasará nada malo”).

Las alertas meta cogniciones adaptativas se distingue en dos tipos que dependen del tipo de ansiedad generalizada de la que se esté hablando puesto que si se habla de el TAG tipo 1 son conexiones externas, donde quien las padece sufre de alguna amenaza o cuando es interna las que pueden ser somáticas cuando el sistema nervioso se central se conecta con los órganos del cuerpo humano generando síntomas físicos y el TAG tipo 2 es metacognitiva donde el ser humano tiene la capacidad de autorregular los procesos de en el caso de este tipo de Trastorno de ansiedad

generalizada al momento de que la persona tenga tantas angustias, miedos, genera formas de aprender desviadas por las percepciones internas acerca de sus pensamientos los dos tipos vistos se relacionan estrechamente ya que el tipo uno estimula un esquema cognitivo de instrumental de preocupación y el tipo dos da como resultado una mayor preocupación.

3.3.2 Intervenciones potenciales específicas de la meta

3.3.2.1 Reestructuración cognitiva

Nezu (2006) indica

Los pacientes con TAG a menudo no están conscientes de las ideas que albergan sobre la preocupación. La reestructuración cognitiva se centra primero en identificar los pensamientos automáticos distorsionados (p. ej., “va a pasar algo terrible”) y suposiciones disfuncionales (p. ej., “si me preocupo, nada malo va a ocurrir”). En consecuencia, se determinan y alteran las ideas básicas (p. ej., “nada puedo hacer”). Se instruye a los pacientes a identificar las distorsiones cognitivas (catastrófico, generalizaciones, adivinaciones, pensamiento dicotómico, desechar lo positivo) y remplazarlos con ideas más adaptativas. Es importante educar al paciente respecto de la forma con los pensamientos que no son sometidos a análisis en verdad perpetúan la preocupación (p. ej., “por si acaso pasa algo malo, tengo que prepararme estando inquieto”). Debe enseñarse a los pacientes a revalorar sus ideas respecto de la inutilidad de tales inquietudes. (p.124).

Lo que plantea es que para darle solución en base a la intervención se deberá plantear en primer término que se dé la reestructuración cognitiva por tal modo que la que la persona debe de reconocer los argumentos que lo pone en este punto cuando las ideas principales las cuales son distorsionadas como argumentos de menos precio, o ideas disfuncionales fuera de lugar, las que deberán de ser cambiadas por ideas positivas o acorde a un raciocinio ordinario.

Nezu (2006) también se refiere al desarrollo de múltiples en tanto la perspectiva es opcional podría ser por acontecimiento negativo temido, esto implica enseñar a los individuos con TAG a

alterar el procesamiento distorsionado de información. Los pacientes entienden que es la interpretación de circunstancias amenazadoras, y no las circunstancias mismas, lo que causa angustia. Además, se les enseña a evaluar de forma racional la probabilidad real, en comparación con a la posibilidad real, de que ocurra un suceso temido.

3.3.2.2 Terapia de resolución de problemas

Al hablar de la terapia de resolución del problema se toma el trastorno de primer tipo y se da prioridad de forma escalonada puesto que se da solución preocupación por preocupación y no todas juntas. Como menciona Nezu (1006) que se perpetúa mediante metacogniciones referentes a la preocupación. “Ir de preocupación en preocupación” opera para limitar la capacidad del paciente con TAG de comprender con claridad la naturaleza de los problemas estresantes que necesitan resolverse. Además, los pacientes a menudo no saben qué más hacer aparte de inquietarse. Así, la terapia de resolución, misma que pone un hincapié particular en ayudar a los pacientes a que definan mejor sus problemas y en generar soluciones alternas, contribuye a que establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas.

3.3.2.3 Terapia de ampliación de conciencia

Las terapias de ampliación de conciencia, es cuando existe una ansiedad por la preocupación de lo que pasa en el futuro, con el impulso de las metacogniciones sobre la preocupación, los pacientes con TAG pasan mucho tiempo preocupándose por el futuro recomiendan la terapia de ampliación de conciencia con un componente importante de un plan general de tratamiento para personas con TAG. Al retomar algunos puntos de la terapia de aceptación y compromiso (TAC).

Hayes (2003), promueven intervenciones que permitan que el paciente acepte el presente en lugar de preocuparse por lo que pueda pasar. Destacan la psicoeducación en relación con las ideas acerca de la preocupación, el entrenamiento de relajación, la exposición y la “acción consciente” (p. ej., resolución de problemas y establecimiento de metas positivas) para disminuir la

preocupación y las ideas acerca de ella, así como aumentar la probabilidad de alcanzar metas positivas a largo plazo.

3.3.3 Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

Los pacientes con TAG tienen mucha intolerancia al no saber qué es lo que pasa en el futuro los que padecen de trastornos de ansiedad, la intolerancia procede cuando la se tiene preocupaciones

Nezu (2006) argumenta como sobre disminuir la intolerancia a la incertidumbre, los pacientes con TAG se preocupan para disminuir la incertidumbre acerca del futuro e impulsar un falso sentido de control (p.ej., “si me preocupo porque mi esposo llegue bien a casa, lo hará”). Aunque estos individuos reconozcan la escasa probabilidad de que suceda el suceso traumático temido, su inquietud sirve para disminuir por un tiempo su ansiedad, pues se les percibe como algo que pueden hacer respecto a la incertidumbre.

