

DISEÑO Y PILOTAJE DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA MANEJO DE ANSIEDAD EN UNIVERSITARIOS

Yenny Salamanca-Camargo, Docente e Investigadora* Escuela de Psicología Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Ingrid Xiomara Forero-Mendoza *Grupo de Investigación Clínica y Salud

Resumen

Introducción: la ansiedad ha sido ampliamente estudiada, llegándose a concluir su alta prevalencia y comorbilidad específicamente en estudiantes puesto que es una de las problemáticas más reportadas, así como sus efectos colaterales; sin embargo, los estudios sobre intervención grupal en este tipo de problemáticas son escasos. *Objetivo:* el propósito de este estudio fue diseñar y realizar el pilotaje de un programa de intervención grupal para el manejo de síntomas de ansiedad en un grupo de estudiantes de psicología de una universidad colombiana. *Metodología:* el diseño del programa se realizó a partir de la revisión teórica y empírica de diferentes estrategias cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas, además de la validez de contenido a partir de jueces expertos; mientras que el pilotaje se realizó con diez participantes con edades comprendidas entre los 18 y 20 años y escolaridad entre segundo y cuarto semestre. *Resultados:* se identifican diferencias significativas entre las medidas del pre y el post tratamiento, a partir del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, siendo el cambio más significativo en las respuestas motoras.

Palabras clave: Ansiedad., terapia., universitarios.

DESENHO E PILOTAGEM DE UM PROGRAMA COGNITIVO COMPORTAMENTAL GRUPAL PARA A GESTÃO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Resumo

Introdução: a ansiedade tem sido estudada extensivamente obtendo-se concluir sua alta prevalência e comorbilidade especificamente em estudantes, porque é um dos problemas mais relatados assim como seus efeitos colaterais; no entanto, estudos de intervenção grupal neste tipo de problema são escassos. *Objetivo:* O objetivo deste estudo foi o de projetar e fazer a pilotagem de um programa de intervenção grupal para a gestão de sintomas de ansiedade num grupo de estudantes de psicologia em uma universidade colombiana. *Metodologia:* o projeto do programa foi baseada na revisão teórica e empírica de várias estratégias cognitivas, comportamentais e fisiológicas, além de a validade de conteúdo de juízes especialistas; enquanto a pilotagem foi realizada com dez participantes com idade entre 18 e 20 anos e escolaridade entre segundo e quarto semestre. *Resultados:* foram identificadas diferenças significativas entre as medidas de pré e pós tratamento do Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade, sendo a mudança mais significativa nas respostas motoras.

Palavras chave: Ansiedade., terapia., universitários

Introducción

Según el estudio nacional de salud mental realizado en Colombia (ENSM) y publicado en 2005, se encontró que el 71.5% de boyacenses sufre de ansiedad; adicionalmente, en este mismo estudio realizado más recientemente y publicado en 2015, se encontró que aproximadamente el 59% de los adolescentes y adultos reportan uno o más síntomas ansiosos, estos datos explican el por qué la ansiedad es uno de los motivos más frecuentes de consulta psicológica constituyéndose, en un importante problema de salud. Esta problemática ha sido ampliamente estudiada en población universitaria llegándose a concluir sobre la alta presencia de ansiedad, así como los efectos colaterales de la misma (Amézquita, González y Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez, y Miranda, 2001; Campo y Gutiérrez, 2001).

Específicamente en el entorno universitario Arco, López, Heilborn y Fernández (2005) refieren que el ingreso a la universidad trae consigo cambios en las actividades cotidianas, los cuales pueden ser percibidos como negativos o positivos y que en cualquiera de los casos es posible que vulneren la estabilidad emocional y física que influyen en el desarrollo personal de estos jóvenes; debido a lo anterior, pueden surgir problemas de ansiedad que afecten la eficacia en tareas escolares y a su vez puedan producir resultados negativos a largo plazo, tales como fracaso escolar, deserción y en general, ejecución académica pobre; al respecto se resalta el estudio realizado por Cassaretto (2003) en estudiantes de psicología en el que se evidencia que entre sus preocupaciones más frecuentes se encuentran las relacionadas con el desempeño, el futuro, la percepción de falta de éxito; traducidas en elevadas puntuaciones en ansiedad. En Colombia, Agudelo, Casadiego y Sánchez (2008) realizaron una investigación con estudiantes de la Universidad Industrial de Santander e identificaron la presencia de cuadros de ansiedad y depresión con mayor incidencia en mujeres, que, aunque no demuestran la gravedad de los síntomas, si se corroboran en los reportes de bienestar universitario. Específicamente en Boyacá, Castellanos, Guarnizo y Salamanca (2011), realizaron una investigación sobre la relación entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, quienes iniciaban sus prácticas profesionales y encontraron que el 36% de los participantes presentaban

