



Universidad  
Nacional  
de Loja

## **Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de la Salud Humana**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Distorsiones cognitivas y ansiedad en estudiantes de la carrera  
de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo  
2022**

**Trabajo de Titulación  
previa a la obtención del título de  
Psicólogo Clínico.**

**AUTOR:**

**Erick Isaac Jaramillo Jiménez**

**DIRECTORA:**

**Psi. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc..**

**Loja – Ecuador**

**2022**

## Certificación

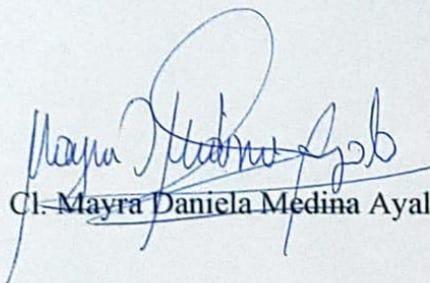
Loja, 8 de noviembre de 2022

Psicóloga Clínica  
Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Certifico:

Que he revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación: **“Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en Estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022”**; de autoría del estudiante **Erick Isaac Jaramillo Jiménez**, con número de cédula **11042317100**; previo a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, el mismo que cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica. Por consiguiente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Psi. Cl. ~~Mayra Daniela Medina Ayala~~ Mg. Sc.

## Autoría

Yo, **Erick Isaac Jaramillo Jiménez**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

**Firma:** 

**Cédula de identidad:** 1104237100

**Fecha:** 27 de febrero de 2023

**Correo electrónico:** [erickjaramillo@unl.edu.ec](mailto:erickjaramillo@unl.edu.ec)

**Teléfono Celular:** 0969370360

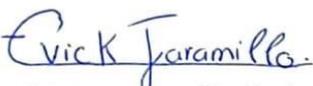
## Carta de Autorización

Yo, **Erick Isaac Jaramillo Jiménez**, declaro ser autor del trabajo de titulación: **Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en Estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022**, como requisito para optar el título de **Psicólogo Clínico**; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tengan convenio con la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, al veintisieteavo día del mes de febrero del dos mil veintitrés.

**Firma:** 

**Autor:** Erick Isaac Jaramillo Jiménez

**Cédula:** 1104237100

**Dirección:** Loja, barrio el Valle, El Valle Balsas y Santa Rosa.

**Teléfono Celular:** 0969370360

**Correo electrónico:** [erickjaramillo@unl.edu.ec](mailto:erickjaramillo@unl.edu.ec)

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora del Trabajo de Titulación:** Psc. Cl. Mayra Daniels Medina Ayala Mg. Sc

**Tribunal de Grado:**

- **Presidenta:** Dra. Anabel Larriva Borrero. Mg. Se.
- **Vocal:** Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg. Se.
- **Vocal:** Psi. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas. Mg. Se.

## Dedicatoria

A MI MADRE

De cuyos auténticos cabellos grises  
yo soy una de las principales causas.

Isaac Asimov

A mis amigos, de los cuales no daré nombres, pues cada uno sabe quién habita en su corazón y quienes nos han brindado el suyo. Gracias por su apoyo, por las risas, por siempre invitarme a salir, por creer en mí y por ayudarme cuando algo he necesitado. No saben lo feliz y afortunado que me siento de tenerlos a mi lado.

Gracias a mi familia por ser el refugio en el que puedo descansar y estar tranquilo, a mi tía Betty, de la cual soy un hijo más y como tal me trata, gracias por estar cuando tengo alguna necesidad o simplemente quiero hablar. A mi abuelito por animarme a seguir estudiando (me hubiera gustado que él esté presente y sea parte de este sueño). Sobre todo, le agradezco a cualquier deidad que pudiera existir, por la vida de mi abuela Fanny y por mi madre Marisol, las personas que más me cuidan y a las que más amo. Gracias abuela por rezar por mí, por preocuparte por mi bienestar, por procurar que nunca me falte algo de comer y por preguntarme cómo me fue el día; gracias a mi mamá por orar por mí, por proporcionarme todo lo necesario para ser el hombre que hoy soy, por tu amor que comprendo que es tan puro y verdadero como el que yo siento por ti, y, sobre todo, gracias por entenderme, apoyarme y aceptarme tal como soy.

*Erick Isaac Jaramillo Jiménez*

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de Loja y en especial a la carrera de Psicología Clínica, la que ha sido mi casa por cinco años, en la que he podido crecer y formarme en el noble arte de velar y cuidar del bienestar de las personas.