Las personas con TAG se preocupan de modo consistente acerca de sucesos futuros y centran su atención en estímulos amenazadores, los cuales interpretan como indicadores de peligros por venir. Esta orientación al futuro origina que el paciente con TAG se prepare (p. ej., emocional y físicamente) para el peligro previsto. Así, la preocupación opera como mecanismo de afrontamiento cuando se experimenta esta falta de tolerancia a la incertidumbre.

Tome como ejemplo al paciente que se preocupa (sin fobia) por volar, a pesar de conocer la seguridad de la aviación (p. ej., “ya sé que hay una probabilidad de uno en un millón de que se estrelle el avión, pero si me preocupo estaré preparado”), Esto genera una activación crónica, un afecto negativo y un sentimiento de pérdida de control, todo lo cual aumenta la respuesta de la preocupación. Barlow en (2002) describe este fenómeno como el “ciclo de la aprehensión ansiosa”.

Esta intolerancia se llega a percibir cuando el paciente se da cuenta que no existe o que no son o están en realidad el TAG se caracteriza en una orientación negativa de los problemas, guarda

relación con la percepción del mundo del individuo esto ocurre por atribuciones inexactas donde las amenazas tienen o perciben una falta de control. Así un compromiso para tomar los problemas de mejor manera. Dugas menciona de la intolerancia:

Para Dugas & Ladouceur (2010) Es un factor significativo de la orientación negativa del problema y al presentarse ambos sirven para distinguir a la gente con TAG de las muestras no clínicas. Se ha descubierto que una orientación negativa del problema es un predictor significativo de preocupación y en general se relaciona con habilidades desadaptativas de resolución de problemas.

Nezu (2006) habla en su libro Cognitivo-conductuales menciona sobre el auto monitoreo que es importante para el plan general con pacientes al Trastorno de Ansiedad Generalizada, se enseña a los pacientes a identificar las señales o estímulos que desatan la ansiedad, los pensamientos asociados con tales señales y sus reacciones a ellas. Las señales quizá sean internas (pensamientos, sensaciones físicas) o externas (sucesos estresantes).

El Auto monitoreo no sólo ofrece a los terapeutas más información sobre los síntomas, sino también sirve para que los pacientes conozcan más de sus preocupaciones (p. ej., cómo se relaciona la preocupación con su sentido reducido de tolerancia). Con este conocimiento incrementado disminuye la sensación de incertidumbre y aumenta la percepción de control. El automonitoreo es un examen que el paciente realiza para sí mismo donde revisa su autoevaluación.

3.4 Eficacia de la terapia cognitivo-conductual

La eficacia en la terapia cognitivo conductual es demasiado efectiva de forma breve se puede solucionar un trastorno si se llega a seguir los pasos. La pionera de esta terapia es la terapia racional emotiva conductual prosiguió con diferentes evoluciones recae en la terapia cognitivo-conductual.

La base teórica fundamental de este tipo de terapia se encuentra en la psicología cognitiva y en el conductismo, es una escuela de la psicológica surgida por varios autores tiene una serie de principios básicos, de los cuales se puede mencionar: los individuos responden a las representaciones cognitivas (interpretaciones, percepciones y evaluaciones) de los acontecimientos ambientales, la cognición disfuncional media la perturbación emocional y conductual, las cogniciones se pueden evaluar y registrar, el cambio cognitivo produce cambios emocionales y conductuales.

3.4.1 Beneficios de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada

Los beneficios de la terapia tienen un punto empírico es efectiva va hacer la eficacia de esta terapia donde la variedad donde el tipo de intervención psicológica se ha demostrado que funciona este tipo de terapias.

Se enfoca en el presente e investiga los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Aunque hace una historia clínica, no se focaliza demasiado en el pasado. Se evalúan las interacciones entre las cogniciones, emociones y comportamientos de las personas en su contexto o situación y sus consecuencias. Utiliza procedimientos y técnicas cognitivas y conductuales enfocadas al cambio.

El énfasis de la TCC está puesto más en el que tengo que hacer para cambiar, que en el lugar del porqué. Por lo general, utiliza terapias orientadas a corto plazo, de duración breve y de tiempo limitado. Pone énfasis en la verificación empírica y en la cuantificación, con lo que se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y plantillas en los que se evalúan los síntomas específicos, su frecuencia, duración, intensidad y otras características. Ésta medición se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

Está centrada en la resolución de síntomas generados por una filosofía de base irracional o disfuncional. El objetivo de la terapia es reducir conductas, sentimientos y pensamientos disfuncionales y promover una mejora en el funcionamiento global de las personas. Pone el énfasis en el cambio. Se anima al paciente a practicar nuevas conductas y cogniciones durante las sesiones y entre sesiones.

Vicente Caballo (2009) menciona que se ha encontrado la terapia efectiva es el tratamiento para los trastornos de ansiedad generalizada. Finalmente, es importante señalar aquí que se ha encontrado que la terapia cognitiva es efectiva en el tratamiento de trastornos distintos a la ansiedad. En su revisión reciente de psicoterapias para adultos con apoyo empírico, advirtieron que la terapia cognitiva se ha usado con éxito en el tratamiento de los siguientes trastornos: el de ansiedad generalizada, el obsesivo-compulsivo y el de angustia. También existen cada vez más textos que documentan la efectividad de la terapia cognitiva en el tratamiento de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia nerviosa, las dificultades maritales y la disfunción sexual. Además, también se ha encontrado que la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual son efectivas en el tratamiento de dificultades con un importante componente físico, así como psicológico.

