

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Eficacia de un programa de intervención grupal
cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de
ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud
Las Dunas-Surco**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Psicología con Mención en
Psicología Clínica y de la Salud

AUTORA

Magaly Paola Ventura Bances

Lima-Perú

2009

DEDICATORIA

A mis padres Rosa y Ramos,
a mi hno. Lito,
por su amor y apoyo incondicional
en todo momento de mi formación
personal y profesional.

A las Hnas. del Equipo Provincial
coordinadora Hna. Irene Farro Bernal,
a la Comunidad de Acogida y
demás comunidades de las Hermanas
Misioneras Dominiccas del Rosario
por su acompañamiento y apoyo incondicional .

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Livia Segovia, por ser un excelente docente,
por su asesoría invaluable
y apoyo en la elaboración,
y corrección de la presente investigación.

A la Dra. Alicia Adrianzén
Médico Jefe del
Puesto de Salud “Las Dunas” Surco
por su apoyo incondicional
para la realización de esta investigación.

A las Mujeres de la Parroquia “San Marcos”
por su apertura y sus experiencias
que ayudan en la perfección profesional.

INDICE

	Página
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.2.1 Objetivo general	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
1.3 HIPÓTESIS.....	17
1.3.1 Hipótesis general.....	17
1.3.2 Hipótesis específicas	18
1.4 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 ESTUDIOS PREVIOS.....	20
2.2 BASES TEÓRICAS.....	27
2.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada.....	27
2.2.1.1 Definición	27
2.2.1.2 Diferencia entre ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada	28

2.2.1.3 Factores de riesgo	29
2.2.1.4 Síntomas	30
2.2.1.5 Criterios según DSM IV – TR.....	31
2.2.1.6 Criterios según CIE 10.....	32
2.2.1.7 Aspectos epidemiológicos.....	35
2.2.1.8 Evaluación psicológica	36
2.2.2 Tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada.....	41
2.2.2.1 Enfoque dinámico.....	41
2.2.2.2 Tratamiento farmacológico.....	42
2.2.3 Terapia cognitiva conductual.....	42
2.2.3.1 Orígenes de la terapia cognitiva conductual.....	43
2.2.4 Programa de intervención grupal cognitivo conductual	46
conductual para el trastorno de ansiedad generalizada:	
un enfoque basado en problemas (Arthur Nezu)	
 CAPITULO III: METODOLOGÍA	 60
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.2 POBLACIÓN – MUESTRA.....	61
3.3 VARIABLES	66
3.4 INSTRUMENTOS.....	69
3.5 PROCEDIMIENTO.....	97
3.6 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	98
 CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS.....	 100

CAPITULO V: DISCUSIÓN	105
CONCLUSIONES.....	108
RECOMENDACIONES.....	110
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	111
ANEXOS.....	120
Anexo 1: Escala del trastorno de ansiedad generalizada GAD – 7.....	121
Anexo 2: Hoja de tareas para casa.....	123

INDICE DE CUADROS

Página

Tabla 1

Consistencia interna y análisis de ítems de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	72
--	----

Tabla 2

Comparación del grupo control y experimental antes del Programa de Intervención Cognitivo Conductual para disminuir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas Surco.....	100
---	-----

Tabla 3

Comparación de niveles de Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas Surco antes y después de aplicar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual en el grupo control	101
---	-----

Tabla 4

Comparación de niveles de Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas Surco antes y después de aplicar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual en el grupo experimental	102
--	-----

Tabla 5

Comparación entre los grupos de control y grupo experimental después de aplicar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual para disminuir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes el Puesto de Salud Las Dunas Surco.....	103
--	-----

Tabla 6

Comparación del Pre y post test de las áreas afectivo, cognitivo y somático de la ansiedad generalizada en el grupo experimental.....	104
---	-----

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo – Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales). Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue Cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo – Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

PALABRAS CLAVE: Cognitivo Conductual, Programa de Intervención Grupal, Ansiedad Generalizada.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effectiveness of a Group Cognitive Intervention Program - to reduce the Behavioral generalized anxiety disorder. The group treatment lasted one month (two weekly sessions). Participants 30 women aged between 20 to 60 years, with generalized anxiety, which were designated the experimental group at 15 and 15 to the control group. Was used as the scale of generalized anxiety disorder (GAD-7), which ran the respective psychometric analysis. The methodological design quasi experimental measurements pretest and post test. The results showed significant differences in favor of the experimental group, concluding that the intervention program Grupal Cognitive - Behavioral successfully reduce generalized anxiety disorder.

KEYWORDS: Cognitive Behavioral, Group Intervention Program, generalized anxiety.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada es ubicado como uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes, considerándose el quinto diagnóstico clínico más frecuente en el nivel de asistencia primaria (Cía, 2002). En el Perú, el estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi* (2002), revela que en el trastorno de ansiedad generalizada es el segundo entre los principales trastornos psiquiátricos en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao.

Este aumento en la expectativa de vida trae consigo una serie de desafíos, siendo de real importancia en el área de salud. Dado que el *trastorno de ansiedad generalizada* es un trastorno de ansiedad que genera un compromiso en la calidad de vida similar al causado por la depresión mayor.

Los componentes principales del *trastorno de ansiedad generalizada* son las preocupaciones excesivas e incontrolables, junto con la activación psicofisiológica excesiva.

El contenido de las preocupaciones está relacionado habitualmente con la incapacidad subjetiva para hacer frente a las dificultades cotidianas (económicas, laborales, conyugales, etc.) con el temor a las críticas de los demás y con una atribución errónea de los síntomas físicos de la ansiedad. A su vez, las

preocupaciones están asociadas a los afectos negativos, a la atención centrada en uno mismo y en la hiperactivación psicofisiológica.

El curso natural de la enfermedad tiende a ser crónico y/o recurrente, en algunos casos con una evolución de una o varias décadas.

El curso generalmente es fluctuante, caracterizado por exacerbaciones y remisiones periódicas. Es característico que haya un nivel crónico de ansiedad subyacente, con exacerbaciones sintomáticas, que pueden durar días o semanas. *El trastorno de ansiedad generalizada* típicamente ocurre a edades más tempranas que la depresión mayor. El inicio y las exacerbaciones pueden estar relacionados a períodos de la vida de intenso estrés o sobrecarga emocional.

Dentro de los tratamientos psicológicos para la ansiedad generalizada se encuentra el cognitivo conductual, el cual según las evidencias ayuda al paciente a experimentar una mejoría sustancial (Cía, 2002).

El programa de intervención cognitivo conductual comprende ocho sesiones en las que busca disminuir la preocupación, aprender a controlarla, comprender mejor la preocupación; en tal sentido, sus metas son: alterar las metacogniciones desadaptativas, disminuir la intolerancia a la incertidumbre, reducir el comportamiento evitativo, aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

Tomando en consideración lo mencionado, el estudio tiene como objetivo determinar la eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

Es conveniente señalar que se han encontrado investigaciones a nivel internacional y muy pocos a nivel nacional acerca del tema en estudio, lo que me motiva a la realización de la presente.

Esta investigación ha sido dividida en cinco capítulos: El primero se refiere a la descripción y formulación del problema, objetivos, hipótesis e importancia de la investigación.

El segundo capítulo aborda el marco teórico: principalmente con relación a estudios previos, bases teóricas del trastorno de ansiedad generalizada, como su definición, la diferencia entre ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada, factores de riesgo, síntomas, criterios de diagnóstico según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV- TR), criterios de diagnóstico según la *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (CIE 10), aspectos epidemiológicos, evaluación psicológica del trastorno de ansiedad generalizada; tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada: enfoque dinámico, tratamiento farmacológico; terapia cognitivo conductual: orígenes de la terapia cognitiva conductual; programa de intervención grupal cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada un enfoque basado en problemas de Arthur Nezu. En el tercer capítulo detallaré la metodología: tipo, diseño de investigación, población y muestra, variables, instrumentos, procedimientos, y tratamiento estadístico de los datos.

En el cuarto capítulo se presentará el análisis de resultados. Y en el capítulo quinto estará referido a la discusión de resultados.

Finalmente, se señalará las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas.

Del mismo modo se expondrá los resultados de la investigación, esperando de este modo poder contribuir con la aplicación de programas de intervención cognitivo conductual para los colegas Psicólogos clínicos en la práctica profesional, y como base para la realización de otras investigaciones.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El mundo actual implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerado y mayor demanda de competencia y especialización, generando estrés. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismas y capacidad para moldearse a situaciones nuevas. Precisamente las contrariedades y exigencias que de manera cotidiana debe enfrentar el hombre lo llevan a someterse a momentos de angustia. Si la persona tiene una frecuencia recurrente de ansiedad, sin lograr manejarla adecuadamente, puede hacer padecer trastornos psicológicos, uno de ellos el trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces,

la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en afrontar el día puede provocar ansiedad.

Puchol (2003) refiere que aproximadamente 4 millones de norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 2.8 por ciento de la población, sufren cada año el Trastorno por Ansiedad Generalizada. Si bien puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, las mayores probabilidades se concentran entre el final de la infancia y mediados de la edad adulta.

En el Perú, el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi* (2002), refiere que en la prevalencia de vida de los principales trastornos psiquiátricos en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, el trastorno de ansiedad generalizada es el segundo trastorno presentado con 9.9 por ciento, siendo las mujeres quienes lo padecen más que los hombres, con 11.2 por ciento y 8.5 por ciento respectivamente.

A nivel internacional, diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo – conductual en el área de ansiedad y depresión (Echeburúa y Corral, 2001; Norcross, 2002; Mustaca, 2004). De esta forma, la psicoterapia cognitivo – conductual ha sido una de las más empleadas a nivel mundial, mostrándose eficaz y aplicable en problemas del área de la salud mental como la depresión y ansiedad. (Knight y Satre, 1999; Landreville, Landry, Baillargeon, Guerette y Matteau, 2001).

Borkovec, Wishman (citado en Cía, 2002) refieren que los meta análisis demuestran que la terapia cognitivo – conductual para el trastorno de ansiedad generalizada produce mejoras significativas después de terminado el tratamiento. Asimismo refiere que al aplicar la terapia cognitiva conductual, el

77 por ciento de los pacientes dejan de presentar los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

El tratamiento para disminuir la ansiedad generalizada de orientación cognitiva conductual a la cual se refieren los meta análisis antes mencionados, utilizan estrategias básicas como: entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos: educación acerca del rol de las cogniciones para disminuir la ansiedad; y tareas de exposición ante las preocupaciones.

Se han realizado pocas investigaciones con el enfoque basado en los problemas de Arthur Nezu, por lo que se considera necesario realizar investigaciones en este tema.

Motivo por el cual la autora se encuentra interesada en plantear:

¿Es eficaz un programa de Intervención Grupal Cognitivo – Conductual para disminuir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes del Puesto de Salud las Dunas - Surco?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo general:

Determinar la eficacia de un Programa de intervención Grupal Cognitivo – Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas - Surco.

1.2.2 Objetivos específicos:

1.2.2.1 Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental, antes de la aplicación del programa.

1.2.2.2 Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad generalizada en el grupo control, antes y después de la aplicación del programa.

1.2.2.3 Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad generalizada en el grupo experimental, antes y después de la aplicación del programa.

1.2.2.4 Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental, después de la aplicación del programa.

1.2.2.5 Identificar los efectos del programa en las áreas cognitiva, afectiva y somática en el grupo experimental.

1.3 HIPOTESIS

1.3.1 Hipótesis general:

Si aplicamos el programa de intervención grupal cognitivo-conductual entonces disminuirá el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco.

1.3.2 Hipótesis específicas:

1.3.2.1 Los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental no presentan variaciones significativas antes de la aplicación del programa.

1.3.2.2 Los niveles de ansiedad generalizada en el grupo control no presenta variaciones significativas, antes y después de la aplicación del programa.

1.3.2.3 Los niveles de ansiedad generalizada en el grupo experimental disminuye significativamente después de la aplicación del programa.

1.3.2.4 Los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental presentan variaciones significativas después de la aplicación del programa.

1.3.2.5 El programa es efectivo en las áreas cognitiva y afectiva en el grupo experimental.

1.4 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Cía (2002) refiere que el trastorno de ansiedad generalizada ha recibido hasta hace poco tiempo una atención menor, desde el punto de vista de la investigación, comparado con otros trastornos. Esto pudo deberse, por un lado, a la ausencia durante muchos años, de criterios diagnósticos para definirlo y, por otro, a su origen como una categoría diagnóstica residual. Se confundía el trastorno de ansiedad generalizada con otros trastornos de ansiedad, a partir del DSM III R (1987) y con el DSM IV dejó de considerarse una categoría residual,

constituyéndose en una entidad independiente, que puede coexistir con el trastorno de pánico o con preocupaciones fóbicas u obsesivas.

Becoña (1997) afirma que los resultados de una encuesta realizada a los miembros de la Asociación Americana para el Progreso de Terapia de Conducta (AABT), el 67 por ciento es de orientación cognitivo-conductual, el 19.9 por ciento conductuales, el 8.7 por ciento otros, y un 4 por ciento cognitivos.

En el Perú, existen investigaciones en programa cognitivo conductual para casos clínicos y grupales para otros trastornos psicológicos, no existiendo para la ansiedad generalizada. Arbaiza (2005), en su investigación, recomienda la ejecución de investigaciones en relación a la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en dicho trastorno.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTUDIOS PREVIOS

Dentro de las investigaciones internacionales encontramos a Gil y Cano (2001). En su investigación denominada *Aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales en un caso de Ansiedad Generalizada*. (España). Describió el caso clínico de una paciente diagnosticada con un trastorno de ansiedad generalizada donde se ha utilizado para el tratamiento un paquete de técnicas cognitivo-conductuales. Los instrumentos utilizados para la evaluación del caso fueron el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA, el inventario de depresión de Beck BDI, el inventario de solución y afrontamiento de problemas ISAP y el inventario de temores de Wolpe (FSSIII). De igual forma, se diagnosticó el trastorno de ansiedad generalizada a través de los criterios del DSM IV. El proceso terapéutico estuvo constituido por 12 sesiones: tres de evaluación pre-tratamiento, ocho de intervención y una de seguimiento y evaluación final. Durante la intervención utilizaron técnicas como la reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, entrenamiento en habilidades sociales, exposición, y relajación progresiva de Jacobson. Los resultados obtenidos indican que hubo

cambios positivos después de la intervención, reflejados en los instrumentos de evaluación y verbalmente por la propia paciente. Particularmente se produjeron cambios en la modificación de pensamientos distorsionados, la disminución de la sintomatología fisiológica y la adquisición de habilidades que le permitieron a la paciente afrontar con mayor éxito las situaciones de la vida cotidiana que le causaban síntomas de ansiedad.

Otro estudio realizado por Inglés; Cándido; Méndez; Rosa y Orgilés (2003). Con la investigación *La Terapia Cognitivo-Conductual en Problemas de Ansiedad Generalizada y Ansiedad por Separación: un Análisis de su eficacia* (España). Establecieron como objetivo revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes.