niveles de ansiedad en grado máximo, mientras que el 28%, en grado mínimo a moderado. En 2013, se realizaron dos investigaciones con estudiantes de Psicología de esta misma universidad, quienes cursaban diferentes semestres, en la primera investigación realizada por Sotomayor y Salas, se identificó que el 41% de los participantes presentaron niveles de ansiedad entre mínimo y moderado; mientras que Siabato, Forero y Pagüay, encontraron que el 24% de los participantes presentaban ansiedad estado y el 26% ansiedad rasgo. Respecto al tipo de tratamiento psicológico, Seligman (1995) reporta que existe una superioridad evidente de la terapia cognitivo- conductual sobre otros tipos de tratamientos como las terapias ecléctica, psicodinámica, sistémica y humanista en gran variedad de trastornos; adicionalmente, según Heimberg (2002; citado por Baeza 2007) las terapias de corte cognitivo conductual son terapias limitadas en el tiempo, que se orientan al presente y enseñan a los participantes pensamientos y comportamientos necesarios para funcionar adaptativamente en el medio; así mismo, se preocupa por hacer una evaluación constante de los resultados, mientras que otro tipo de enfoques se preocupan en la investigación de procesos (Pérez y Ramón, 2001), demostrando su eficacia en el manejo de la ansiedad (Castro, 2001; Contreras; Moreno; Martínez; Araya; Livacic y Vera 2006; Espinoza que 2006; Lema 2006; Rodríguez, 2019; Rodríguez y Vetere, 2011; Sánchez et. al. 2006); lo que proporciona bases sólidas que permiten diseñar un programa de entrenamiento para el manejo de la ansiedad.

Desde el modelo cognitivo conductual, se indica que en la conducta interactúan características individuales y situaciones de la vida cotidiana, por tanto, cuando una persona se enfrenta a la ansiedad intervienen variables cognitivas y situacionales (Navlet, 2012); algunas estrategias de intervención que han demostrado ser útiles para el manejo de la ansiedad son: reestructuración cognitiva (Ellis, 1962), relajación (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006); entrenamiento en habilidades sociales, ensayo conductual (Gallego, 2009) y autoinstrucciones de afrontamiento (Orgilés, Méndez, Alcázar, Inglés 2003; Meichenbaum, 1988), entre otras.

Existen algunos estudios como los de Westheimer (2008) y Austin y Parker (2008; citados por Segarra, Farriols, Palma, Segura & Castell 2011), los cuales hacen referencia a la eficacia de las intervenciones grupales en problemas

psicológicos; por su parte, Heimberg y Juster (1995; citados por Baeza, 2007) resaltan los beneficios de la terapia grupal desde el modelo cognitivo conductual, debido a la similitud con las situaciones sociales, el apoyo mutuo de los miembros del grupo, la comparación social y aprendizaje, así como su comparable eficacia con la este tipo de terapia en formato individual, siendo una modalidad apropiada a las demandas del sistema de salud, debido a la espera que tienen que afrontar los pacientes, insistiendo además en la importancia de incluir programas de entrenamiento en dispositivos grupales de intervención en los centros de formación terapéutica (Garay, Korman, y Keegan, 2008); sin embargo, en la actualidad hacen falta estudios que evalúen la efectividad de las intervenciones grupales en trastornos de ansiedad (Ramos, 2006; Segarra et al., 2011). Lo anterior resalta la importancia además de profundizar en los diagnósticos de prevalencia de la problemática, en la generación de estrategias de intervención para la reducción de las manifestaciones de ansiedad, con el fin de que contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los universitarios; por lo que se propone como objetivo diseñar y realizar el pilotaje de un programa cognitivo conductual grupal para el manejo de la ansiedad dirigido a estudiantes de psicología de una universidad colombiana.

Método

Tipo y diseño de estudio

Este estudio incluye dos componentes, uno descriptivo, relacionado con la fase de diseño del programa y otro, explicativo, dirigido a la comprobación de hipótesis causales, lo que implica la identificación de variables independientes (programa de intervención) y su efecto en la variable dependiente (la ansiedad); este estudio piloto, se realizó mediante un diseño cuasi-experimental, pretest - posttest sin grupo control (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

Participantes

Diez (10) participantes (7 mujeres y 3 hombres) con edades comprendidas entre 18 y 20 años y escolaridad entre segundo y cuarto semestre de una universidad de carácter público

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch, y Lushene, (1975), mide la ansiedad

como rasgo y como estado; consta de 40 ítems que se subdividen 20 para la escala de ansiedad rasgo que describen como se siente el sujeto generalmente y 20 para medir ansiedad estado, que describen como se siente la persona en un momento dado. Presenta un Alfa de Cronbach que varían de .86 a .95, para la subescala ansiedad-estado y de .89 a .91 para la ansiedad-rasgo (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1975).