Como menciona Vicente Caballo se puede advertir que la terapia cognitivo conductual ayuda en varios trastornos específicamente a la ansiedad generalizada que pueden afectar tanto físicamente como en el ámbito psicológico.

3.5 Intervenciones potenciales específicas de la meta

3.5.1 Terapia de exposición

Thomas Borkovec (1996) argumenta que una persona con trastorno de ansiedad generalizada es más alta para evitar cogniciones experimenta ansiedad constante por pensamientos de temor como se verá a continuación el expone

Para Borkovec & Whisman, (1996)

A diferencia de otros trastornos de ansiedad en lo que la evitación conductual es más visible, la evitación en los pacientes con TAG se caracteriza por evitar cogniciones. La exposición para quienes padecen TAG pretende contemplar por completo los pensamientos temidos y experimentar la ansiedad resultante. Como en toda terapia de exposición, el paciente debe comprender a cabalidad el propósito de habituarlo a los pensamientos problemáticos. La exposición se presenta también como una oportunidad de aplicar otras habilidades aprendidas (p. ej., reestructuración cognitiva). Se ha demostrado que la terapia de exposición es un componente eficaz del tratamiento al trabajar con el TAG. (p. 96).

Lo que pretenden es exponer ese cambio de personalidad o físicos, también conocer lo que le crea ansiedad, donde se busca reestructurar lo que es el trastorno cambiando los pensamientos y efectos físicos que causa por pensamientos positivos y así perder miedos y preocupaciones.

En los adultos que padecen de trastorno de ansiedad generalizada al momento de tratar y observar la exposición se deberá realizarse como lo menciona Nezu, Nezu, & Lombardo, (2006) de la siguiente manera:

Para llevar a cabo la exposición en el TAG, los pacientes primero identifican dos o tres preocupaciones previstas. Se determinan imágenes vívidas (cogniciones, emociones, comportamientos) para cada situación. Después se pide al paciente que se concentre en la preocupación y sus imágenes correspondientes durante un periodo de 25 a 30 minutos, el cual le permite experimentar sus temores. Después de la exposición viene la sesión informativa, en la cual el individuo analiza y procesa lo que le hace sentirse ansioso. Si el paciente no accede a terapia de exposición, el terapeuta incrementa su adhesión al modelar el protocolo de exposición, con el fin de fomentar el empleo de autodeclaraciones de afrontamiento positivas y de enseñarle a usar la “proyección temporal” (p. ej., “¿Cómo se sentirá en una hora después de hacer esto?”). (p. 146).

Lo que se busca con la exposición de miedos y temores busca experimentar con el paciente y esos temores por un tiempo determinado y controlado para que el mismo pueda comprender en qué momento se siente con la ansiedad.

3.5.2 Ensayos conductuales

Como se ha explicado en pasajes anteriores las preocupaciones internas del paciente se alimentan y hacen más fuertes por sucesos catastróficos que hayan vivido, aunado a ello se encuentran las supersticiones y evitación como continúa expresando Nezu (2006) en base a lo referido: similares a la exposición, los ensayos conductuales (o comprobación de hipótesis) facilitan tanto la experiencia del temor como la desconexión entre la preocupación y la no ocurrencia del suceso temido. Se enseña a los pacientes a ver sus pensamientos como hipótesis, no como hechos, para las cuales se busca evidencia que las apoye o las descarte. Se instruye a los pacientes a definir con claridad sus ideas acerca de las consecuencias percibidas de la prevención de la respuesta. Después se les pide que comprueben la veracidad de sus ideas cuando no manifiestan sus comportamientos de evitación o preocupación. Acto seguido, el individuo valora el resultado real en comparación con el predicho.

Se busca que los pacientes logren identificar con precisión las ideas que le genere este tipo de respuestas se deberá valorar el grado de cada una de las sensaciones que manifiesta el paciente, por ejemplo, la persona que tenga miedo de si leer cuando una persona falle causa la muerte como se ha visto es una idea irracional, pero al momento de probarlo con el paciente que se dé cuenta y así que cree sus propias conjeturas.

3.5.3 Estrategias interpersonales

Se dice que las estrategias interpersonales es cuando una persona que tiende a alejarse de las personas por temor al rechazo por tal razón piensan que al no estar en contacto con otras personas se evitan esos tipos de tratos y al momento de estar en un entorno con un conglomerado de gente el trastorno de ansiedad generalizada se hace presente esto se puede ver en personas

adultas que tienen miedo a hablar en público o el simple hecho de estar en lugares donde hay personas, los llega a afectar, con síntomas físicos como es la sudoración, garganta seca, inhibición entre otros. Nezu(2006) en su obra que lleva por nombre Cognitivo-conductuales un enfoque basado en problemas menciona acerca de esta intervención:

Para Nezu, Nezu, & Lombardo (2006) los individuos con TAG a menudo se distancian de los demás en un intento por evitar críticas o rechazo que temen pudieran ocurrir si se acercan a la gente. La evitación del afrontamiento resultante desgasta las relaciones e impide el desarrollo de otras relaciones potenciales. Se ha demostrado que en el TAG las preocupaciones a menudo giran en torno a las relaciones interpersonales. Además, las dificultades interpersonales persistentes predicen resultados deficientes en la terapia cognitivo-conductual.

