

Guía Clínica para el manejo de pacientes con ansiedad

Universidad de Ibagué

Angie Katherine Padilla Charry

3220162016

Introducción

La presente guía clínica para el manejo de pacientes con ansiedad se realiza con la finalidad de generar una herramienta que le permita a otros psicólogos profesionales o practicantes tener información relacionada con la ansiedad, los instrumentos con los que se puede realizar el proceso de evaluación psicológica, las principales estrategias para el tratamiento e identificar el momento en el que el paciente debe ser remitido a otros profesionales. Para ello se realiza una fundamentación teórica y empírica que contemplan los principales estudios relacionados con la ansiedad y el impacto que puede tener sobre los pacientes. Es por ello que se concibe como un soporte y orientación frente al manejo e intervención eficaz y efectiva frente a casos relacionados con ansiedad, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Es fundamental resaltar que esta guía no constituye parámetros estrictos u obligatorios, por lo que cada psicólogo podrá flexibilizar el abordaje de la ansiedad de acuerdo con las características individuales de cada paciente.

Justificación

A partir del estudio de salud mental realizado por el Observatorio Nacional de Salud mental de Colombia (ONSM), en cabeza de los profesionales Burgos, Correa, Dávila, Gaviria, Osorio y Valderrama (2017), se identificó que la ansiedad tiene alta prevalencia en el país. La encuesta aplicada señala que el 52,9% de la población entre los 18 y 44 años han presentado por lo menos un síntoma de ansiedad. Adicionalmente se aplicó la prueba CIDI-CAPI, por medio de la cual se evidenció que uno de los trastornos más frecuentes en niños de 7 a 11 años es la ansiedad por separación. Posada (2013) señala que los trastornos mentales están afectando principalmente a niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes, lo cual conlleva implicaciones significativas en las áreas de ajuste de los individuos, especialmente a nivel académico.

Adicionalmente este estudio encontró diferencias de género en cuanto a la prevalencia de uno o más síntomas de ansiedad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, igualmente se estableció que la edad en la que las personas son más propensas a sufrir de ansiedad oscila entre los 12 y 17 años, con una tasa de 3,5, así mismo se encontró que alrededor del 53% de esa población no recibe un tratamiento psicológico o psiquiátrico. Adicionalmente el médico psiquiatra Posada (2013) señala que aproximadamente el 40% de la población colombiana en algún momento de su vida sufrió, o sufrirá alguna condición de este tipo. Se identificó que cerca del 20% de los colombianos han tenido o tendrán algún trastorno de ansiedad, siendo esta problemática el principal motivo de consulta por psicología y psiquiatría, siendo Colombia el quinto país con mayor prevalencia de enfermedad mental.

Los investigadores Bautista, Bohórquez, Gómez, Medina, Rengifo, Rondón y Tamayo (2016) realizaron un estudio en el que se encontró que los trastornos mentales hacen parte los principales motivos de consulta en Colombia. En complemento se observó una gran relación entre la ansiedad y variables como el sexo, la edad, pocos recursos económicos, haber pasado por procesos de separación, consumir alcohol o tabaco, disfunción familia, historias de vida violentas entre otras. Es por ello que resulta de gran relevancia generar herramientas que contribuyan a un adecuado abordaje en salud mental, especialmente enfocadas en el manejo de la ansiedad; debido a que un gran número de las variables mencionadas anteriormente se encuentran presentes en diversos contextos colombianos.

Objetivos

- **Objetivo general:** Establecer los procedimientos a seguir por parte de los psicólogos y practicantes de la Unidad de Atención Clínica y Psicosocial frente a pacientes con rasgos de ansiedad.
- **Objetivos específicos:**
 1. Proporcionar elementos teórico y empíricos relacionados con la ansiedad
 2. Dar a conocer las principales herramientas de evaluación psicológica para identificar la presencia de ansiedad en los pacientes.

3. Identificar los principales criterios de remisión a otros profesionales.
4. Proporcionar una guía de intervención desde el modelo cognitivo para el abordaje de casos de ansiedad.

Marcos de referencia

Muchos individuos han experimentado ansiedad ante diferentes situaciones, esta respuesta ha sido definida por distintos autores como Aragón, Chávez y Flores (2016) como una reacción o respuesta compuesta por elementos emocionales, cognitivos, fisiológicos e incluso comportamentales, frente a estímulos o situaciones evaluados como amenazantes, a pesar de que no exista una urgencia inmediata de huida. Los estímulos que generan ansiedad suelen ser en su mayoría condicionados, es decir que se asocian directamente con eventos o experiencias negativas. Como lo menciona Butcher, Hooley y Mineka (2007) esta respuesta se traduce a preocupaciones relacionadas con peligros o amenazas futuras, es por ello que al presentarse de manera moderada puede considerarse un aspecto positivo y adaptativo, en cuanto le permita al individuo la planeación de respuestas frente a eventos adversos, contribuyendo a mejorar su capacidad de aprendizaje, y aumento de la eficacia en sus respuestas conductuales.

De acuerdo con Aragón, Chávez y Flores (2016) las principales manifestaciones de la ansiedad son pensamientos negativos, como preocupaciones frente al futuro, a nivel fisiológico puede experimentarse un aumento en la tasa cardíaca, mayor conductividad eléctrica de la piel, alteraciones en la presión arterial, tensión muscular, así mismo puede presentarse inquietud motora, especialmente en las extremidades, adicionalmente los sujetos suelen tener movimientos torpes, tocarse o rascarse una parte del cuerpo de manera reiterada, tener dificultades de expresión verbal como tartamudez, lo cual suele estar acompañado de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y miedo.

Como lo señala Ríes, Castañeda, Campos y Del Castillo (2012) la ansiedad puede ser un estado emocional o un rasgo de personalidad, lo cual es fundamental identificar, para lograr así una adecuada formulación del abordaje frente al caso correspondiente. Mesa (2020) hace una distinción entre la ansiedad como estado y como rasgo, señalando que la primera hace referencia a una condición o estado emocional que resulta ser transitorio, lo

cual se caracteriza principalmente con aspectos subjetivos e hiperactividad del SNA (sistema nervioso autónomo), el cual se presenta únicamente frente a eventos o estímulos específicos, ya sean externos o incluso internos como pensamientos o imágenes mentales y su manifestación e intensidad puede variar a lo largo del tiempo.

