



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

DISPOSITIVO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD DESDE EL ENFOQUE
TRANSDIAGNÓSTICO

Trabajo previo a la obtención del título de:

Magister en Psicología Clínica, mención Psicoterapia de Grupo

Autor:

Juan Adrián Gutiérrez León

Director:

Mgt. Mario Eduardo Moyano Moyano

Cuenca, Ecuador

Año:

2024

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, quien ha sido mi guía, brindándome fuerza y sabiduría. A mi amada familia y esposa, su amor incondicional y apoyo inquebrantable han sido mi mayor inspiración y motivación. A mis estimados colegas y a los valiosos participantes de esta investigación, su colaboración y contribuciones han enriquecido profundamente este estudio. Que este trabajo sea un modesto reflejo de mi gratitud hacia todos ustedes, y una expresión de mi compromiso continuo con el aprendizaje, el crecimiento y el servicio.

Agradecimiento

Agradezco profundamente a la Universidad del Azuay por brindarme la oportunidad de crecer académicamente. A cada uno de los docentes por su invaluable enseñanza y amistad que ha enriquecido mi experiencia. De manera especial, mi gratitud al Mgt. Mario Moyano, Msc. Jefferson Elizalde y Dra. Fernanda Coello por su guía experta, paciencia y esfuerzo incansable para impulsar este proyecto hacia adelante. Sus consejos y apoyo han sido fundamentales en este proceso de aprendizaje. Este logro es también suyo.

Resumen

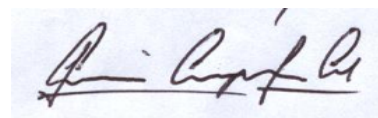
La presente investigación constituye un estudio cuasi experimental, cuantitativo y comparativo, que abarcó evaluación, implementación de un protocolo y la comparación de los niveles de ansiedad mediante la Escala de Hamilton (HARS) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). La muestra fueron 11 participantes, divididos en dos grupos, mayoritariamente mujeres (81,81%) y originarios principalmente de la ciudad de Cuenca (72,72%), todos ellos solteros. Los hallazgos revelaron una reducción significativa en los niveles de ansiedad, según la HARS, con una media de 22,64 en el pretest y 12,18 en el postest, con diferencias estadísticamente significativas ($t=3,89$, $p=0,003$). Asimismo, se encontró un cambio significativo en la escala ISRA, respaldado por un valor $t=6,40$ asociado a un valor $p=0,000$. Estos hallazgos se alinean con la literatura previa sobre la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-t) y su eficacia en trastornos emocionales.

Palabras clave: ansiedad, tratamiento, intervención grupal, terapia cognitivo-conductual trasdiagnóstica (TCC-t).

Abstract

The present research constitutes a quasi-experimental, quantitative, and comparative study that involved evaluation, implementation of a protocol, and comparison of anxiety levels using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) and the Inventory of Situations and Anxiety Responses (ISRA). The sample consisted of 11 participants, divided into two groups, mostly women (81.81%), and mainly from the city of Cuenca (72.72%), all of them single. Findings revealed a significant reduction in anxiety levels, according to the HARS, with a mean of 22.64 in the pretest and 12.18 in the posttest, with statistically significant differences ($t=3.89$, $p=0.003$). Also, a significant change was found in the ISRA scale, supported by a t-value of 6.40 associated with a p-value of 0.000. These findings are consistent with previous literature on transdiagnostic cognitive-behavioral therapy (TCC-t) and its efficacy in emotional disorders.

Keywords: anxiety, treatment, group intervention, transdiagnostic cognitive-behavioral therapy (TCC-t).



Validado: Mg. Mario Moyano

Tabla de contenido

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	8
Capítulo 1. Marco Teórico	9
1.1 Los trastornos de ansiedad y el modelo transdiagnóstico	10
1.1.1 Definición de Ansiedad.....	10
1.1.2 Trastornos de ansiedad.....	12
1.2 Prevalencia de los trastornos de ansiedad	16
1.3 Etiología de los trastornos de ansiedad.....	18
1.4 Tratamientos	22
1.4.1 Tratamiento farmacológico	22
1.4.2 Tratamiento psicológico.....	23
Capítulo 2. Metodología	27
2.1 Objetivos	27
2.1.1 Objetivo general.....	27
2.1.2 Objetivos específicos	27
2.3 Tipo de investigación	27
2.4 Muestra	27
2.5 Instrumentos y métodos	28
2.6 Procedimiento	31
2.7 Dispositivo grupal para el manejo de la ansiedad basado el protocolo transdiagnóstico de Peter Norton	31
Capitulo 3. Análisis de resultados	36
Capitulo 4. Discusión	45
Referencias Bibliográficas	49
Anexos	56
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	56
Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	57
Anexo 3. Inventario de situaciones y respuestas a la ansiedad.....	58

Índice de Tablas

Tabla 1. Análisis descriptivo de la variable edad.....	37
Tabla 2. Análisis descriptivo de la variable sexo.....	37
Tabla 3. Análisis descriptivo de la variable procedencia.....	37
Tabla 4. Análisis descriptivo de la variable estado civil.....	38
Tabla 5. Análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton	38
Tabla 6. Prueba de normalidad	38
Tabla 7. Prueba T de muestras emparejadas	39
Tabla 8. Análisis descriptivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad	39
Tabla 9. Prueba de normalidad	40
Tabla 10. Prueba T de muestras emparejadas – puntuación total	40
Tabla 11. Prueba de normalidad	40
Tabla 12. Prueba T de muestras emparejadas – factor cognitivo.....	41
Tabla 13. Prueba de normalidad	41
Tabla 14. Prueba W de Wilcoxon – factor fisiológico.....	41
Tabla 15. Prueba de normalidad	42
Tabla 16. Prueba T de muestras emparejadas – factor motor	42
Tabla 17. Prueba de normalidad	43
Tabla 18. Comparación entre Grupos terapéuticos.....	43

Introducción

La presente investigación aborda una temática crucial en el ámbito de la psicología clínica: la eficacia de un dispositivo grupal basado en el protocolo transdiagnóstico para la gestión de la ansiedad en una población universitaria. Esta temática no solo es pertinente por su relevancia clínica, sino también por su potencial para informar prácticas terapéuticas en contextos educativos y clínicos. En el contexto de un creciente reconocimiento de la salud mental como un componente esencial del bienestar estudiantil, este estudio cuasi experimental cuantitativo y comparativo proporciona una evaluación rigurosa de una intervención innovadora diseñada para reducir la ansiedad mediante la aplicación de técnicas de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-t).

El estudio se centra en dos grupos específicos de estudiantes universitarios, todos solteros, con una mayoría de mujeres, destacando la relevancia de considerar las dinámicas de género en la investigación psicológica. La selección de esta población no solo refleja la demografía de la comunidad universitaria local, sino también permite una exploración detallada de las particularidades culturales y sociales que podrían influir en la manifestación y gestión de la ansiedad. En términos metodológicos, la investigación emplea la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), proporcionando una base robusta para la evaluación cuantitativa de los niveles de ansiedad antes y después de la intervención. Esto permite no solo medir los cambios en la ansiedad, sino también comparar estos resultados con estudios similares en la literatura, asegurando así que los hallazgos sean tanto válidos como relevantes dentro del campo más amplio de la terapia cognitivo-conductual.

Capítulo 1. Marco Teórico

En este capítulo introductorio se ha abordado el fenómeno de la ansiedad desde múltiples perspectivas. A través de un análisis detallado desde su definición y su evolución conceptual, se ha delineado su complejidad como una respuesta emocional universal e inherente al ser humano que puede oscilar entre lo adaptativo y lo patológico según su intensidad, persistencia e interferencia en el funcionamiento del individuo. Además, se aborda la importancia de comprender los trastornos de ansiedad desde un enfoque transdiagnóstico, que reconoce las similitudes subyacentes entre diferentes trastornos y permite un abordaje integral en el tratamiento.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad, tanto a nivel global como en América Latina, refleja la magnitud de este problema de salud mental y la necesidad de estrategias efectivas de intervención. La interacción de factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales en la etiología de la ansiedad subraya la complejidad de este fenómeno y la importancia de abordarlo desde múltiples dimensiones.

En cuanto a los tratamientos, se ha explorado tanto el enfoque farmacológico como el psicológico, resaltando la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) transdiagnóstica como una estrategia prometedora. Los estudios revisados han demostrado consistentemente los beneficios de este enfoque en la reducción de los síntomas de ansiedad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

1.1 Los trastornos de ansiedad y el modelo transdiagnóstico

1.1.1 Definición de Ansiedad

La palabra "ansiedad" tiene sus raíces en el latín "anxietas" y "anxius", que se traducen como "inquietud" o "aflicción". A su vez, derivan del verbo "angere", que significa "angustiar" o "estrujar". El desarrollo del significado moderno de "ansiedad" ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha sido influido por diversas corrientes filosóficas, médicas y psicológicas.

La ansiedad se puede entender como una respuesta emocional compleja y universal en la experiencia humana, se manifiesta a través de un estado de inquietud, nerviosismo, tensión y preocupación. Mientras que puede ser una reacción natural a situaciones estresantes, su persistencia e intensidad puede dar lugar a trastornos mentales que causan malestar clínicamente significativo e interfiere con el funcionamiento de quienes los padecen. A lo largo de la historia, ha sido objeto de diversas definiciones entendiéndola desde los diversos enfoques que ha sido estudiada.