El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación mejora las interacciones interpersonales. Newman (2004) elaboró una extensa intervención llamada terapia integrativa, un tratamiento que incorpora procedimientos interpersonales, de terapia cognitivo-conductual y factores empíricos. Además, en un intento por disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales, la terapia se aplica junto con compañeros que contribuyen a abordar las relaciones deterioradas.

Con la terapia cognitivo-conductual aparte de erradicar esos temores facilita al paciente en sus habilidades sociales interpersonales, facilidad de habla, la terapia integrativa que iría ayuda a la reinserción del paciente a la sociedad para que pueda inmiscuirse en la sociedad de una forma ordinaria.

3.5.1 Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad

Cuando un adulto tiene el trastorno de ansiedad generalizada difícil es pensar que los síntomas físicos que provoca el trastorno podrá reducir de un día a otro es un proceso exhaustivo donde se busca la mejoría de la tensión muscular síntomas somáticos entre otros como refiere lombardo:

Para Nezu, Nezu, & Lombardo (2006) los síntomas físicos de la TAG se relacionan menos con la activación del sistema nervioso simpático (p. ej., ritmo cardiaco elevado) y se experimentan más como tensión muscular. Los síntomas somáticos asociados quizá incluyan inquietud, intranquilidad, irritabilidad, dificultad para dormir, fatiga y dificultad para concentrarse. Además, algunas enfermedades médicas se asocian con la TAG, como dolor de pecho y el síndrome de intestino irritable. De hecho, la gente con TAG solicita mayor asistencia médica en comparación con el público general.

Cuando los síntomas físicos son de gravedad de llegar al punto de un dolor de pecho insoportable, falta de aire se requerirá solicitar una asistencia media intensiva para lograr un control de un profesional de la medicina y lograr los efectos deseados.

3.5.2 Intervenciones potenciales específicas de la meta

La intervención busca entrenamientos de relajación para las personas que sufren de una tensión muscular provocada por el trastorno en momentos de preocupación o miedo donde los adultos padecen de síntomas somáticos, es necesaria la relajación tanto progresiva muscular como la respiración, se pueden usar varias formas masajes, imágenes aromas, técnicas de relajación que aportan una mejora al paciente.

Entrenamiento de relajación. Se enseñan varios tipos de habilidades de relajación para que los pacientes reduzcan los síntomas somáticos asociados con el TAG. Según Öst (2000).

La relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación son algunas técnicas de relajación. Debido a que los pacientes con TAG a menudo informan dificultad para relajarse, deben presentarse y practicarse con frecuencia diversas técnicas para disminuir la tensión. (p. 39).

Cuando una persona adulta vive con el trastorno de ansiedad generalizada se le es difícil mantener relajado pues por el problema que padecen las preocupaciones y miedos los hacen estar en alerta, pero existen varias técnicas para disminuir la tensión como tratamientos de relajación.

Sin embargo, es importante observar que para algunos pacientes con TAG la relajación produce un paradójico incremento de ansiedad. Para Nezu, Nezu, & Lombardo (2006) en el caso de estos individuos, la relajación intensifica su percepción de falta de control, lo que genera mayor preocupación y angustia somática. Además, en lugar de ser capaces de relajarse, algunos pacientes pasan el tiempo de tranquilidad pensando una y otra vez en sus mortificaciones. Debido a que los individuos con TAG son a menudo perfeccionistas, las perturbaciones como “¿estoy haciendo bien esto?” reducen aún más la respuesta de la relajación. Para prevenir algunos posibles efectos adversos del entrenamiento de relajación, el terapeuta debe proceder con cautela, recordando a los pacientes su control durante las inducciones y explicándoles que la relajación no es “correcta” o “incorrecta”, sino un proceso que progresa con el tiempo y la práctica.

3.6 Estructuración del proceso terapéutico

Burns (1998) señala los 7 pasos que se llevan a cabo a lo largo del proceso terapéutico para conseguir el cambio cognitivo: proporcionar la lógica del tratamiento, entrenar al paciente en técnicas de autoregistro, promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas, identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por los que se han formado y se mantienen, contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas, articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas), preparar para la terminación de la terapia y prevenir recaídas.

3.7 Modelo propuesto para el orden de las sesiones en el tratamiento de la ansiedad generalizada

Según Nezu, Nezu, & Lombardo (2006)

Para tratar a un paciente adulto se deberá de realizar de 15 a 20 sesiones que se efectuaran una vez por semana al menos que exista un grado muy elevado de dicha ansiedad se deberá de duplicar las primeras cinco semanas donde pasara de una sesión a la semana a dos por semanas puesto que la gravedad en la que se encuentra el paciente se amerita, posterior a

esas 5 semanas se continua con normalidad el tratamiento de 1 sesión a las semanas, hasta finalizar el proceso de 15 y 20 sesiones.

Sesión 1-3: explicación del modelo cognitivo-conductual de la ansiedad, utilización de ejemplos propios, enseñanza de una técnica de relajación. Sesión 4-6: identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas más frecuentes en la ansiedad, introducción de poner a prueba los pensamientos automáticos a través de las respuestas alternas. Enseñanza de otra técnica de relajación. Uso de la tabla de pensamientos disfuncionales.