A mis queridos maestros, pues de todos guardo algún recuerdo cariñoso y atento, además de sus enseñanzas, algunas significativas, que no solo me servirán en mi desempeño profesional, sino también en mi experiencia vital; en especial quiero agradecerle a mi querida doctora Gaby por ser un ejemplo de amabilidad y amor, y enseñarme el camino para ser una buena persona; a mis apreciadas doctoras Jennifer, Doménica y Zhenia por ser modelos del profesional que un día espero ser; a mi queridísima doctora Mayrita, por ser la directora de este Trabajo de Titulación, por su paciencia, sugerencias y apoyo brindado durante el desarrollo de este trabajo, pero en especial por su energía y carácter siempre alegre y dinámico, que intento emular ante cualquier circunstancia. No me quiero olvidar de todas esas manos que mueven la universidad y sin las cuales no habría una estructura en la que el sueño de formarme hubiera sido posible, gracias a ellos por ser el alma de nuestra gloriosa UNL.

Mi último agradecimiento es para la Unidad de Bienestar Estudiantil, por permitirme realizar mis prácticas preprofesionales y por ser el instrumento imprescindible para la aplicación de este proyecto. Gracias a la doctora Cecilia Rocío Ruíz Toledo por su apoyo, colaboración y buena disposición; gracias al doctor Jorge por su paciencia, comprensión y por ser mi mentor, de quien siempre guardaré las enseñanzas de la disposición a la ayuda, el buen carácter y el amor hacia el trabajo bien realizado; también agradezco a mi compañera Lesly por alentarme, acompañarme y, a veces, llamarme la atención de la forma más dulce y maternal posible, cuando he insistido en mi hábito de procrastinar, pero principalmente gracias por ser una persona trabajadora y una compañera excelente que siempre me ha ofrecido un ambiente de concordia y colaboración.

*Erick Isaac Jaramillo Jiménez*

## Índice

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de Autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de Cuadros .....	viii
Índice de Tablas .....	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice de Anexos.....	x
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
2.1 Abstract .....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	8
4.1 Capítulo 1: Distorsiones Cognitivas.....	8
4.1.1 Definición .....	8
4.1.2 Bases teóricas .....	8
4.1.3 Cómo surgen.....	10
4.1.4 Características.....	12
4.1.5 Tipos de distorsiones cognitivas.....	13
4.1.6 Evaluación de las distorsiones cognitivas .....	16
4.1.7 Tratamiento integral de las distorsiones cognitivas.....	17
4.2 Capítulo 2: Ansiedad.....	20
4.2.1 Definición .....	20
4.2.2 Modelos teóricos.....	20
4.2.3 Normal y patológica .....	22
4.2.4 Tipos de ansiedad .....	24
4.2.5 Síntomas .....	26
4.2.6 Evaluación de la ansiedad.....	27
4.2.7 Tratamiento de la ansiedad.....	29

5. Metodología.....	31
5.1 Enfoque y diseño.....	31
5.2 Tipo de investigación .....	31
5.3 Área de estudio.....	31
5.3.1 Población .....	32
5.3.2 Muestra .....	32
5.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	33
5.4.1 Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) .....	34
5.4.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) .....	36
5.5 Fuentes de información.....	37
5.6 Consideraciones éticas .....	37
5.7 Procedimiento por objetivos.....	38
5.8 Equipos y Materiales.....	39
6. Resultados.....	41
7. Discusión.....	54
8. Conclusiones.....	57
9. Recomendaciones .....	58
10. Bibliografía .....	59
11. Anexos .....	65

### **Índice de Cuadros**

Cuadro 1. Clasificación de los trastornos de ansiedad con base en el DSM-5 y CIE-10 .....	24
Cuadro 2. Ficha técnica del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) .....	34
Cuadro 3. Baremos del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) .....	35
Cuadro 4. Ficha técnica del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) .....	36

## Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución por sexo de los estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho .....	32
Tabla 2. Distorsiones cognitivas presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	41
Tabla 3. Distorsiones cognitivas más prevalentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	43
Tabla 4. Prevalencia del pensamiento distorsionado en los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	44
Tabla 5. Prevalencia de los niveles de ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja. ....	45
Tabla 6. Prueba de correlación de Tau-c de Kendall en las variables distorsión del pensamiento y ansiedad de los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.....	46
Tabla 7. Prueba de correlación de Tau-c de Kendall, entre niveles, de las variables distorsión del pensamiento y ansiedad de los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	47
Tabla 8. Correlaciones entre las variables ansiedad y distorsiones cognitivas en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	49
Tabla 9. Desarrollo de la propuesta de plan de intervención terapéutico “Aprendiendo a controlar mi ansiedad” para reducir los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.....	51
Tabla 10. Distorsiones cognitivas más frecuentes y su distribución por sexo en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	73
Tabla 11. Frecuencia de los niveles de ansiedad por sexo en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	74
Tabla 12. Prevalencia del pensamiento distorsionado en los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	74