Escala Zung para Ansiedad (Zung, 1971; validada para población colombiana por De la Ossa et al., 2009). es un cuestionario que consta de 20 ítems que refiere síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos en el último mes. El cuestionario presenta un tipo de respuesta Likert en donde 1 significa ausente, 2 ligera, 3 moderada y 4 fuerte. La escala presenta un Alfa de Cronbach de 0,77 y el análisis factorial agrupó tres factores principales responsables de 40.1% de la varianza total. (Castellanos, Guarnizo y Salamanca, 2011).

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, 1959) es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad; consta de 14 ítems que evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad y un ítem que evalúa el ánimo deprimido, el marco temporal son los últimos 3 días en todos los ítems excepto en el último en el que se valora el comportamiento durante la entrevista. (Bobes, et al. 2002). La escala presenta un Alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86. (Rush, First y Blacker, 2000)

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Vindel (1994). Inventario con formato S-R lo que significa que incluye tanto situaciones como respuestas, está conformado por tres subescalas: la C, que evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante distintas situaciones; la F, que evalúa la ansiedad de tipo fisiológico, en situaciones idénticas; y la M, que mide la ansiedad motora también en las mismas situaciones. La escala presenta un tipo de respuesta Likert en donde 0 significa casi nunca, 1 pocas veces, 2 unas veces sí, otras veces no, 3 muchas veces y 4 casi siempre. El inventario presenta un Alfa de Cronbach de 0,99 y en cuanto a las subescalas la cognitiva 0,96; la fisiológica 0,98 y la motora 0,95.

Procedimiento

Se realizaron las siguientes fases:

1. Identificación de manifestaciones de ansiedad y selección de los posibles participantes. Se realizó la identificación de manifestaciones de ansiedad a partir del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y de Escala Zung para Ansiedad a los estudiantes que, para el momento del estudio, se encontraban matriculados en el programa de Psicología; posteriormente se realizó la aplicación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad a los estudiantes que obtuvieron puntuaciones altas, tanto en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) como en la Escala Zung para Ansiedad. De acuerdo con los resultados arrojados, se invitó a participar en el programa a quienes manifestaron puntuaciones altas en ansiedad.

2. Revisión teórica y empírica sobre estrategias de intervención para manejo de ansiedad en adultos jóvenes. Se profundizó sobre la eficacia y la efectividad de los tratamientos grupales desde el enfoque cognitivo-conductual, se revisaron estudios previos y se inició la búsqueda de estrategias de intervención más utilizadas para el manejo de la ansiedad.

3. Diseño del programa de intervención. Se propuso un programa de intervención grupal compuesto por 10 sesiones, con una duración aproximada de dos horas por sesión y en intervalos de una sesión por semana; las sesiones se plantearon para abordar paralelamente el entrenamiento en los tres sistemas de respuesta del enfoque cognoscitivo conductual (cognitivo, conductual y fisiológico).

4. Evaluación por jueces expertos. Una vez diseñado el programa de intervención, se procedió a consultar a dos jueces expertos en el tema a quienes se les indagó sobre la pertinencia en aspectos tales como características del programa, técnicas de intervención utilizadas y estrategias de evaluación del programa de intervención a partir de un formato establecido para tal fin.

5. Pilotaje del programa. Se procedió a aplicar el programa de intervención a los participantes, quienes previamente ya habían reportado manifestaciones elevadas en ansiedad y con el fin de analizar el efecto del programa de intervención, se realizaron mediciones pre y post tratamiento tanto en la primera como en la última sesión de intervención respectivamente.

6. Análisis de datos, discusión, conclusiones y recomendaciones. El análisis de los datos tanto del programa de intervención a partir del análisis de contenido, como de los resultados del pre y post tratamiento se realizó mediante el

Software estadístico R a través de la interfaz de Rstudio y se procedió a elaborar discusión, conclusiones y recomendaciones, a partir de los datos obtenidos.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la ley 1090 de 2006 mediante la cual, se reglamenta el ejercicio profesional de la psicología y se determina el código deontológico y Bioético, así como la resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud. Previo a la aplicación del tratamiento, se informó a cada uno de los participantes el objetivo de la investigación, se explicó sobre las implicaciones de la intervención, su participación voluntaria y se procedió a establecer el consentimiento informado.