En primer lugar, definiciones fisiológicas, como la de Walter Cannon, 1929, subrayan la importancia de los factores biológicos al conceptualizarla como una respuesta fisiológica ante un factor estresante. Identificó cambios corporales notables ante estados emocionales intensos y postuló la existencia de una activación del sistema nervioso autónomo que prepara al organismo para la acción. De igual manera, Hans Selye, médico canadiense, introdujo el concepto de respuesta de adaptación general, señalando que el cuerpo responde de manera similar a diversos estresores, ya sean físicos o psicológicos. Identificó tres fases en esta respuesta: la fase de alarma, la fase de resistencia y la fase de agotamiento. Su trabajo destacó la importancia de estas respuestas adaptativas para la supervivencia a corto plazo, pero también advirtió sobre los efectos negativos del estrés crónico en la salud, sentando las bases para comprender cómo la

exposición prolongada al estrés puede contribuir a problemas de salud, incluidos los trastornos de ansiedad (Selye, 1936; 1950; 1976)

En segundo lugar, las definiciones cognitivas, representadas por Donald Meichenbaum en 1975, centran su atención en los aspectos psicológicos caracterizándola por pensamientos de peligro, preocupación excesiva y anticipación negativa. A su vez, Lazarus en 1966, enfatizan los factores conductuales al conceptualizar la ansiedad como una respuesta observable ante situaciones amenazantes, expresada a través de evitación, escape o respuestas de afrontamiento ineficaces. Reiss y McNally (1986) desarrollaron un modelo explicativo en el cual subrayan que la propensión a experimentar trastornos de ansiedad se deriva de la combinación de dos factores fundamentales: la expectativa de ansiedad y la sensibilidad a la misma. Las expectativas aluden a las creencias acerca de lo que podría acontecer en una situación específica, mientras que las sensibilidades conllevan las reacciones emocionales ante dichas expectativas. Individuos con trastornos de ansiedad manifiestan expectativas y sensibilidades distintas a aquellos que no padecen dichos trastornos.

Por su parte, David Barlow (2002) adopta un enfoque multidimensional que considera los aspectos biológicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad, así como el papel del ambiente. La define como una vivencia subjetiva de malestar o preocupación, frecuentemente acompañada de manifestaciones físicas y conductuales. Se centra en la idea de que la ansiedad es una respuesta natural del organismo ante situaciones de amenaza o peligro, pero destaca cómo, en algunos casos, esta respuesta puede volverse excesiva, crónica o desproporcionada, reconociendo que no se limita a una única dimensión, sino comprende una variedad de trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, fobias específicas y trastorno obsesivo-compulsivo.

Además de estas perspectivas, según Lazarus (1984), la ansiedad se define como una respuesta emocional ante una amenaza o desafío percibido. Por otro lado, Scheier y Carver (1994) resaltan la importancia de la atención y la evitación en el manejo de la ansiedad. LeDoux (2000) proporciona una perspectiva detallada de los circuitos cerebrales subyacentes a la ansiedad. Meaney (2001) profundiza en el papel de la genética en la vulnerabilidad a la ansiedad.

1.1.2 Trastornos de ansiedad

La Asociación Americana de Psiquiatría a través de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) define a la ansiedad como una respuesta emocional anticipatoria ante una amenaza futura, se caracteriza por la presencia de tensión muscular, una vigilancia agudizada hacia el peligro potencial y la adopción de conductas evitativas. A pesar de su naturaleza como respuesta adaptativa frente a posibles peligros, la ansiedad puede asumir un carácter patológico en función de su intensidad y persistencia.

1.1.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por una preocupación excesiva y persistente en relación con diversos eventos o actividades cotidianas. Este patrón de ansiedad va más allá de la preocupación común y se asocia con síntomas físicos y cognitivos significativos. Según el DSM-5, el TAG se manifiesta por la presencia de síntomas como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. La preocupación constante y desproporcionada no se limita a una situación específica y puede abarcar una amplia gama de temas, desde la salud y las relaciones interpersonales hasta las responsabilidades laborales. La etiología puede incluir: Estrés, una condición física como diabetes u otras comorbilidades como depresión, antecedentes

familiares genéticos de primer grado con trastorno de ansiedad generalizada, factores ambientales, consumo de sustancias.

Estudios han sugerido la implicación de alteraciones en los circuitos cerebrales de la amígdala y la corteza prefrontal en la patogénesis del TAG (Etkin et al., 2009). Además, la literatura científica destaca la importancia de considerar factores cognitivos y ambientales en la etiología y mantenimiento del TAG (Mennin et al., 2005).

1.1.2.2 Trastorno de pánico

El Trastorno de Pánico (TP) es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia recurrente de ataques de pánico inesperados y la preocupación persistente acerca de tener más ataques o preocupación por las consecuencias de los mismos. Estos ataques de pánico se definen por la aparición súbita de miedo o malestar intenso, alcanzando su punto máximo en minutos y acompañados por síntomas físicos y cognitivos, como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de aliento, miedo a perder el control o morir, y sensación de irrealidad (APA, 2013). Desde una perspectiva neurobiológica, la literatura científica ha destacado la implicación del sistema límbico, en particular de la amígdala, en la génesis del TP. La amígdala desempeña un papel crucial en la respuesta de "lucha o huida", y su hiperactividad puede contribuir a la aparición de ataques de pánico (Gorman et al., 2000). Para estos autores, los medicamentos, particularmente aquellos que influyen en el sistema de serotonina desensibilizan la red del miedo desde el nivel de la amígdala hasta el hipotálamo y el tronco del encéfalo. Los tratamientos psicosociales eficaces también pueden reducir el miedo contextual y las atribuciones cognitivas erróneas a nivel de la corteza prefrontal y el hipocampo.

1.1.2.3 Trastorno de ansiedad por separación

El Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) se caracteriza por un patrón persistente de ansiedad excesiva y desproporcionada en relación con la separación de figuras de apego. Según los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013), se deben observarse síntomas específicos que incluyen la manifestación de una angustia excesiva y desencadenante ante la anticipación o experiencia de la separación de personas a las que el individuo está vinculado afectivamente, como padres o cuidadores. Esta ansiedad puede manifestarse mediante quejas físicas, como dolores de estómago o dolores de cabeza, así como a través de manifestaciones emocionales como el llanto, la irritabilidad o la resistencia a la separación. Además, el temor a perder a las figuras de apego puede llevar a la evitación de situaciones que impliquen separación y dificultar el desarrollo de actividades normales propias de la etapa de vida del individuo. De igual manera, La Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (1992), conceptualiza el TAS como un trastorno emocional con inicio específico en la infancia o adolescencia, caracterizado por la ansiedad intensa ante la separación de figuras significativas y la resistencia a estar solo.

1.1.2.4 Mutismo selectivo

Se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en determinadas situaciones sociales, a pesar de la capacidad de comunicarse verbalmente en entornos más familiares. Según el DSM-5, 2013, los síntomas deben persistir al menos un mes y no ser atribuibles únicamente a la falta de conocimiento del idioma. Se manifiesta principalmente en situaciones sociales, como la escuela, donde el individuo muestra una incapacidad para hablar, aunque puede expresarse verbalmente en entornos familiares.

Los niños y adolescentes con TMS pueden experimentar ansiedad social y recurrir a formas no verbales de comunicación, como el lenguaje corporal. Por su parte, la CIE-10

conceptualiza el mutismo selectivo como un trastorno emocional del desarrollo, resaltando la persistencia de la falta de habla en situaciones sociales específicas, con posibles consecuencias negativas en el rendimiento académico y social.

1.1.2.5 Fobia específica

Se describe como un temor intenso y persistente hacia objetos, situaciones o actividades específicas, lo que conduce a la evitación activa o afrontamiento con ansiedad significativa. La fobia específica se considera un trastorno de ansiedad y se diagnostica cuando el miedo es desproporcionado al peligro real y persiste durante al menos seis meses (APA,2013).

Este trastorno puede abarcar diversas categorías, como animales, entornos naturales, sangre, inyecciones, situaciones específicas (por ejemplo, volar, conducir), entre otras. La intensidad del miedo puede dar lugar a respuestas de ansiedad aguda, como palpitaciones, sudoración y temblores, con la evitación de la fobia como estrategia para reducir la ansiedad. Según la CIE 10, 1992, la fobia específica se clasifica como un trastorno neurótico y se caracteriza por una ansiedad anticipatoria excesiva ante un objeto o situación específica. La duración del miedo debe ser de al menos seis meses y afectar significativamente la vida diaria del individuo.

1.1.2.6 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) esta caracterizado por un miedo intenso y persistente a situaciones sociales o de rendimiento, donde la persona teme ser evaluada negativamente o humillada. Este temor a menudo lleva a evitar activamente situaciones sociales o a soportarlas con gran angustia. El DSM-5 (2013) establece que, para el diagnóstico de TAS, estos síntomas deben persistir durante al menos seis meses y causar un malestar clínicamente significativo. Se han observado anomalías en la activación de regiones cerebrales como la amígdala y la corteza prefrontal, (Stein, 2008). Los factores genéticos también desempeñan un

papel en la vulnerabilidad al TAS, estudios de heredabilidad indican una fuerte contribución genética a la predisposición al trastorno (Antilla et al., 2018; Eley et al., 2015).