Por otro lado la ansiedad como rasgo hace referencia a un aspecto de la personalidad del individuo, por ende se presenta frente a diferentes aspectos y en distintos contextos, es decir que suele ser estable, teniendo en cuenta que las personas con esta característica tienden a percibir diferentes situaciones como amenazantes, sobrevalorándolas, lo que conlleva a una propensión ansiosa, y como lo menciona Beltrán, Monterrosa y Quintana (2020) está relacionada con la estimulación del sistema límbico y la activación de la corteza cerebral.

Adicionalmente Aragón, Chávez y Flores (2016) mencionan que en las situaciones en la que la ansiedad se presenta de manera crónica e intensa puede causar diferentes dificultades en el individuo, lo cual puede señalar la presencia de un trastorno. Butcher, Hooley y Mineka (2007) señalan que cuando la ansiedad se vuelve des adaptativa presentando un alto nivel de intensidad de miedo, ansiedad irracional, a partir de estímulos o eventos poco realistas o sobrevalorados, puede estar asociado a problemáticas como trastornos fóbicos ya sea de tipo específico o social, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de estrés postraumático.

La ansiedad desde una perspectiva cognitiva

De acuerdo con Beck y Clark (2012) la ansiedad desde un modelo cognitivo es entendida como una respuesta emocional, generada por la valoración negativa frente a uno o varios sucesos que resultan demandantes y se perciben como presiones del contexto. Así mismo está compuesta por sensaciones de poco o nulo control frente a eventos futuros, entre otros elementos cognitivos. De esta manera se puede decir que la ansiedad es un resultado de una valoración cognitiva realizada sobre una amenaza o demanda, catalogada como catastrófica, o incontrolable. Sin embargo no se desconoce que la ansiedad implica respuestas complejas y anticipadas en las que se involucran elementos afectivos, conductuales, fisiológicos y cognitivos.

Adicionalmente se reconocen los principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad planteados por Beck y Clark (2012), tales como las **valoraciones exageradas de la amenaza**, como ya se mencionó anteriormente las personas con niveles elevados de ansiedad suelen sobrevalorar las amenazas, por lo que consideran que estas tendrán consecuencias de gran impacto sobre su vida o bienestar. Adicionalmente sienten **mayor indefensión**, es decir que el individuo valorar sus capacidades de afrontamiento como insuficientes para hacer frente a la situación. De esta manera se genera un **procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad**, por lo que la seguridad de la persona se ve directamente impactada, sumado a un **deterioro del pensamiento constructivo reflexivo**, por lo que dificulta tener un mayor control de las situaciones, gracias a que no permite ejecutar respuestas acordes a las situaciones que se presentan.

Es factible que los niveles de ansiedad aumenten a medida que el individuo se concentre en mayor medida en las señales y síntomas de ansiedad, a esto se le denomina proceso **auto-perpetuante**. Estos aspectos sumados a creencias nucleares sostenidas o esquemas relacionados con la vulnerabilidad propia logran aumentar la susceptibilidad a la ansiedad. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y como lo plantea Beck y Clark (2012) la ansiedad supone un estado de vulnerabilidad del individuo, por lo que los elementos cognitivos se orientan a la incapacidad de afrontar ciertas situaciones. De esta manera la persona se percibe a sí misma como objeto de peligros, ya sean internos o externos. Por ello se puede decir que la valoración primaria inicial de la amenaza y la valoración secundaria de incapacidad o inadecuación personal determinan los niveles de ansiedad generados, y así mismo influyen en la seguridad que tiene el individuo en sí mismo.

Aunque la ansiedad suele ser una respuesta que la mayoría de los individuos ha experimentado en algún momento, se identifican ciertos elementos que caracterizan una ansiedad problemática o anormal. Aaron Beck y Clark proponen cinco criterios con los cuales se logra diferenciar reacciones ansiosas anormales de las normales; el primer elemento es **la cognición disfuncional**, es decir una valoración errónea de la realidad, adicionalmente se presentan esquemas relacionados con sobrevaloración de la situación, los cuales generan un miedo notable e incoherente con las condiciones que se presentan.

Adicionalmente se identifica un **deterioro del funcionamiento** normal de la persona, por lo que estos niveles de ansiedad logran impactar de manera negativa en áreas de ajuste específicas de la persona, disminuyendo su rendimiento en ciertos aspectos, disminuyendo en cierta medida su calidad de vida.

Otro elemento presente en la ansiedad clínica es **la persistencia**, es decir que la ansiedad tiene una duración mayor a la esperada, y puede presentarse con solo pensar en la situación o evento valorado como amenazante. Sumado a la presencia de una crisis de angustia sin un estímulo desencadenante aparente, a esto se le denomina **falsas alarmas**, esto gracias a que se genera una mínima señal de un estímulo amenazante. Por último se puede presenciar **hipersensibilidad frente a los estímulos**, es decir que la persona puede presentar ciertos niveles de ansiedad frente a estímulos que se relacionan con la situación amenazante.

Adicionalmente Beck y Clark (2012) señalan que la ansiedad tiene gran relación con otros trastornos, es decir que tiene una alta comorbilidad, el principal trastorno asociado es la ansiedad. Así mismo se encuentra que existe una subcategorización denominada “trastornos de ansiedad”, por lo que cada uno de estos subtipos tienen criterios diagnósticos diferentes, de esta manera se puede presentar de diversas formas. Estos subtipos de ansiedad son crisis de angustia (con o sin agorafobia), trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático. Cada uno de los trastornos de ansiedad se relaciona con un tipo de estímulo específico y con valoraciones centrales diferentes.