Resultados

Diseño programa de Intervención

Para su diseño, se realizó una revisión teórica y empírica desde el enfoque cognitivo conductual de diferentes programas de intervención relacionadas (Caballo, 1993; Gallego, 2009; Orgilés, Méndez, Rosa, Inglés, 2003; Bados, 2005; Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina, Cruz, 2012; Vera, 2004) y técnicas para el manejo de ansiedad; a partir de la identificación de las más utilizadas, se procedió a realizar una organización y estructuración de cada una de las sesiones, incluyendo técnicas como la relajación (Sánchez et. al 2006), exposición, reestructuración cognitiva (Baeza, 2007), entrenamiento en habilidades comunicativas (Caballo, Andrés, Bas, 2002), técnica de resolución de problemas (Nezu y Nezu 1991). El programa, se diseñó en formato grupal y quedó conformado por diez sesiones de 120 minutos cada una (Ver apéndice A).

Pilotaje programa de intervención

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, de Tobal y Vindel, 1994) previa y posterior al tratamiento; cabe resaltar que se aplicó la prueba Shapiro Wilk que arrojó una puntuación de 0.9284, que a un nivel de significancia del 5%, determina que las variables presentan una distribución normal, es de resaltar, que se usa la prueba de Shapiro Wilks, debido a la robustez que tiene en sus resultados para muestra pequeñas, se utilizó como estrategia de análisis la comparación entre medias de estos dos

momentos de evaluación a partir de la prueba t de student para muestras relacionadas.

Como estrategias de análisis se realizó a comparación entre medias a través de una prueba t student para muestras relacionadas que determina diferencias o similitudes en los promedios de la muestra para dos momentos distintos. Por otro lado, se revisó que tan homogéneos son los resultados del pre y el post tratamiento, a través del cálculo del coeficiente de Variación. Al comparar sus resultados, se encontró una diferencia entre medias significativa con una significancia del 5%, lo cual se puede evidenciar en los resultados de la evaluación posterior al tratamiento, especialmente en el componente motor, pudiéndose considerar que los valores del coeficiente de variación menores que 0.5, es decir que los resultados del pre y el post tratamiento para las variables en medición tiende a ser homogéneos. (Tabla, 1).

Tabla 1. Comparación pre – post tratamiento

Canal de Respuesta		Media	SD	CV	t.	Diferencia de medias	95% IC	
							LI	LS
Cognitivo	Pre	144.300	21.375	0.148	6.339**	59.8	39,9	79,6
	Post	84.500	20.807	0.246				
Fisiológico	Pre	101.700	22.140	0.218	6.717**	57.5	39,5	75,5
	Post	44.200	15.575	0.352				
Motor	Pre	117.600	13.583	0.115	10.409**	71.1	56,7	85,5
	Post	46.500	16.795	0.361				
Total	Pre	363.600	54.740	0.151	8.342**	188.4	141	235,8
	Post	175.200	45.865	0.262				

**p<.000

Nota: IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior.

Así mismo, en la tabla 2, se muestran de manera detallada los canales de respuesta y el nivel de manifestación de ansiedad para cada uno de los participantes tanto en el pre como en el post tratamiento.

Tabla 2. Puntaje pre - post tratamiento del grupo de participantes.

Participante	Cognitivo		Fisiológico		Motor	
	pre	post	pre	post	pre	Post
1	156	117	100,5	69,5	126	70
2	105	55	68	32	93	37
3	157	87	110,5	29,5	123	45
4	152	82	126	53	125	30
5	154	115	94	64	124	68
6	103	53	64	30	91	35
7	155	85	95	28	121	43
8	150	80	124	49	123	28
9	158	88	111	33	124	71
10	153	83	124	54	126	38

Mientras que en la figura 1, se pueden observar las puntuaciones totales antes y después de la aplicación del tratamiento.

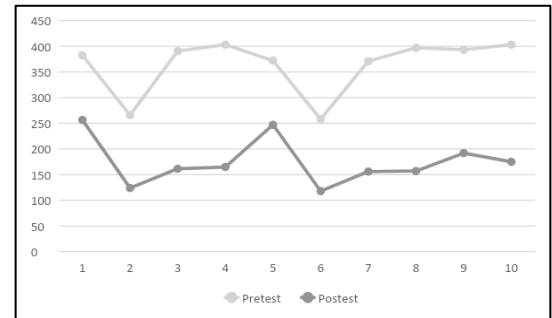


Figura 1. Puntaje total pre- post del grupo de participantes.