1.1.2.7 Agorafobia

La Agorafobia es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por un miedo intenso y persistente a situaciones o lugares en los cuales escapar o buscar ayuda podría ser difícil o embarazoso, resultando en la evitación de dichas situaciones. Esta condición a menudo se manifiesta como un temor a lugares públicos, multitudes, viajar en transporte público o estar en espacios abiertos, entre otras situaciones que pueden desencadenar ansiedad significativa. Desde una perspectiva neurobiológica, la hiperactivación del cuerpo estriado ventral y de la ínsula izquierda parecen estar implicadas en esta condición (Wittmann et. Al. 2014). Estudios de gemelos y familiares han indicado que hay una contribución heredable sustancial a este trastorno, aunque la interacción con factores ambientales también desempeña un papel clave (Stein et al., 2019).

1.2 Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son una de las categorías más comunes de trastornos mentales a nivel mundial (Baxter 2012). La prevalencia de los trastornos mentales en América Latina es del 32,4%, lo cual significa que 1 de cada 3 personas en América Latina tiene un trastorno mental (Kohn et al., 2018). De acuerdo con estos autores, trastornos mentales más comunes en América Latina son la depresión, la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias. La depresión ocupa el primer lugar, con una prevalencia del 14,6%, seguido por la ansiedad con, 15,1% y el trastorno por consumo de sustancias con 12,4%. los trastornos de ansiedad son muy prevalentes en la población general. Martin, 2003, estima que la prevalencia de los trastornos de

ansiedad en adultos es del 20-30%; los más comunes son el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico (TP) y el trastorno de ansiedad social (TAS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), sitúa a los trastornos de ansiedad como la segunda causa principal de discapacidad. Al considerar tanto la combinación de discapacidad con la mortalidad, estos representan el 2,1% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y el 4,9% de la suma total de Años Perdidos por Discapacidad (APD). En este contexto, el Ecuador ocupa el octavo lugar, superando a países como Estados Unidos, Canadá y México.

Por su parte, Zhang et. Al, 2022, encontró que la prevalencia de esto desórdenes en América Latina aumentó un 26% del 9,3% al 11,5% en el primer año de la pandemia de COVID-19. El estudio se basó en datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que se realizó en 21 países de América Latina, lo cual apunta a un problema de salud pública puede tener un impacto significativo en el bienestar de las personas, así como en su capacidad para funcionar en la sociedad. Un estudio emprendido por Cardona et al. (2014) en Colombia, que involucró a 200 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 17 y 39 años, identificó una prevalencia de ansiedad del 58%, de los cuales el 55% presentaba un grado leve, lo que destaca la necesidad de implementar estrategias educativas, identificar a aquellos estudiantes con un mayor riesgo y emprender intervenciones en salud de manera oportuna. Ramos et al. (2008) señala que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios que recurrieron al servicio de psicología indicó que los trastornos más prevalentes eran el trastorno depresivo mayor (26,9%) y el trastorno de ansiedad generalizada (28,4%). Según los autores, estos resultados revisten una importancia particular dado que muchos individuos en esta población no

buscan asistencia, subrayando la necesidad de establecer protocolos de intervención para mitigar las consecuencias a largo plazo de estas alteraciones.

El estudio realizado por Li et al. (2022) tiene una particular importancia, constituye un análisis exhaustivo de la prevalencia y los factores asociados a los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios a nivel global. Basándose en una revisión sistemática y un metanálisis de 288 estudios que abarcaron a más de 2,7 millones de estudiantes, los resultados revelaron que la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad alcanza el 21,2% y el 26,3%, respectivamente. Se observó una mayor prevalencia en mujeres, estudiantes de primer año y aquellos pertenecientes a países de bajos y medianos ingresos. Los factores asociados a estos síntomas incluyeron características individuales como el sexo femenino, edad temprana, antecedentes familiares de trastornos mentales, historial de abuso o trauma, y problemas de salud física. A nivel académico, el estrés académico, problemas de rendimiento y la falta de apoyo social también se identificaron como contribuyentes. Además, las características del entorno, como la discriminación, violencia y la falta de oportunidades, fueron factores relevantes. Estos hallazgos no solo proporcionan una visión integral de la magnitud del problema, sino que también enfatizan la necesidad de atención continuada hacia los síntomas de depresión y ansiedad en el entorno universitario, abogando por el acceso a servicios de salud mental preventivos y de tratamiento.

1.3 Etiología de los trastornos de ansiedad

La etiopatogenia de la ansiedad es una interacción entre factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales. En términos generales, la ansiedad se considera una respuesta adaptativa a situaciones amenazantes, pero cuando esta respuesta se vuelve disfuncional o crónica, puede dar lugar a trastornos de ansiedad. La base genética de la ansiedad

se ha explorado a través de estudios, que sugieren una heredabilidad sustancial en la vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad (Hettema et al., 2001; Smoller et al., 2009). La contribución de polimorfismos genéticos a la vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad es un campo activo de investigación. Estudios de asociación genética han identificado variantes genéticas que pueden aumentar la susceptibilidad a la ansiedad, incluyendo genes relacionados con la neurotransmisión y la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Otowa et al., 2016; Smoller et al., 2019).

Desde una perspectiva neurobiológica de la ansiedad involucra una compleja interacción de sistemas neuronales y neurotransmisores que regulan las respuestas emocionales y el procesamiento cognitivo. Al parecer, la amígdala, implicada en la evaluación y respuesta emocional a estímulos amenazantes, desempeña un papel central en la generación de respuestas ansiosas. Estudios de neuroimagen han destacado la hiperactividad de la amígdala en individuos con trastornos de ansiedad (Etkin y Wager, 2007). Además, la corteza prefrontal, especialmente la región ventromedial, modula y regula la actividad de la amígdala, influyendo en la expresión y el control de la ansiedad (Milad y Quirk, 2012). La plasticidad sináptica, que abarca la modificación de la fuerza y la eficacia de las conexiones neuronales, es fundamental para comprender la ansiedad. El hipocampo, una región cerebral implicada en la memoria y la regulación emocional, muestra cambios en la plasticidad sináptica que pueden contribuir a la ansiedad (McEwen, 2003). Además, la neurogénesis, la formación de nuevas neuronas, se ha vinculado a la ansiedad, especialmente en el hipocampo (Duman et al., 2019). A nivel molecular, los receptores de serotonina, particularmente los subtipos 5-HT1A y 5-HT2A, han sido objeto de atención debido a su implicación en la modulación de la ansiedad (Nutt et al., 2002). La interacción entre la serotonina y los receptores GABAérgicos también desempeña un papel clave

en la regulación de la excitabilidad neuronal en regiones cerebrales relevantes, como la amígdala y la corteza prefrontal. La disminución del GABA en la amígdala podría conducir a una mayor sensibilidad al estrés y en la corteza prefrontal podría conducir a una mayor dificultad para regular las emociones generando una mayor probabilidad de experimentar síntomas de ansiedad y depresión. (Luscher et al., 2011).

Asimismo, investigaciones avanzadas utilizando técnicas de neuroimagen funcional, como la resonancia magnética funcional (fMRI), han permitido la visualización directa de la actividad cerebral durante la experiencia de ansiedad, destacando la interconexión entre la amígdala, la corteza prefrontal y otras regiones cerebrales relevantes (Etkin y Wager, 2007; Milad y Quirk, 2012).

A nivel psicológico, existen diversos modelos explicativos que los describiremos a continuación, centrándose en la comprensión de los procesos mentales, cognitivos y emocionales que subyacen a la aparición y persistencia de los trastornos de ansiedad. El modelo cognitivo propuesto por Beck (1976) destaca la relevancia de las distorsiones cognitivas y los patrones de pensamiento disfuncionales en el desarrollo de la ansiedad. Según este enfoque, ciertos patrones de pensamiento, como la interpretación negativa de eventos, la anticipación de amenazas y la evitación de estímulos temidos, contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad (Beck et al., 1985). Las teorías del aprendizaje también han desempeñado un papel crucial en la comprensión de la etiología psicológica de la ansiedad. El condicionamiento clásico, Pavlov (1927), sugiere que la asociación de estímulos neutros con experiencias amenazantes puede llevar a respuestas de ansiedad condicionadas, mientras que el condicionamiento operante, la teoría del refuerzo y castigo, desarrollada por Skinner (1938), sostiene que las respuestas de evitación pueden mantenerse y fortalecerse si conducen a la reducción de la ansiedad percibida.

La teoría de la intolerancia a la incertidumbre propone que la dificultad para aceptar la incertidumbre puede ser un factor de riesgo para la ansiedad, ya que las personas ansiosas tienden a percibir la incertidumbre como amenazante y peligrosa (Mennin et al., 2007; Dugas et al., 1998).

Por otra parte, los factores de personalidad también desempeñan un papel crucial, la teoría de la vulnerabilidad de la personalidad sostiene que ciertos rasgos, como el neuroticismo, la tendencia a la preocupación excesiva y la intolerancia a la incertidumbre, aumentan la susceptibilidad a la ansiedad (Barlow, 2002). Asimismo, factores de personalidad, como la tendencia a la inhibición comportamental o la alta sensibilidad a la amenaza, también se han vinculado a la susceptibilidad a la ansiedad (Kagan et al., 1989; Caspi et al., 2003). El enfoque psicoanalítico de Freud (1926) se centra en la dinámica inconsciente de conflictos internos y la lucha entre las fuerzas impulsoras y represoras. Freud conceptualizó la ansiedad como una señal de peligro que surge cuando los mecanismos de defensa del yo son insuficientes para manejar los impulsos inaceptables.