Se analizaron ocho informes científicos correspondientes al período 1980 a 2002, que derivaron en 21 estudios independientes. Los participantes fueron 662 sujetos de 7 a 14 años, con una edad media de 10,5 años. Los resultados informaron de que la terapia cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar son tratamientos probablemente eficaces, en base a los criterios de la comisión de expertos, de la División 12 Psicología Clínica, de la Asociación Americana de Psicología. Se describió con mayor detenimiento uno de los programas considerados más eficaces para estos problemas. Finalmente, se indican posibles variables predictoras de la eficacia de los tratamientos junto a algunas conclusiones y perspectivas cara a futuras investigaciones en este campo.

Portugal; Pérez e Iglesias (2003) en la investigación *Efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual* (España), analizó la efectividad de la terapia

cognitiva conductual en el tratamiento de los trastornos mentales basándonos en los datos de ocho unidades de salud mental y de 686 pacientes. Para ello, se relacionó la presencia o ausencia de terapia cognitiva conductual en cada unidad con el porcentaje de altas terapéuticas y de abandonos del tratamiento. En aquellas unidades que utilizaron la terapia cognitiva conductual, el número de altas superó ampliamente al número de abandonos. Por el contrario, en aquellas unidades donde no se emplearon la terapia cognitiva conductual, el número de abandonos duplicó al de altas. Se concluyó que la terapia cognitiva conductual es realmente eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales. Refieren además que es por ello que el psicólogo clínico debe dominar el empleo de técnicas cognitivas conductuales y que su aprendizaje debe estar presente en todo sistema de formación de terapeutas.

Por otro lado Lema (2006) en la investigación *Efecto de los componentes del Tratamiento Cognoscitivo-Conductual en estudiantes universitarias con diferentes niveles de Ansiedad Social* (Bogotá). Pretendió determinar la eficacia de los componentes del tratamiento cognoscitivo conductual (TCC) (reestructuración cognoscitiva, exposición en vivo y el entrenamiento en habilidades sociales), se llevó a cabo esta investigación, la cual permitió dar respuesta a un importante vacío investigativo encontrado en la literatura, relacionado con los resultados contradictorios concernientes a la efectividad que ofrecen estas técnicas en particular. Se aplicó un protocolo estructurado de intervención de ocho sesiones a nueve estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Fundación Universitaria Konrand Lorenz*. Con el fin de determinar el efecto de cada componente de intervención del tratamiento cognoscitivo-conductual, se tomaron medidas pre-post con los siguientes instrumentos de evaluación: El

inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI, el cuestionario de ansiedad social y una lista de chequeo de habilidades sociales. Se utilizó el diseño *Split-plot* de interacción de medidas repetidas, el cual es un diseño experimental verdadero, pues se realizó una asignación aleatoria de los tratamientos a los participantes. El análisis descriptivo no mostró diferencias significativas con respecto a la eficacia de la reestructuración cognoscitiva y la exposición en vivo en la mayoría de las situaciones que comúnmente generan ansiedad social.

Bausela (2006). En el *Estudio de un caso de Ansiedad Generalizada: Evaluación y Propuesta de Intervención Cognitivo - Conductual*. Presentó el caso de un adulto con un trastorno de ansiedad generalizada. Desarrolló una evaluación desde la corriente cognitivo – conductual, esbozó el análisis topográfico de la conducta problema, para analizar posteriormente los factores que explican que estas conductas sean mantenidas, análisis funcional. Finalizó comentando los posibles objetivos de intervención, así, como las líneas de intervención tanto farmacológicas como psicoterapéuticas posibles a desarrollar con esta persona.

Olivares; Piqueras y Rosa (2006) En el estudio *Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada* ha presentado los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente que presentaba un trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento incluyó una fase de explicación y reconceptualización del problema, otra de entrenamiento y una tercera de desvanecimiento del entrenamiento o "práctica programada". Las pruebas de evaluación empleadas fueron la entrevista semiestructurada de los trastornos de ansiedad del DSM-IV y los registros diseñados específicamente para evaluar la intensidad del malestar generado por las preocupaciones sobre las diferentes áreas fuente de preocupación

y los correlatos de este trastorno. Los resultados mostraron mejoras significativas entre pre test y pos test que se mantuvieron en los seguimientos.

Contreras; Moreno; Martínez; Araya; Livacic y Vera (2006). En la investigación *Efecto de una Intervención Cognitivo – Conductual sobre Variables emocionales en Adultos Mayores*. Presentó la evaluación de una intervención cognitiva – conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada una). Participaron 38 adultos mayores de la ciudad de Santiago de Chile diagnosticados con depresión leve, moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración negativa y psicoeducación. Para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas. El grupo experimental y control comenzaron igualados, al aplicar el tratamiento, los niveles de ansiedad rasgo, y los niveles de depresión; en el grupo experimental disminuyeron en forma progresiva, diferenciando sus valores con respecto al grupo control.

Dentro de los estudios nacionales encontramos a Nue, Mazzotti, Villarán y Cáceres (2001) con la Tesis *Prevalencia y Correlaciones de Trastornos de Ansiedad Generalizada: Depresivo Mayor y de Pánico en Pacientes Asmáticos Adultos según grado de severidad*. Universidad Peruana Cayetano Heredia –

Lima. Cuyo objetivo de estudio buscó comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada, depresivo mayor y de pánico en pacientes adultos asmáticos severas – moderados contra pacientes adultos asmáticos leves – intermitentes. Encontrando una tendencia de una probable asociación entre trastornos mentales y grado de severidad de asma, particularmente con trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico.

Rosenthal (2002). En la investigación *Tratamiento Conductual Cognitivo de la Depresión y la Ansiedad*. Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima. Se refiere al tratamiento de un caso, mujer de 37 años con diagnóstico de depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social y ansiedad generalizada. La investigación fue de tipo experimental debido a que tuvo una variable manipulada (tratamiento cognitivo conductual) cuyo efecto sobre las conductas fue evaluado. Concluyendo que los procedimientos conductuales y cognitivos aplicados favorecieron la disminución de los síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales de la depresión. La ansiedad y la preocupación excesiva característica de la ansiedad generalizada fueron disminuidas y controladas debido al procedimiento de técnicas conductuales y cognitivos aplicados.

Arbaiza (2005) En el *Estudio de caso clínico: Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universidad “San Martín de Porres”- Lima. Presentó la efectividad de la terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno de ansiedad generalizada. Mujer de 57 años, residente en el cercado de Lima, con diagnóstico de depresión y ansiedad generalizada. El tratamiento se dio en diferentes fases, ubicando estímulos antecedentes, conducta consecuente, aplicando técnicas de respiración, relajación imaginaria, TREC, entrenamiento en solución de problemas, detección de

pensamientos automáticos, asignación para la casa. Se logró modificar los esquemas cognitivos que generaban y mantenían la ansiedad. Evidenciando que las técnicas cognitivas conductuales utilizadas fueron efectivas ya que se lograron los objetivos propuestos, disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

Espinoza (2006) *Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Pacientes con Fobia Social*. Universidad Cayetano Heredia. El programa de intervención cognitivo conductual estuvo dirigido a un grupo de sujetos con trastorno de fobia social para determinar los efectos de la aplicación de dicho programa. En ella se consideró una muestra de tipo intencional constituida por cinco mujeres y un hombre que acudieron a un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana con el diagnóstico clínico de fobia social. El programa se estructuró por ocho sesiones y una sesión de seguimiento. Se utilizaron como instrumentos : un registro de conductas sociales, registro de pensamientos, registro fisiológico, la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS), los cuales indicaban los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales del trastorno. En el programa se aplicaron técnicas cognitivo conductuales para incrementar las habilidades sociales (componente conductual), modificar el componente cognitivo que se presentan como pensamientos distorsionados tanto a nivel personal como social, y para disminuir y controlar la ansiedad en el componente fisiológico. Finalmente, los resultados mostraron el cambio porque los participantes presentaron no sólo una disminución en los niveles de ansiedad, sino también, un pensamiento menos catastrófico y más racional lo que reflejó en una mayor ejecución de sus habilidades sociales.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):

2.2.1.1 Definición

Es un patrón de preocupación excesiva y ansiedad frecuente y constante acerca de uno o más acontecimientos o actividades diferentes (como el rendimiento laboral o escolar) que se presenta durante al menos seis meses.

Frecuentemente, los asuntos que generan preocupación excesiva son situaciones cotidianas (reparaciones en la casa o en el coche, finanzas, la salud de algún miembro de la familia, etc.). Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede variar de un asunto a otro. Con frecuencia es diagnosticado en mujeres que en hombres.

La expresión de la ansiedad es variable en diferentes culturas (en algunas preferentemente a través de síntomas somáticos y en otras cognitivos). El curso es crónico aunque con fluctuaciones y tiende a agravarse ante situaciones de estrés. (Oblitas, 2004).

Nue (2001) afirma que hay enfermedades que son originadas por la ansiedad o enfermedades que originan la ansiedad; entre las cuales se encuentran gastritis crónica, enfermedades endocrinas, del sistema nervioso central (delirio, demencia, epilepsia), enfermedades cardiacas (arritmias, angina de pecho, infarto de miocardio), metabólicas (anemias, hipoglicemia, hiponatremia, hipercalcemia).

2.2.1.2 Diferencia entre Ansiedad y Trastorno de Ansiedad Generalizada

La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante. Por ejemplo los niños pequeños que se sienten amenazados por la separación de los padres, los niños en su primer día de colegio, los adolescentes en su primera cita, los adultos que se acercan a la vejez y la muerte. Manifestada en una sensación de aprensión difusa, desagradable, y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, como indica la incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato, en un mismo sitio.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo.

Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en afrontar el día puede provocar ansiedad. El estado de ansiedad es casi permanente, oscilando levemente durante el transcurso del día y afectando la calidad del sueño. Además la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

2.2.1.3 Factores de Riesgo

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Aunque no se conoce la causa exacta, hay factores biológicos y genéticos que juegan un papel importante. Las situaciones estresantes de la vida o el comportamiento desarrollado a través del aprendizaje también pueden contribuir al trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno puede comenzar en cualquier momento de la vida, incluso en la niñez. La mayoría de las personas que sufren de este problema dicen que han sido ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Barlow (citado por Cía, 2002), describe cierto número de características de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, según ellos, los predisponen a desarrollar la enfermedad, así como otros trastornos de ansiedad. Una de esas características comprende el prejuicio negativo de ver al mundo como un lugar peligroso, reforzado a su vez por experiencias pasadas. Los prejuicios negativos pueden gatillar el proceso de preocupación, como por ejemplo la tendencia del paciente a sobreestimar la probabilidad de que ocurran sucesos negativos y tengan consecuencias catastróficas, así como subestimar su propia habilidad para afrontarlos.

Otros investigadores como Nisita (citado en Cía, 2002) han confirmado que una historia de experiencias vitales negativas puede predecir el desarrollo posterior de un trastorno de ansiedad generalizada. Estas experiencias provocaron en una persona un estado de hiperalerta difuso e hipersensibilidad, lo cual lo situaba en un espacio diferente al de las personas no ansiosas.

2.2.1.4 Síntomas

Hay numerosos síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (si bien la ansiedad puede ser síntoma de muchas enfermedades), se puede clasificar en dos grupos: psicológica y física.

Entre los síntomas psicológicos: se incluyen la aprensión, irritabilidad, dificultades de concentración, agitación, hipersensibilidad al ruido, alteraciones del sueño (incapaz de conciliar el sueño, despertarse intermitentemente, pero no se despierta por la mañana antes de lo habitual) y dificultad para concentrarse.

Los síntomas físicos se deben al aumento de actividad del sistema simpático o al aumento de la tensión muscular, por ejemplo gastrointestinal (sequedad de boca, dificultad al tragar, diarrea), sistema nervioso central (visión borrosa, vértigo), respiratorio (opresión en el pecho, dificultad respiratoria, hiperventilación) cardiovascular (palpitaciones, dolor precordial, latidos carotídeos prominentes) genitourinario (aumento de la micción, ausencia de libido, impotencia), tensión muscular (cefaleas de tensión, temblor) y ataques de pánico (episodios repentinos de extrema ansiedad o aprensión).

La ansiedad debe ser diferenciada de la depresión (la cual es más grave, con pensamientos suicidas e ideas de culpa y de inutilidad), de la esquizofrenia (donde la ansiedad es secundaria a las ideas delirantes), de la demencia (realizar un test de memoria), del abuso de alcohol o drogas incluyendo la abstinencia (por ejemplo si al despertar la ansiedad es severa considerar alcoholismo) y las enfermedades físicas (por ejemplo tiroxicosis, hipoglucemia).

2.2.1.5 Criterios según DSM-IV-TR para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

Según el DSM -IV- TR el diagnóstico de ansiedad generalizada se ubica en el 300.02, considerando que se presentan los siguientes criterios: ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses.

- a) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- b) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:
 - Inquietud o impaciencia
 - Fatigabilidad fácil
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- c) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo),

estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- e) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.2.1.6 Criterios según CIE 10 para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada, según el CIE 10, se encuentra ubicado en el F41.1; considerando que la ansiedad es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una *ansiedad libre flotante*). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante

nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.

A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vayan, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

- a) Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- b) Presencia de al menos de cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

- 1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2. Sudoración.
- 3. Temblor o sacudidas.
- 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

- 5. Dificultad para respirar.
- 6. Sensación de ahogo.
- 7. Dolor o malestar en el pecho.
- 8. Náuseas o malestar abdominal (por ejemplo estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental:

- 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno

mismo está distante o *no realmente aquí* (despersonalización).

11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.

12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.

14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

15. Tensión, dolores o molestias musculares.

16. Inquietud e incapacidad para relajarse.

17. Sentimiento de estar *al límite* o bajo presión, o de tensión mental.

18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o de *mente en blanco*, a causa de la preocupación o de la ansiedad.

21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

c) El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40), trastorno obsesivo – compulsivo (F42) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

d) *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.*- El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00 – F09) o trastorno relacionado con el consumo de

sustancias psicoactivas (F10 – F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

2.2.1.7 Aspectos Epidemiológicos

El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria, siendo una patología común. Según el estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi*, (2002), la prevalencia de vida se sitúa en torno al 9.9 por ciento de Lima Metropolitana y Callao, es más frecuente en el sexo femenino (2:1) las mujeres son quienes padecen el trastorno de ansiedad generalizada más que los hombres, con 11.2 por ciento y 8.5 por ciento respectivamente.

Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental. Los pacientes suelen acudir al clínico cuando tienen unos 20 años, aunque el primer contacto puede ocurrir virtualmente a cualquier edad. Sólo un tercio de los pacientes que padecen trastorno de ansiedad generalizada buscan ayuda psicológica y psiquiátrica.