Sesión 7-9: ejercicios de respuestas alternas como la prueba de la realidad, prueba del continuo, autodistanciamiento. Sesión 10-12: uso de técnicas de imaginación. En la sesión 13-15: técnicas de resolución de problemas, introducción al papel de las creencias nucleares y reglas. Técnica del descenso vertical. Sesión 16-20: Modificación de creencias nucleares. Fin de la terapia y sesiones de retroalimentación. (p. 132).

3.8 Primera sesión

La primera sesión se busca recoger toda la información posible como mención a Villalobos: “Los objetivos que deben cubrirse son: recoger información relevante sobre la problemática del paciente, establecer un buen rapport, explicar brevemente los fundamentos teóricos de la terapia Cognitiva Conductual, esbozar el tratamiento y generar expectativas de cambio” (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2013, p. 96). Un rapport es el fenómeno donde dos o más personas se sienten en un mismo pensar se podría decir en sintonía, una forma de empatía, donde se relacionan muy bien existe atención mutua, positividad mutua y una coordinación.

Según Ruiz, Díaz, & Villalobos (2013) para detallar los objetivos dividiendo la entrevista en dos fases los cuales son: una entrevista abierta para obtener el rapport, diagnóstico diferencial, entrevista estructurada, diagnóstico. La segunda implica una entrevista que incluye: pruebas psicométricas, compartir con el cliente la formulación provisional de cada trastorno identificado, analizar las expectativas del cliente sobre la terapia y el terapeuta, seleccionar los problemas más urgentes y accesibles clasificando las metas, que han de ser específicas, realistas, factibles,

evaluables y que se llevan a cabo en un plazo limitado, definir el rol del terapeuta y del cliente durante las sesiones y en a propuesta de tareas para casa, proponer una actividad entre sesiones que garantice una experiencia de éxito inmediata, recabar información sobre la opinión del paciente y su reacción a esta primera entrevista.

Continuando en el mismo orden de ideas Ruiz, Díaz, & Villalobos (2013) la reducción de síntomas como se vio anteriormente es prioritaria de la primera entrevista para que sea de forma objetiva se crean cinco categorías según Aaron Beck las cuales son: afectivos: tristeza, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de gratificaciones, pérdida de alegría, ansiedad, distancia emocional de otras personas, motivacionales: deseo de escapar, deseo de evitar actividades cotidianas, deseo de evitar problemas, cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de memoria y atención, distorsiones cognitivas, conductuales: lentitud, pasividad, agitación, evitación de contacto con otras personas, fisiológicas: alteraciones del sueño, apetito, etc.

Cuando se pone en contacto al paciente adulto a sus emociones y pensamientos negativos, se intenta o implementan estrategias para que se dé con éxito las sesiones y las mismas causen efectos fuera de ella el paciente y el terapeuta puede entender correctamente el problema y las relaciones del porque son causadas. Como saber cuáles son las emociones, reacciones y pensamientos que tiene cuando está padeciendo estas. El resto de sesiones cumplirán los objetivos de la Terapia cognitivo conductual.

3.9 Estructura del resto de las sesiones

Para Ruíz (2012) la estructura formal es muy similar y podría organizarse en seis fases: comenzar la sesión dedicando un tiempo a revisar el estado general del paciente y establecer objetivos, discutir y comentar aspectos relacionados con la última sesión y lo que el paciente ha sentido, revisar los registros de las tareas programadas para casa de la sesión anterior, cuestionar y buscar evidencia empírica de pensamientos automáticos, sesgos negativos y creencias, programar nuevas actividades; anticipando las posibles dificultades, dudas, predicciones de los resultados y realizando ensayos de conducta (imaginación, role-playing) obtener feedback de la sesión

comentando y resumiendo el contenido de la sesión, incluyendo lo que se ha dicho o le ha alterado, lo que le ha sido útil o no le ha ayudado.

3.10 Tareas para casa

En la terapia cognitiva-conductual se busca que aparte de las sesiones el paciente deberá realizar ejercicios fáciles como se pueden apreciar en este tipo de terapias puesto que la brevedad y lo práctico que es permite realizar este tipo de ejercicios para que el paciente se auto ayude al momento de realizar este tipo de ejercicios y poder controlar los pensamientos automáticos inadecuados.

Ruiz (2013) se refiere a la terapia cognitivo-conductual

Son parte integral de la Terapia Cognitivo-Conductual, pues a través de ellas, se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos. Por ello, es fundamental hacer ver al paciente que las tareas para casa o ejercicios entre sesiones son un componente básico del tratamiento, de cuya realización depende en gran medida el éxito terapéutico. El papel del paciente en el diseño de las tareas para casa se va incrementando a medida que avanza el tratamiento; puesto que el objetivo último es conseguir que sea capaz de organizar sus propias actividades y moldear y dirigir su propia conducta. (p. 22).

3.11 Prevención de recaídas

Es un hecho que, aunque se finalice la terapia cognitivo-conductual se hace evidente que en algún momento donde el paciente adulto padezca de un problema o se encuentre en una situación estresante o traumática que si bien lo haga retrotraerse a recuerdos anteriores o bien generar nuevos traumas que creen nuevamente el trastorno de ansiedad, es necesario que la persona que padezca esto retome los ejercicios o tareas en casa para poder controlarlos y no volver a sesiones de este tipo.