La historia de vida, incluyendo experiencias traumáticas o eventos estresantes, puede modelar la vulnerabilidad psicológica y contribuir a la aparición de trastornos de ansiedad (McLaughlin et al., 2010). El modelo de vulnerabilidad al estrés de diátesis-estrés sugiere que la predisposición genética y las experiencias de vida adversas interactúan para aumentar la vulnerabilidad a la ansiedad (Beidel & Turner, 1997), similar al modelo integrador de triple vulnerabilidad propuesto por Barlow (2002) sugiere que la ansiedad resulta de la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y ambientales.

1.4 Tratamientos

1.4.1 Tratamiento farmacológico

En el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sido ampliamente utilizados como primera línea de tratamiento. Medicamentos como la sertralina, fluoxetina y paroxetina han demostrado eficacia en el tratamiento de trastornos de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de pánico (TP) (Baldwin et al., 2014; Bandelow et al., 2015).

Además de los ISRS, los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) también se han mostrado efectivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La venlafaxina, un inhibidor dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina, ha demostrado su utilidad en el TAG, trastorno de ansiedad social (TAS) y trastorno de pánico (Katzman et al., 2014). Estos medicamentos actúan regulando la neurotransmisión de serotonina y noradrenalina, modulando así la respuesta emocional y reduciendo la excitabilidad neuronal asociada a la ansiedad.

Las benzodiazepinas han sido tradicionalmente prescritas por su rápido inicio de acción. Sin embargo, debido a preocupaciones sobre la dependencia y tolerancia, su uso a largo plazo se limita, y se prefieren otros tratamientos farmacológicos. Los beta bloqueadores, como el propranolol, también pueden utilizarse para controlar los síntomas físicos de la ansiedad, como palpitaciones y temblores, al bloquear los efectos de la noradrenalina en el sistema cardiovascular (Baldwin et al., 2014). Es fundamental destacar que el tratamiento farmacológico debe ser individualizado, considerando factores como la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y la respuesta del paciente a tratamientos anteriores. Además, la terapia combinada, que implica la utilización de fármacos en conjunto con intervenciones

psicoterapéuticas, ha demostrado ser una estrategia eficaz para abordar la complejidad de los trastornos de ansiedad (Cuijpers et al., 2014).

1.4.2 Tratamiento psicológico

El tratamiento cognitivo-conductual grupal (TCCG) se ha consolidado como una intervención eficaz y prometedora para el abordaje de los trastornos de ansiedad en la última década, presentando resultados alentadores respaldados por investigaciones contemporáneas.

En el contexto de la ansiedad social, la TCCG ha demostrado ser particularmente beneficiosa. Un estudio de Alden y Taylor (2019) evaluó la eficacia de la TCCG para la ansiedad social y encontró mejoras significativas en la reducción de la ansiedad y la mejora de las habilidades sociales en los participantes. Este enfoque grupal ofrece un espacio donde los individuos pueden compartir experiencias similares, recibir retroalimentación constructiva y practicar habilidades sociales en un entorno de apoyo.

La TCCG también ha mostrado utilidad en el tratamiento del trastorno de pánico. Un ensayo clínico controlado de Norton et al. (2020) examinó la efectividad de la TCCG en comparación con el tratamiento farmacológico y encontró que la TCCG fue igualmente eficaz en la reducción de las frecuencias de ataques de pánico, resaltando la eficacia de este enfoque grupal en el manejo de síntomas agudos.

En el ámbito de los trastornos de ansiedad generalizada, la TCCG ha demostrado ser una herramienta valiosa. Una revisión sistemática de Hofmann et al. (2021) concluyó que la TCCG es eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad generalizada y en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en los participantes.

Es esencial destacar que la TCCG no solo se centra en la reducción de los síntomas específicos de ansiedad, sino que también aborda patrones de pensamiento disfuncionales y

promueve estrategias de afrontamiento saludables. Un estudio de Schmidt et al. (2019) resalta la capacidad de la TCCG para cambiar las cogniciones negativas y mejorar la resiliencia en individuos con trastornos de ansiedad.

El abordaje transdiagnóstico para trastornos de ansiedad representa un enfoque que busca abordar simultáneamente diversos trastornos de ansiedad mediante la aplicación de un conjunto integrado de técnicas terapéuticas. Este enfoque se fundamenta en el reconocimiento de similitudes sustanciales entre los trastornos de ansiedad, incluyendo superposiciones en síntomas, factores cognitivos y conductuales, así como correlatos neurobiológicos compartidos. Según Norton et al. (2017), esta perspectiva desafía la noción de categorías diagnósticas tradicionales, sugiriendo que estas podrían no reflejar de manera precisa los mecanismos subyacentes a nivel psicológico y biológico.

Las técnicas de tratamiento transdiagnóstico, como la reestructuración cognitiva, terapia de exposición, técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades, son comúnmente empleadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y constituyen pilares fundamentales de este enfoque. La reestructuración cognitiva, por ejemplo, se centra en la identificación y modificación de patrones de pensamiento distorsionados que contribuyen a los síntomas de ansiedad (Barlow, 2002). La eficacia del tratamiento transdiagnóstico ha sido respaldada por investigaciones, con estudios que demuestran que este puede ser tan eficaz, o incluso más, que la TCC específica del trastorno para reducir los síntomas de ansiedad y mejorar el funcionamiento global (Norton et al., 2021). Esto sugiere que el tratamiento transdiagnóstico no solo ofrece una aplicabilidad más amplia a diversos trastornos de ansiedad, sino que también puede ser una opción más eficiente y rentable. Las ventajas del tratamiento transdiagnóstico se manifiestan en su capacidad para abordar la complejidad interconectada de los trastornos de ansiedad, promoviendo una mayor

eficiencia y generalización de habilidades en comparación con enfoques más específicos del trastorno (Norton, Price, & DiBartolo, 2020). Este enfoque proporciona un tratamiento integral al centrarse en factores subyacentes comunes, lo cual puede ser particularmente beneficioso en la mejora de múltiples trastornos de ansiedad.

Un programa de tratamiento transdiagnóstico típico incluye fases como la evaluación, donde se examinan los síntomas de ansiedad, los factores cognitivos y conductuales, así como los factores de riesgo y protección. La fase de educación proporciona información sobre los trastornos de ansiedad y las técnicas de tratamiento transdiagnóstico. La intervención se centra en la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva y la terapia de exposición, mientras que la fase de mantenimiento ayuda al paciente a aplicar las habilidades aprendidas en la vida cotidiana y prevenir recaídas (Roberge et al., 2020).

De igual manera, un metaanálisis llevado a cabo por García-Escalera et al. (2017) evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (T-CBT) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en adultos, niños y adolescentes, abarcando un total de 3.688 participantes. Concluyeron que la T-CBT representa un tratamiento eficaz para estos trastornos. Por su parte, Roberge et al. (2023) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado que evaluó la eficacia de la tCBT en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo a 120 adultos con diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o trastorno de estrés postraumático (TEPT). Concluyeron que la tCBT es un tratamiento eficaz para todos los trastornos de ansiedad evaluados, si bien la magnitud de la mejoría puede variar según el trastorno.

De acuerdo con Norton, 2012, la evidencia respalda firmemente la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) transdiagnóstica en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Todos los estudios han demostrado reducciones significativas en la intensidad de la ansiedad en aquellos que han recibido TCC transdiagnóstica y no hay pruebas de que algún diagnóstico específico de trastorno de ansiedad responda de manera menos favorable a estos tratamientos (Norton, 2008). Sin embargo, se requiere llevar a cabo más investigación por otros equipos independientes, ya que todos los estudios de resultados publicados hasta ahora han involucrado a los desarrolladores del tratamiento y, por lo tanto, sus datos pueden haber sido influenciados por efectos de lealtad.

A manera de conclusión podemos mencionar que el tratamiento transdiagnóstico para trastornos de ansiedad emerge como una estrategia prometedora y eficaz al abordar los trastornos de ansiedad desde una perspectiva más integrada, superando las limitaciones de los enfoques tradicionales y proporcionando un marco más holístico para el tratamiento como se evidencia en investigaciones de Norton & Barlow (2002), Norton & Carter (2009), Norton, Abbott & Carter (2018), y Harris & Norton (2019).

Capítulo 2. Metodología

Este estudio se enfoca en evaluar el impacto de la aplicación de un protocolo transdiagnóstico para reducir los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Adoptando un enfoque cuasi experimental, cuantitativo y comparativo, el procedimiento incluye entrevistas, evaluación la ansiedad y la implementación del protocolo, seguido por la comparación de los niveles de ansiedad antes y después del programa mediante la Escala de Hamilton (HARS) y el Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA). El análisis estadístico, realizado con el paquete R studio, empleó pruebas de normalidad y comparaciones de muestras relacionadas.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Medir la eficacia de un dispositivo grupal basado en el protocolo transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes universitarios.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Evaluar los niveles de ansiedad de los participantes al inicio y final del estudio.
2. Aplicar el protocolo transdiagnóstico en un contexto universitario.
3. Comparar los resultados obtenidos a través de un análisis estadístico.

2.3 Tipo de investigación

La presente investigación constituye un estudio cuasi experimental, cuantitativo, transversal, comparativo.