Criterios diagnósticos

A partir del DSM 5 se identifican los siguientes criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad:

Trastorno de ansiedad por separación		309.21(F93.0)
Criterio	Circunstancias	
A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas	Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.	
	Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o	

<p>personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:</p>	muerte.
	Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
	Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
	Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
	Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
	Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
	Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
<p>B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.</p>	
<p>C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	
<p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.</p>	
<p>Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)</p>	
<p>A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.</p>	
<p>B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.</p>	
<p>C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de</p>	

escuela).
D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
Fobia específica
A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación);o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social). Especificar si: Codificar basándose en el estímulo fóbico: 300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros) 300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua) 300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos) Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: F40.230

miedo a la sangre; F40.231miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otra atención médica; o F40.233 miedo a una lesión. 300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados) 300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional)

Trastorno de ansiedad social o fobia social	300.23 (F40.10)
----------------------------------------------------	------------------------

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

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

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

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

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

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

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

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

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

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

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

espectro del autismo.	
J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.	
Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)	
A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.	Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
	Sudoración.
	Temblor o sacudidas.
	Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
	Sensación de ahogo.
	Dolor o molestias en el tórax.
	Náuseas o malestar abdominal.
	Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
	Escalofríos o sensación de calor.
	Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
	Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
	Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
Miedo a morir.	
B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:	Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
	Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones

	no familiares).
C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).	
D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).	
Agorafobia 300.22 (F40.00)	
A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:	Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
	Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
	Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
	Hacer cola o estar en medio de una multitud.
	Estar fuera de casa solo.
B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).	
C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.	
D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.	
E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.	
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.	
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.	
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).	
Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)	
A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.	1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
	2. Fácilmente fatigado.
	3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
	4. Irritabilidad.
	5. Tensión muscular.
	6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	
F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación,	

recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Marco empírico

Teniendo en cuenta la alta prevalencia que tiene la ansiedad, diferentes investigadores han realizado estudios en los que se evalúa principalmente la correlación existente entre la ansiedad y otras variables. Mesa (2020) realizó un estudio titulado influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería, en el cual identificó principalmente que existe mayor nivel de ansiedad y estrés en aquellas personas que no tienen un adecuado manejo de sus emociones. Mesa (2020) señala que aspectos como la claridad y reparación emocional resultan ser factores protectores que disminuyen la tendencia a sufrir de ansiedad o estrés, por el contrario quienes suelen atender sus emociones tienden a presentar un desajuste psicológico y suelen tener mayores niveles de estrés y ansiedad.

Adicionalmente la autora refiere que los individuos que tienen altos niveles de atención emocional, acompañado de bajos niveles de claridad y reparación emocional suelen generar reacciones a nivel cognitivo, tales como creencias relacionadas con poco control de sus propios estados emocionales, por ello suelen tener estrategias de afrontamiento pasivas, orientadas a la emoción, conllevando así a la autculpabilidad, evitación e incluso la rumiación. Igualmente Bastacini y Hendrie (2020) realizaron un estudio en el que se evaluó las estrategias de aprendizaje, motivación y emociones en estudiantes universitarios, e identificaron que efectivamente las mujeres tienden a tener menor manejo de la ansiedad a comparación de los hombres. Adicionalmente encontraron que existe correlación negativa en la ansiedad y concentración, por lo cual a mayor nivel de ansiedad menor concentración en las labores académicas, por ende la autorregulación tiene una gran influencia en el aprendizaje y demás procesos cognitivos.

Por último Mesa (2020) identificó que aspectos como la edad correlaciona positivamente con las habilidades emocionales, dado que a mayor edad (experiencia vital) se encuentra mayor nivel de inteligencia emocional. La autora argumenta que a partir de los años las personas logran el reconocimiento de sus propios recursos, y una mayor experiencia en la interacción con su medio, es por ello que sus respuestas de afrontamiento resultan más adaptativas, y funcionales. Así mismo Bastacini y Hendrie (2020) identificaron que los estudiantes de mayor edad tenían una mayor capacidad de manejo de tiempo y elaboración de actividades, lo que impactaba positivamente en el manejo de la ansiedad.

Así mismo se han realizado diferentes investigaciones en las que se incluye la implementación de técnicas cognitivas para la evaluación, diagnóstico y abordaje de los principales trastornos de ansiedad. Pedroza (2015) realizó una investigación en la que plantea los beneficios que tiene la implementación de la terapia racional emotiva propuesta por Ellis en un caso de ansiedad ante los exámenes. Inicialmente el autor procede a realizar un proceso de evaluación psicológica, para ello utilizó el Cuestionario de Ansiedad Ante los Exámenes de Valero, debido a que permite indagar acerca de las respuestas motoras, verbales, cognitivas y fisiológicas del individuo. Por medio de esta prueba se logró identificar que la ansiedad del paciente, se ubica en mayor medida en los factores de preocupación, respuestas fisiológicas y situaciones.

Cabe resaltar que adicionalmente se realizó una entrevista, en la cual se identificó una serie de creencias irracionales, relacionadas con la presentación de exámenes. Teniendo en cuenta lo anterior Pedroza (2015) procedió a establecer una intervención cognitiva a partir de los siguientes pasos. Inicialmente se realizó un entrenamiento formal en TREC, por medio del cual se le demostró al paciente que las emociones de ansiedad que presenta se dan gracias a sus pensamientos. Posteriormente se llevó al paciente a razonar para la solución, es decir que se plantearon algunos razonamientos que en ese momento lo tenían oscilando en pensamientos irracionales. Después de esto se trabajó a partir del Esquema ABC, con el cual él logró hacer su marco interpretativo identificando el desequilibrio existente entre sus pensamientos, emociones y conductas.

Los últimos pasos se orientaron a realizar un contraste con entre lo racional y lo irracional, para ello él debe identificar sus propias creencias irracionales (caracterizadas por palabras como “tengo” “debo”), y sus creencias racionales (“quiero” “me gustaría”). Posteriormente debe pensar en una situación reciente que le haya generado ansiedad expresando las creencias identificadas; esto le permitirá al paciente ser consciente de los momentos en los que es gobernado por creencias irracionales. Después de que la persona logra realizar este proceso se procede a ejecutar estrategias que permita evitar o manejar las recaídas. Para este último paso se recomienda realizar un formulario de autoayuda, y continuar realizando los pasos anteriormente mencionados, con la finalidad de generar un adecuado entrenamiento en la técnica Pedroza (2015).