Para Ruiz (2012) se enfatiza la necesidad de seguir practicando las estrategias aprendidas, de perseverar aun cuando las cosas sean difíciles y de felicitarse por los logros. Se recuerda a los pacientes que habrá ocasiones en que experimentarán inevitablemente preocupación y ansiedad, ya que estas son reacciones normales ante las situaciones estresantes. Es importante que sepan esperar estos aumentos y que apliquen lo que han aprendido cuando ocurran. Es fundamental distinguir entre un contratiempo (fluctuaciones normales en preocupación y ansiedad) y una recaída (una vuelta al estado anterior a la terapia).

Conclusiones

Al definir el trastorno de Ansiedad generalizada es un trastorno psicológico que padecen las personas al pasar por momentos muy estresantes o por algún trauma, dan inicio donde posterior a eso se tiene preocupaciones muy intensas generando miedos o inseguridades, angustias futuras las que se dan cuando la persona se encuentra en diferentes situaciones creando reacciones físicas como lo son hiperventilación, manos sudorosas, taquicardia, boca seca, incluso desmayos.

Se determinó que la terapia cognitivo-conductual es efectiva al momento de tratar con pacientes de la etapa adulta por ser de práctica breve y con su metodología dinámica corrobora su efectividad, existiendo una participación en relación al paciente – terapeuta, el paciente deberá de realizar los ejercicios guiados por el terapeuta realizando los diferentes procesos. Al momento de examinar el tratamiento se denotó el uso de diferentes aspectos cognitivos como la organización cognitiva, procesos cognitivos generando productos de cambio, que se deben expresar para los pensamientos modificados los cuales se utilizaran de forma funcional.

Analizando la evaluación, metas y tratamiento de la terapia cognitivo conductual se puede evidenciar varios puntos donde es importante la correcta evaluación de la persona adulta para diagnosticar el trastorno puesto que es amplio el campo los otros trastornos que se pueden encontrar, las metas con las cuales se intenta ver en la terapia evidentemente deberá ser la disminución de tolerancia a la incertidumbre lo que es factor fundamental para que exista una mejoría, ya que la angustia y las preocupaciones se dan por cosas inciertas y futuras.

Recomendaciones

Recordar que el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno psicológico que se puede desarrollar al momento que una persona pasa por asuntos muy estresantes o por algún trauma. Saber diagnosticar en base a los síntomas generados es muy importante, por lo cual se recomienda utilizar los instrumentos adecuados o referir a un médico psiquiatra. Considerar la sintomatología como miedos o inseguridades, angustias futuras las que se dan cuando la persona se encuentra en diferentes situaciones creando reacciones físicas como lo son hiperventilación, manos sudorosas, taquicardia, boca seca, incluso desmayos.

Aplicar la terapia cognitivo-conductual, ya que es efectiva al momento de tratar con pacientes de la etapa adulta, ésta es una práctica breve y con sus ejercicios corrobora su efectividad, existiendo una participación en relación al paciente y terapeuta guiar al paciente para la realización de los diferentes ejercicios.

Realizar un de plan de tratamiento se pueda acoplar al caso, utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual, evidenciando varios puntos donde es importante la correcta adaptación de las técnicas para la persona adulta. Para eso es importante contar con una evaluación específica y clara de los aspectos que se deben trabajar.