2.4 Muestra

El muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia debido a que los participantes fueron seleccionados en función de su accesibilidad y facilidad de reclutamiento dentro de la Universidad del Azuay. Se realizó una promoción a 150 estudiantes en las

Facultades de Psicología y Ciencia y Tecnología. Se obtuvo dos grupos con un total de once participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes inscritos en la Universidad del Azuay
- Edades comprendidas entre 18 y 28 años.
- Género: masculino y femenino
- Niveles moderados de ansiedad reportados durante la evaluación psicométrica
- Disponibilidad en el horario para asistir a las sesiones.

Criterios de exclusión:

- Patología severa
- Consumo de sustancias psicotrópicas
- Dificultades en la movilidad física/Enfermedades somáticas o físicas
- Estudiantes que no formen parte de la comunidad universitaria.
- Otro tratamiento psicológico concurrente

2.5 Instrumentos y métodos

2.5.1 Escala de Hamilton para la Ansiedad:

La Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) es una herramienta clínica diseñada para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad. Desarrollada por Max Hamilton en 1959, la HAM-A ha demostrado ser una medida confiable y válida en la evaluación de trastornos de ansiedad en diversos contextos clínicos y de investigación permitiendo una evaluación estructurada y cuantitativa de la ansiedad.

Consta de 14 ítems, cada uno de los cuales evalúa un aspecto específico de la ansiedad, desde la tensión muscular hasta los trastornos del sueño. Los ítems se clasifican en subescalas

que abarcan tanto los síntomas somáticos como los psicológicos, lo que proporciona una visión completa de la experiencia ansiosa del individuo. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos, que va desde la ausencia total de síntomas hasta la presencia máxima de los mismos. Los puntajes totales oscilan entre 0 y 56, siendo puntuaciones más altas indicativas de niveles más elevados de ansiedad. La HAM-A posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 y puede ser utilizada en individuos o grupos.

2.5.2 Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA):

Es un instrumento de evaluación de la ansiedad que fue desarrollado por Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano-Vindel en 1986. El ISRA es un auto informe que consta de 224 ítems que evalúan la frecuencia con la que se presentan diferentes situaciones y respuestas de ansiedad en una persona. La persona que responde al ISRA debe indicar la frecuencia con la que experimenta cada respuesta de ansiedad en cada situación. Las puntuaciones se pueden obtener para cada área situacional, cada sistema de respuesta y para el total del inventario.

El ISRA es un instrumento fiable y válido útil para: evaluación de la ansiedad en general, evaluación de la ansiedad en diferentes áreas situacionales, evaluación de la ansiedad en diferentes sistemas de respuesta. El inventario se puede utilizar con personas adultas a partir de los 18 años. Se puede aplicar de forma individual o colectiva. La duración aproximada de la aplicación es de 20-30 minutos. Sus resultados pueden ser utilizados para proporcionar información sobre el nivel de ansiedad de una persona, así como sobre las áreas situacionales y los sistemas de respuesta en los que se manifiesta la ansiedad. El índice alfa de Cronbach de la escala es de 0,85.

2.5.3 Protocolo transdiagnóstico de terapia cognitivo conductual grupal para la ansiedad:

El modelo transdiagnóstico de terapia cognitivo conductual grupal para la ansiedad desarrollado por Peter Norton, 2012, es un tratamiento diseñado para ayudar a las personas a lidiar con la ansiedad. Se basa en los principios de la terapia cognitivo conductual como la reestructuración cognitiva siendo una herramienta para ayudar a los participantes a identificar y cuestionar sus patrones de pensamiento negativos o distorsionados.

Se aborda la modificación de creencias irracionales, como la percepción catastrófica de consecuencias, promoviendo la adopción de perspectivas más realistas y adaptativas. La exposición a estímulos temidos constituye otro pilar esencial del protocolo, destinado a capacitar a los participantes para enfrentar directamente sus miedos y ansiedades. Además, se imparten habilidades de afrontamiento para equipar a los participantes con herramientas prácticas para gestionar la ansiedad. Estas habilidades pueden incluir técnicas de relajación, como la respiración profunda y la meditación, proporcionando estrategias efectivas para reducir la intensidad de la respuesta fisiológica. En conjunto, estas intervenciones forman un enfoque integral que aborda tanto los aspectos cognitivos como conductuales de la ansiedad, empoderando a los participantes para afrontar sus miedos con mayor eficacia y mejorar su bienestar emocional. El protocolo consta de 12 sesiones de 90 minutos cada una. Las sesiones se centran en los siguientes temas: educación sobre la ansiedad y la terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, exposición a estímulos temidos, habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. El protocolo es flexible y puede adaptarse a las necesidades individuales del grupo. Los terapeutas pueden elegir centrarse en ciertos temas o habilidades según las necesidades de los participantes.

2.6 Procedimiento

1. Aprobación del protocolo y diseño de titulación
2. Solicitud escrita a las autoridades de facultad para la participación de los estudiantes en la investigación.
3. Reunión para la socialización de la investigación con las autoridades de las facultades.
4. Promoción de la investigación con los estudiantes y recepción de solicitudes de participación de los aspirantes.
5. Evaluación mediante entrevista y psicometría de los candidatos
6. Selección y establecimiento de los grupos terapéuticos
7. Aplicación del dispositivo grupal
8. Evaluación post intervención
9. Análisis y comparación de resultados
10. Elaboración de conclusiones y recomendaciones

2.7 Dispositivo grupal para el manejo de la ansiedad basado el protocolo transdiagnóstico de Peter Norton

El presente esquema detalla el diseño grupal implementado en la cohorte de estudiantes participantes en la investigación. Las sesiones fueron llevadas a cabo de manera semanal, manteniendo una extensión temporal de 90 minutos conforme a las directrices establecidas en el protocolo original. Es pertinente destacar la adaptación realizada en el número de sesiones, introduciendo dos sesiones de seguimiento con la finalidad de evaluar la persistencia de los cambios alcanzados durante la intervención. A continuación, se desglosa la configuración del protocolo:

Sesión	Objetivos	Actividades/Tareas
Pre sesión	Evaluar a los participantes	Entrevista y aplicación de escalas
1	Psicoeducar y socializar grupal.	<p>Presentación y establecimiento de normas grupales.</p> <p>Discutir naturaleza ansiedad y sus componentes</p> <p>Espiral descendente</p> <p>Tarea intersesión # 1: autoregistros</p>
2	Psicoeducar e introducir a los participantes técnica de reestructuración cognitiva.	<p>Revisar la tarea</p> <p>Tratar importancia de los pensamientos.</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Identificar pensamientos automáticos</p> <p>Tarea intersesión #2: pensamientos erróneos</p>
3	Aplicar la reestructuración cognitiva en situaciones cotidianas	<p>Revisar la tarea</p> <p>Tratar el desafío de pensamientos automáticos</p> <p>Formular y responder preguntas desafiantes</p> <p>Las respuestas racionales y práctica completa de reestructuración cognitiva.</p> <p>Tarea intersesión #3: continuar registros incorporando preguntas conflictivas y respuestas racionales</p>

4	Desarrollar la técnica de exposición y prevención respuesta en sesión.	<p>Revisar la tarea</p> <p>Planificación de de exposiciones</p> <p>Metas conductuales y calificación de las unidades de distress subjetivo (UDS)</p> <p>Reestructuración cognitiva y exposición en vivo</p> <p>Tarea intersesión: llenar formato de exposición</p>
5	Desarrollar la técnica de exposición y prevención respuesta en sesión.	<p>Revisar la tarea</p> <p>Planificación de de exposiciones</p> <p>Reestructuración cognitiva y exposición en vivo</p> <p>Tarea intersesión: llenar formato de exposición</p>
7	Desarrollar la técnica de exposición y prevención respuesta en sesión.	<p>Revisar la tarea</p> <p>Planificación de de exposiciones</p> <p>Reestructuración cognitiva y exposición en vivo</p> <p>Tarea intersesión: llenar formato de exposición</p>
8	Practicar reestructuración cognitiva de creencias fundamentales.	<p>Revisar la tarea</p> <p>Reestructuración cognitiva en la vida cotidiana</p> <p>Estilo ansioso y pensamientos automáticos errores generales de pensamiento</p>

		Tarea intersesión: Cuestionamiento pensamientos automáticos
9	Flexibilizar estilos afectivos negativos	Revisar la tarea Observación y autoreflexión Anticipación al final del tratamiento
10	Implementar prevención de recaídas en los participantes	Mantenimientos de logros y continuación proceso de cambio Como lidiar con factores estresantes, fallos, malas experiencias Establecimiento sesiones seguimiento u opciones para continuar terapia (si es necesario) Evaluación post intervención
11	Brindar seguimiento sobre el mantenimiento de resultados	Se indaga sobre mantenimiento logros
12	Brindar seguimiento sobre el mantenimiento de resultados	Se indaga sobre mantenimiento logros

Adaptado de: Norton, P. J. (2012). Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual. New York: Guilford.

A manera de conclusión, es imperativo resaltar la complejidad inherente a la realización de investigaciones de esta índole en el contexto latinoamericano. En primer lugar, se presenta como un desafío significativo la obtención de herramientas, como el protocolo de Norton,

debidamente adaptadas y traducidas al español. En este sentido, cabe destacar que el investigador llevó a cabo la traducción de todos los instrumentos asociados al protocolo transdiagnóstico. En segundo lugar, se debe subrayar la dificultad para reclutar voluntarios dispuestos a participar en sesiones grupales, dado que la cultura en la que se desarrolló la investigación se caracteriza por su reservada naturaleza, poco acostumbrada a la dinámica grupal. Por último, a pesar de los desafíos enfrentados, este estudio representa uno de los primeros esfuerzos para evaluar la respuesta de este tipo de programas en la población estudiada, específicamente en el contexto ecuatoriano. Este enfoque busca el desarrollo de adaptaciones subsiguientes que sean pertinentes para abordar el creciente problema de la ansiedad en la región.