Por otro lado Padilla (2014) realizó una intervención cognitivo conductual en un adolescente diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada. Teniendo en cuenta que su paciente presentaba síntomas como dolores abdominales, dolor de cabeza, preocupaciones entre otros, durante más de dos años, la autora procedió a realizar un proceso de evaluación. En este se utilizó la prueba de ansiedad RCADS y la entrevista diagnóstica ADISC-IV, complementándolo con registros de preocupaciones y estimación de las preocupaciones. Por medio de este proceso se estableció que el paciente presenta un alto nivel de ansiedad con gran frecuencia, así mismo se identificaron preocupaciones por el futuro, su salud y la salud de sus padres con una estimación de gravedad de 7/10; también se identificó que presentaba de manera constante pensamientos relacionados con tener un accidente, perder cosas importantes entre otros; lo que ha alterado sus patrones normales del sueño.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente mencionados y el diagnóstico identificado, la investigadora procedió a realizar el proceso terapéutico, en el cual inicialmente se realizó un proceso de entrenamiento en reestructuración cognitiva, a partir del modelo ABC propuesto por Ellis. Adicionalmente se entrenó al paciente en técnicas tales como la respiración diafragmática y autógena de Benson y las auto instrucciones de Meichenbaum sobre auto verbalizaciones positivas. Así mismo se procedió a entrenar al individuo en exposición en imaginación y en vivo durante cinco sesiones seguidas. Por

último se enseñó la técnica de resolución de problemas y se enseñó a organizar el tiempo a partir del establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo.

Proceso de evaluación psicológica

Durante el proceso de evaluación psicológica es fundamental identificar el rango de los síntomas actuales mencionados por el usuario y/o sus familiares o allegados. Así mismo es de gran relevancia tener en cuenta las características familiares, contextuales y genéticas que puedan estar relacionadas con el motivo de consulta. De esta manera se debe proceder a utilizar una serie de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas que permitan identificar si existe algún trastorno de ansiedad, o si la personalidad del consultante tiene rasgos de ansiedad, y así se podrá establecer un adecuado diagnóstico, permitiendo realizar un plan de intervención correspondiente a las necesidades del usuario. A continuación se exponen algunas técnicas útiles en el proceso de evaluación psicológica, cabe resaltar que el clínico tiene la libertad de elegir que escalas utilizar según las características del caso.

Herramientas y técnicas de evaluación	Descripción
Observación	Esta es una herramienta primordial, que permite identificar los principales signos del paciente, a partir de su lenguaje no verbal. Es fundamental observar si el paciente presenta temblores, agitación, sudoración, tensión, un ritmo alterado del habla, entre otros signos, que frecuentemente se presentan en los trastornos de ansiedad. Por lo anteriormente mencionado debe implementarse durante todo el proceso de evaluación e intervención.
Entrevista clínica	La entrevista le permite al terapeuta indagar acerca de las características del paciente y el contexto en el que está inmerso, así mismo resulta clave para realizar la exploración del cuadro clínico, identificando los principales aspectos relacionados con el motivo de consulta, los antecedentes, evolución del problema, y permite

	<p>realizar un sondeo de los factores contribuyentes, predisponentes y precipitantes del problema actual, entre otros aspectos. Resulta clave en las primeras sesiones. Algunas preguntas claves son ¿Ha presentado alteraciones en su ciclo de sueño? ¿Ha sentido alguna alteración en su respiración? ¿Ha tenido algún cambio en su rutina normal a causa de las molestias que me comenta? ¿Desde cuándo ha presentado esas molestias? ¿Ha ocurrido un evento significativo previo al inicio de su malestar? ¿Cómo son las relaciones que establece con las personas de su hogar? ¿Cómo son sus relaciones sociales?, en caso de que la persona manifieste tener reacciones significativas frente a sucesos o estímulos específicos se debe indagar su emoción, pensamiento y respuesta conductual.</p>
Informes de otros profesionales.	<p>En caso de que el paciente haya asistido anteriormente a otros procesos de intervención, resulta de gran utilidad acceder a los informes de los otros profesionales, debido a que permite hacer una comprensión más amplia del caso.</p>
Auto registros	<p>El autorregistro es una herramienta que le permite al paciente realizar un ejercicio de autoobservación, por medio del cual se logra identificar los principales eventos que generan ansiedad en él, así mismo permite reconocer el contenido de su pensamiento, como los pensamientos automáticos, sus respuestas conductuales y emocionales frente a dichas situaciones.</p>
Registro de preocupaciones y estimación de las preocupaciones	<p>Por medio de esta herramienta se puede identificar las principales preocupaciones del paciente, adicionalmente le permite al paciente puntuar del 1 al 10 el nivel de ansiedad que presenta frente a situaciones específicas.</p>
Inventario de ansiedad de Beck	<p>El inventario de ansiedad de Beck es un instrumento que valora los síntomas somáticos de la ansiedad, ya sea en desórdenes de ansiedad o en cuadros depresivos. De esta manera permite reconocer si la persona tiene ansiedad muy baja (0-21 puntos), ansiedad moderada (22-35) o ansiedad severa (más de 36 puntos),</p>