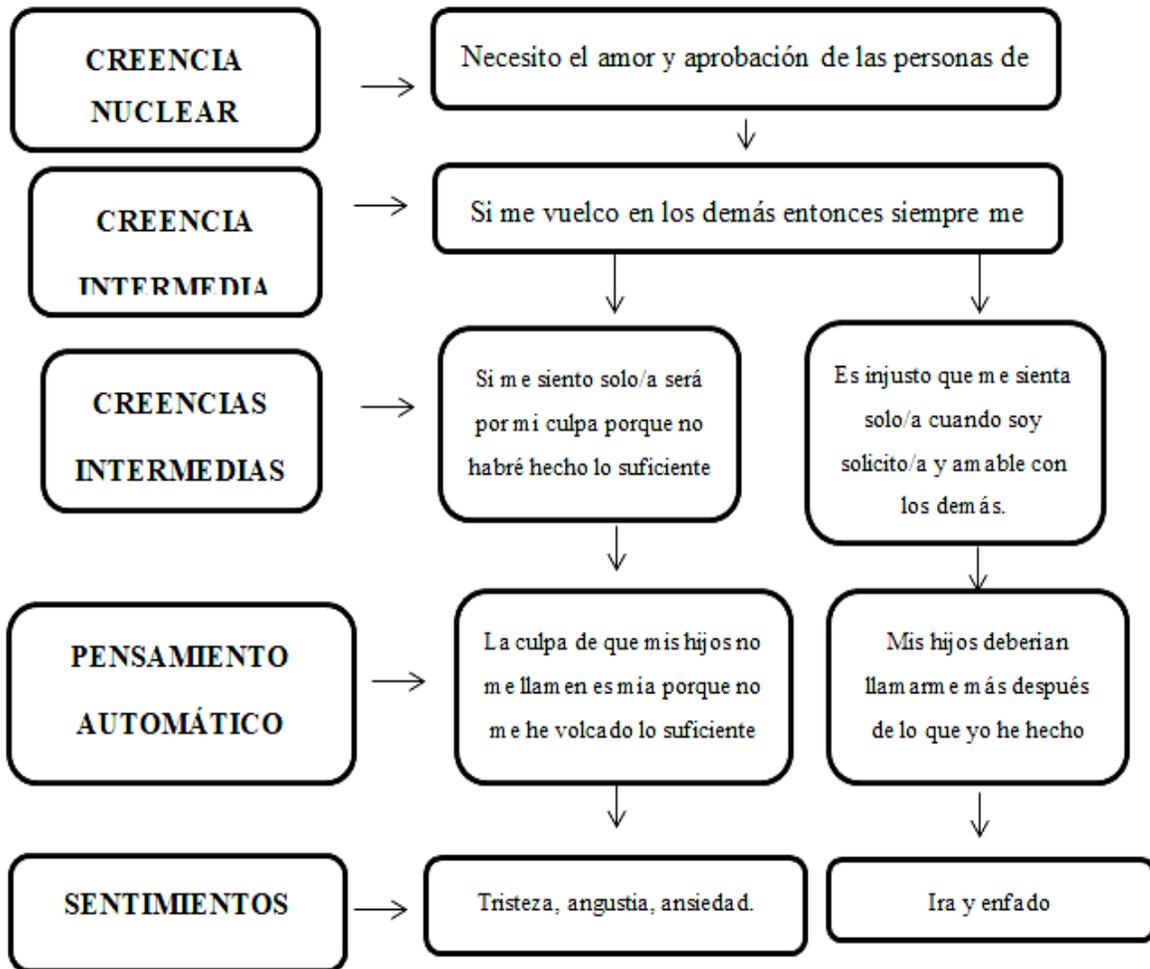
Referencias

- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Cognitivo-conductuales un enfoque basado en problemas*. Bogota D.C, Colombia: Manual Moderno.
- Borkovec, T. D., & Whisman, M. A. (1996). *Tratamiento Psicosocial para el trastorno de Ansiedad Generalizada*. Washington: American Psychiatric Press.
- Caballo, V. (2009). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (3ra. ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M., & Ladouceur, R. (2010). *Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada*. Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, F. (2006). *Efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual. Una versión teórico-práctica*. España: Paidós Iberia.
- Öst, L. G. (2000). *Relajación aplicada versus terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada*. Estados Unidos: Elsevier.
- Ruiz, A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. A.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). *Pruebas de un modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada*. Estados Unidos: Elsevier.
- Muñoz Retana, C. (28 de agosto de 2018). *Tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de Tratamiento de la ansiedad: https://www.geosalud.com/salud_mental/ansiedad.7.htm

Anexos

Anexo 1

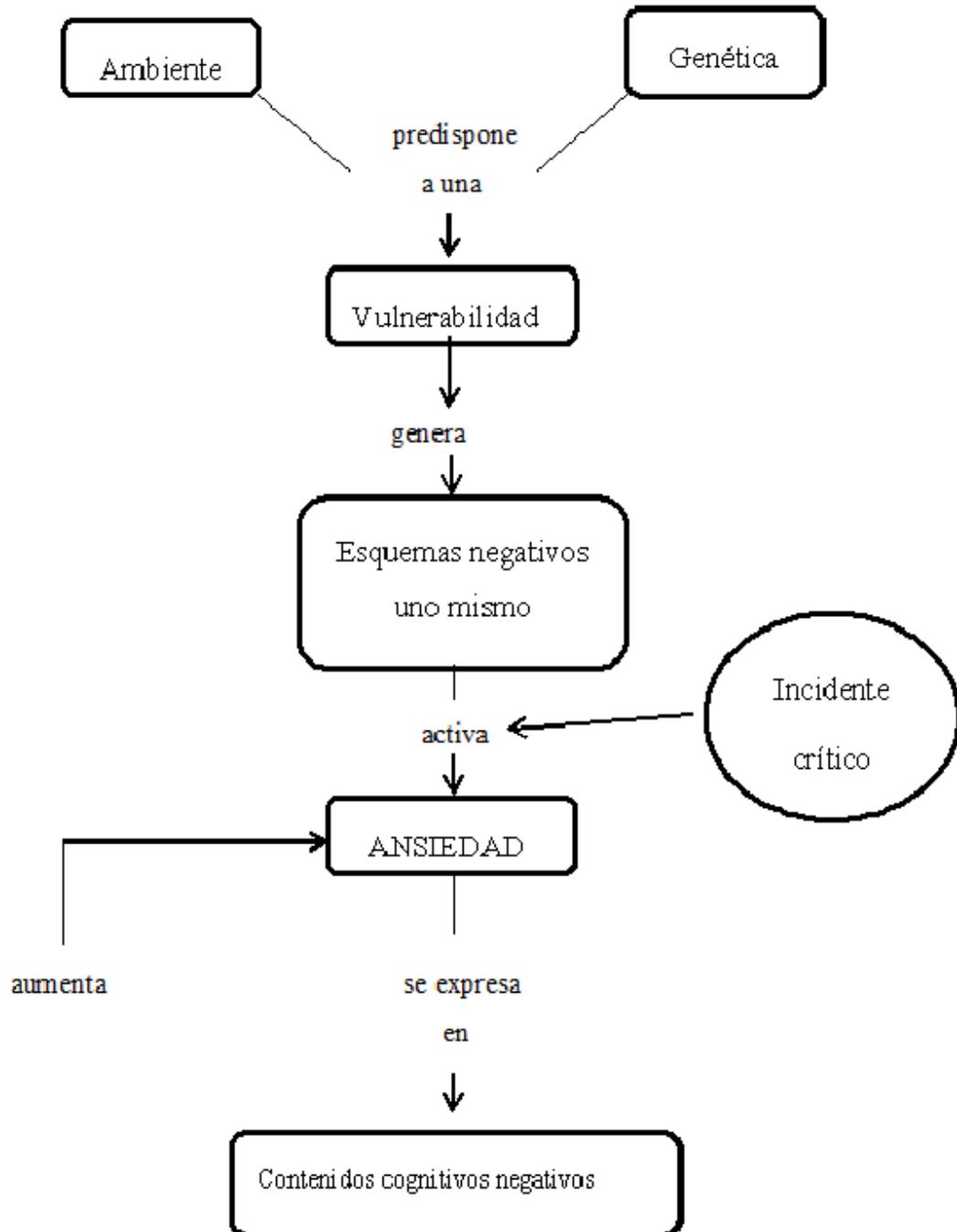
Esquema de conexión entre distintos niveles de profundidad de creencias y supuestos básicos, pensamientos automáticos y las emociones