Capítulo 3. Análisis de resultados

Este capítulo presenta un análisis detallado de los resultados obtenidos en el marco de la presente investigación. En primer lugar, se presenta un análisis descriptivo de las características demográficas de los participantes, incluyendo edad, sexo, lugar de procedencia y estado civil.

Se observa que la muestra estuvo compuesta por 11 participantes, con edades comprendidas entre 21 y 30 años, una distribución de género donde el 81,81% corresponde a mujeres y el 18,19% a hombres, predominantemente originarios de la ciudad de Cuenca (72,72%). Además, todos los participantes se encontraban solteros (100%).

A continuación, se analizan las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton, tanto en el pretest como en el postest, revelando una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad después de la intervención grupal. Este hallazgo se ve respaldado por los resultados de la prueba t de muestras emparejadas, que arrojan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención.

Finalmente, se examinan las puntuaciones del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, evidenciando nuevamente una disminución significativa en los niveles de ansiedad después de la intervención grupal. Estos resultados confirman el impacto positivo de la intervención en la reducción de la ansiedad entre los participantes, lo que subraya la relevancia y eficacia del dispositivo grupal como herramienta de intervención psicológica.

Tabla 1.*Análisis descriptivo de la variable edad*

	N	min	max	Media	sd
G1 & G2	11	21	30	22,45	2,66

La presente investigación estuvo conformada por N=11 participantes, divididos en dos grupos con un rango de edad entre min=21 y max= 30 años, con una media equivalente a 22,45 y una desviación estándar= 2,66.

Tabla 2.*Análisis descriptivo de la variable sexo*

	N	%
Hombre	2	18,19
Mujer	9	81,81

Con respecto a la variable sexo, se obtuvo N=2 participantes de sexo masculino que representa el 18,19%; a su vez el sexo femenino estuvo conformado por N=9 participantes equivalentes al 81,81% de la muestra.

Tabla 3.*Análisis descriptivo de la variable procedencia*

	N	%
Cuenca	8	72,72
Azogues	2	18,19
Loja	1	9,09

En relación al lugar de procedencia se puede indicar que N=8 participantes pertenecen a la ciudad de Cuenca, lo que representa el 72,72%, N=2 participantes a la ciudad de Azogues, equivalente al 18,19% y N=1 a la ciudad de Loja, siendo el 9,09% de la muestra.

Tabla 4.*Análisis descriptivo de la variable estado civil*

	N	%
Soltero/a	11	100

En cuanto al estado civil de los y las participantes se puede evidenciar que N= 11 participantes son solteros comprendiendo el 100% de la muestra.

Tabla 5.*Análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton*

	N	min	max	Media	sd
Pretest	11	10	38	22,64	9,53
Postest	11	3	27	12,18	7,68

En cuanto al análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton de n=11 participantes se obtuvo niveles de ansiedad comprendido entre Min=10 y Max=38, una media equivalente a 22,64 y una desviación estándar sd= 9,53 en la evaluación preliminar. Posterior a la aplicación del dispositivo grupal, se alcanzan niveles de ansiedad entre Min=3 y Max=27, una M=12,18 y una sd= 7,68.

Tabla 6.*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Pretest	,91	,27
Postest	,92	,33

Se evidencia un valor p=,27 en la evaluación inicial y un valor p=,33 posterior a la aplicación del dispositivo grupal, lo cual indica una distribución paramétrica de los datos.

Tabla 7.*Prueba T de muestras emparejadas*

	n	M	sd	t	gl	p
Pretest	11	21,64	9,53	3,89	10	,003
Posttest	11	12,18	7,64			

En la presente investigación se obtiene un valor estadístico $t = 3,89$, asociado a un valor $p = ,003$, lo cual significa que existen diferencias estadísticamente significativas entre el antes y el después de la aplicación del dispositivo grupal en relación a los niveles de ansiedad reportados por los participantes en la Escala de Ansiedad de Hamilton. Estos resultados indican una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad después de la intervención, respaldando la eficacia de la misma en la reducción de la ansiedad entre los participantes.

Tabla 8.*Análisis descriptivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*

	N	min	max	Media	sd
Pretest	11	30	99	70,36	9,53
Posttest	11	5	90	37,45	7,68

El análisis descriptivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, muestra las estimaciones realizadas tanto en el pretest como en el posttest. Se observa que, en promedio, los participantes obtuvieron puntuaciones más altas en el pretest ($M = 70.36$, $SD = 9.53$) en comparación con el posttest ($M = 37.45$, $SD = 7.68$), lo que sugiere una disminución significativa en los niveles de ansiedad después de la intervención. Estos hallazgos resaltan el impacto positivo de la intervención en la reducción de la ansiedad entre los participantes.

Tabla 9.*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Pretest total	,93	,48
Postest total	,90	,22

Se evidencia un valor $p=,48$ en la evaluación inicial y un valor $p=,22$ posterior a la aplicación del dispositivo grupal, lo cual indica una distribución paramétrica de los datos.

Tabla 10.*Prueba T de muestras emparejadas – puntuación total*

	n	M	sd	t	gl	p
Pretest total	11	21,64	9,53	6,40	10	,000
Postest total	11	12,18	7,64			

Los resultados muestran un cambio significativo entre el pretest y el postest. El valor $t=6,40$ asociado al valor $p=,000$, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 11.*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Pretest cognitivo	,93	,48
Postest cognitivo	,90	,22

Se evidencia un valor $p=,48$ en la evaluación inicial y un valor $p=,22$ posterior a la aplicación del dispositivo grupal, lo cual indica una distribución paramétrica de los datos.

Tabla 12.*Prueba T de muestras emparejadas – factor cognitivo*

	n	M	sd	t	gl	p
Pretest cognitivo	11	63.09	24,37	62,78	10	,000
Postest cognitivo	11	33,18	28,83			

Los resultados indican que hay una diferencia significativa entre las medias de las muestras relacionadas del pretest y postest, obteniendo un valor estadístico $t=62,78$, asociado a un valor $p=,000$.

Tabla 13.*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Pretest fisiológico	,84	,04
Postest fisiológico	,96	,78

Se evidencia un valor $p=,04$ en la evaluación inicial y un valor $p=,78$ posterior a la aplicación del dispositivo grupal, lo cual indica una distribución no paramétrica de los datos.

Tabla 14.*Prueba W de Wilcoxon – factor fisiológico*

	n	W	p
Pretest fisiológico	11	53,5	,009
Postest fisiológico	11		

Los resultados indican que hay una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y postest con respecto al factor fisiológico, obteniendo un valor estadístico $W= 53,5$, asociado a un valor $p=,009$.

Tabla 15.

Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Pretest motor	,84	,86
Postest motor	,96	,22

Se evidencia un valor $p=,86$ en la evaluación inicial y un valor $p=,22$ posterior a la aplicación del dispositivo grupal, lo cual indica una distribución paramétrica de los datos.

Tabla 16.

Prueba T de muestras emparejadas – factor motor

	n	M	sd	t	gl	p
Pretest motor	11	72,18	17,36	6,1	10	,000
Postest motor	11	37,45	26,56			

Los resultados muestran un cambio significativo en la variable "motor" donde el valor $t=6,1$ con un valor p de 0,000, indicando una diferencia estadísticamente significativa entre las medias del pretest y el postest. Estos hallazgos resaltan el impacto positivo de la intervención en la variable "motor".

Tabla 17.*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	p
Ansiedad de Hamilton	,92	,33

Se evidencia un valor $p=,33$ lo cual indica una distribución paramétrica de los datos.

Tabla 18.*Comparación entre Grupos terapéuticos*

	N	M	sd	t	gl	p
Grupo 1	5	14,60	9,06	0,91	7,06	0,38
Grupo 2	6	10,16	6,43			

Los resultados de la comparación entre los grupos (grupo 1 y grupo 2) no revelaron una diferencia estadísticamente significativa obteniendo un valor estadístico $t = 0.91737$, asicado a un valor $p = 0.3892$. Esto sugiere que no hay una diferencia notable en la efectividad del dispositivo entre los dos grupos evaluados posterior a su aplicación.

A manera de conclusión, en este capítulo se analizaron las puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton, tanto en el pretest como en el postest, lo que permitió observar una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad después de la intervención grupal. Este hallazgo fue respaldado por los resultados de la prueba t de muestras emparejadas, que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención. Además, se examinaron las puntuaciones del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, evidenciando de igual manera una disminución significativa en los niveles de ansiedad después de la aplicación del dispositivo grupal. Estos resultados confirman el impacto positivo de la intervención en la reducción de la ansiedad entre los participantes,

subrayando la relevancia y eficacia del dispositivo grupal basado en el protocolo de Peter Norton (2012) como herramienta de intervención psicológica. Asimismo, se llevó a cabo una comparación entre los grupos terapéuticos, que no reveló una diferencia estadísticamente significativa en la efectividad del dispositivo entre los dos grupos evaluados posterior a su aplicación. En conjunto, estos hallazgos destacan la importancia de la intervención grupal en la reducción de la ansiedad y respaldan su utilidad como una estrategia efectiva en el ámbito clínico.