	<p>cabe señalar que el cuestionario consta de 21 preguntas, por lo que su puntuación máxima es de 63 puntos.</p>
<p>Escala de ansiedad de Hamilton</p>	<p>Por medio de esta escala se puede calificar el grado de ansiedad que sufre una persona, así mismo permite valorar los síntomas psicossomáticos, procesos cognitivos y principales preocupaciones. Para ello se aplican 14 ítems, cada uno consta de 5 opciones de respuesta en escala Likert, calificando desde no presente hasta muy severo, se puede decir que una persona que puntúe de 18 a 24 tiende a sufrir ansiedad moderada, y quienes obtengan 24 y 30 puntos pueden sufrir un estado severo de ansiedad. Es importante señalar que resulta útil en la evaluación de niños y adultos.</p>
<p>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</p>	<p>El inventario de ansiedad estado-rasgo es una prueba que permite identificar si la ansiedad que presenta el paciente hace parte de sus rasgos de personalidad o es una reacción emocional transitoria frente a situaciones o estímulos específicos. La aplicación de esta prueba tarda aproximadamente 15 minutos, consta de 20 ítems, y sus opciones de respuesta se presentan en escala Likert desde 0=nada hasta 3=Mucho.</p>
<p>GAD-7 (Anexo 3)</p>	<p>Este instrumento funciona como screening en la evaluación de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se compone de 7 ítems, por lo que el tiempo de aplicación es relativamente corto, de 10 minutos aproximadamente, y sus opciones de respuesta están dadas tipo Likert, de 0 a 3. Su puntuación oscila entre 0 y 21 puntos, y el punto de corte es igual o mayor a 10.</p>
<p>Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES)</p>	<p>Esta escala permite identificar el grado de miedo que paciente presenta frente a la posible evaluación negativa de otras personas</p>

Propuesta de evaluación

Número de sesión	Instrumentos	Objetivo
Sesión 1. Realización de la entrevista y solicitud de auto registros e informes de otros profesionales.	Entrevista clínica	Obtener información relacionada con el cuadro clínico del paciente, y los principales aspectos relacionados. Así mismo, se busca indagar acerca de la información sociodemográfica, y demás factores relevantes.
	Auto registro	Reconocer los patrones o estilos de las respuestas conductuales, emocionales y de pensamiento incluyendo su contenido, como los pensamientos automáticos frente a las principales situaciones desencadenantes. Para ello se le da al paciente el formato de autorregistro impreso y de dan las instrucciones para su diligenciamiento.
	Informes de otros profesionales.	Obtener información adicional para realizar un abordaje del caso más amplio y completo. Para ello se le solicita al paciente traer la siguiente sesión los informes paraclínicos en caso de que existan.
Sesión 2 y 3. Aplicación de pruebas.	Registro de preocupaciones y estimación de las preocupaciones (Anexo 1)	Identificar las principales preocupaciones del paciente y el nivel de ansiedad que refiere experimentar frente a estas.
	Auto registro (Anexo 2)	Reconocer los patrones o estilos de las respuestas conductuales, emocionales y de pensamiento incluyendo su contenido, como los pensamientos automáticos frente a las

		principales situaciones desencadenantes. Se realiza la revisión del auto registros anteriores, y se le pide al paciente que siga diligenciando el formato durante los siguientes días.
	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Identificar si el paciente presenta ansiedad como estado o rasgo.
	Inventario de Ansiedad de Beck	Valorar los síntomas somáticos de la ansiedad en el paciente.

Estrategias para la intervención

Teniendo como referencia los datos identificados a partir del proceso de evaluación se procede a establecer un diagnóstico del paciente. Como siguiente paso se procede a plantear objetivos terapéuticos y un proceso de intervención, así mismo es fundamental identificar si es necesario que el paciente inicie un tratamiento farmacológico. A continuación se presentan algunas estrategias que pueden ser utilizadas en el abordaje de un caso de ansiedad.

Técnicas cognitivas:

1. *Detención de pensamiento*

La técnica de detención de pensamiento o bloqueo de pensamiento le permite al individuo detener los pensamientos automáticos perturbadores y suplirlos por pensamientos alternativos que resultan más adaptativos para el paciente. De esta manera se reduce la cadena de pensamientos que acompañan los niveles de ansiedad.

Paso a paso

1. Revisar con antelación el auto registro diligenciado por el paciente.
2. Identificar dos situaciones relevantes frente al motivo de consulta
3. Escoger de 2 a 4 pensamientos automáticos perturbadores

4. Durante el encuentro con el paciente se selecciona un pensamiento automático perturbador a trabajar para el entrenamiento de la técnica
5. En conjunto con el paciente se califica el PA perturbador según el nivel de credibilidad a partir de la pregunta ¿de 1 a 100 cuanto te crees esto?
6. El paciente con la orientación del terapeuta formula un PA alternativo que haga contrapeso al PA perturbador seleccionado
7. Se califica el PA alternativo de la misma manera que se calificó el PA perturbador, sin embargo el primero debe tener un nivel de credibilidad igual o mayor al segundo.
8. Se selecciona la palabra estímulo para la detención (stop, alto, basta o pare)
9. Se explican los pasos de la técnica (Se debe cerciorar que la persona entendió la actividad, pidiendo la explicación de esta)

Implementación de la técnica

10. Se le pide al paciente que se ponga en posición de relajación (postura cómoda, ojos cerrados, control de la respiración)
11. El terapeuta relata una situación de las reportadas en el autorregistro (se debe cerciorar que está imaginando, mientras se realiza el relato se le pregunta: ¿Cómo está vestido?) y se le pide que cuando tenga el PA de una señal que se estableció previamente
12. El terapeuta utilizará la palabra estímulo seleccionada ejemplo: Pare, para que el paciente detenga el PA perturbador.
13. El terapeuta le pide al paciente que vacíe la mente, puede ser imaginarse una pared en blanco, un tablero o una nube.
14. El terapeuta le pide al paciente que traiga a la mente el PA alternativo seleccionado y lo verbalice
15. El terapeuta finaliza la imaginación y pregunta sobre la experiencia y como se sintió.

2. Debate de pensamiento

Teniendo en cuenta que la ansiedad se relaciona directamente con pensamientos que sobrealoran ciertas situaciones o estímulos, y que resulta necesario modificarlos para disminuir la ansiedad, resulta de gran utilidad utilizar la técnica de debate de

pensamiento o empirismo colaborativo la cual cuestiona los pensamientos existentes y buscar otras alternativas más saludables.