Debemos considerar las complicaciones de la patología ansiosa no tratada o reconocida de forma tardía. El paciente con ansiedad puede buscar mejoría sintomática en el alcohol y otras sustancias, y no es raro el abuso de éstas. Tampoco es extraño que la ansiedad crónica provoque en el paciente una desmoralización que puede dar lugar a la coexistencia de síntomas depresivos.

La detección precoz de los trastornos ansiosos y su tratamiento apropiado no sólo pueden evitar estas complicaciones al paciente, sino también economizar recursos sanitarios consumidos innecesariamente.

2.2.1.8 Evaluación Psicológica del Trastornos de Ansiedad Generalizada

Es fundamental recordar que, para llegar a un diagnóstico correcto, hay que hacer una buena historia clínica, observación de conducta y el instrumento que oriente el diagnóstico diferencial tanto de patologías orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante (Ejemplo ansiedad simple, pánico o angustia, ansiedad fóbica, entre otros); así como diagnóstico de patologías comórbidas.

Entre los instrumentos psicológicos están:

a) Escala de evaluación de la ansiedad, HARS (Hamilton, 1959)

La escala de ansiedad de Hamilton: *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) permite determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente, consta de 14 ítems y es heteroaplicada. Por ello, funciona como una entrevista semiestandarizada, en donde el terapeuta debe evaluar en una escala 0 (“ausente”) a 4 (“intensidad máxima”), junto con la conducta del paciente en la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas

génito – urinarios y síntomas vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes.

b) Inventario de ansiedad de Beck, BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)

El BAI es un instrumento fiable válido como medida de la ansiedad y como medida de cambio terapéutico en muestras psiquiátricas, y sirve, además, para discriminar a pacientes aquejados de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de pánico, etc.).

El BAI es un inventario de 21 ítems que tiene por objetivo evaluar la intensidad de la ansiedad clínica en pacientes psiquiátricos sin solaparse con la evaluación de la depresión. El análisis factorial del BAI ha permitido aislar dos factores:

- Síntomas físicos de ansiedad (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 12, 13, 17, 19, 20 y 21);
- Ansiedad subjetiva y pánico (ítems 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16 y 18).

c) Inventario de preocupación PSWQ (Meyer, Millar, Metzger y Borkovec, 1990)

Núcleo del Trastorno de ansiedad generalizada son las preocupaciones patológicas. En este ámbito, el *Penn state worry questionnaire*, PSWQ (Inventario de Preocupación) (Meyer y cols. 1990) es el instrumento de auto informe más

específico actualmente disponible. Es una escala de 16 ítems que tiene por objetivo medir el grado de preocupabilidad, considerado éste como un rasgo.

d) *MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE 10*

Elaborada por Sheehan, Hergueta, Lecrubier (citados en Bobes), es un instrumento que basado en los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, habiendo sido adaptado lingüísticamente y validado a través de entrevistas a pacientes psiquiátricos del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi ” .

e) *Cuestionario de Screening de Ansiedad (Wittchen y Boyer, 1998) (citado en Bobes)*

El Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ - 15) es un instrumento sencillo para la detección del trastorno de ansiedad generalizada y otros síndromes de ansiedad. Todos sus ítems, excepto el número 1, han sido extraídos del M-CIDI (Munich Composite Internacional Diagnostic Interview) y adaptados para ser auto administrados. El ASQ – 15 consta de 15 ítems de respuesta dicotómica si-no que se agrupan en 3 secciones:

1. Motivo de acudir a consulta: ítem 1.- no es un ítem diagnóstico y puede utilizarse para clarificar otros problemas.

2. Diagnósticos: ítems 2 a 7.- Cada uno de estos 6 ítems evalúa un diagnóstico distinto y se utiliza como elemento llave para ese diagnóstico. Los diagnósticos evaluados son: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés post traumático y estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada.
3. Trastorno de ansiedad generalizada: ítems 8 a 15. Además de evaluar fielmente los criterios del trastorno, también sirve para evaluar síndromes de ansiedad subclínicos. Estos ítems evalúan los siguientes aspectos:
 - ítems 8 – 10: Contenidos de las preocupaciones y ansiedad.
 - ítems 11 – 12: Dificultad para controlar las preocupaciones.
 - ítem 13: Consta de 11 sub ítems (13a – 13k) que evalúan síntomas físicos de ansiedad. Los 6 primeros son los específicos del trastorno de ansiedad generalizada y los 5 restantes corresponden a los síntomas que incluye la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10).
 - ítem 14: Evalúa el impacto sobre la vida del paciente.
 - ítem 15: Evalúa el criterio temporal preguntando al paciente desde cuándo presenta todos los síntomas que nos ha comentado.

f) Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM – IV (Carroll y Davidson, 2000) (citado en Bobes)

Esta escala se desarrolló con la intención de crear un instrumento sencillo y rápido para la identificación de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM – IV.

Es una escala autoaplicada, formada por 12 ítems de respuesta dicotómica (si / no) que determinan la presencia o ausencia de los criterios DSM – IV para el trastorno de ansiedad generalizada.

De los 12 ítems, ocho se refieren a la ansiedad psíquica (nerviosismo, preocupación, inquietud, concentración), uno a las dificultades del sueño, uno a la tensión muscular y los 2 últimos evalúan la interferencia con la vida diaria y la necesidad de solicitar ayuda.

g) *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, 2006)*

Los autores son: Spitzer; Kroenke; Löwe(2006). La escala del trastorno de ansiedad generalizada consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior:

- 0–4 : No se aprecia ansiedad.
- 5–9 : Se aprecian síntomas de ansiedad leves.
- 10–14: Se aprecian síntomas de ansiedad moderados.
- 15–21: Se aprecian síntomas de ansiedad severos.

El cuestionario ha sido traducido directamente de su fuente original. En relación al género, cuando ha sido posible se ha optado por expresiones neutras como "alguien" o "algunas personas". En las demás ocasiones se ha optado por utilizar el masculino como genérico, evitando así la fórmula "o/a", "él/ella" que

tanta naturalidad resta al lenguaje y suponiendo en el lector la elemental capacidad de interpretación.

La escala del trastorno de ansiedad generalizada, aunque diseñada inicialmente para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada, también posee buenas características operativas para el trastorno de ansiedad social.

2.2.2 Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

El objetivo del tratamiento es ayudar a la persona a desempeñarse bien y su éxito por lo general depende de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada.

2.2.2.1 Enfoque Dinámico

La terapia psicodinámica a pacientes con trastornos de ansiedad generalizada implica una búsqueda de los miedos ocultos del paciente.

El objetivo del abordaje dinámico puede ser incrementar la tolerancia del paciente a la ansiedad (la capacidad de experimentar ansiedad sin tener que descargarla), en lugar de eliminarla. Los estudios empíricos indican que muchos pacientes que reciben un tratamiento psicoterapéutico satisfactorio pueden continuar experimentando ansiedad una vez terminado el tratamiento, pero el fortalecimiento del manejo de su ego les permite utilizar el síntoma de ansiedad

como una señal que refleja luchas internas y que expande su introspección y su entendimiento.

2.2.2.2 Tratamiento Farmacológico

El plan de tratamiento debe estudiarse cuidadosamente. El tratamiento a largo plazo debe considerarse individualmente, con un análisis de los riesgos - beneficios y teniendo en cuenta la incapacidad causada por los síntomas, edad, etc. (Bazire, 1999).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) generalmente son la primera opción de medicamentos. Los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) son otra opción. Otros antidepresivos y algunos anticonvulsivos se pueden usar para casos severos.

También se pueden prescribir otros medicamentos ansiolíticos como la buspirona y se pueden recomendar las benzodiazepinas.

El plan de tratamiento puede durar entre 6 y 12 meses, hay alguna evidencia de que el tratamiento debería realizarse a largo plazo en algunos casos.

2.2.3 Terapia Cognitiva Conductual

Se trata de un enfoque cuya unidad se halla en la metodología científica que recorre los distintos pasos del proceso. Desde la manera en que se obtiene el conocimiento y se justifica la hipótesis hasta la forma en que se operativiza el

campo clínico por medio de técnicas terapéuticas específicas, se ciñe a criterios científicos contemporáneos ampliamente aceptados.

Por supuesto, la psicología se destaca por su aporte de herramientas para la intervención clínica, la terapia cognitivo conductual se nutre también de un amplio espectro de disciplinas científicas relacionadas a las cuales se engloban bajo el título de *ciencias del comportamiento*. Entre ellas cuenta la biología, la neurofisiología, la farmacología, la sociología, la estadística. De este modo, desde los mismos fundamentos epistemológicos del enfoque, la terapia cognitivo conductual se diferencia de otras formas de intervención clínica por el hecho de no constituir una teoría propuesta por uno o varios autores; contrariamente, su característica más definitoria es ser un marco metodológico científico donde se conjuga el aporte de varias disciplinas avocadas al estudio del comportamiento y se congrega el trabajo de miles de investigadores que en los cinco continentes conforman la comunidad científica internacional. (Rivadeneira ; Minici y Dahab).

2.2.3.1 Orígenes de la Terapia Cognitiva Conductual

El desarrollo de la terapia cognitivo conductual se ha dado en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio. Por un lado, los psicólogos británicos dedicaron sus esfuerzos especialmente a los desórdenes de ansiedad, apoyando sus intervenciones en la teoría del condicionamiento clásico propuesta por Pavlov. En esta línea se

destacan claramente los trabajos de Hans Eysenck y Joseph Wolpe. Por otra parte, en Norteamérica, los psicólogos se orientaron predominantemente al tratamiento de pacientes institucionalizados y crónicos, fundamentalmente psicóticos con elevado grado de deterioro. En este último caso, la teoría del condicionamiento operante propuesta por Skinner dio el marco de referencia. Más allá de estas diferencias, ambas líneas de trabajo se manejaron con escasa teorización y excesivo empirismo, poniendo su énfasis en el comportamiento. Este último era considerado el producto de los eventos ambientales, experiencias de aprendizaje formadas casi exclusivamente a través del condicionamiento. Este enfoque que otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos representa históricamente la arista conductual de la actual terapia cognitivo conductual.

La insuficiente teorización del anterior modelo sumada a su dificultad para dar solución a algunos desórdenes psicológicos son elementos claves en el surgimiento de las terapias cognitivas, que inauguran el segundo período en el desarrollo. A mediados de la década del 60, Aaron Beck y Albert Ellis comparten la visión de que la mayor parte de los desórdenes psicológicos nacen por cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo defectuoso. Coherentemente con lo anterior, proponen que el “remedio” para tales desórdenes consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales. Definitivamente, la terapia cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la psicología con el tratamiento de la depresión. El nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado.

Hacia finales de la década del 80, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la terapia cognitivo conductual, que continúa hasta nuestros días.

De este modo, el enfoque de la terapia cognitiva, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en generación de las emociones.

El cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, cuyo fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales. En cambio el enfoque conductual se fundamenta en la concepción de que el comportamiento en general y los desórdenes emocionales en particular, responden a contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio comportamental basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones. Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales, tal como cuando para ayudar a una persona a superar sus miedos, ordenamos los estímulos provocadores de

ansiedad y los presentamos gradualmente mientras ella se relaja. Buscándose así crear una nueva asociación entre el evento disparador de ansiedad y la respuesta de relajación. Actualmente, más allá de los avances en el terreno cognoscitivo, se acepta ampliamente que existen desórdenes psicológicos para cuyo tratamiento no se puede prescindir de las técnicas conductuales. Tal es el caso de los hábitos nerviosos (tricotilomanía, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Baste sólo para ilustrar, en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente comportamental, constituye la opción más efectiva.

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica clínica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia terapéutica.

2.2.4 Programa de intervención grupal cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada: un enfoque basado en problemas (Arthur Nezu)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro. La persona con ansiedad generalizada atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa posibilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de

la ansiedad y preocupación no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan sólo mencionar que es improbable la ocurrencia del acontecimiento temido, por lo general no altera la idea de la persona.

Según Becoña (1997), hoy en día se aplica la terapia de solución de problemas a gran número de dificultades y tiene una gran aceptación para los terapeutas.

En los trastornos de ansiedad generalizada han puesto un gran énfasis en los tratamientos cognitivos conductuales, centrado por un lado, en la reestructuración cognitivo de las cogniciones alteradas y, por otro lado, en la exposición a los estímulos internos y externos evitados por el paciente, así como los síntomas somáticos de manera directa.

Arthur Nezu (EEUU). Su teoría es la resolución de problemas. Tendiente a la eliminación de malestares emocionales. Plantea la selección, el análisis del problema, el diseño terapéutico, la toma de decisiones y la evaluación. Amplía el campo de aplicación a cuidadores, pacientes oncológicos, instituciones correccionales. Las técnicas se basan en identificar el problema, discutirlo, informarse sobre los procesos de la mente, jugar sus roles o roles invertidos, buscar alternativas válidas; son grupales o individuales; con tareas para la casa (Caro, 1997).

El número de sesiones para el tratamiento oscila de 4 , 6 a 10, y entre 14 y 16 (Becoña, 1997).

Arthur Nezu considera como las metas de resultados finales al trabajar con personas que presentan ansiedad generalizada son: disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. El tratamiento pretende reducir la inflexibilidad del afrontamiento, mejorar la calidad de vida, mejorar las

relaciones sociales, así como el desempeño ocupacional y académico.

Principales objetivos del tratamiento:

1. Alterar las metacogniciones desadaptativas
2. Disminuir la intolerancia a la incertidumbre.
3. Reducir el comportamiento evitativo
4. Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

1. Alterar las metacogniciones desadaptativas

Wells (1995) distinguió dos tipos de preocupaciones en las personas con trastorno de ansiedad generalizada: las de tipo 1 se refieren a cuestiones externas (por ejemplo situaciones amenazadoras) e internas (por ejemplo sensaciones somáticas) ; en cambio, las de tipo 2 implican metacogniciones acerca de la preocupación, las cuales se refieren a las percepciones propias acerca de la función de los pensamientos y sensaciones relacionados con la preocupación.

Wells (1995, 2002) describe que la importancia de las metacogniciones radica en que perpetúan la preocupación. De manera específica, los pacientes con ansiedad generalizada albergan ciertas ideas acerca de la función de tal inquietud.

Intervenciones potenciales específicas de la meta:

a) Reestructuración cognitiva.-

La reestructuración cognitiva se centra primero en identificar los

pensamientos automáticos distorsionados. Es importante educar al paciente respecto de la forma como los pensamientos que no son sometidos a análisis en verdad perpetúan la preocupación.

La reestructuración cognitiva se concentra en desarrollar múltiples perspectivas opcionales más que en el mero acontecimiento negativo temido.