Capítulo 4. Discusión

La ansiedad entendida como una respuesta emocional y universal en la experiencia humana, se manifiesta a través de un estado de inquietud, nerviosismo, tensión y preocupación (APA, 2013). Mientras que puede ser una reacción natural a situaciones estresantes, su persistencia e intensidad puede dar lugar a alteraciones que causan malestar clínicamente significativo e interfiere con el funcionamiento de quienes los padecen.

La presente investigación ha explorado el impacto de un protocolo transdiagnóstico grupal para el tratamiento de síntomas de ansiedad en estudiantes universitarios, arrojando luz sobre la eficacia de este enfoque en el contexto ecuatoriano. La adopción de un enfoque transdiagnóstico en esta investigación, el cual trata simultáneamente diversos trastornos de ansiedad mediante la aplicación de un conjunto integrado de técnicas terapéuticas, representa un avance significativo en el abordaje de la ansiedad, enfatizando la flexibilidad y la eficacia de este enfoque según refiere Norton, Price, & DiBartolo (2020).

En cuanto a datos demográficos, es imperativo comprender el perfil de los sujetos participantes del estudio y cómo estos factores podrían haber influido en los resultados observados. Al considerar estas características, la muestra estuvo conformada por 11 participantes, divididos en dos grupos, con una predominancia de mujeres, representando el 81,81%, mientras que el 18,19% por hombres. Esto podría reflejar tendencias bien conocidas en la prevalencia de trastornos de ansiedad donde las investigaciones han demostrado consistentemente que las mujeres tienden a informar niveles más altos de ansiedad en comparación con los hombres.

La edad se concentró entre los 21 y 30 años, en su mayoría provenientes de la ciudad de Cuenca 72,72%, todos solteros, estudiantes universitarios, indicando la existencia de similitudes

culturales o socioeconómicas que podrían influir en la percepción y respuesta a la intervención. Esto es especialmente significativo considerando que la prevalencia de la ansiedad en esta población ha sido identificada como un problema creciente, exacerbado por factores como el estrés académico y las presiones sociales (Li et al., 2022; Kohn et al., 2018).

La metodología cuasi-experimental empleada, junto con la utilización de instrumentos psicométricos validados, otorga credibilidad a los resultados obtenidos, alineándose con la literatura existente que resalta la necesidad de tratamientos basados en evidencia para los trastornos de ansiedad (Hofmann, Wu & Boettcher, 2014). Sin embargo, cabe destacar que la investigación enfrentó desafíos inherentes al contexto cultural y lingüístico, como la necesidad de adaptar el protocolo al español y superar dificultades en la reluctancia de los participantes.

Los resultados obtenidos sugieren una reducción significativa en los niveles de ansiedad post-intervención, lo cual es congruente con las teorías y hallazgos previos en la literatura científica sobre la ansiedad y su tratamiento (Alden & Taylor, 2011; Norton, 2012).

El análisis de la Escala de Ansiedad de Hamilton mostró niveles de ansiedad significativamente menores después de la intervención grupal. En el pretest, los niveles de ansiedad oscilaron entre 10 y 38 (Media=22,64, SD=9,53), mientras que en el posttest se observaron niveles entre 3 y 27 (Media=12,18, SD=7,68). La prueba t de muestras emparejadas mostró diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención ($t=3,89$, $p=0,003$), respaldando su eficacia en la reducción de la sintomatología. Los resultados de este estudio son consistentes con los hallazgos del metaanálisis realizado por Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R., Reales, J., & Sandín, B. (2016), el cual evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-t) en individuos con trastornos emocionales, considerando datos pre y post tratamiento de 48 estudios.

Asimismo, se examinaron las puntuaciones del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, revelando mejoras significativas en las puntuaciones tras la intervención. Se encontraron diferencias significativas en las medias del pretest y posttest para cada factor: puntuación total Media = 21,64 pretest, Media= 12,18 posttest ($t = 6,40$, $p = 0,000$), factor cognitivo Media= 63,09, Media= 33,18, ($t = 62,78$, $p = 0,000$), factor fisiológico ($W = 53,5$, $p = 0,009$), y factor motor, considerando el pretest Media = 72,18 y posttest Media= 37,45 ($t = 6,1$, $p = 0,000$).

En cuanto a la comparación entre grupos terapéuticos, no se encontraron diferencias significativas en la efectividad del dispositivo entre los dos grupos evaluados posterior a su aplicación ($t=0,91$, $p=0,38$). Estos hallazgos confirman el impacto positivo de la intervención grupal en la reducción de la ansiedad entre los participantes, respaldando su utilidad como una estrategia efectiva en el ámbito clínico y resaltando la importancia de considerar las características demográficas al diseñar intervenciones psicológicas.

La reducción de los niveles de ansiedad observada en este estudio, refleja no solo la eficacia del tratamiento sino también su potencial para mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Estos resultados respaldan la eficacia de la la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica, especialmente en adultos, como la realizada por Carpenter et al. (2018). Además, la TCC – t ha mostrado ser efectiva a corto y largo plazo en trastornos emocionales superando al tratamiento habitual (Schaeuffele et al., 2023).

Conclusiones

En conclusión, los resultados de esta investigación no solo corroboran la eficacia del protocolo transdiagnóstico para el tratamiento de trastornos de ansiedad en poblaciones universitarias, sino que también sugieren la necesidad de una mayor investigación para explorar

la aplicabilidad de este enfoque en contextos culturales diversos. Así, se aboga por un enfoque más holístico y flexible en el tratamiento de la ansiedad, que pueda ser adaptado y aplicado de manera efectiva en diferentes contextos culturales y clínicos. La adopción de un enfoque transdiagnóstico en el tratamiento de la ansiedad, como se exploró en esta investigación, demuestra ser efectiva en el contexto ecuatoriano. Este enfoque trata simultáneamente diversos trastornos de ansiedad mediante un conjunto integrado de técnicas terapéuticas (Norton, Price, & DiBartolo, 2020).

Los resultados demográficos muestran una predominancia de mujeres en la muestra (81,81% frente al 18,19% de hombres), lo que refleja tendencias previas en la prevalencia de trastornos de ansiedad donde las mujeres tienden a informar niveles más altos de ansiedad.

La metodología cuasi-experimental y el uso de instrumentos psicométricos validados otorgan credibilidad a los resultados obtenidos, alineándose con la necesidad de tratamientos basados en evidencia para los trastornos de ansiedad (Hofmann, Wu & Boettcher, 2014), los cuales mostraron una reducción significativa en los niveles de ansiedad post-intervención.

Esto se refleja en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton, donde se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención ($t=3,89$, $p=0,003$). La mejora también se evidencia en las puntuaciones del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, donde se encontraron diferencias significativas en las medias del pretest y posttest para cada factor (cognitivo, fisiológico y motor).

No se encontraron diferencias significativas en la efectividad del dispositivo entre los dos grupos terapéuticos evaluados posterior a su aplicación, lo que confirma el impacto positivo de la intervención grupal en la reducción de la ansiedad entre los participantes, independientemente del grupo al que pertenecieran.

Referencias Bibliográficas

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Relational treatment strategies increase social approach behaviors in patients with Generalized Social Anxiety Disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 309–318. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.10.003>
- Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., ... & Murray, R. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science (New York, N.Y.)*, 360(6395), eaap8757. <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (Second Edition)*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective* (pp. 300-368). New York: Basic Books.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J. W., Theodore, R. F., & Moffitt, T. E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of personality*, 71(4), 495–513. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7104001>
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;1– 13. <https://doi.org/10.1002/da.22728>

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215–226.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00070-3)
- Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science (New York, N.Y.)*, 338(6103), 68–72.
<https://doi.org/10.1126/science.1222939>
- Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., ... & Neiderhiser, J. M. (2015). The Intergenerational Transmission of Anxiety: A Children-of-Twins Study. *The American journal of psychiatry*, 172(7), 630–637.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14070818>
- Etkin, A., Prater, K. E., Schatzberg, A. F., Menon, V., & Greicius, M. D. (2009). Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 66(12), 1361–1372.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.104>
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American journal of psychiatry*, 164(10), 1476–1488. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para la ansiedad y la depresión en adultos,

niños y adolescentes: Un meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375–391. <https://doi.org/10.1037/a0035491>

Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44(4), 668–674. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.668>

Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., ... & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 42, e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>

LeDoux J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*, 23, 155–184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>

Luscher, B., Shen, Q., & Sahir, N. (2011). The GABAergic deficit hypothesis of major depressive disorder. *Molecular psychiatry*, 16(4), 383–406. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.120>

Marker, I., Corbett, B. E., Drummond, S. P. A., & Norton, P. J. (2020) Intermittent motivational interviewing and transdiagnostic CBT: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102276. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102276

- McEwen B. S. (2003). Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 9(3), 149–154.
<https://doi.org/10.1002/mrdd.10074>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49(9), 544-554.
- Meaney M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual review of neuroscience*, 24, 1161–1192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Milad, M. R., & Quirk, G. J. (2012). Fear extinction as a model for translational neuroscience: ten years of progress. *Annual review of psychology*, 63, 129–151.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131631>
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish, T., Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood, *Clinical Psychology Review* (2015), doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Norton, P. J., Provencher, M. D., Kilby, C. J., & Roberge, P. (2021). Impact of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders on comorbid diagnoses: Results from a pragmatic randomized clinical trial in primary care. *Depression and Anxiety*, 38, 749-756. doi: 10.1002/da.23184

- Norton, P. J. & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122-137. doi: 10.1016/j.cpr.2017.03.004
- Norton, M. I., Abbott, A. M., & Carter, N. T. (2018). The social identity model of stereotype threat. *Social and Personality Psychology Compass*, 12(10), e12495.
- Norton, P. J., Price, E. C., & DiBartolo, P. M. (2020). Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(12), 1083-1097.
- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford.
- Nutt, D. J., Ballenger, J. C., Sheehan, D., & Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 5(4), 315–325. <https://doi.org/10.1017/S1461145702003048>
- Nutt D. J. (1996). The psychopharmacology of anxiety. *British journal of hospital medicine*, 55(4), 187–191.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Otowa, T., Hek, K., Lee, M., Byrne, E. M., Mirza, S. S., Nivard, M. G., ... & Hettema, J. M. (2016). Meta-analysis of genome-wide association studies of anxiety disorders. *Molecular psychiatry*, 21(10), 1391–1399. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.197>
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford, England: Oxford University Press.