Discusión

Tal como lo plantearon Pérez y Ramón en el 2001, diferentes fuentes hacen referencia a la efectividad y uso de la terapia cognitivo conductual en los distintos trastornos psicológicos, insistiendo en la importancia que se da a la evaluación constante de los resultados de intervención en cada individuo, para el caso del manejo de la ansiedad se resaltan los estudios realizados por Castro (2001); Contreras; Moreno; Martínez;

Araya; Livacic y Vera (2006); Espinoza (2006); Lema (2006) y Sánchez et. al. (2006), quienes han reportado resultados positivos y por tanto, dan cuenta de la efectividad de los programas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual, así mismo los resultados del pilotaje de la presente investigación contribuyen a la evidencia empírica del valor de este tipo de tratamientos. Para el presente estudio la evaluación y la intervención se realizaron teniendo en cuenta los tres canales de respuesta propios del modelo (cognitivo, conductual y fisiológico); obteniendo una reducción significativa en los mismos; así para el canal de respuesta fisiológico se trabajaron técnicas de relajación tales como la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática las cuales estaban encaminadas a disminuir la activación fisiológica de los participantes y como ya lo había planteado Baeza en el 2007, estas técnicas han resultado de gran utilidad en programas de intervención en ansiedad. A nivel cognitivo, se incluyeron técnicas como la identificación de distorsiones cognitivas de Beck (1967), el interrogatorio de Beck (2000), la identificación de pensamientos automáticos, creencias intermedias e ideas centrales (Beck, 1995) y la reestructuración cognitiva (Ellis, 1962), entre otras, las cuales permitieron evidenciar cambios significativos a nivel de identificación y modificación de pensamientos y por último a nivel motor se utilizaron técnicas tales como aproximaciones sucesivas (Gavino, 1996), role playing (Kendall, 1990) y exposición (Barlow, 1998), con el fin de mejorar el afrontamiento a situaciones temidas. Una vez diseñado el programa y con el fin de realizar la validez de contenido, se contó con la evaluación cualitativa de dos jueces expertos quienes a partir de un formato estructurado, procedieron a analizar aspectos relacionados con la duración del programa, la estructura de las sesiones las estrategias utilizadas para la evaluación del programa de intervención y las técnicas de intervención, en general, concluyeron, que el diseño, guarda coherencia con el enfoque terapéutico y que la estructura y elección de las técnicas permiten tener claridad respecto a la manera como se espera que se aplique el tratamiento. Respecto a la presentación del programa de intervención, se resalta la manera como se da una orientación clara y precisa sobre los pasos a seguir en cada sesión, incluyendo diferentes estrategias a desarrollar tanto dentro como fuera las sesiones programadas, que sin duda le permiten a los participantes potencializar sus habilidades básicas y a la vez le incitan a

hacer uso de las mismas en diferentes contextos; al respecto, Baeza (2007) indica que tratamientos que usan solo una técnica del componente cognitivo, fueron menos efectivos produciéndose efectos moderados, lo que resalta la importancia de incluir técnicas combinadas y suficientes que permitan realizar modificaciones significativas en el comportamiento de los individuos. En relación con la validación del diseño del programa mediante jueces expertos, otros estudios no hacen referencia este procedimiento (Benedito, Carrió, Del Valle, Domingo; 2004); sin embargo, es importante tener en cuenta este aspecto, al momento de realizar el diseño y construcción de un programa de intervención, proporcionando una confianza del 95% para las pruebas de hipótesis que permitieron evidenciar diferencias significativas y la validez de la información incluida en los programas. Así mismo con el fin de comprobar la efectividad de los programas de intervención construidos, se hace necesario la fase de pilotaje de estos. Por otro lado, es importante resaltar el uso de evaluaciones sesión a sesión, lo cual permitió identificar fortalezas y debilidades en la metodología y a la vez analizar el grado de motivación frente al programa de intervención, por otro lado, cabe resaltar que debido al número reducido de los participantes, se hace necesario, continuar con la aplicación del programa de intervención en grupos poblacionales más grandes y que preferiblemente conserven características como la homogeneidad en características tales como datos sociodemográficos, manifestaciones sintomatológicas y generadores de ansiedad, en este último aspecto, también se resalta, que para los participantes, el principal elemento generador de ansiedad, fue el relacionado con la interacción social, por lo que el componente conductual de la intervención, estuvo dirigido en gran parte al fortalecimiento de sus habilidades sociales.