Paso a paso

1. Se define con claridad el pensamiento no razonable que se quiere modificar, preferiblemente aquel que sea más recurrente y que genere los niveles más altos de ansiedad en el paciente.
 2. Se identifica del 1 al 100 el nivel de credibilidad que tiene el paciente frente a este pensamiento.
 3. El terapeuta debe empezar a cuestionar este pensamiento a partir de preguntas como ¿Por qué es importante para usted? ¿Qué significa eso para usted?
 4. Se debe empezar a generar un proceso de debate en el que se identifiquen aspectos que favorecen y contradicen el pensamiento escogido para el ejercicio.
 5. El terapeuta debe cuestionar la utilidad que tiene el pensamiento al mantenerlo con preguntas como ¿Qué ventaja te trae pensar así? ¿Qué inconvenientes te ha traído ese pensamiento?
 6. Se plantea la utilidad de cambiar el pensamiento con preguntas como ¿Qué ventajas podrías tener al pensar de otra manera? Y ¿Qué desventajas podrías tener al pensar de otra manera?
 7. Se plantea en conjunto con el paciente un pensamiento alternativo y se clarifica
 8. Se realiza una retroalimentación y se plantean las siguientes preguntas ¿Cómo se siente ahora? ¿Qué puede hacer entonces?
3. ***Flecha descendente***

Como lo señala Barrera (2010) la flecha descendente es una técnica con la cual se pretende impactar desde los pensamientos automáticos hasta las creencias nucleares, de esta manera busca principalmente entrenar al paciente en la capacidad de hacer metacognición.

Paso a paso

1. Revisar con antelación el auto registro diligenciado por el paciente.
2. Identificar dos situaciones relevantes frente al motivo de consulta
3. Escoger de 2 a 4 pensamientos automáticos perturbadores

4. Durante el encuentro con el paciente se selecciona un pensamiento automático perturbador a trabajar para el entrenamiento de la técnica
5. En conjunto con el paciente se califica el PA perturbador según el nivel de credibilidad a partir de la pregunta ¿de 1 a 100 cuanto te crees esto?
6. Se explican los pasos de la técnica (se debe cerciorar que la persona entendió la actividad pidiendo la explicación de esta)
7. Se procede a implementar la técnica
8. Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda y que se relaje, con los ojos cerrados, y con control de su respiración.
9. El terapeuta relata una situación de las reportadas en el autorregistro (se debe cerciorar que está imaginando mientras esta el relato, se pregunta: cuénteme, ¿quién más está ahí? ¿cómo está vestido?)
10. El paciente reporta el nivel de malestar de la situación.
11. El paciente lee en voz alta el PA perturbado seleccionado.
12. El terapeuta formula una pregunta para invitarlo a pensar en lo que piensa ¿Y esto qué significa para usted? ¿qué piensa de eso?. las preguntas no deben estar asociadas con emociones ni conducta y se van rotando las preguntas a lo largo de la técnica para no hacerlo repetitivo
13. El terapeuta, toma nota del nuevo PA perturbador que surja como respuesta a la pregunta anterior.
14. El paciente lee en voz alta el nuevo PA perturbador identificado.
15. El terapeuta formula al paciente una pregunta para invitarlo a pensar en lo que piensa ¿qué significa esto para usted? ¿Cómo la interpreta?
16. Se repite el mismo proceso sucesivamente hasta llegar a la creencia nuclear o central propuesta por Beck
17. Por último se realiza una socialización y discusión frente a esta creencia nuclear.

Técnicas conductuales.

4. *Desensibilización sistemática*

Esta técnica se basa en la inhibición recíproca es decir que un individuo no puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo, de acuerdo con Martín y Pear (2008) esta técnica se realiza a partir de contracondicionamiento. Por ende busca llevar al paciente a un estado de relajación y posteriormente introducir una serie de estímulos que producen ansiedad de manera sistémica, empezando con aquellos que no son tan significativos y continuando con aquellos más intensos. Cabe señalar que para esta valoración se utilizará la escala del 0 al 100, donde 0 indica relajación completa y 100 la tensión máxima. Al paso del tiempo el paciente va disminuyendo su ansiedad frente a estos estímulos, gracias a que se desensibiliza a partir de la exposición en un estado de calma.

Paso a paso

1. Se debe dar un espacio tranquilo y cómodo al paciente.
2. Es importante que el paciente entre en un estado de relajación, para esto el terapeuta puede utilizar algunas técnicas de relajación, y puede ayudar pedirle al paciente que imagine una escena tranquila y relajante
3. Cuando el paciente este relajado se le pedirá que indique en que parte de la escala del 0 al 100 se ubica, cuando el paciente se ubique en 15 o menos se puede continuar con el proceso.
4. Se le dice al paciente que próximamente se describirá una situación, y que debe imaginarla de la manera más vivida posible, como si estuviera allí, sin embargo debe permanecer tranquilo, se le pide que en caso de que sienta un aumento en la tensión le informe al terapeuta con alguna señal.
5. Se describe de manera detallada la situación escogida
6. Después de 5 a 10 segundos posteriores se le pide al paciente que deje de imaginar la escena.
7. Se le pide al paciente que vuelva a relajarse pensando en la situación placentera y relajante.

5. Respiración diafragmática

La respiración diafragmática es un tipo de respiración relajante que contribuye a la disminución de la ansiedad, el estrés, la tensión muscular y favorece el ritmo cardíaco.

Por ello resulta de gran utilidad en pacientes con ansiedad, debido a que disminuye algunas reacciones fisiológicas que esta genera.

Paso a paso

1. Póngase en una posición cómoda
2. Póngase una mano en el pecho y otra en el estómago (la mano de su estómago le permitirá sentir cuando inhale y exhale)
3. Inhale por la nariz alrededor de 3 a 5 segundos, en este momento su estómago se debe inflar
4. Exhale por la boca alrededor de 3 a 5 segundos, su estómago debe bajar.
5. Repita cada paso por lo menos 10 veces, o hasta que se sienta en calma.

6. *Método de solución de problemas*

De acuerdo con Martín y Pear (2008) el método de solución de problemas tiene una gran eficacia teniendo en cuenta que le permite al paciente resolver sus dificultades y enfrentarse a situaciones adversas de manera satisfactoria, esto gracias a que se lleva a la persona a razonar de manera lógica.