## Índice de Figuras

Figura 1. Puntuaciones obtenidas en los inventarios IPA y BAI por los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja .....	75
Figura 2. Correlación entre niveles de las variables distorsión del pensamiento y ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.....	76

## Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Titulación .....	65
Anexo 2. Designación de Directora del Trabajo de Titulación .....	66
Anexo 3. Certificado del resumen en su traducción al inglés.....	67
Anexo 4. Autorización para implementar la investigación de la institución educativa.....	68
Anexo 5. Consentimiento informado.....	69
Anexo 6. Ficha sociodemográfica.....	70
Anexo 7. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) .....	71
Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	72
Anexo 9. Tablas de contenido.....	73
Anexo 10. Figura .....	75
Anexo 11. Pruebas fotográficas de la aplicación de reactivos.....	77
Anexo 12. Plan de intervención terapéutico .....	79
Anexo 13. Certificación del Tribunal de Grado.....	115

## **1. Título**

Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en Estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022.

## 2. Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo abril-septiembre 2022. Se utilizó una metodología no experimental, transversal, de carácter exploratorio, descriptivo y correlacional; en una muestra de 90 estudiantes; los datos se recolectaron a través del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) de Ruiz y Luján y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), adaptado por Robles et al. Los resultados permitieron establecer que las distorsiones cognitivas más frecuentes fueron falacia de recompensa divina, filtraje y visión catastrófica, así mismo, entre los niveles de ansiedad presentes, el nivel grave fue el que más prevalecía con un 44,4% en toda la población investigada. Al correlacionar estas variables por la prueba de Tau-c de Kendall, se evidencia que existe correlación entre variables y que la falacia de justicia, la visión catastrófica y el razonamiento emocional, con una correlación positiva moderada, son las distorsiones cognitivas que mejor predicen la ansiedad. Por último, en respuesta a los datos obtenidos y como parte de uno de los objetivos específicos, desde un enfoque cognitivo conductual, se propone el plan de intervención terapéutico “Aprendiendo a controlar mi ansiedad”, con el propósito de psicoeducar, promocionar la salud mental y procurar reducir la ansiedad, por medio de la implantación de hábitos y la enseñanza de técnicas psicoterapéuticas entre los estudiantes universitarios.

**Palabras clave:** Creencias irracionales; angustia; universitarios; modelo cognitivo conductual.

## 2.1 Abstract

This research aimed to determine the relationship between cognitive distortions and anxiety in tenth cycle students of Law at the Universidad Nacional de Loja, in the period April-September 2022. The methodology employed was non-experimental, cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational; among a sample of 90 students. The data were collected through the Automatic Thoughts Inventory (ATI) of Ruiz and Luján and the Beck Anxiety Inventory (BAI), adapted by Robles et al. The results enabled to establish that the most frequent cognitive distortions were the heaven's reward fallacy, filtering and catastrophic vision; meanwhile, among the levels of anxiety present, the most prevalent was the severe level in the sample. When correlating these variables by Kendall's Tau-c test, it is evident that a correlation between cognitive distortions and anxiety exists; the cognitive distortions which predict anxiety the best, with a moderate positive relationship, are the justice fallacy, the catastrophic vision and emotional reasoning. Finally, in response to the data obtained and in accordance with one of the specific objectives, based on a cognitive behavioural approach, the therapeutic intervention plan "Learning to control my anxiety" is proposed, aiming to psychoeducate, promote mental health and endeavour to reduce anxiety among college students, through the implementation of habits and the teaching of psychotherapeutic techniques.

Keywords: Irrational beliefs; anxiety; college students; cognitive behavioural model.

### 3. Introducción

Para Aaron Beck, los trastornos psicológicos proceden de distorsiones cognitivas que son modos erróneos del pensamiento que producen un desajuste entre la percepción y la realidad, condicionando a las personas a interpretaciones equivocadas de ciertas situaciones del pasado, presente y futuro; las distorsiones cognitivas actúan como creencias o supuestos personales aprendidos, manifestándose en forma de pensamientos automáticos ante ciertas situaciones, dando lugar a alteraciones a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual (Beck et al., 1979).