Referencias bibliográficas

Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. ISSN 2011- 7922. Vol. 1, pp.34-39. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2875674.pdf>

Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32, 341-356. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80632404.pdf>

- Arboleda, A., Gutiérrez, J. C., & Miranda, C. A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Mélicas UIS*, 15, 4-7. En: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503006.pdf>
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V., & Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608. en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33705310.pdf>
- Austin, M. P., Frilingos, M. M., Lumley, J. J., Hadzi-Pavlovic, D. D., Roncolato, W. W., Acland, S. S. et al. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of effective Disorders*, 105, 35-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17490753>
- Bados, A. (1991). *Hablar en público: Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide. en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=239987>
- Bados, A. (2005). Miedo a hablar en público. *Universitat de Barcelona*. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/353/1/120.pdf>
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1967). *Depression clinical experimental and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press edition, 1970.
- Beck, J. (1995/2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Beck, A., Rush, A. y otros (1984). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de psicología. Ed. Desclée de Brouwer.
- Benedito, C., Carrió, C., Del Valle, G., Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar la sintomatología de ansiedad. *Revista de psicología y Psicología clínica*. Vol 9, número 3, pp.221-229. en: [http://www.aepcp.net/arc/03.2004\(3\).Benedito-Carrio-Valle-Domingo.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2004(3).Benedito-Carrio-Valle-Domingo.pdf)
- Bernstein, D., Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Bobes, J., García, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría Editores, S.L. España. en: http://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria
- Caballo, V. (1993). *Manual de Técnica de Modificación de Terapia de la Conducta*. Madrid. Pirámide.
- Caballo, V., Andrés, V., y Bas, F. (2002). *Fobia Social en Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 1. Siglo XXI de España Editores, S.A. España.
- Campo, G., & Gutiérrez, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 351-358. en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80630402.pdf>
- Cassaretto, M., Chau C., Oblitas H., & Valdez N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. en: <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/6849/6983>
- Castellanos, Guarnizo & Salamanca. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamientos en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819007.pdf>
- Castro, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate 3*. Psicología, cultura y sociedad. Recuperado el 3 de abril de 2014. Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 DE 2006. Colombia: Diario oficial. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- 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*, Volumen 38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538103.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas.

(2005). Caracterización del Departamento de Boyacá. www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Proyecciones_poblacion.pdf

Echuburúa, E., De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 1, n 1, pp. 181-204. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echuburua/publication/306535413_Eficacia_de_las_terapias_psicologicas_De_la_investigacion_a_la_practica_clinica/links/5af5524f4585157136ca6a4c/Eficacia-de-las-terapias-psicologicas-De-la-investigacion-a-la-practica-clinica.pdf

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Ed. Desclée de Brower.

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

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista electrónica de ciencias médicas en Cienfuegos*. 10 (5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553019.pdf>

Garay, C. J., Korman, P. y Keegan, E. (2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (12), 61-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339630251004>

Gavino, A. (1996). *Técnicas de terapia de conducta*. Ediciones Martínez Roca S.A. España.

Gavino, A., Berrocal, C., Cobos, P., López., Rodríguez, C. (2012). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Ediciones Piramide (Grupo Anaya S.A). España.

Gómez, A., Plans, B., Sánchez, M., & Sanchez, D. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo- conductual. Una orientación pedagógica e integradora*. Editorial Eos, Madrid.

Heimberg R, Juster H, (1995) Cognitive behavioral treatments: Literature review. En Heimberg, Liebowitz M, Hope D, et al (eds): *Social phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, Guilford Press.

Hidalgo, C. & Abarca, N. (1992). *Comunicación Interpersonal. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/comunicacion-interpersonal-programa-de-entrenamiento-en-habilidades-sociales/oclc/981282874>

Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.

Labrador, F. (2012). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A). España.

Lema, S. (2006) Efecto de los componentes del tratamiento cognoscitivo conductual en estudiantes universitarias con diferentes niveles de ansiedad social. Bogotá: Universidad Konrad Lorenz.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental de la Salud en Colombia: Informe preliminar: Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*;en: <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudiosaludmentalcolombia.pdf>

Meichenbaum, D (1988). *Manual de inoculación al estrés*. Ed. Martínez Roca.

Ministerio de Salud (1993). Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa fé de Bogotá-Colombia. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud mental*. TomoI.

Navlet, M. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. en: <http://eprints.ucm.es/15771/>

Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, pp. 527-553. Madrid: Siglo XXI.

Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficiencia. *Anales de psicología*. Vol.19 (2), 193-204. Murcia, España. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf

Pérez, M., Fernández, J. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicotema*. Vol. 13, n 3, pp. 523-529. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=473>

Ramos, J.M. (2006). Evaluación del estilo cognitivo “Dependencia/independencia de campo” en el contexto de los problemas de ansiedad. *Clínica y Salud*, 17, 31-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613873002.pdf>

Rehm, L.P. (1977). A self control model of depression. *Behavior therapy*, 8, 787- 804. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789477801500>

Rodríguez, A. (2019). *Manual de psicoterapia: teoría y técnicas*. España: Herder editorial.

Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. En R. Rodríguez, & G. Vetere, *Conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad* (págs. 25-65). Buenos Aires: Polemos

Rush, J., First, M. & Blacker, D. (2000). *American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures*. Washington.

Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J., (2006) Eficacia De U Programa Cognitivo Conductual Para La Disminución De La Ansiedad En Pacientes Medicamente Enfermos. *Revista De Investigación Clínica*, Volumen58, No 6, 540-546. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2006/nn066b.pdf>

Segarra, G., Farriols, N., Palma, S., Segura, J., Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y estrés*. 17(2-3), 185-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750751>

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study*. *American Psychologist*, 50, 965-974. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561380>.

Siabato, E., Forero, I. & Paguay, O. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297229855007.pdf>

Spielberger, C., Díaz, R. (1975). *Inventario de ansiedad, rasgo-estado IDARE*. México: Librería Interacademica S.A.

Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas e la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*, núm. 10, 2004, pp. 4-10. Universidad de San Martín de Porres. Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/686/68601001.pdf>

Vera, M., Roldán. (2009). *Ansiedad social. Manual práctico para superar el miedo*. Ediciones Piramide. Madrid.

Westheimer, J. (2008). Efficacy of the Doctor Interactive Group Medical Appointment: Examining patient behavioral and attitudinal changes attributed to an integrated healthcare model. *Dissertation Abstracts International*, 70(11-B), 6812. Disponible en: <https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/6821>.

Apéndice A

Diseño del programa de intervención de 1 a 10

Sesión	Temáticas
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación pretratamiento: ISRA (Tobal y Vindel, 1994) 2. Exploración de expectativas frente a la intervención grupal y establecimiento de pautas y compromisos frente a la intervención. 3. Psicoeducación sobre sintomatología, curso, desarrollo e intervención de la ansiedad desde el modelo cognitivo conductual. (Vera, Roldán, 2009). 4. Tarea para casa. Registro de situación, pensamiento emoción y conducta (Beck, 1984).
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de tareas. 2. Entrenamiento en Control de la activación, Respiración diafragmática: Se realiza una primera parte explicativa sobre la técnica, posibles riesgos, pautas y beneficios y luego se procede con el entrenamiento en la técnica a partir del guion de (Labrador, 2012). 3. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Ensayo conductual: se realiza la explicación de cada uno de los estilos de comunicación y posteriormente realiza el modelamiento y la práctica (Caballo, 1993). 4. Identificación y modificación de pensamientos y creencias mal adaptativas, se realiza una breve explicación desde el modelo

	<p>cognoscitivo conductual, sobre como aprendemos a pensar, sentir y actuar (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2002).</p> <p>5. Tareas para casa. Auto registro sobre tipos de comunicación y registro de respiración diafragmática, tres veces al día, durante siete días (Hidalgo, Abarca 1992).</p>
3	<p>1. Revisión de tareas.</p> <p>2. Entrenamiento en Control de la activación, Relajación progresiva de Jacobson: Se realiza una primera parte explicativa sobre la técnica, posibles riesgos, pautas y beneficios y luego se procede con el entrenamiento a partir del guion propuesto por el autor (Bernstein & Borcovec, 1983).</p> <p>3. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Técnicas asertivas: se realiza la explicación de diferentes técnicas asertivas y se procede a realizar un análisis de situaciones y role playing (Caballo, Andrés y Bas, 2002; Kendall, 1990).</p> <p>4. Identificación y modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se realiza una explicación de cómo se adquieren, mantienen, eliminan o evitan los comportamientos mediante un cuadro esquemático de aprendizaje por refuerzos y castigos (Gómez et al., 2002)</p> <p>5. Tarea para casa. Registro de situación, pensamiento, emoción, conducta y consecuencia (Beck, 1984).</p>
4	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Solución de problemas: se realiza el entrenamiento en solución de problemas a partir del modelo de los cinco pasos: orientación y sensibilización hacia los problemas, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, identificación y valoración de las consecuencias, y ejecución de la solución y verificación (Nezu y Nezu 1991).</p> <p>3. Identificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se realiza la explicación a partir de ejemplos y posterior identificación mediante un listado personal de pensamientos automáticos (Beck, 1995), e ideas irracionales (Ellis, 1980).</p> <p>4. Tareas para casa. Registro de Solución de Problemas, adaptado por las autoras.</p>
5	<p>1. Revisión de tareas.</p> <p>2. Entrenamiento en habilidades comunicativas, habilidades de escucha y de conversación, técnica de escucha activa y feedback: se realiza la explicación de los componentes del feedback y escucha activa, luego a partir de modelamiento y juego de roles, se procede a verificar las habilidades aprendidas (Vera, Roldán, 2009).</p> <p>3. Identificación de pensamientos y creencias maladaptativas: mediante ejemplos se realiza la explicación de creencias intermedias, creencias centrales o nucleares; posteriormente cada participante hace la construcción de estas desde su experiencia (Gómez et al., 2002).</p> <p>4. Tareas para casa. Ejercicios de identificación de creencias centrales, creencias intermedias y distorsiones cognitivas (Gómez et al., 2002).</p>
6	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Habilidades comunicativas, habilidades sociales: se realiza la explicación sobre la importancia de expresar los sentimientos (Gavino, 1996), luego se procede a realizar un ensayo conductual (Gallego, 2009) y análisis de situaciones entre los participantes.</p> <p>3. Identificación y Modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se procede con el entrenamiento en sustitución de etiquetas por descriptores conductuales, resaltando la importancia de describir el comportamiento de las otras personas en lugar de utilizar las etiquetas conductuales, posteriormente los participantes realizan la</p>