Al aplicar la reestructuración negativa, es importante no tratar de minimizar el carácter catastrófico de los acontecimientos temidos; por ejemplo si una paciente teme que su esposo fallezca en un accidente automovilístico de camino a casa, el terapeuta no debe intentar convencerla de que eso no es una tragedia. En cambio, esta táctica de tratamiento debe abordar la probabilidad de que ocurra el evento temido, así como las suposiciones desadaptativas acerca de la preocupación (por ejemplo “si me preocupo, todo va a estar bien”).

b) Terapia de resolución de problemas.-

Los pacientes con ansiedad generalizada a menudo no saben qué más hacer, aparte de inquietarse. Por ello la terapia de resolución de problemas (D’Zurilla, Nezu, 1999), misma que pone 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. Este componente incluye todas las conductas de solución de problemas, los cuales el terapeuta debe presentar brevemente los elementos clave de cada paso conductual, procediendo con los 4 pasos siguientes:

1º Definir el problema : incluye la descripción de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definición del problema tiene que proporcionar información que optimice la actuación en las siguientes etapas del proceso de solución de problemas, pero excluye la información que se refiera a la intolerancia ante la incertidumbre o ante la activación.

2º Generar soluciones alternativas: implica que se proporcionen ideas, eliminando las críticas, se favorece la expresión incontrolada de ideas.

3º Tomar una decisión: consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular.

4º Llevar a la práctica la decisión y evaluar la solución: implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones. Si el resultado no es satisfactorio, el paciente empieza de nuevo e intenta encontrar una solución mejor. Si el resultado es satisfactorio, finaliza el proceso de solución de problemas.

c) Terapia de ampliación de conciencia.-

Con el impulso de las metacogniciones sobre la preocupación, los pacientes con ansiedad generalizada pasan mucho tiempo preocupándose por el futuro. Se realizan intervenciones que permitan que el paciente acepte el presente en lugar de preocuparse por lo que pueda pasar. La psicoeducación debe estar en relación con las ideas acerca de preocupación, el entrenamiento de relajación, la exposición y la “acción conciente” (por ejemplo 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..

2. Disminuir la intolerancia a la incertidumbre.

Los pacientes con ansiedad generalizada reportan mayor intolerancia a la incertidumbre que quienes padecen otros trastornos de ansiedad (Dugas, Gagnon, Ladoucer, Freeston, 1998); dicha intolerancia guía el procesamiento de información que propaga la preocupación. Considerando a esta intolerancia a la incertidumbre como un elemento básico del Trastorno de Ansiedad Generalizada. (Ladoucer et al., 2000).

Intervenciones potenciales específicas de la meta:

a) Terapia de Resolución de Problemas.-

La intolerancia a la incertidumbre lleva a percibir problemas que en realidad no existen y a la consecuente instrumentación de habilidades ineficaces de resolución de los mismos. Así, la gente con ansiedad generalizada se caracteriza por una orientación negativa de los problemas y a las capacidades con que cuenta para resolverlos. Esta predisposición implica una dificultad para percibir las dificultades cuando en verdad ocurren, atribuciones inexactas acerca de sus causas, sobreestimación de la amenaza que representan, falta de control percibida sobre ellas, así como un menor compromiso de tiempo y esfuerzo dedicados a abordar los problemas de manera eficaz. La terapia de resolución de problemas según D'Zurilla, Nezu (1999) es aconsejable. Se aplican los pasos antes mencionados.

b) Automonitoreo.-

Además de su valiosa función como procedimiento de evaluación, el automonitoreo es un componente importante de un plan general de tratamiento al trabajar con pacientes con ansiedad generalizada (Brown, O'Leary, Barlow, 2001).

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 quizás sean internas (pensamientos, sensaciones físicas) o externas (sucesos estresantes). El automonitoreo no sólo ofrece a los terapeutas más información sobre los síntomas, sino también sirve para que los pacientes conozcan más de sus preocupaciones (por ejemplo 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.

c) Control de estímulos.-

Al tratar a pacientes con ansiedad generalizada, un protocolo de control de estímulos implica hacerlos controlar las circunstancias en las cuales surge la preocupación (es decir, cuándo y cómo). Se instruye a los pacientes reserven un lapso y lugar específicos para inquietarse. Las preocupaciones se retrasan hasta la hora programada, momento en el cual se asigna al paciente la labor de estar intranquilo, es decir si el paciente ha programado recordar sus preocupaciones en el patio de su casa a las 9am, debe de esperar llegar hasta ese lugar y a esa hora para preocuparse. La demora de la preocupación permite que los pacientes se den

cuenta de que ésta no constituye una estrategia de afrontamiento necesaria para lidiar con su intolerancia a la incertidumbre. Con el control de estímulos, los pacientes a menudo reportan una necesidad menor de preocupación y una mayor capacidad para evitarla.

3. Reducir el comportamiento evitativo

La preocupación sirve (si bien de manera desadaptativa) como mecanismo de afrontamiento para pacientes con ansiedad generalizada. Borkovec y colaboradores conciben a la preocupación como un método de evitar el afrontamiento: tal evitación quizá adopte la forma de a) evitación supersticiosa percibida o b) evitación experiencial.

a) Los individuos con ansiedad generalizada a menudo manifiestan un pensamiento mágico o supersticioso, según el cual el acto de preocuparse evita futuros sucesos negativos.

b) La evitación experiencial (o evitación de angustia interna) es otro método como los individuos con ansiedad generalizada emplean la evitación del afrontamiento, y se manifiesta de diversas maneras. Por ejemplo, los individuos quizá intenten suprimir la preocupación; sin embargo, de modo irónico, han demostrado que hacer esto aumenta la angustia. Otra forma de evasión experiencial es ir de una inquietud a otra, más que procesar una preocupación específica. Además, afligirse por sucesos insignificantes permite al individuo evitar asuntos más angustiantes, como cogniciones y emociones negativas acerca del propio autoconcepto negativo. La evitación da por resultado un reforzamiento negativo de la preocupación de diversas formas. En primer lugar, evitar la

preocupación disminuye por un tiempo la activación somática e inhibe el procesamiento emocional del suceso temido; en segundo lugar, debido a que la preocupación se basa en un acontecimiento improbable que por lo general no ocurre, los pacientes con ansiedad generalizada a menudo atribuyen dicha ausencia de cumplimiento del suceso temido como feliz consecuencia de su preocupación evasiva. Además del reforzamiento, el afrontamiento de la preocupación se fortalece más mediante la relación cíclica entre preocupación y evitación (es decir, la evitación es una reacción ante la preocupación e instigadora de ella).

Intervenciones potenciales específicas de la meta:

a) Terapia de Exposición.-

A diferencia de otros trastornos de ansiedad en los que la evitación conductual es más visible, la evitación en los pacientes con ansiedad generalizada se caracteriza por evitar cogniciones. La exposición 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 (por ejemplo reestructuración cognitiva). Han demostrado que la terapia de exposición es un componente eficaz del tratamiento al trabajar con el trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec, Costello, 1993).

Para llevar a cabo la exposición en el trastorno de ansiedad generalizada, 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 período 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 la 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” (por ejemplo “¿cómo se sentirá en una hora después de hacer esto?”).

b) Ensayos Conductuales.-

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 los 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: por ejemplo, se instruye a quien teme que leer los obituarios en verdad cause la muerte de un ser

querido a que lea los obituarios y después evalúe las consecuencias.

c) Estrategias Interpersonales.-

Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada 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. Han demostrado que en el trastorno de ansiedad generalizada las preocupaciones a menudo giran en torno a las relaciones interpersonales (Breitholtz, Johansson, 1999). Además, las dificultades interpersonales persistentes predicen resultados deficientes en la terapia cognitivo – conductual.

La terapia se aplica junto con compañeros que contribuyen a abordar las relaciones deterioradas, intentándose disminuir la evitación personal y mejorar las relaciones interpersonales.

4. Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

Los síntomas físicos del trastorno de ansiedad generalizada se relacionan menos con la activación del sistema nervioso simpático (por ejemplo ritmo cardíaco 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 el trastorno de ansiedad generalizada, como

dolor de pecho (Carter, Maddock, 1992) y el síndrome de intestino irritable (Tollefson, Pederson, Luxenberg, 1991). De hecho, la gente con trastorno de ansiedad generalizada solicita mayor asistencia médica en comparación con el público general (Roy – Byrne, Katon, 1997)

Intervenciones potenciales específicas de la meta:

a) Entrenamiento de Relajación.-

Es importante observar que para algunos pacientes con trastorno de ansiedad generalizada la relajación produce un paradójico incremento de ansiedad. 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 trastorno de ansiedad generalizada 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.

Según Ost, Breitholtz (2000) refieren que se ha descubierto que el entrenamiento de relajación es un tratamiento eficaz para los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

Se enseñan varios tipos de habilidades de relajación para que los pacientes reduzcan los síntomas somáticos asociados con el trastorno de ansiedad generalizada. La relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación son algunas técnicas de relajación. Por lo que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada a menudo informan dificultad para relajarse, deben presentarse y practicarse con frecuencia diversas técnicas para disminuir la tensión, es decir, tanto en las sesiones como fuera de ellas.

b) Desensibilización de autocontrol.-

Los pacientes identifican las situaciones y señales que provocan ansiedad (físicas, cognitivas, conductuales y externas) que, a su vez, se clasifican como leves, moderadas o graves. Una vez que aprenden la relajación muscular progresiva, se les instruye para que efectúen esta habilidad de manejo del estrés cuando imaginen dichas situaciones estresantes. Los pacientes alternan entre la visualización de la situación estresante y la aplicación de la respuesta de relajación. La desensibilización de autocontrol permite la extinción de la ansiedad, además de ser una forma de practicar las recién adquiridas habilidades adaptativas de afrontamiento.

c) Entrenamiento en higiene para dormir.-

Las perturbaciones del sueño se asocian a menudo con el trastorno de ansiedad generalizada y generan dolencias físicas (rigidez muscular, dificultad para concentrarse). El entrenamiento conductual en higiene para dormir ayuda a

recuperar el sueño (Leahy, Holland, 2000). En primer lugar se instruye a los pacientes para que elaboren un programa de sueño regular (es decir, acostarse y levantarse a diario a la misma hora incluso los fines de semana). Establecer una correspondencia condicionada entre la cama y el sueño, la cama sólo se usa para dormir y si tuviera pareja, para tener relaciones sexuales, no para leer ni ver la televisión. Después se indica al individuo a que no intente dormirse, pues esto aumenta la ansiedad y, paradójicamente, reduce la probabilidad de conciliar el sueño; en cambio, deben concentrarse en relajarse. Es importante limitar la ingestión de líquidos (como la cafeína y alcohol) antes de acostarse, a fin de evitar la urgencia de levantarse al baño. Si no se duerme antes de 15 minutos desde que se acostó, la recomendación es que se levante de nuevo. En ese momento, se pide al individuo que identifique pensamientos automáticos (por ejemplo “nunca me voy a dormir y no voy a poder hacer nada mañana”) y después enfrentar dichas distorsiones cognitivas. Por último, se enseña a los pacientes a no esperar resultados inmediatos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo cuasi experimental pre test, post test y grupos intactos. Este diseño según Hernández Sampiere; Fernández y Baptista(2002),presenta dos grupos intactos, formados antes del experimento; se les administra simultáneamente el pre test ; posteriormente uno de los grupos recibe el tratamiento experimental y el otro no, continuando con sus actividades rutinarias, y finalmente se les administra, también simultáneamente una post prueba.

Los grupos son comparados en pre test y post test para analizar si el tratamiento experimental tuvo un efecto sobre la variable dependiente. Asimismo puede servir para verificar la equivalencia inicial de los grupos (si son equiparables no debe haber diferencias significativas entre pre test de los grupos).

ESQUEMA:

G1	O1	X	O2
G2	O3	—	O4

En el caso de esta investigación se evaluó a las personas diagnosticadas de ansiedad generalizada, con la Escala de Ansiedad Generalizada GAD – 7, a los dos grupos intactos. A uno de estos grupos conformado por 15 mujeres, se aplicó la *Variable Independiente* (Programa de intervención cognitivo conductual), a la *Variable Dependiente* (Trastorno de Ansiedad Generalizada); el segundo grupo siguió realizando sus mismas actividades rutinarias. Al finalizar el Programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental se realizó el post test con la escala antes mencionada. Se analizaron los resultados pre test y post test de ambos grupos, y la eficacia del programa de intervención en la ansiedad generalizada.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de referencia está caracterizada por pacientes que acuden al servicio de Psicología del Puesto de Salud Las Dunas, del distrito de Surco; procedentes de los asentamientos humanos como *Rodrigo Franco, Villa Elba, Canevaro, Luis Felipe de las Casas, Viva el Perú*, pobladores que en su gran mayoría provienen de las diferentes provincias del Perú, tanto de la costa como de la Sierra; dedicados a las actividades del comercio, con precarias condiciones económicas.

De la población referida se seleccionó una muestra de 30 mujeres, de acuerdo a los criterios de inclusión. Dos grupos intactos uno experimental y un grupo de control, de 15 mujeres cada uno, quienes en su mayoría realizan actividades religiosas parroquiales. Las integrantes del grupo experimental

recibió un programa de intervención grupal cognitivo – conductual, mientras que el grupo control siguió con sus actividades rutinarias.

Los criterios de inclusión a considerarse son:

- Sexo femenino.
- Edades entre los 20 años hasta los 60 años.
- Nivel de instrucción mínimo de 6° grado.
- No presentar psicopatía primaria ni diagnóstico dual (trastorno psiquiátrico asociado al trastorno de ansiedad generalizada).
- No haber recibido tratamiento farmacológico.

Proceso de selección

Se ha elegido a los pacientes en el Puesto de Salud Las Dunas, que han pasado por el Servicio de Medicina, descartándose algún problema físico. Por ello la historia clínica nos ha ayudado a seleccionar al paciente con trastorno de ansiedad generalizada. Además se hace referencia que 21 pacientes pertenecían a grupos catequísticos en la Parroquia.

Formación de los Grupos control y experimental

Los grupos estaban formados de la siguiente manera.

En el Grupo Control, las edades:

- 4 pacientes tenían 28 años de edad.
- 1 paciente tenía 30 años.

- 1 paciente tenía 32 años.
- 2 pacientes tenían 33 años.
- 1 paciente tenía 39 años.
- 1 paciente tenía 40 años.
- 2 pacientes tenían 51 años.
- 2 pacientes tenían 52 años.
- 1 paciente tenía 54 años.

Presentaban el grado de instrucción:

- 3 pacientes con 6º grado de primaria.
- 10 pacientes con secundaria completa.
- 2 pacientes con superior técnica incompleta.

Los puntajes pre test y post test que obtuvieron las mujeres del grupo control es el siguiente:

Puntaje pre test, antes de la aplicación del Programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental.

- 1 paciente obtuvo 5 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 7 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 8 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 9 puntos.
- 1 paciente obtuvo 10 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 11 puntos.
- 1 paciente obtuvo 13 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 14 puntos.
- 1 paciente obtuvo 15 puntos.
- 1 paciente obtuvo 21 puntos.