Paso a paso

1. *Definición del problema:* Se le pide al paciente que defina el problema de manera lógica y específica, en la que se describa detalladamente cada uno de los aspectos de la situación que le genera conflicto.
2. *Generación del alternativas:* Realizar una lista de ideas que puedan propiciar datos para generar alternativas, es importante que la persona no se sienta limitada a la hora de expresar estas ideas.
3. *Toma de decisiones:* En esta etapa es fundamental que el paciente visualice cada una de las posibles soluciones que podría implementar, y elimine aquellas que son totalmente inaceptables, identificando cada una de las consecuencias tanto positivas como negativas a corto y largo plazo de cada una de las alternativas.
4. *Implementación:* En esta fase el paciente bajo la orientación del terapeuta, debe crear un plan de acción que pueda llevar a cabo al solucionar el problema que se le presenta, a partir de la alternativa escogida en la fase anterior.

5. Verificación: En esta etapa el paciente debe aplicar el plan de acción que se ha establecido previamente, adicionalmente es importante realizar un seguimiento del proceso, y de esta manera valorar su efectividad, en caso de que no se logre un buen resultado se debe intentar nuevamente con otra alternativa.

7. *Exposición en vivo*

De acuerdo con Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) la exposición en vivo es un método muy efectivo de exposición, y ha generado resultados positivos en la intervención de casos de ansiedad, específicamente en las fobias específicas. Esta técnica consiste en exponer de manera directa al individuo frente a las situaciones que le generan las sensaciones más significativas; esta técnica se fundamenta en la postura que señala que la evitación es una variable clave en el mantenimiento de la ansiedad.

Paso a paso

1. El terapeuta en conjunto con el paciente, procede a identificar las situaciones que generan mayor nivel de ansiedad en el paciente, identificándolas en una escala del 0 al 100
2. Se le explica al paciente que será expuesto a un estímulo que le generará cierto grado de ansiedad, en este momento estará en compañía del psicólogo, adicionalmente se le da a conocer la importancia de que no evite dicha exposición.
3. Se expone al paciente al estímulo que le resulta generador de ansiedad, en condiciones controladas, y de manera gradual.
4. Es importante que el terapeuta logre acompañar el proceso de exposición y posterior a este permita reconocer los aspectos positivos del paciente, evitando siempre resaltar las reacciones fisiológicas que este pudo presentar durante la exposición en vivo.
5. Realizar el mismo proceso en condiciones cotidianas que no impliquen un riesgo real para la persona

Nota: Es fundamental garantizar que la exposición en vivo no esté siendo evitada por medio de conductas defensivas, tales como llevar consigo un

amuleto, o traer a la mente pensamientos positivos, teniendo en cuenta que es fundamental que la persona logre enfrentarse directamente al estímulo garantizando así un correcto procedimiento de la técnica.

Propuesta de intervención

Etapas del proceso de intervención.	Descripción	Objetivo
<p>1. Devolución de resultados y establecimiento de objetivos terapéuticos.</p>	<p>En esta sesión se procede a realizar la socialización de los principales hallazgos encontrados en el proceso de evaluación, así mismo se resuelven las dudas que el consultante tenga frente a los resultados. Posteriormente, se establece una serie de objetivos terapéuticos orientados al manejo de la problemática identificada, en este caso la ansiedad.</p>	<p>Dar a conocer el diagnóstico establecido y los objetivos terapéuticos a los cuales se orientará el proceso.</p>
<p>2. Psicoeducación</p>	<p>Esta etapa se puede realizar en una o tres sesiones, es fundamental explicar al paciente los aspectos relacionados con la ansiedad. Para ello se hablará acerca de ¿Qué es la ansiedad? ¿Cómo puedo identificarla? ¿Qué consecuencias tiene la ansiedad? ¿Cuál es la importancia que tienen nuestros pensamientos frente al nivel de ansiedad que experimentamos? ¿Cómo influye mi contexto en los niveles de ansiedad que presento? Y la manera en la que algunas técnicas que serán abordadas en las siguientes sesiones pueden contribuir en la disminución de la ansiedad.</p> <p>Se deja un auto registro como tarea.</p>	<p>Brindar información que contribuya a la comprensión de la ansiedad por parte del paciente.</p>
<p>3. Entrenamiento en técnicas de relajación.</p>	<p>Inicialmente, se explicará la importancia de disminuir algunas reacciones fisiológicas y como esto se puede conseguir a partir de diferentes técnicas de</p>	<p>Brindar estrategias de relajación que disminuyan los</p>

	<p>respiración.</p> <p>Inicialmente se explica la técnica de respiración diafragmática y los beneficios que esta tiene, posteriormente se procede a entrenar al paciente en la correcta implementación de la técnica.</p>	<p>síntomas fisiológicos de la ansiedad.</p>
<p>4. Entrenamiento en reestructuración cognitiva</p>	<p>Esta etapa se puede realizar en dos sesiones, en las cuales se resalta la importancia de nuestros pensamientos y sentimientos sobre las respuestas de ansiedad. Después de esto se revisa el autorregistro realizado durante la semana anterior a la sesión, se le explica al paciente la relación existente entre los componentes cognitivos, conductuales y emocionales. Se deja otro auto registro como tarea.</p>	<p>Dar a conocer elementos generales de la terapia cognitiva para que el paciente logre identificar la manera en la que esta puede utilizarse en su proceso.</p>
<p>5. Identificación y detención de pensamientos.</p>	<p>Inicialmente se realiza una revisión de los autoregistros dejados como tarea, y se habla acerca de algunas situaciones repetitivas en ellos.</p> <p>Posteriormente se procede a explicar y aplicar la técnica de detención del pensamiento.</p> <p>Como tarea el paciente debe poner en práctica la técnica en las situaciones que se le presenten durante la siguiente semana, adicionalmente se deja un autorregistro.</p>	<p>Impactar sobre el primer nivel de pensamiento del paciente.</p> <p>Entrenar la capacidad de identificar y detener los pensamientos automáticos perturbadores.</p>
<p>6. Entrenamiento en metacognición.</p>	<p>Para esta etapa es fundamental realizar una revisión previa de los autoregistros realizados, e identificar los principales pensamientos automáticos perturbadores del paciente. En el encuentro con el paciente se le explica de manera clara y detallada el proceso de la flecha descendente, y se procede a implementarla. Si es necesario se implementa la técnica en más de una ocasión.</p> <p>Como tarea se deja un registro de preocupaciones y</p>	<p>Promover la metacognición en el paciente.</p>