A nivel mundial, existen numerosos estudios que demuestran cómo las distorsiones cognitivas afectan negativamente a la salud mental de las personas que las padecen. En una investigación, llevada a cabo en adolescentes madrileños, se comprobó que existe una relación entre las conductas agresivas y antisociales desencadenadas por estados ansiosos con las distorsiones cognitivas que presentaban (De la Peña y Rodríguez, 2012).

Las distorsiones cognitivas, en cierta medida, están presentes en todas las personas; asimismo, numerosos estudios han relacionado la presencia de distorsiones cognitivas con conductas de riesgo como intentos autolíticos, consumo de drogas, violencia y adicciones comportamentales; situaciones que empeoran la calidad de vida de todas las personas que las padecen (Michelini et al., 2019; Álvarez et al., 2019). Del mismo modo, las distorsiones cognitivas se encuentran presentes en numerosos trastornos como los de personalidad, alimentación, depresión, ansiedad, etc., (Rey, 2020; Almache, 2019).

Se entiende que la ansiedad es un estado normal y adaptativo de tensión y agitación que prepara al individuo para hacer frente a una posible amenaza; sin embargo, la patología ansiosa, en sus diferentes formas, se caracteriza por niveles desproporcionados de miedo, angustia y reacciones somáticas que son frecuentes o muy intensas, prolongándose por demasiado tiempo; también, se presenta en situaciones cotidianas y de poco peligro real, de ahí, el alto grado de desadaptación y malestar que produce en las personas que la padecen (Albarracín, 2022).

Los estados de ansiedad prolongados se caracterizan por una fuerte sensación de pérdida de control sobre las preocupaciones o situaciones que ocasionan el malestar, causando síntomas como taquicardias, sofocos, rumiación, insomnio, sensación de ahogo, preocupación constante, malestar corporal, irritabilidad, sensación de debilidad y cansancio, entre otros (Durán, 2019).

La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes, considerándose uno de los cinco primeros diagnósticos con mayor prevalencia en el mundo, estimándose que más de 260 millones

de personas presentan algún tipo de trastorno de ansiedad (OMS, 2016). Pisconte (2018) manifiesta que la prevalencia de la ansiedad a nivel mundial es del 4.4%, en Latinoamérica y el Caribe la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) se encuentra en un 2.9 %, presentando una alta comorbilidad con otros trastornos. En Perú y Ecuador, los trastornos de ansiedad alcanzan una prevalencia del 5,7%; en estos países, cuatro de cada diez personas sufren algún tipo de trastorno de ansiedad, siendo la población joven la de mayor vulnerabilidad (Moná, 2018).

Sugiere Ruiz (2020) que la ansiedad es una patología recurrente en la población universitaria, que no solo estaría asociada a las demandas relacionadas con el rendimiento académico, sino a una diversidad de aspectos como lo económico, social, personal, familiar, sentimental, entre otros; este mismo autor añade que la presencia de ansiedad en esta población incide negativamente en el desarrollo y éxito académico.

Se ha podido observar, en múltiples estudios, que la ansiedad y las distorsiones cognitivas son fenómenos habituales en la población universitaria (Guano, 2020; Frayre y Villapudua, (s.f); Urrutia, 2021). Existe un gran impacto en los estudiantes que padecen ansiedad, lo cual deriva en bajo rendimiento académico, insomnio, malestar emocional, irritabilidad, conductas de riesgo y consumo de drogas. De manera similar, la ansiedad y las distorsiones cognitivas se han asociado con otros fenómenos como la procrastinación, baja autoestima, deterioro en las relaciones sociales, adicción a las redes sociales, entre otros (Pilatti y Pautassi, 2020; Ruiz De La Cruz, 2021; Rodrich, 2019; Moreno, 2022). Estudios como los realizados por Villarrubia (2019) sugieren que la ansiedad y las distorsiones cognitivas se agravan o se presentan más ante circunstancias altamente estresantes como los exámenes, las exposiciones, tareas y prácticas; situaciones habituales para los estudiantes (Lozano, 2021; Salama, 2002).