Por consiguiente, 7 mujeres presentaban síntomas leves de ansiedad generalizada. 6 mujeres presentaban síntomas moderados de ansiedad generalizada. Y 2 mujeres presentaban síntomas severos de ansiedad generalizada.

Puntaje post test, después que se aplicó el Programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental.

- 1 paciente obtuvo 4 puntos.
- 1 paciente obtuvo 5 puntos.
- 1 paciente obtuvo 7 puntos.
- 3 pacientes obtuvieron 9 puntos.
- 3 pacientes obtuvieron 10 puntos.
- 1 paciente obtuvo 13 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 14 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 15 puntos.
- 1 paciente obtuvo 20 puntos.

De estos puntajes obtenidos se puede referir que sin haber recibido el Programa de intervención cognitivo conductual, 1 mujer no presentó síntomas de ansiedad generalizada. 5 mujeres presentaban síntomas leves de ansiedad generalizada. 6 mujeres presentaban síntomas moderados de ansiedad generalizada. Y 3 mujeres presentaban síntomas severos de ansiedad generalizada.

El Grupo experimental estuvo conformado por las mujeres de las siguientes edades:

- 2 pacientes tenían 28 años de edad.
- 1 paciente tenía 31 años.
- 1 paciente tenía 32 años.
- 1 paciente tenía 38 años.

- 2 pacientes tenían 53 años.
- 1 paciente tenía 54 años.
- 1 paciente tenía 57 años.
- 1 paciente tenía 58 años.
- 3 pacientes tenían 59 años.
- 2 pacientes tenían 60 años.

Presentaban el grado de instrucción:

- 2 pacientes con 6º grado de primaria.
- 9 pacientes con secundaria completa.
- 4 pacientes con superior técnica incompleta.

Los puntajes pre test y post test que obtuvieron las mujeres del grupo experimental es el siguiente:

Puntaje pre test, antes de la aplicación del Programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental.

- 2 pacientes obtuvieron 6 puntos.
- 1 paciente obtuvo 7 puntos.
- 1 paciente obtuvo 8 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 10 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 12 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 13 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 14 puntos.
- 2 pacientes obtuvieron 15 puntos.
- 1 paciente obtuvo 19 puntos.

Por consiguiente, 4 mujeres presentaban síntomas leves de ansiedad generalizada. 8 mujeres presentaban síntomas moderados de ansiedad generalizada. Y 3 mujeres presentaban síntomas severos de ansiedad generalizada.

Puntaje post test, después de la aplicación del Programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental.

- 2 pacientes obtuvieron 3 puntos.
- 3 pacientes obtuvieron 5 puntos.
- 1 paciente obtuvo 6 puntos.
- 1 paciente obtuvo 8 puntos.
- 4 pacientes obtuvieron 9 puntos.
- 1 paciente obtuvo 10 puntos.
- 1 paciente obtuvo 11 puntos.
- 1 paciente obtuvo 12 puntos.
- 1 paciente obtuvo 13 puntos.

De estos puntajes obtenidos se puede referir que después de haber recibido el Programa de intervención cognitivo conductual, 2 mujeres no presentaron síntomas de ansiedad generalizada. 9 mujeres presentaban síntomas leves de ansiedad generalizada. Y 4 mujeres presentaban síntomas moderados de ansiedad generalizada.

3.3 VARIABLES

3.3.1 Variable Dependiente

La variable dependiente es el trastorno de ansiedad generalizada, dado que

según Hernández Sampiere y cols.(2002), esta variable no se va a manipular, sino que se *mide* para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella.

Definición Conceptual

El trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades, tal como el asistir a la escuela o trabajo.

Definición Operacional

Dimensiones de la ansiedad generalizada:

- Síntomas afectivos: miedo, ansiedad
- Síntomas cognitivos: desintegración mental, aprehensión.
- Síntomas somáticos: reactivos.

Indicadores

El trastorno de ansiedad generalizada se va a medir a través de la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7); consta de siete preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente.

- 0-4 No se aprecia ansiedad.
- 5-9 Se aprecian síntomas de ansiedad leve
- 10-14 Se aprecian síntomas de ansiedad moderado
- 15-21 Se aprecian síntomas de ansiedad severos

3.3.2 Variable Independiente

La variable independiente es el Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada. Hernández Sampiere y cols.(2002), sostienen que a la presencia de la variable independiente muy frecuentemente le llaman *tratamiento experimental o estímulo experimental*. Es decir el grupo experimental recibe el tratamiento o estímulo experimental o, lo que es lo mismo, se le expone a la variable independiente, el grupo de control no recibe el tratamiento o estímulo experimental.

Definición Conceptual

El Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada: Es un conjunto de ocho sesiones grupales en las cuales busca trabajar los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos para disminuir la ansiedad generalizada.

Definición Operacional

Intervenciones del Programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada:

- Reestructuración cognitiva
- Síntomas cognitivos: desintegración mental, aprehensión.
- Terapia de resolución de problemas
- Terapia de ampliación de conciencia
- Automonitoreo
- Control de estímulos
- Terapia de exposición

- Ensayos conductuales
- Estrategias interpersonales
- Entrenamiento de relajación
- Desensibilización de autocontrol
- Entrenamiento en higiene para dormir

3.4 INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado es la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). (Ver anexo 1) de autores: Spitzer; Kroenke; Williams; y Löwe (2006).

La escala del trastorno de ansiedad generalizada consta de siete preguntas puntuables entre cero y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior:

- 0–4 : No se aprecia ansiedad.
- 5–9 : Se aprecian síntomas de ansiedad leves.
- 10–14: Se aprecian síntomas de ansiedad moderados.
- 15–21: Se aprecian síntomas de ansiedad severos.

Áreas-factores-dimensiones:

- Síntomas afectivos: miedo, ansiedad. Se ubican en las preguntas 1,5,6 y 7.

- Síntomas cognitivos: desintegración mental, aprehensión. Se ubican en las preguntas 2,3.
- Síntomas somáticos: reactivos. Se ubican en la pregunta 4.

El cuestionario ha sido traducido directamente de su fuente original. En relación al género, cuando ha sido posible se ha optado por expresiones neutras como "alguien" o "algunas personas". En las demás ocasiones se ha optado por utilizar el masculino como genérico, evitando así la fórmula "o/a", "él/ella" que tanta naturalidad resta al lenguaje y suponiendo en el lector la elemental capacidad de interpretación.

La escala del trastorno de ansiedad generalizada, aunque diseñada inicialmente para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada, también posee buenas características operativas para el trastorno de ansiedad social.

Puntos de Corte .-

El punto de corte de la Escala de Ansiedad Generalizada GAD 7, en su original, determinó que optimizado sensibilidad 89% y especificidad 82% . El aumento de puntuaciones en la escala fueron fuertemente asociada con múltiples dominios de deterioro funcional (los 6 Resultados Médicos Estudio Short-Form General Encuesta de Salud de las escalas discapacidad y días). Although GAD and síntomas de depresión co-producido con frecuencia, el análisis factorial confirmó como dimensiones distintas. Por otra parte, el GAD y la depresión los síntomas eran diferentes, pero independiente de los efectos el deterioro funcional y la discapacidad.

Se dieron buen acuerdo entre las auto-informe versiones de la escala. (Spitzer, R.L.; Kroenke, K.; Williams, J.B. W. & Löwe, B. ; 2006).

En Barcelona el punto de corte fue el de 10, para el que la especificidad superaba el 80% y la sensibilidad era del 90% (Iglesias Rodal, Manuel, 2009)

Validez y Confiabilidad.-

Se realizó un estudio piloto en 81 personas que acuden al Puesto de salud Las Dunas por diferentes razones, algunas personas sin malestares físicos y otras con algunas dolencias o con dificultades.

Se observó que la consistencia interna del instrumento es de .78, lo que indica una adecuada confiabilidad. Por otro lado los siete ítems de la escala contribuyen al instrumento. (tabla 1)

La escala de trastorno de ansiedad generalizada GAD – 7 ha sido validado en su confiabilidad por consistencia interna como se mencionaba anteriormente lo cual significa que el test indica el grado en que la gente que tiende acertar unos ítems tiende a acertar también los demás ítems.

Tabla 1 Consistencia interna y análisis de ítems de la escala de
trastorno de ansiedad generalizada GAD – 7

	Media	Varianza	Item-	Alfa
	Item	Item	Total	Item
Correlación				
Item 1	6.6049	16.8920	.6556	.7355
Item 2	6.6790	16.8957	.6017	.7450
Item 3	6.2840	19.4559	.3273	.7961
Item 4	6.9630	18.8361	.4437	.7752
Item 5	7.0123	18.2373	.4620	.7724
Item 6	6.0123	17.2873	.5315	.7594
Item 7	6.5926	16.9194	.5976	.7458
N° de Casos =	81.0		N° de Ítems =	7
Alfa =	.7892			

***Programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir el
trastorno de ansiedad generalizada aplicado en las pacientes del puesto de salud
Las Dunas- Surco***

El programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada, tuvo una duración de ocho sesiones, dos sesiones semanales: la primera sesión duró 60 minutos, la segunda duró 70 minutos, la tercera duró 60 minutos, la cuarta duró 60 minutos; la quinta duró 70 , minutos, la sexta y séptima duraron 60 minutos, y la octava sesión duró 80 minutos. Se dejaron tareas para la casa, como bien señalan Kazantzis y L'Abate (2007) que

las actividades, asignaciones o tareas para la casa han llegado a ser centrales para que las metas terapéuticas sean logradas exitosamente. A continuación presentamos el programa desarrollado sesión por sesión:

I sesión

a) OBJETIVO

Ubicar las situaciones que llevan a evitar las relaciones interpersonales y conocer las estrategias de afrontamiento.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

Tareas para casa

c) TIEMPO

60 minutos

d) DESARROLLO

Presentación.-

Se llevó a cabo una presentación recíproca tanto de parte de la facilitadora, la monitora, así como de las integrantes del grupo, además se dio a conocer el objetivo del programa así como el encuadre terapéutico: perseverancia, puntualidad, respeto a la intimidad. Este grupo estaba conformado por 15 mujeres,

12 de ellas son un grupo intacto, pertenecientes a un grupo parroquial, además había un conocimiento previo entre la facilitadora, la monitora y las integrantes, esto contribuyó a que la actividad durara 15 minutos.

Evaluación pre test

A cada una de las pacientes se les explicó y se les entregó la escala de ansiedad generalizada GAD 7 otorgándoles un tiempo prudencial de 10 minutos, para que resolvieran en forma individual. Para 10 mujeres fue fácil contestar y otras 5 solicitaron que se les explicara nuevamente.

Procedimiento

Todas las pacientes se sentaron formando un círculo, de tal manera que podían observarse unas a otras. Se procedió a explicar a las pacientes el desarrollo de la sesión cuyas intervenciones son reducir el comportamiento evitativo y estrategias interpersonales.

Se le pidió a cada una de las participantes que recordaran las situaciones que les lleva a alejarse de las demás personas. Por ello se consideró importante trabajar en forma grupal para que sean el soporte emocional unas de otras.

Ellas expresaron las razones, pensamientos que les llevaban al comportamiento evitativo en las relaciones interpersonales:

5 manifestaron por el temor *al que dirán*, 4 por evitar conflictos, 3 por dejarse absorber por sus preocupaciones y 3 no tenían dificultad para relacionarse.

Posteriormente se pidió a las pacientes que expresaran lo aprendido en la experiencia grupal.

Todas ellas manifestaron que se habían dado cuenta que es importante socializar la experiencia en un grupo donde encontraron respeto y confianza con las expresiones ¡Voy sintiendo confianza en el grupo! ¡Me aceptan como soy!.

Finalmente *en las hojas de tarea para casa* (ver anexo 2), cada una anotaba el compromiso asumido de acuerdo a los comportamientos evitativos en las relaciones interpersonales, por ejemplo las 5 mujeres que tenían temor al que dirán colocarán la conducta de acercarse sin prejuicios, las 4 que manifestaron evitar conflictos la conducta será asertiva (habilidad para expresar en forma franca, directa y adecuada los pensamientos y sentimientos).

Al ubicar los pensamientos que llevaban a evitar las relaciones interpersonales, se fueron acercando como compañeras del grupo, considerándose, que tienes situaciones en común, presentan ansiedad generalizada, preocupaciones, esto les permitió relacionarse con confianza, apertura y atención.

II sesión

a) OBJETIVO

Identificar los pensamientos automáticos y desarrollar estrategias de solución de problemas.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis de problemáticas

Tareas para casa

c) TIEMPO

70 minutos

d) DESARROLLO

Se revisó la *tarea para casa* dejada el primer día, 11 personas la hicieron con más frecuencia, a 2 de ellas les costó por el miedo al que dirán y a las otras 2 por dejarse absorber por sus preocupaciones.

En la retroalimentación de la sesión anterior se hizo referencia que es importante entablar relaciones interpersonales, lo que permitirá un enriquecimiento personal.

Para el trabajo de esta sesión se procedió a ubicar los pensamientos automáticos que son mensajes aprendidos que se disparan solos sin que se pretendan. Dentro de los pensamientos automáticos distorsionados identificados por las mujeres encontramos :

- No le caigo a mi supervisor y no se porque me tiene cólera
- Tiene algo contra mí
- Soy aburrida
- Me siento sola
- Yo no valgo para hacer cosas importantes
- Yo siempre me tengo que sacrificar
- Mi familia no me acepta
- Creo que algo malo les va a pasar a mis seres queridos
- Soy olvidadiza
- Soy menos que las demás, porque no he podido estudiar más que la primaria

- Soy impulsiva y agresiva.

Posteriormente se explicó los componentes para la resolución de problemas, detallados a continuación:

El primer componente: definir el problema: en este componente las pacientes describieron dos de los problemas que les estaba preocupando por ejemplo:

- Problema 1: Cómo ayudar a su pareja para que no haga caso a los consejos de sus amigos de ir a tomar.
- Problema 2: Cuando me acerco a mis hijos me contestan a la defensiva.

El segundo componente: el grupo les ayudó a generar soluciones alternativas para cada uno de los problemas presentados.

Para el primer problema: *Cómo ayudar a mi pareja para que no haga caso a los consejos de sus amigos de ir a tomar*, se generaron las siguientes soluciones:

- a) Que la paciente administrara el dinero.
- b) Que la paciente conversara con su pareja y le plantearía las consecuencias del consumir alcohol.
- c) Que la paciente fuera a recoger al esposo después del trabajo.

Para el segundo problema: *Cuando me acerco a mis hijos me contestan a la defensiva*.

- a) A sus hijos les mostraría indiferencia.
- b) La paciente les gritaría a sus hijos que es la madre.
- c) Acercarse a sus hijos, sonreírles y decirle cosas positivas.