	<p>identificación de sus creencias y se procede a realizar la explicación de estas (Vera, Roldán, 2009).</p> <p>4. Tarea para casa: Preparar una conversación en la que se incluyan aspectos como técnicas asertivas, feedback crítico y positivo y expresión de sentimientos.</p>
7	<p>1. Estrategias para la acción, ensayo conductual: se realiza la explicación a los participantes sobre el tema haciendo énfasis en los pensamientos positivos y las pautas que se deben tener en cuenta al enfrentarse a situaciones que produzcan ansiedad, además se procede a realizar modelamiento frente a situaciones ansiógenas (Bados, 2005).</p> <p>2. Modelo explicativo del problema. Mapa cognitivo: para la actividad se entrega a los participantes unas papeletas de diferentes colores, posteriormente guiados por las terapeutas mediante la realización de preguntas, van construyendo su propio mapa cognitivo (Gómez et al., 2002).</p> <p>3. Identificación y modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, debate de pensamiento: Una vez identificado el origen de las distorsiones cognitivas, se procede a explicar la validez de los pensamientos y a partir de la identificación pensamientos irracionales, se realiza la aplicación del interrogatorio de Beck (2000), identificando ventajas y desventajas de las ideas irracionales.</p> <p>4. Tarea para casa: identificar y clasificar según su validez, diferentes distorsiones cognitivas.</p>
8	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Exposición a situaciones temidas: a partir de la técnica de aproximaciones sucesivas, se invita a los participantes a realizar la jerarquía de situaciones temidas, para el caso de la intervención se identificó el miedo a hablar en público; así que se hizo una primera aproximación y se retroalimentó a cada participante sobre la actividad (Gavino, 1996).</p> <p>3. Tarea para casa: continuar con la aplicación de la técnica de aproximación sucesiva, siguiendo con la jerarquía e incluyendo el afrontamiento a dos situaciones temidas.</p>
9	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Modificación del pensamiento: mediante ejemplos se realizó la explicación de algunas técnicas como auto instrucción (Meichenbaum, 1988), reatribución de Rhem (1977), utilizar a los demás como punto de referencia, técnicas distractivas y parada de pensamiento (Gómez et al., 2002) y se procedió con la aplicación de cada una de estas técnicas.</p> <p>3. Exposición a situaciones de ansiedad: se continuó con ejercicios de aproximación a situaciones de ansiedad, haciendo retroalimentación a cada participante (Gavino, 1996).</p> <p>4. Tarea para casa: Revisar documento Cómo afrontar el miedo a hablar en público (Bados, 1991) y preparar una exposición de un tema sugerido por las terapeutas teniendo en cuenta los aspectos abordados dentro del programa de intervención.</p>
10	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Exponer de forma directa a partir de la técnica de Exposición autocontrolada en vivo el tema asignado, ante 20 personas además de los participantes, en las que se dio espacio a las preguntas por parte de los espectadores, para finalizar, las terapeutas, dieron recomendaciones generales y procedieron con la retroalimentación a cada participante (Bados, 1991; Gómez et al., 2002; Labrador, 2012; Meichenbaum, 1988).</p> <p>3. Aplicación postratamiento: ISRA (Tobal y Vindel, 1994)</p>