A nivel regional, en una investigación realizada en alumnos de Colombia y Chile se halló una correlación positiva y alta entre el riesgo de suicidio y las distorsiones cognitivas de pensamiento polarizado, sobregeneralización y filtraje (Álvarez, 2019). De igual forma, un estudio ejecutado en 330 estudiantes universitarios de la Carrera de Psicología de la Universidad Continental de Huancayo en Perú, a quienes se les aplicó un inventario de ansiedad y de distorsiones cognitivas momentos antes de realizar un examen, reflejó la existencia de una relación significativa de 0.36 entre ambas variables. Resulta interesante la conclusión de que las distorsiones cognitivas de falacia de control, visión catastrófica y razonamiento emocional sirven como precursoras de la ansiedad (Villarrubia,2019).

A nivel nacional, existen pocos estudios que abordan conjuntamente las variables distorsiones cognitivas y ansiedad. En una investigación realizada en 130 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato (UTA), quienes iniciaban sus prácticas preprofesionales, se pudo comprobar la existencia de una correlación entre las distorsiones cognitivas y niveles altos de estrés, siendo las distorsiones más frecuentes la visión catastrófica, falacia de cambio y los debería (Vallejo, 2017). Un estudio dirigido por Salinas et al. (2022) llevado a cabo en 67 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja, previo al ingreso al internado rotativo, reveló que el 84% presentaban ansiedad leve.

Ante lo expuesto, la presente investigación adquiere importancia tanto a nivel científico como práctico, dado que se ha observado y constatado que las distorsiones cognitivas y la ansiedad son fenómenos habituales en la comunidad estudiantil universitaria en diferentes países y centros académicos, lo que hace pensar que ambas variables pueden estar afectando a un porcentaje de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto, se hace imprescindible describir, cuantificar y diagnosticar este problema.

Por otro lado, los estudiantes de décimo ciclo pueden constituir un grupo vulnerable ante las dos variables de estudio, debido a que, al encontrarse en el último semestre de su formación se ven sometidos a alta carga horaria, pues en apenas seis meses deben aplicar y terminar su trabajo de titulación, asistir a sus prácticas preprofesionales y atender a las asignaturas planteadas para ese periodo; estos factores pueden fungir como eventos altamente estresores que derivan en la aparición de ansiedad y distorsiones cognitivas, o en su agravamiento en caso de ya estar presentes.

A su vez, la investigación presenta pertinencia, ya que no menoscaba ni perjudica los intereses del alumnado; por el contrario, tanto los estudiantes como la institución se verán beneficiados, porque además de darle visibilidad al fenómeno, el aporte establecido en el tercer objetivo específico de la investigación proporcionará una herramienta encaminada a prevenir o corregir el problema.

Atendiendo a todo lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta la población y las variables expuestas, surge la siguiente interrogante que motiva la presente investigación:

- ¿Las distorsiones cognitivas se relacionan con los diferentes niveles de ansiedad que presentan los estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja?

Para lograr dar respuesta a la pregunta de investigación se ha planteado el tema de estudio: Distorsiones cognitivas y ansiedad en estudiantes de la carrera de derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2022.

El objetivo general propuesto para el desarrollo de la presente investigación fue:

- Determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2022.

Como objetivos específicos se plantearon tres, los cuales fueron:

- Identificar qué distorsiones cognitivas están presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.
- Evaluar y describir los niveles de ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.
- Diseñar un plan de intervención psicológico que permita abordar la problemática investigada.

## 4. Marco teórico

### 4.1 Capítulo 1: Distorsiones Cognitivas

#### 4.1.1 Definición

La distorsión cognitiva es un concepto introducido por Beck en 1967, que se puede entender desde distintas teorías y enfoques. La *American Psychological Association* (APA) (2019) define distorsión cognitiva como un proceso psicológico normal que puede ocurrir en todas las personas en mayor o menor medida y que se caracteriza por un pensamiento, percepción o creencia defectuosa o inexacta. Para Londoño et al. (2005) las distorsiones cognitivas se refieren a errores en el procesamiento de la información que se presentan como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos, dando lugar a una conclusión inexacta. Por su parte, Zamora (2018) la define como la presencia de inferencias injustificadas a la luz de la información disponible.

Beck (2018) sostiene que la manera en como se evalúa una situación depende de las ideas que el individuo ha elaborado previamente. Estas creencias se encuentran insertadas en circuitos neuronales que forman estructuras más o menos estables, a las que Beck denominó esquemas, que se van conformando con el pasar del tiempo y las experiencias que el individuo va viviendo. Los esquemas seleccionan y sintetizan los datos que ingresan dando un significado a la experiencia del sujeto. De acuerdo con Villarrubia (2019) las distorsiones cognitivas causan emociones, pensamientos o conductas disfuncionales que conducen a mayor vulnerabilidad frente a estímulos estresantes. Además, se ha comprobado que guardan relación con diferentes enfermedades mentales (Franco et al., 2021).