El tercer componente: en este componente llegaron a evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada en el segundo componente para tomar una decisión:

Para el primer problema: *Cómo ayudar a mi pareja para que no haga caso a los consejos de sus amigos de ir a tomar*, se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

- a) Solución generada: Que la paciente administrara el dinero.
 - Consecuencia positiva:
 - El dinero será distribuido para cada una de las necesidades.
 - Consecuencia negativa:
 - El esposo se molestaría.
- b) Solución generada: Que la paciente conversara con su pareja y le plantearía las consecuencias del consumir alcohol.
 - Consecuencias positivas:
 - La paciente le expresaría sus preocupaciones.
 - La paciente se sentiría más tranquila.
 - El esposo tomaría conciencia y diría que no a sus amigos.
 - Consecuencia negativa:
 - El esposo se molestaría inicialmente.
- c) Solución generada: Que la paciente fuera a recoger al esposo después del trabajo.
 - Consecuencia positiva:
 - Los esposos llegarían juntos a su casa.
 - Consecuencias negativas:
 - El esposo se molestaría.

- Los compañeros de trabajo le fastidiarían al esposo.

Para el segundo problema: *Cuando me acerco a mis hijos me contestan a la defensiva* se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

- a) Solución generada: A sus hijos les mostraría indiferencia.
 - Consecuencia positiva:
 - Ninguna.
 - Consecuencias negativas:
 - La paciente se sentiría con dolor.
 - Le irritaría
 - Le empezaría a doler la cabeza.
- b) Solución generada: Acercarse a sus hijos, sonreírles y decirle cosas positivas.
 - Consecuencias positivas:
 - La acogerían sus hijos.
 - Podría iniciar un diálogo.
 - Se sentiría mejor.
 - Consecuencia negativa:
 - Alguno quizá le contestaría mal.
- c) Solución generada: La paciente les gritaría a sus hijos que es la madre.
 - Consecuencia positiva:
 - La paciente les daría a conocer que es la madre.
 - Consecuencias negativas:
 - Los hijos se alterarían más.

- Se iniciaría un conflicto entre madre e hijos.

El cuarto componente: de cada problema eligieron la solución generada que presentara más alternativas positivas y menos consecuencias negativas y la llevaron a casa para ponerla en práctica.

Así para el primer problema: Cómo ayudar a su pareja para que no haga caso a los consejos de sus amigos de ir a tomar; la decisión más adecuada era que la paciente conversara con su pareja y le plantearía las consecuencias del consumir alcohol.

Para el segundo problema: Cuando me acerco a mis hijos me contestan a la defensiva; la solución generada más adecuada era acercarse a sus hijos, sonreírles y decirle cosas positivas.

Posteriormente se realizó el cierre de la sesión con los comentarios de las mujeres, 14 de ellas expresaron la importancia de conocer los componentes para resolver problemas, sobre todo se sentían muy a gusto con el apoyo del grupo y de la facilitadora para resolver los problemas que les llevaban a preocuparse, con las expresiones ¡Qué bien me siento! ¡Ahora estoy más tranquila! ¡Yo pensaba que mis problemas eran los más grandes! Y una de ellas no entendió completamente la intervención debido a encontrarse absorbida por sus preocupaciones en ese momento.

Finalmente registraron sus compromisos en la hoja de tareas para casa el resolver las pequeñas y grandes dificultades que se les presenten.

Las mujeres encontraron un cambio de sus preocupaciones, al conocer que los problemas tienen solución, por lo que su comportamiento iba tranquilizándose, además el mismo hecho de reconocer que existen personas con problemas más graves que las de ellas les permitió actuar con más ímpetu. Por lo que se puede

deducir que la técnica de resolución de problemas es de gran utilidad en las pacientes con ansiedad generalizada, ayudándoles a resolver los problemas que les preocupan, uno de los síntomas más relevantes que les produce angustia, miedo, intranquilidad.

Las mujeres reconocían que antes sólo realizaban las cosas por el aprendizaje, intuición, consejo de familiares y amigos, al aprender la técnica de resolución de problemas es más disciplinado su comportamiento.

III sesión

a) OBJETIVO

Resolver las dificultades que presentan y tomar conciencia de la enfermedad que atraviesan.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

60 minutos

d) DESARROLLO

Se realizó la retroalimentación respectiva de la sesión anterior, preguntándoles los componentes de la resolución de problemas; todas recordaban cada uno de los componentes. Asimismo se les explicó que si el resultado no hubiese sido satisfactorio, la paciente debe iniciar de nuevo e intentar encontrar una solución mejor.

Se procedió a hacer la revisión de la tarea para casa, 10 de las pacientes habían aplicado la solución sugerida que presentaba con más consecuencias positivas y menos consecuencias negativas. 6 de ellas obtuvieron resultados favorables y 4 de ellas retomaron dos veces el problema.

Posteriormente se continuó realizando análisis de algunos problemas de las pacientes para encontrar soluciones con los cuatro componentes:

El primer componente: definir el problema: en este componente las pacientes describieron dos de los problemas que les estaba preocupando por ejemplo:

- Problema 1: Me siento sola.
- Problema 2: Creo que mi esposo me engaña.

El segundo componente: el grupo les ayudó a generar soluciones alternativas para cada uno de los problemas presentados.

Para el primer problema: *Me siento sola*, se generaron las siguientes soluciones:

- a) Que la paciente visitara a su vecina.
- b) Que la paciente cantara y bailara en su casa.
- c) Que recordara sus cualidades y momentos bonitos.

Para el segundo problema: *Creo que mi esposo me engaña*.

- a) Que la paciente siguiera al esposo.

- b) Que la paciente observara al esposo si hay cambios en su comportamiento y conversara con él.
- c) Que buscara entre las cosas del esposo si hay alguna prueba de infidelidad.

El tercer componente: en este componente llegaron a evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada en el segundo componente para tomar una decisión:

Para el primer problema: *Me siento sola*, se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

- a) Solución generada: Que la paciente visitara a su vecina.

Consecuencias positivas:

- La paciente se encontraría acompañada.
- La paciente podría compartir sus pensamientos y sentimientos.

Consecuencia negativa:

- Interrumpiría a la vecina en sus actividades.

- b) Solución generada: Que la paciente cantara y bailara en su casa.

Consecuencia positiva:

- La paciente se desestresaría de todos los problemas.

Consecuencia negativa:

- La paciente se sentiría bien por un momento.

- c) Solución generada: Que la paciente recordara sus cualidades y momentos bonitos.

Consecuencias positivas:

- La paciente podrá mantener las cualidades y momentos bonitos en su mente todo el día.

- Le hará sentir mejor.
- Podrá realizar sus actividades con mayor ánimo.

Consecuencias negativas:

- Ninguna.

Para el segundo problema: *Creo que mi esposo me engaña*, se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

a) Solución generada: Que la paciente siguiera al esposo.

Consecuencia positiva:

- Saldría de la duda.

Consecuencias negativas:

- Iría en contra de su dignidad de mujer.
- Podría ser peligroso, y suceder alguna tragedia.
- Perdería el tiempo.

b) Solución generada: Que la paciente observara al esposo si hay cambios en su comportamiento y conversara con él.

Consecuencias positivas:

- Aclararían las dudas.
- La relación se fortalecería en la confianza.
- Ambos expresarían sus sentimientos.

Consecuencia negativa:

- Ninguna.

c) Solución generada: Que buscara entre sus cosas si hay alguna prueba de infidelidad.

Consecuencia positiva:

- Saldría de la duda.

Consecuencias negativas:

- La paciente no se valoraría así misma.
- No sería valiente y tomaría las cosas de frente.

El cuarto componente: de cada problema eligieron la solución generada que presentara más alternativas positivas y menos consecuencias negativas y la llevaron a casa para ponerla en práctica.

Así para el primer problema: *Me siento sola*, la decisión más adecuada era que la paciente recordara sus cualidades y momentos bonitos. Para el segundo problema: *Creo que mi esposo me engaña*; la solución generada más adecuada era que la paciente observara al esposo si hay cambios en su comportamiento y conversara con él.

Posteriormente se procedió a explicarles la ampliación de conciencia, importante que ellas asuman sus pensamientos como parte de sí mismas, y para ello se les pidió que repitieran las siguientes frases: *¡yo me acepto como soy!*, *¡yo acepto a la persona que está a mi lado!*, *¡me gusta lo que estoy haciendo!*, *¡me gusta este lugar!*, *¡yo voy a mejorar!*, *¡yo sí puedo!*

Se realizó el cierre de la sesión, con los comentarios de las mujeres, manifestando sentirse más optimistas, felices por el reforzamiento positivo con las frases que ayudan al enriquecimiento interior y a ir disminuyendo la ansiedad.

Con respecto a su comportamiento las pacientes iban mejorando con relación a su entorno familiar, amical y laboral, al resolver los principales motivos de su angustia, es decir los problemas. Asimismo como ya reconocían las razones

y pensamientos de la evitación de relaciones sociales, podían hacer frente , entablando comunicación y apertura a otras personas.

IV sesión

a) OBJETIVO

Continuar resolviendo las dificultades que producen preocupación.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

60 minutos

d) DESARROLLO

Al iniciar la sesión, las mujeres manifestaron que en sus casas estaban pensando antes de actuar, los componentes de solución de problemas los aplicaban en problemas desde los más sencillos hasta los más grandes.

A continuación se ejemplifican otros problemas con cada uno de los componentes:

El primer componente: definir el problema: en este componente las pacientes describieron dos de los problemas que les estaba preocupando por ejemplo:

- Problema 1: La nueva cosmetóloga no hará las cosas igual que yo en el salón de belleza.

- Problema 2: Mi hijo de 21 años trae con frecuencia a su enamorada a mi casa.

El segundo componente: el grupo les ayudó a generar soluciones alternativas para cada uno de los problemas presentados.

Para el primer problema: La nueva cosmetóloga no hará las cosas igual que yo en el salón de belleza, se generaron las siguientes soluciones:

- a) Enseñarle el manejo del salón de belleza y el trato a los clientes.
- b) Querer hacer todas las cosas ella misma

Para el segundo problema: Mi hijo de 21 años trae con frecuencia a su enamorada a mi casa, se generaron las siguientes soluciones:

- a) Gritarle al hijo.
- b) Seguir permitiéndole sin decirle nada.
- c) Hablar con su hijo.

El tercer componente: en este componente llegaron a evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada en el segundo componente para tomar una decisión:

Para el primer problema: La nueva cosmetóloga no hará las cosas igual que yo en el salón de belleza, se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

- a) Solución generada: Enseñarle el manejo del salón de belleza y el trato a los clientes.

Consecuencias positivas:

- Irá aprendiendo el sistema de su trabajo.

- La paciente tendrá más tiempo para hacer sus cosas.
- La paciente descansará un poco más.

Consecuencia negativa:

- Puede cometer errores.

b) Solución generada: Querer hacer todas las cosas ella misma

Consecuencia positiva:

- La paciente hará las cosas como ella quiere.

Consecuencia negativa:

- La paciente no aprenderá a ser tolerante.
- Se agotará mucho más.

Para el segundo problema: *Mi hijo de 21 años trae con frecuencia a su enamorada a mi casa*, se generaron las siguientes soluciones, con sus respectivas consecuencias positivas y negativas:

a) Solución generada: Gritarle al hijo.

Consecuencia positiva:

- Ninguna.

Consecuencias negativas:

- Se iría el hijo.
- Se iría a empeorar la situación.

b) Solución generada: Seguir permitiéndole sin decirle nada.

Consecuencia positiva:

- Ninguna.

Consecuencias negativas:

- La paciente seguiría preocupándose.
- Puede resultar un embarazo no deseado.

c) Solución generada: Hablar con su hijo.

Consecuencias positivas:

- El hijo le diría la situación de la relación con la joven.
- La paciente sería realista y le diría las pretensiones que el hijo tiene con la enamorada.

Consecuencias negativas:

- Ninguna.

El cuarto componente: de cada problema eligieron la solución generada que presentara más alternativas positivas y menos consecuencias negativas y la llevaron a casa para ponerla en práctica.

Así para el primer problema: *La nueva cosmetóloga no hará las cosas igual que yo en el salón de belleza*, la decisión más adecuada era que la paciente le enseñe el manejo del salón de belleza y el trato a los clientes a la nueva cosmetóloga. Para el segundo problema *Mi hijo de 21 años trae con frecuencia a su enamorada a mi casa*, la solución generada más adecuada era hablar con su hijo.

Posteriormente se procedió a evaluar la sesión, 10 de ellas manifestaron que habían realizado en casa la resolución de problemas, 3 no habían realizado por falta de tiempo y 2 de ellas habían realizado a medias. Las primeras se estaban sintiéndose mejor al ir encontrando soluciones a sus problemas, manifestando satisfacción por las mismas y agradeciendo a sus compañeras por la confianza y el apoyo. Y las demás pacientes expresaron sus disculpas del caso, con el compromiso de ponerlo en práctica.

La presente sesión de igual manera contribuyó con la modificación del comportamiento de las pacientes, dado que al compartir alternativas de solución a

los problemas, iban aprendiendo a tener otras alternativas para problemas similares que tuviesen. Esto proporcionó diferentes herramientas para disminuir las preocupaciones, y por ende los diferentes síntomas manifestados en la ansiedad generalizada.

V sesión

a) OBJETIVO

Ubicar los pensamientos que producen ansiedad y los cambios que conllevan, aprendiendo a controlar esos pensamientos.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

70 minutos

d) DESARROLLO

Después de preguntarles a las pacientes cómo les había ido con la resolución de problemas, se procedió a explicarles acerca del automonitoreo: en la cual identificarán las señales, estímulos o pensamientos que desatarán la ansiedad, así como las sensaciones físicas.

A continuación se describen casos de automonitoreo expresados por las pacientes, quienes se les hizo fácil poder ubicar los pensamientos que les producen ansiedad :

- Me imagino que mi esposo pueda tener un accidente, me causa angustia, y empiezo a caminar de un lugar a otro.
- No me gusta la bulla y cuando la escucho, me da dolor de cabeza y empiezo a gritar con todos los que se me acercan.
- Cuida mi imagen, del qué dirán, me da hormigueos y me pongo muy seria.
- Cuando viene tomado mi esposo, empiezo a sentir que se me adormece el brazo y no hablo varios días.
- Cuando me están mirando cómo trabajo me sudan las manos.

Para las demás que no pudieron ubicar con facilidad los pensamientos se procedió a explicarles nuevamente.

Posteriormente se procedió a explicarles el control de estímulos, es decir cómo y cuándo inquietarse, reservando el tiempo y lugar para preocuparse , y no prestarle atención fuera de ese tiempo y de ese lugar elegido porque cada paciente. Por ejemplo si el hijo de la paciente le ha contestado mal, y además no le habla, la paciente se preocupará por esta situación, entonces al elegir preocuparse en el patio de su casa y a las 9am, esperará ese lugar y a esa hora para pensar en dicha preocupación y buscar las alternativas de solución aprendidas en las sesiones anteriores.