	estimación de las preocupaciones	
7. Jerarquización de las principales situaciones que generar ansiedad en el paciente y debate de pensamiento.	<p>En esta etapa se revisa el registro de preocupaciones dejado en la sesión anterior. Posteriormente se identifican las situaciones y preocupaciones que surgen de manera jerárquica. Posteriormente se realiza la técnica de debate de pensamiento. Se le pide al paciente que replique el ejercicio de debate del pensamiento con otros pensamientos. Esta etapa se puede llevar a cabo en dos o más sesiones, es importante que el paciente realice un entrenamiento adecuado de la técnica de debate de pensamiento</p>	<p>Identificar las preocupaciones más recurrentes en el paciente.</p> <p>Promover la capacidad de confrontar los pensamientos y creencias.</p>
8. Desensibilización	<p>Para llevar a cabo esta etapa se debe organizar previamente las principales situaciones o estímulos que generan ansiedad en el paciente, con la finalidad de identificar que estímulos resultan ser más fuertes. Posteriormente se procede a realizar la técnica de desensibilización sistemática.</p>	<p>Disminuir las reacciones de ansiedad frente a estímulos específicos y promover la implementación de reacciones más adaptativas en el futuro.</p>
9. Exposición	<p>Esta etapa puede llevarse a cabo en varias sesiones, de acuerdo a las que el clínico considere necesarias, por lo que puede realizarse durante 2 a 5 sesiones. Para ello es importante tener claras las principales situaciones identificadas en la etapa anterior, a las que el paciente puede exponerse durante la consulta, y aquellas que pueda realizar en su vida cotidiana sin que incurra un peligro real para el sujeto. Posteriormente se procede a realizar la técnica de exposición en vivo.</p>	<p>Disminuir el nivel de ansiedad frente a situaciones o estímulos específicos, y promover la capacidad de enfrentarlos.</p>

Criterios de remisión a otros profesionales.

1. Remisión a psiquiatría

La remisión al profesional en psiquiatría se realiza principalmente con el objetivo de que aquellas personas que lo requieran, obtengan un tratamiento con ansiolíticos o el medicamento que el profesional considere. Debe realizarse cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

- En caso de que se determine que la persona tiene niveles de ansiedad severos y estos interfieren en el funcionamiento normal de varias esferas de ajuste, para lo cual es fundamental determinar si la persona requiere un tratamiento farmacológico en complemento a la psicoterapia.
- En caso de que se identifiquen síntomas de otros trastornos, es decir que haya una comorbilidad.

2. Remisión a medicina general

- En caso de que la persona presente frecuentemente taquicardias a causa de su ansiedad, es importante que sea examinado por medicina general.

Postratamiento

Dada por terminadas las sesiones psicoterapéuticas es importante continuar haciendo un seguimiento a los pacientes, de esta manera logramos identificar la manera en la que ha evolucionado el caso. Este seguimiento puede realizarse por medio de dos a cuatro llamadas telefónicas realizadas en un periodo de 2 meses aproximadamente, la intención es que durante estas llamadas se pueda identificar el estado actual del paciente, y conocer si ha tenido alguna recaída después del proceso terapéutico. Es importante tener en cuenta que el modelo cognitivo busca ser educativo, por esta razón los pacientes aprendieron técnicas que pueden aplicar en situaciones futuras, por ello en caso de que los pacientes hayan presentado nuevamente episodios de ansiedad es válido recordarles el uso de algunas técnicas trabajadas anteriormente; así mismo es importante validar los logros que haya tenido el paciente durante y después de la intervención.

Referencias

- Aragón; L, Chávez; M., & Flores; M. (2016). Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de Odontología. *Journal of Behavior, Health & Social Ssues*. 8 35–41.
- Bastacini, M & Hendrie, K. (2020). Autorregulación en estudiantes universitarios: Estrategias de aprendizaje, motivación y emociones. *Revista Educación*. 44(1)
- Bautista, N; Bohórquez, A; Gómez, C; Medina, M; Rengifo, H; Rondón, M y Tamayo, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45(1). 58-67
- Barrera, M. (2010). Aplicación de la terapia cognitiva conductual en una madre soltera con depresión. *Universidad del Azuay*. Recuperado de:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1254/1/07738.pdf>
- Beck, A & Clark, D. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. *Desclée De Brouwer*. USA, New York.
- Beltrán, T; Monterrosa, A & Quintana, F. (2020). Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. *Iatreia*. 33(1).
- Burgos, J; Correa, L; Dávila, C; Gaviria, A; Osorio, E & Valderrama, J. (2017). Guía metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental. *Ministerio de Salud*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Butcher, J; Mineka, S & Hooley, J. (2007). Psicología clínica. *Pearson Educación S.A*. Madrid, España.
- Díaz, M; Ruiz, M & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. *Desclée De Brouwer*. Bilbao, España.
- Martín, G & Pear, J. (2008). Modificación de la conducta, qué es y cómo aplicarla. *Pearson Educación*. Madrid, España.

- Mesa, N. (2020). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene.* 13(3).
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 1(2). 157-163
- Pedroza, R. (2015). Reeducción cognitiva-emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana Para la Investigación y el Desarrollo Educativo.* 6(11).
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica.* 33(4).
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte,* 12 (2), 9-16.

Anexo 2. Autorregistro

¿Qué hice?					
¿Qué sentí?					
¿Qué pensé?					
Situación					
Día y hora					

Anexo 3. GAD-7

GAD-7

A continuación encontrará afirmaciones que describen la diferente manera en la que una persona se puede sentir molestias por diferentes problemas durante las dos últimas semanas. Por favor emplee la escala expuesta para señalar en qué grado cada uno de los siguientes ítems lo describe a usted y seguidamente use "✓" en el número (de 0 a 3) que corresponda a la opción que mejor se relaciona.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Use "✓" para indicar su respuesta)		Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2	No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4	Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5	Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilo/a	0	1	2	3
6	Molestar o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)