Fuente: Adaptado de A.T.Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Mery, (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión Bilbao.

Anexo 2

Modelo de ansiedad de Aarón Beck



Fuente: Adaptado de M.J.Scott (2009) Simply effective Cognitive Behaviour Therapy. A Practitioners Guide

Anexo 3

Creencias nucleares y creencias intermedias asociadas según la propuesta de Aarón Beck

| CREENCIAS NUCLEARES SOBRE SI MISMO | PRINCIPALES SUPUESTOS BÁSICOS |
|--|---|
| Necesidad de control | Si no tengo el control total de una situación, algo malo ocurrirá |
| Necesidad de evitar situaciones desconocidas | Si se trata de una situación nueva, no seré capaz de hacerle frente |
| Necesidad de estar siempre calmado | Si me siento nervioso, conseguiré estar más nervioso y haré el ridículo o algo horrible me pasará |
| Necesidad de ser tan competente o más que los otros en todas las situaciones | Si yo no sé o no contribuyo tanto como los otros, me siento incompetente y estoy ansioso |

Fuente Adaptado de A.T.Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Mery, (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión Bilbao. Desclée de Brouwer.

Anexo 4

Diferencias en la tríada según trastorno

| TRIADA COGNITIVA | | | |
|------------------|---------------------------------------|---|---------------------------|
| | VISIÓN DE UNO MISMO | VISIÓN DEL MUNDO | VISIÓN DEL FUTURO |
| Depresión | Negativa: incompetente, inadecuado | Negativa: poco gratificante, demandas excesivas | Negativa: Desesperanza |
| Ansiedad | Vulnerable | Amenazante | Incontrolable |

Fuente Adaptado de A.T.Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Mery, (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión Bilbao. Desclée de Brouwer.

Anexo 5

Diferencias entre ansiedad normal y patológica

| Ansiedad Normal | Ansiedad Patológica | |
|---|--|--|
| Características Generales | Episodios poco frecuentes, Intensidad leve o media. Duración limitada. | Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada. |
| Situación o estímulo Estresante | Reacción esperable y común. | Reacción desproporcionada |
| Grado de Sufrimiento | Limitado y transitorio. | Alto y duradero. |
| Grado de Interferencia en la Vida Cotidiana | Ausente o ligero. | Profundo. |

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.
Madrid. 2008

Anexo 6

Síntomas de ansiedad (físicos, psicológicos y conductuales)

| Síntomas físicos | Síntomas psicológicos y conductuales |
|--|---|
| Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad | Preocupación, aprensión |
| Neuromusculares, temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias | Sensación de agobio |
| Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial | Miedo a perder el control, a volverte loco o sensación de muerte inminente} |
| Respiratorios; disnea | Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria |
| Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo | Irritabilidad, inquietud, desasosiego |
| Genitourinarios: micción frecuente, problemas de La esfera sexual | Conductas de evitación de determinadas situaciones |
| | Inhibición o bloqueo psicomotor obsesiones o compulsiones |

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008

Anexo 7

Evaluaciones para diagnosticar TAG

| |
|---|
| Evaluaciones para Diagnosticar Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| Entrevista Semi-Estructurada |
| Inventario de Estado - Rasgos de Ansiedad |
| Cuestionario de áreas de preocupación |
| Inventario en Solución de Problemas |
| Inventario de Depresión de Beck |

Fuente: Adaptado de A.T.Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Mery, (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión Bilbao.

Desclée de Brouwer

Anexo 8

Resumen Plan Terapéutico TAG

| |
|---|
| Plan Terapéutico Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| Primera Sesión Informativa |
| Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (RMP) |
| Realizar autor registros |
| Entrenamiento en Solución de Problemas |
| Reestructuración Cognitiva |
| Terapia de Resolución de Problemas |
| Terapia de Activación Conductual |
| Planificar actividades agradables |
| Prevención de recaídas |
| Seguimiento al mes, tres meses y seis meses |

Fuente: Adaptado de A.T.Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Mery, (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión Bilbao.
Desclée de Brouwer