Nueve de las pacientes eligieron preocuparse en el horario de la mañana, y 6 de ellas por la noche. Entre los lugares que escogieron fueron: 7 de ellas el patio de su casa, 5 el baño y 3 la sala.

Posteriormente se procedió a evaluar la sesión manifestando que han aprendido a identificar sus pensamientos , reacciones físicas, que no entendían las razones de percibir estas sensaciones. Así también consideran difícil poder preocuparse en un tiempo y en lugar fijado, pero que intentarán llevarlo a cabo. Anotaron en la hoja de tareas para la casa el compromiso a cumplir.

Se puede deducir que las pacientes fueron resolviendo las diferentes preocupaciones con la técnica de resolución de problemas, y al finalizar esta sesión ubicaron los pensamientos que les producían ansiedad, así como los cambios producidos por éstos, por la trilogía pensamiento, sentimiento y conducta, si la paciente piensa ¡Me va a ir mal!, va a sentirse triste , angustiada , reaccionando temblorosa, palpitaciones, aumento de presión.

Los pensamientos asimismo aprendieron a manejarlos, en un tiempo y lugar elegidos por las mismas pacientes, para poder resolverlos y afrontarlos en esos momentos.

VI sesión

a) OBJETIVO

Exponer en imágenes vividas y valorar las consecuencias que le producen las preocupaciones.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

60 minutos

d) DESARROLLO

Se inició la sesión revisando los compromisos de tareas para la casa de la sesión anterior. A ocho de ellas se les hizo fácil poder realizar la actividad de preocuparse en el lugar y tiempo fijado, y para siete de ellas fue difícil por las múltiples responsabilidades del trabajo, los quehaceres del hogar.

Se les motivó a continuar practicando las actividades de las sesiones anteriores, dado que todas están interrelacionadas y contribuyen a disminuir la ansiedad.

Después se prosiguió a explicarles la terapia de la exposición para enfrentarse a las situaciones que les producen ansiedad o temor. Cada una de ellas empezó a desarrollar imágenes vividas de una de sus preocupaciones concentrándose totalmente en ellas durante un período de 25 a 30 minutos. Una de ellas manifestaba que tenía miedo a manejar bicicleta, entonces empezó a imaginarse el parque donde manejaría la bicicleta, sintiendo el miedo porque antes había tenido una caída, respiró hasta tranquilizarse.

Asimismo se les dejó el compromiso de realizar aquellas conductas que les produce ansiedad o temor utilizando las técnicas aprendidas anteriormente.

Esta técnica de la exposición contribuyó a enfrentar las situaciones que les producen miedos, angustias lo permitió que las pacientes tomaran conciencia de las experiencias que evitaban porque se vuelva a repetir en forma negativa. El grupo fue el soporte emocional que ayudó a sus compañeras a motivarles en los momentos que sentían los temores, y las reacciones de los mismos.

VII sesión

a) OBJETIVO

Aprender técnicas que ayuden a disminuir los síntomas físicos de la ansiedad.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

60 minutos

d) DESARROLLO

Se inició la sesión con la revisión de los compromisos, 12 de ellas lograron exitosamente exponerse a aquellas situaciones que les causaban ansiedad y 3 no lograron por tener otras tareas en el hogar y en el trabajo.

Se procedió a enseñarles los ejercicios de relajación muscular para que las pacientes reduzcan los síntomas somáticos. A continuación se detallan cada uno de los pasos que siguieron las pacientes:

- Cerrar, apretar las manos y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco.
- Doblar los brazos y soltarlos paulatinamente.
- Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajarlo.
- Fruncir el entrecejo y soltarlo despacio.

- Desplazar los ojos hacia la derecha, arriba, a la izquierda, abajo, soltarlos y relajarlos.
- Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
- Apretar los labios, soltar y relajarlos.
- Girar el cuello a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.
- Subir los hombros hacia las orejas, llevarlos atrás; soltar y relajar.
- Respirar lentamente.
- Contraer el estómago hacia adentro y hacia fuera, soltar y relajar.
- Contraer las nalgas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
- Subir las piernas con las puntas de los pies estiradas, soltar y relajarlas.

Todas las pacientes refirieron sentirse relajadas y muy tranquilas , al terminar los ejercicios de relajación muscular, sin preocupación y con mayor ánimo para realizar las actividades de la casa.

Se les dejó como tarea que apliquen estos ejercicios en el momento que consideren apropiado, además que continúen realizando las intervenciones anteriores.

Las pacientes fueron integrando las sesiones anteriores , con el reforzamiento de las técnicas aplicadas en la casa, asimismo en esta sesión se puedo observar la expresión de sus rostros y de la postura corporal, al concluir con el entrenamiento de relajación muscular, modificando sus actitudes frente a su entorno y tener la motivación para lograr cambios personales y mejorar las relaciones con su ambiente.

VIII sesión

a) OBJETIVO

Aplicar técnicas que contribuyan a disminuir los síntomas físicos de la ansiedad, así como lograr una autodisciplina.

b) METODOLOGÍA

Exposición Diálogo

Análisis y Discusión de Grupo

Evaluación

c) TIEMPO

80 minutos

d) DESARROLLO

Se inició con la evaluación de la aplicación de las intervenciones anteriores, 12 de ellas han ido realizando las actividades y tres no lo hacían con mucha frecuencia. Las primeras expresaban que las relaciones familiares y amicales habían mejorado así como el sentirse más tranquilas y con pensamiento positivo.

Posteriormente se pasó a desarrollar la intervención de desensibilización de autocontrol en la cual cuando estén visualizando la situación estresante apliquen la respuesta de relajación. Por ejemplo la hija de la paciente ha salido con sus amigas, esto le causa ansiedad entonces la paciente empieza a respirar y a pensar que estarán bien.

Otro caso, la paciente expresaba que había discutido con su esposo, eso le preocupaba, empezó a visualizarlo en su mente y a respirar profundamente.

Para 13 pacientes fue rápido ubicar su situación estresante y manejarlo con la respiración. Y dos de ellas fue más lento su proceso.

Además se sugirió a las pacientes intentar acostarse y levantarse en la misma hora todos los días. Así como utilizar la cama únicamente para dormir, evitando ver televisión, tomar cafeína.

Finalizada la intervención se procedió a realizar una evaluación de todo el programa de intervención, todas dijeron que han aprendido a pensar antes de actuar, a valorarse, a tener paciencia, a ver que los problemas tienen solución. Todas se han sentido bien, tranquilas, motivadas, felices porque han conocido a personas en quienes pueden confiar, comprendidas y ayudadas por el grupo. Todas han manifestado que ha habido en el grupo valores de solidaridad, amistad, perseverancia, unión, sinceridad, soporte emocional. Y 13 de ellas manifestaron que no habían encontrado limitaciones para expresarse y 2 de ellas manifestaron que les limitaba un poco su temor.

Finalmente se procedió tomar el post test .

3.5 PROCEDIMIENTO

En primer lugar se hizo contacto con la Médico Jefe del Puesto de Salud Las Dunas Surco, con el objetivo de solicitar el permiso respectivo, la información a través de las historias clínicas y criterios clínicos del DSM –IV- TR. A partir de allí se seleccionaron las pacientes, quienes en su mayoría realizan trabajos

pastorales en la Parroquia “San Marcos”, y tomando en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados. Posteriormente se elaboró el programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

La muestra de 30 sujetos fue dividida en dos grupos intactos de 15 sujetos cada uno. Un grupo formó el experimental y el otro grupo de control. Al primero se aplicó el programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada, el cual tuvo una duración de ocho sesiones, dos sesiones semanales: la primera sesión duró 60 minutos, la segunda duró 70 minutos, la tercera duró 60 minutos, la cuarta duró 70 minutos; la quinta, sexta y séptima duraron 60 minutos, y la octava sesión duró 80 minutos. Se dejaron tareas para la casa, como preguntas o repetir los procedimientos de las intervenciones. En tanto que el grupo de control continuó con sus actividades diarias.

Se realizaron dos mediciones con la escala de ansiedad generalizada GAD – 7, la primera antes de iniciar el programa de intervención y la segunda, al término del programa de intervención, tanto al grupo control como al grupo experimental.

Las pacientes integrantes del grupo experimental tuvieron un comportamiento activo en su gran mayoría, aunque algunas de ellas les resultaba un difícil traer las tareas por las múltiples labores del hogar y del trabajo. Sin embargo hacían el mayor esfuerzo por aplicarlas.

3.6 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 16.

Para el análisis descriptivo se ha utilizado: la media y desviación estándar y el análisis inferencial se llevo a cabo con la prueba t de Student para muestras independientes como para muestras relacionadas, con un nivel de significación de 5%.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características de la ansiedad generalizada antes de iniciar el programa de intervención grupal

Antes de efectuar la aplicación del programa se comparó los niveles de ansiedad generalizada en ambos grupos, dando como resultado que el grupo experimental logró una media de 11.60 y el grupo control de 10.80, no existiendo diferencias significativas entre los grupos ($t=.56 \leq .58$), lo cual nos indica que ambos grupos empezaron casi en las mismas condiciones de niveles de ansiedad (Tabla 2).

Tabla 2 Comparación del grupo control y experimental entre el antes del programa de intervención cognitivo conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas – Surco.

Grupo	Media	DE	T	Sig
Experimental	11.6000	3.73784	.56	.58
Control	10.8000	4.07431		

Características de la ansiedad generalizada en el grupo control

Respecto al grupo control se encontró que el puntaje de ansiedad generalizada en el pre test fue de 10.8, con una desviación estándar (DE) de 4.0 y en el post test de 10.9, con una desviación estándar (DE) de 4.2, observándose que las diferencias no son significativas entre ambos momentos ($t=-3.57, \leq .728$) dado que no se realizó ninguna intervención terapéutica (Tabla 3)

Tabla 3 Comparación de niveles de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas entre el antes y después, de aplicar el programa de intervención cognitivo conductual, en el grupo control

Grupo	Media	DE	T	Sig
Pre test	10.8000	4.07431	-.354	.728
Post test	10.9333	4.23365		

Características de la ansiedad generalizada en el grupo experimental

Respecto al grupo experimental se encontró que el puntaje de ansiedad generalizada en el pre test fue de 11.6, con una desviación estándar (DE) de 3.7 y en el post test de 7.8, con una desviación estándar (DE) de 3.1, observándose que las diferencias son significativas entre ambos momentos ($t=-5.6, \leq .000$) dado que

se realizó la intervención terapéutica (Tabla 4)

Tabla 4 Comparación de niveles de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud “Las Dunas” entre antes y después, de aplicar el programa de intervención en el grupo experimental.

Grupo	Media	DE	T	Sig
Pre test	11.6000	3.73784	5.6	.000
Post test	7.8000	3.14416		

Características de la ansiedad generalizada en el grupo control y experimental después del programa

Respecto al grupo experimental se encontró que el puntaje de ansiedad generalizada en el post test fue de 7.8, con una desviación estándar (DE) de 3.1 y en el grupo control post test de 10.9, con una desviación estándar (DE) de 4.2, observándose que las diferencias son significativas entre ambos momentos ($t=-2.3$, $\leq .02$) dado que se realizó la intervención terapéutica en el grupo experimental.(Tabla 5)

Tabla 5 Comparación entre los grupos de control y grupo experimental después de aplicar el programa de intervención cognitivo conductual para

disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud

Las Dunas - Surco.

Grupo	Media	DE	t	Sig
Experimental	7.8000	3.14416	-2.3	.02
Control	10.9333	4.23365		

Efectos del programa en las áreas de ansiedad generalizada en el grupo experimental

En el área afectiva el pre test el puntaje de ansiedad generalizada fue de 6.7, con una desviación estándar (DE) de 2.6 y en post test de 4.1, con una desviación estándar (DE) de 1.9, observándose que las diferencias son significativas entre ambos momentos ($t=4.2, \leq .001$) lo cual nos indica que si hubieron cambios en esta área después de la aplicación del programa de Intervención cognitivo conductual.

En el área cognitiva el pre test el puntaje de ansiedad generalizada fue de 3.8, con una desviación estándar (DE) de 1.2 y en post test de 2.4, con una desviación estándar (DE) de 1.9, observándose que las diferencias son significativas entre ambos momentos ($t=3.6, \leq .003$) lo cual nos indica que si hubieron cambios en esta área después de la aplicación del programa de Intervención cognitivo conductual.

En el área somática el pre test el puntaje de ansiedad generalizada fue de 1.0, con una desviación estándar (DE) de .96 y en post test de 1.2, con una desviación

estándar (DE) de 1.03, observándose que las diferencias no son significativas entre ambos momentos ($t=-.06, \leq .550$) lo cual nos indica que no hubieron cambios en esta área después de la aplicación del programa de Intervención cognitivo conductual. Las pacientes aún presentaban hiperactivación autonómica manifestados en palpitaciones, opresión en el pecho, nudo en la garganta, sudoración, pesadillas, entre otras.

Tabla 6 Comparación del Pre y post test de las áreas afectivo, cognitivo y somático de la ansiedad generalizada en el grupo experimental

Áreas	Media	DE	T	Sig
Afectivo Pre test	6.7	2.6	4.2	.001
Afectivo Posttest	4.1	1.9		
Cognitivo Pre test	3.8	1.2	3.6	.003
Cognitivo Pos test	2.4	1.9		
Somático Pre test	1.0	.96	-.06	.550
Somático Pos test	1.2	1.03		

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Desde la Psicología, especialmente a partir del enfoque cognitivo conductual, se han desarrollado investigaciones en el ámbito internacional con el objetivo de evaluar sus técnicas en el tratamiento de la ansiedad. Estas investigaciones han dado cuenta que el enfoque cognitivo conductual ha resultado ser útil y adaptable, favoreciendo la disminución de la sintomatología ansiosa de forma efectiva. (Mohlam et al., 2003; Stanley et al., 2003).

Continuando con esta línea de investigaciones, se realizó el presente estudio con el fin de evaluar el efecto de una intervención grupal cognitivo conductual para disminuir la ansiedad generalizada.

A partir de los resultados obtenidos se pudo encontrar que los efectos de la intervención grupal cognitivo conductual aplicada fueron significativos en términos tanto estadísticos como clínicos. En este contexto, se puede precisar que los cambios a nivel clínico, permiten precisar que la intervención grupal cognitivo conductual fue útil, influyendo de manera significativa en las pacientes intervenidas para disminuir la ansiedad generalizada.

Ambos grupos, tanto el grupo control como el experimental iniciaron iguales, es decir que las pacientes de ambos grupos presentaban un nivel parecido de ansiedad generalizada.

En relación a la influencia de la intervención grupal cognitivo conductual sobre las pacientes que se encontraban en el grupo experimental, se observó que ésta generó una disminución de la ansiedad generalizada en las distintas mediciones.

En cambio en el grupo control, las diferencias no son significativas, dado que no se realizó ninguna intervención.