Pearl S, Norton PJ (2021). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy for Individuals with Anxiety Disorders: An Open Trial. *Behaviour Change* 38, 73–83.

<https://doi.org/10.1017/bec.2020.17>

Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H-M., Benoît, A., ... & Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders: A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. doi:

10.1017/S0033291720004316

Selye, H. (1936). "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents." *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1950). "Stress and the General Adaptation Syndrome." *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.

Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.

Schaeuffele, C., Meine, L., Schulz, A., Weber, M., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., Kleim, B. (2023). Transdiagnostic cognitive behavioural psychotherapy for emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nature Human Behaviour*, 7(4), 429–441. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>

Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet (London, England)*, 371(9618), 1115–1125. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)]

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)604](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)604)

Smoller, J. W., Block, S. R., & Young, M. M. (2009). Genetics of anxiety disorders: the complex road from DSM to DNA. *Depression and anxiety*, 26(11), 965–975.

<https://doi.org/10.1002/da.20623>

Smoller, J. W., Andreassen, O. A., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Glatt, S. J., & Kendler, K. S. (2019). Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular psychiatry*, 24(3), 409–420. <https://doi.org/10.1038/s41380-017-0010-4>

Stein, M. B., & Smoller, J. W. (2018). Precision Psychiatry-Will Genomic Medicine Lead the Way? *JAMA psychiatry*, 75(7), 663–664.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0375>

Wittmann, A., Schlagenhaut, F., Guhn, A., Lueken, U., Gaehlsdorf, C., Stoy, M., BERPohl, F., Fydrich, T., Pflleiderer, B., Bruhn, H., Gerlach, A. L., Kircher, T., Straube, B., Wittchen, H. U., Arolt, V., Heinz, A., & Ströhle, A. (2014). Anticipating agoraphobic situations: the neural correlates of panic disorder with agoraphobia. *Psychological medicine*, 44(11), 2385–2396. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003085>

Zhang SX et al (2022). Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 31, e23, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO UDA SALUD
Fecha: _____
<p>Por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al servicio del cual se va a beneficiar.</p> <p>Mediante el presente documento autorizo a la Universidad del Azuay para que pueda hacer uso de los datos obtenidos de mi persona o los de mi representado/a con fines investigativos, de docencia, publicaciones, aprendizaje o cualquier actividad científica ligada a la institución en cualquier momento. Comprendo que no recibiré una retribución económica o beneficio de ningún tipo por parte de la Universidad del Azuay al permitir el uso de mis datos.</p> <p>La Universidad del Azuay se compromete a mantener su privacidad, por lo que, datos personales como nombres, apellidos, ni documentos de identificación serán mostrados o publicados por ningún motivo. En caso de vulneración de la seguridad y confidencialidad no intencionada de los datos, se tomará las correcciones internas necesarias, pero no se hace responsable de los problemas que pueda causar en mi persona o en mi representado/a.</p> <p>Entiendo que puedo retirarme o retirar a mi representado/a en cualquier momento del servicio, siempre y cuando lo comunique al profesional a cargo. El retirarse no tendrá consecuencias de ningún tipo.</p> <p>Se me explicó que el acceso a los servicios de Uda Salud requiere de compromiso en asistencia, veracidad en la información proporcionada, puntualidad y participación en las diferentes modalidades que se adopten o sean necesarios (grupala, individual), comprendiendo que, al ser un servicio parte de un entorno universitario, puedo ser acompañado de estudiantes como parte de su proceso de enseñanza-aprendizaje y de ser el caso participarán de manera activa conjuntamente con el profesional tratante.</p>
DECLARACION DE CONSENTIMIENTO
<p>Yo, _____ con número de cédula _____ comprendo mi participación o la de mi representado/a en el servicio de psicología de Uda Salud, una salud. Me han explicado los riesgos y beneficios en un lenguaje claro y sencillo. He comprendido que faltar a dos sesiones sin previo aviso dará por terminado el proceso. Me comprometo a trabajar junto al profesional asignado en pro de mi bienestar, sabiendo que no puedo cambiarlo sin una justificación válida y sin mutuo acuerdo con Uda Salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acepto voluntariamente que mis datos puedan ser usados por la Universidad del Azuay.</p> <p>Estoy dispuesto/a a cumplir con las recomendaciones que los profesionales me sugieran, entendiendlo que no acatarlas significa que libero de la responsabilidad de mi conducta al servicio de psicología de UDA salud, una salud.</p> <p>De igual manera, otorgo Si (), No() el consentimiento para que el profesional tratante pueda mantener contacto con un familiar en caso de que se considere que existe un riesgo para mi o un tercero, por lo que he proporcionado los siguientes datos:</p> <p>Nombre contacto: _____ Parentesco: _____ Numero telefónico: _____</p> <p>Entiendo los términos de la información recibida y asumo la responsabilidad de no acatar las sugerencias que me han solicitado. Todas mis preguntas fueron contestadas y me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar una decisión.</p> <p>Firma: _____</p>
REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO
<p>De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el servicio que doy por finalizado en esta fecha: _____</p> <p>Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento y al profesional sanitario que me atiende.</p> <p>Firma: _____</p>

Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton



Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Nombre: Edad: Sexo Fecha:



Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Puntuación total: _____

Anexo 3. Inventario de situaciones y respuestas a la ansiedad

132913262

LD/
ISR

IBLIOTECA F. PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
11092

Apellidos y nombre: _____

Edad: _____ Sexo: V M Estado civil: _____ Fecha: _____

Centro: _____ Curso/Puesto: _____

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0 Casi nunca
1 Pocas veces
2 Unas veces sí, otras veces no
3 Muchas veces
4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:


	RESPUESTAS																					
SITUACIONES	OBSERVACIONES																					
<p>1. Si un problema me preocupa mucho.</p> <p>2. Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.</p>	<p>1. Me desconcierto; no sé qué hacer.</p> <p>2. Tengo la impresión de que soy un inútil.</p> <p>3. No puedo concentrarme en el trabajo.</p> <p>4. Tengo dificultades para dormir.</p> <p>5. Pierdo el apetito.</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La **última cuestión** (n° 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.

 Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Me preocupo fácilmente.
 2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, Julia como "viflor" o "la delita, torpe, etc."
 3. Me siento inseguro por mi físico.
 4. Soy demasiado tímido a las cosas sin llegar a decisión.
 5. Siento miedo.
 6. Me cuesta concentrarme.
 7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES	Σ
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.		
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.		
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.		
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.		
5	En mi trabajo o cuando estudio.		
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.		
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.		
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.		
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.		
10	Si tengo que hablar en público.		
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.		
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.		
13	Después de haber cometido algún error.		
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.		
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.		
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.		
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.		
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.		
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.		
20	Al observar escenas violentas.		
21	Por nada en concreto.		
22	A la hora de dormir.		
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:		
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR	TOTAL



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Llévo con facilidad.
 2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo frecuentemente durante mi jornada laboral.
 3. Fumo, consumo o hebo drogado.
 4. Bajo de estar o volver después.
 5. Me mareo y luego como lo es la situación.
 6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
 7. Trastornado o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES								OBSERVACIONES	ΣS	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20	Al observar escenas violentas.									
21	Por nada en concreto.									
22	A la hora de dormir.									
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:									
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL	

Nº 150

R.E.

ISRA

HOJA DE PERFIL (Rasgos específicos)

Apellidos y nombre Edad Sexo (V o M)
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones centiles					
	F - I	F - II	F - III	F - IV	
	216 y + o	90 y + o	167 y + o	92 y + o	
	192 o	69 o	133 o	73 o	ANSIEDAD EXTREMA
	172 o	58 o	125 o	65 o	
	o	o	o	o	
99					
95	o	o	o	o	
90	o	o	o	o	ANSIEDAD SEVERA
85	o	o	o	o	
80	o	o	o	o	
75	o	o	o	o	
70	o	o	o	o	
65	o	o	o	o	DE ANSIEDAD MODERADA
60	o	o	o	o	
55	o	o	o	o	
50	o	o	o	o	A
45	o	o	o	o	ANSIEDAD MARCADA
40	o	o	o	o	
35	o	o	o	o	
30	o	o	o	o	
25	o	o	o	o	
20	o	o	o	o	AUSENCIA DE ANSIEDAD
15	o	o	o	o	o
10	o	o	o	o	ANSIEDAD MÍNIMA
5	o	o	o	o	



AUTORES: J. J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel
 Copyright © 1986, 1995 by TEA Ediciones, S.A., que se reserva todos los derechos - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 10494 - 1987.