Los resultados anteriormente expuestos coinciden con los estudios realizados a nivel internacional, los cuales señalan la efectividad de la intervención cognitivo conductual como una terapia psicológica para la ansiedad generalizada. Hunot , V. y col, (2006) señalan que las personas atendidas con una terapia psicológica basada en los principios de la terapia cognitiva conductual (TCC) tienen mayor probabilidad de disminuir la ansiedad al final del tratamiento.

Por lo tanto podemos afirmar que el programa de intervención grupal cognitivo conductual para disminuir la ansiedad generalizada en las pacientes del Puesto de Salud Las Dunas Surco, basado en el enfoque de los problemas de Arthur Nezu, es efectiva; la aplicación de las técnicas de estrategias interpersonales basada en estrategias de habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación (Newman y col, 2003); la técnica de reestructuración cognitiva, en la cual la paciente identifica sus pensamientos con distorsiones cognitivas (Beck, Emery y Greenberg, 1985); la técnica de resolución de problemas, la cual permite aprender a afrontar las preocupaciones a través de la aplicación de la toma de decisiones (D'Zurilla, Nezu, 1999); la técnica de ampliación de conciencia, aprendiendo a aceptar el presente a través de la psicoeducación (Roemer y Orsillo, 2002); son técnicas efectivas para la intervención de la ansiedad generalizada.

La técnica de automonitoreo en la cual identificaban las señales o estímulos que desencadenan la ansiedad (Brown y col, 2001); así también la técnica de control de estímulos en donde aprendieron a reservar un lapso y lugar específico para inquietarse (Nezu, 2006). La técnica de exposición en donde el paciente contempla por completo los pensamientos temidos y experimenta la ansiedad resultante (Borkovec y Costello, 1993). Los ensayos conductuales, que facilitan la experiencia del temor, como la desconexión entre la preocupación y la no ocurrencia del suceso temido (Nezu, 2006). Entrenamiento en relajación (Ost y Breitholtz, 2000) ; la desensibilización de autocontrol permitiendo la extinción de la ansiedad (Goldfried, 1971), el entrenamiento en higiene para dormir en la cual elaboraron un programa de sueño regular, levantándose y acostándose a la misma hora (Leahy y Holland, 2000). Estas estrategias terapéuticas han demostrado ser efectivas en el abordaje de la ansiedad generalizada, razón por la cual el presente estudio da una evidencia más de la influencia para reducir la sintomatología de este trastorno.

Por lo tanto, se puede decir que las técnicas utilizadas concuerdan con las técnicas afirmadas por autores cognitivos y conductuales, siendo este programa de intervención cognitivo conductual, basado en el enfoque de problemas de Arthur Nezu, una contribución a la psicoterapia, demostrándose que el trastorno de ansiedad generalizada es aprendido y depende de procesos cognitivos.

CONCLUSIONES

1. Los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental no presentaron variaciones significativas antes de la aplicación del programa. Cabe manifestar al respecto que las pacientes que conformaron el grupo control y experimental presentaron ansiedad generalizada inicialmente, lo que nos indica que en ambos grupos se presentaron síntomas cognitivos, afectivos y sintomáticos.

2. Los niveles de ansiedad generalizada en el grupo control no presentaron variaciones significativas antes y después de la aplicación del programa. Esto significa que las mujeres que conformaban el grupo control continuaron presentando los síntomas cognitivos, afectivos y sintomáticos, al no recibir el tratamiento, ellas continuaron con sus actividades diarias, no eran capaces de controlar sus preocupaciones, sintiéndose que los nervios se les ponían de punta, con inquietudes, angustias, teniendo dificultad para relajarse, entre otros.

3. Los niveles de ansiedad generalizada en el grupo experimental disminuyeron significativamente después de la aplicación del programa. Es decir las 15 pacientes que integraron el grupo experimental recibieron el programa cognitivo conductual, después de las ocho sesiones disminuyeron la ansiedad generalizada, que presentaron inicialmente.

4. Los niveles de ansiedad generalizada entre los grupos control y experimental presentaron variaciones significativas después de la aplicación del programa. Cabe referir que las 15 pacientes que integraron el grupo control continuaron presentando los síntomas de la ansiedad generalizada a diferencia de las 15 pacientes que conformaron el grupo experimental disminuyeron los síntomas de la ansiedad generalizada.

5. El programa resultó ser efectivo en las áreas cognitiva y afectiva en el grupo experimental. Lo cual nos indica que las 15 pacientes que recibieron el tratamiento cognitivo conductual lograron disminuir significativamente los síntomas cognitivos y afectivos de la ansiedad generalizada que inicialmente presentaron, como: sentirse menos nerviosas, que los nervios se les ponían de punta, en el control de sus preocupaciones, preocupándose menos sobre las diferentes cosas, teniendo más facilidad para relajarse, así como sentirse menos disgustadas o irritables.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que el programa de intervención grupal cognitivo conductual es eficaz basado en la teoría de problemas de Arthur Nezu para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes del Puesto de Salud Las Dunas, por lo cual recomendamos lo siguiente:

1. Ampliar el uso de este programa en otras poblaciones, como pacientes con depresión, trastornos psicosomáticos y otros trastornos de ansiedad.
2. Efectuar investigaciones que incluyan el seguimiento de los pacientes para observar la efectividad del tratamiento a largo plazo.
3. También realizar investigaciones en programas de intervención en los que pueda participar la familia de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, H.; Silberman, R. y Manrique, E. (2007). Las asignaciones para la casa en Terapia Cognitivo-Conductual: Fundamentos conceptuales y lineamiento prácticas. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán VIII*(1), 67-108.
- Arbaiza, G. (2005) *Estudio de caso clínico; terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno de Ansiedad Generalizada*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Asociación Mundial de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. DSM- IV-R .* (4ª. ed.) España: Masson,
- Barlow, D. y Brown, T. (1992). *Behavioral treatment of generalized anxiety disorder*. EEUU: Behavior Therapy.
- Bausela, E. (2006). *Estudio de un caso de ansiedad generalizada: evaluación y propuesta de intervención cognitivo - conductual*. Recuperado en febrero 6, 2008 disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/24729>.
- Bazire, S. (1999) *Directorio de Fármacos Psicotròpicos2000: Manual del profesional*. Reino Unido: Ed. Quay Books.
- Becoña, E.; Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo – Conductual: Antecedentes Técnicas. *Revista de Psicología Veritas*, 3(3).

- Beck, A. T.; Emery, G y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspectiva*. New York: Wiley
- Beck, A. T.; Epstein, N; Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56.
- Beriso, À.; Plans, B.; Sánchez, M. y Sánchez, D. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo – conductual*. España: EOS
- Bobes, J. (2002). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Barcelona.
- Borkovec, T.D., Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitive – behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61.
- Buela Casal, G.; Caballo, V. y Sierra, C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (1º ed.) España: Siglo Veintiuno.
- Breitholtz, J. (1999) Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients: A prospective approach. *Behaviour Research E Therapy*, 37.
- Brown, T.; O’Leary, T.& Barlow, D. H (2001) *Generalized anxiety disorder*. In: D. H. Barlow. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by- step treatment manual* (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- Caballo, V. (1997) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo 21.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Carter, C.S.; Maddock (1992) Chest pain in generalizad anxiety disorder. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 22.

- Castro, C.; Esteban, B.; Alberdi, J. (2005) [Abstract] Psiquiatras de Coruña España Recuperado en agosto 2, 2007 disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/ansioso.asp>.
- Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos* (1º ed. En castellano) Buenos Aires: Polemos.
- Contreras, D.; Moreno, M.; Martínez, N.; Araya, P.; Livacic-Rojas, P. y Vera, P. (2006). Efecto de una Intervención Cognitivo – Conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1).
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. (1ª. ed.) México: Pearson Educación.
- D`Zurilla, T., Nezu, A. (1999) *Problem solving therapy: A social competent approach to clinical intervention* (2nd. Ed.) New York: Springer Publishing.
- Dorland (1998). *Diccionario Médico Ilustrado de bolsillo*. (25ª. ed.) México: McGraw-Hill-Interamericana.
- Dugas, M.; Gagnon, F. ; Ladoucer, R. y Freeston, M. (1998) Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36.
- Ebell, M.H.(2008) Diagnosis of anxiety disorders in primary care. *Am Fam Physician*, 78, 501-502. Recuperado en diciembre 15, 2008 disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917>.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las Terapias Psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud – International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1.

Espinoza, G. (2006) *Programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con Fobia social* Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Gale C. y Davidson O. (2007). *Generalized anxiety disorder. BMJ.* 334, 579-581.

Recuperado en diciembre 15, 2008 disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917>.

Gil, A. y Canol, A. (2001). *Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada*. Recuperado en abril 18, 2008 disponible en <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2255/part2/?++interactivo>.

Goldfried, M. R.(1971). Systematic desensitization as training in self – control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37.

Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. (5ª. ed.) México: El Manual Moderno.

Hamilton M. (1959). The assesment of anxiety status by rating. *British Jour of Med. Psychology* 2.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2002). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw - Hill - Interamericana.

Hunot V., Churchill, R, Silva de Lima M., y Teixeira, V. (2006). Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. *Revisión Cochrane traducida de La Biblioteca Cochrane Plus - Oxford, Update Software Ltd., 3*, Recuperado en enero 4, 2009 disponible en <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB001848-ES.htm>

Inglés, J.; Méndez, F.J.; Rosa, A.I. y Orgilés, M. .(2003) La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Revista Anales de psicología*, 19(2), 193-204. Recuperado en febrero 6, 2008 disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=769581>.

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002).

Estudio epidemiológico metropolitano en Salud mental 2002. *Anales de Salud Mental*, XVIII (1y 2) Lima.

Iglesias Rodal, Manuel. (2009). [Abstract] Publicado MEDIGRAF Barcelona.

Recuperado en enero 2, 2009 disponible en <http://www.apaldia.com/resumenes/resumen.php?idresumen=278>

Kaplan, H. y Sadock, B. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. (8ª. ed.) España: Médica Panamericana S.A.

Kaplan and Sadock's (2003) *Synopsis of Psychiatry*, (9º edition). Lippincott Williams & Wilkins Press.

Kazantzis, N. y L' Abate, L. (2007) *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: Research, Practice, and Prevention*. New York: Springer.

Knight, B. y Satre, D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6.

Ladoucer, R., Dugas, M, Freeston, M, Leger, E, & Gagnon, F. (2000) Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68.

Landreville, P; Landry, J. ; Baillargeon, L.; Guerette , A. & Matteau, E. (2001). Older adults` acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *The Journals of Gerontology: Psychological sciences and social sciences*, 56.

Leahy, R. & Holland, S. J. (2000) *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorder*. New York: Guilford.

- Lema, S. (2006) *Efecto de los componentes del tratamiento cognoscitivo-conductual en estudiantes universitarias con diferentes niveles de ansiedad social*. Bogotá.
- Mariani, L. (2006). *Ansiedad* [Abstract] *Publicado Psicología científica*. Recuperado en agosto 2, 2007 disponible en <http://www.eutimia.com/trmentales/ansiedad.htm>.
- Meyer, T. J.; Millar, M. L.; Metzger, R.L. & Borkovec, T. D. (1990) Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28.
- Mohlman, J., Gorenstein, E., & Kleber, (2003). Standard and enhanced cognitive – behavior therapy for late–life generalized anxiety disorder two pilot investigations. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 11.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36.
- Newman, M.G., Castonguay, L. G., & Borkovec, T.D. (2003). *Integrative therapy for generalizad anxiety disorder*. New York: Guilford Press.
- Nezu, A.; Maguth, Ch. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos: Cognitivo – Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Nisita, C., Petracca, A, Akiskal, H, & Galli, L. (1990). Delimitation of generalized anxiety disorder: Clinical comparisons with panic and major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry* 49.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.

- Nue, V., Mazzotti, G.; Villaran, C. y Cáceres, D. (2001) Prevalencia y Correlaciones de Trastornos de ansiedad generalizada: Depresivo Mayor y de Pánico en pacientes asmáticos adultos según grado de severidad. *Revista de Neuro – Psiquiatría*, 64(1).
- Oblitas, L. A. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2006) Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Anales de psicología*, 19(2).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10..* España: Médica Panamericana.
- Öst, L, & Breitholz, E. (2000) Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38.
- Portugal, R.; Pérez, J.; Iglesias, M. (2003) *Efectividad de la terapia cognitiva conductual*. [Abstract] *Revista de Psiquiatría*. Recuperado en diciembre 5, 2007 disponible en <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/104/11741/?++interactivo>
- Puchol, (2003) [Abstract] Publicado Psicología científica. Recuperado en agosto 2, 2007 disponible en <http://psicologiacientifica.com/bv/psicologia>.
- Rivadeneira, C.; Minici, A. y Dahab, J. ¿Por qué elegimos Terapia Cognitiva Conductual? *Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento*. Recuperado en agosto 2, 2007 disponible en <http://www.cognitivoconductual.org/articles/pqelgestcc.htm>.

- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9.
- Rosenthal, C. (2002). *Tratamiento Conductual cognitivo de la depresión y la ansiedad*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Tesis para optar Título Profesional en Psicología.
- Roy-Byrne, P, & Katon, W (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor- modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (3).
- Stanley, M., Hopko, D., Diefenbach, G., Bourland, S., Rodriguez, M. & Wagener, P. (2003) Cognitive Behavior Therapy for late life generalized anxiety disorder in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10.
- Spitzer, R.L.; Kroenke, K.; Williams, J.B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. Recuperado en octubre, 18, 2007 disponible en <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/10/1092.pdf>.
- Tollefson, G, Tollefson, S., Pederson, M., & Luxenberg, M. (1991) Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3.
- Uculmana, Ch. y Lanchita, A. (2000). *Cómo hacer Tesis y Trabajos de Investigación*. (1ª. ed.) Perú: Lima.
- Virues, R.A. (2005) *Estudio sobre ansiedad* [Abstract] *Publicado Psicología científica*. Recuperado en agosto 2, 2007 disponible en <http://psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-3-estudio-sobre-ansiedad.html>.

Wells, A. (1995) Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23.

Wells, A. (2002). Worry, metacognition, and GAD: Nature, consequences, and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido. Recapacite sobre las ocasiones en que los ha sufrido durante las 2 últimas semanas, e indique cual de las 4 opciones describe mejor la frecuencia con la que se ha enfrentado a esos problemas.

Nombre: Edad:.....

Grado de Instrucción.....Estado civil:.....

Fecha de nacimiento: Fecha de Examen:

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.				
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.				
4. Dificultad para relajarse.				
5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.				
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.				
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.				

ANEXO 2

HOJA DE TAREAS PARA CASA

HOJA DE TAREAS PARA CASA

NOMBRE:

Esta hoja puede servirte de gran ayuda para :

- Posibilitarte el recuerdo de las tareas terapéuticas que hayas acordado poner en práctica hasta la siguiente sesión.
- Observar y registrar su realización.

TAREAS	FECHA					
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						