#### 4.1.2 Bases teóricas

**4.1.2.1 La Teoría Racional Emotiva (TREC).** La Teoría Racional Emotiva que inicia la escuela cognitiva conductual, surge con Albert Ellis (1960), quien desencantado con los procesos terapéuticos de su época que se encontraba bastante influenciados por el psicoanálisis, empezó a interesarse en temas psicológicos que pudieran ayudar a las personas a alcanzar la felicidad en sus vidas (Nuñez, 2020). El objetivo de la TREC es modificar el pensamiento por medio de la razón para conseguir un cambio de las rotulaciones cognitivas o esquemas de pensamiento desadaptativos y así conseguir que las personas tengan un pensamiento más funcional y adaptativo (Nuñez, 2020). Estos errores, según Ellis, se derivan del sistema propio de creencias de cada

individuo que se fortalecen a través de los años, debido a experiencias tempranas infantiles y a la interacción constante con el medio, creando aprendizajes. Ellis denominó a las creencias que son erróneas y disfuncionales como creencias irracionales que serían las responsables de activar las emociones y la conducta (Ellis,1960).

Para Ellis (1960) las personas organizan cognitivamente todo aquello que les ocurre, así las reacciones de los individuos ante los acontecimientos dependen en gran parte de cómo son percibidos, procesados e interpretados. La reestructuración cognitiva, como técnica terapéutica propuesta por la TREC, se encamina a identificar, volver consciente y evaluar un pensamiento o patrón distorsionado para reemplazarlo por otros más apropiado, a fin de aliviar la sintomatología emocional y conductual (Nuñez, 2020).

El modelo del A B C, planteado por Ellis, trabaja esquemáticamente usando un diagrama para explicar cómo los pensamientos activan los sentimientos y las conductas. Donde A sería una situación que activa determinados esquemas mentales; B son los pensamientos y procesos cognitivos que surgen a partir de la situación expuesta en A; y C son las conductas, fruto del pensamiento y las emociones (Ellis,1960).

Las distorsiones impiden el desarrollo de logros y metas en los individuos, al ser poco realistas y disfuncionales actúan como autodemandas y exigencias que hacen que nunca se cumpla lo esperado por ellos, dando lugar a los reproches y a un estado de malestar emocional. Así, con el tiempo estas sobreexigencias se convierten en un sistema anticipatorio que se activa ante situaciones similares (Ellis,1960). Un ejemplo de esto, podría ser una situación de examen donde a pesar de haber estudiado se obtiene una mala calificación (A), se desencadenan pensamientos negativos y la emoción de tristeza (B), lo que da como resultado que la próxima vez se deje de estudiar (C). El modelo de Ellis explica que la persona no está triste por la mala nota, pues muchas personas sacan malas notas y no tienen esas reacciones conductuales y sentimentales; lo que realmente le afecta a la persona es el pensamiento distorsionado, derivado del suceso, que hace creer a las personas afirmaciones como “No sirvo para nada” o “Todo me sale mal”.

**4.1.2.2 Teoría de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC).** El modelo cognitivo conductual es posterior a la TREC, surgiendo a finales de la década de los 1960, de manos de Aaron Beck. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está orientada a la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales (Beck,1967).

El modelo se encuentra influenciado por el sistema mente-ordenador, sostiene que el cerebro recibe los estímulos internos y ambientales que por medio de los procesos cognitivos y los esquemas mentales interpreta activamente la experiencia vital, por lo tanto, los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas (Codena y Carolina, 2020). Los esquemas son elaborados desde la infancia, por medio de aprendizajes que renombran y priorizan algunas cosas como importantes, afectando a lo percibido; la importancia de los esquemas reside en que sirven para dar sentido a uno mismo y al medio ambiente. La teoría de Beck (1967) divide los contenidos del pensamiento en dos esquemas que se dividen en creencias nucleares y supuestos o creencias intermedias y los denominados pensamientos automáticos. Según este modelo, la patología vendría dada porque los esquemas activados son desadaptativos, produciendo errores a la hora de procesar la información, de manera que se puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar, personalizar o hacer arbitrariamente referencias sobre la información que recibe. Otra característica de la TCC es que intenta resolver problemas del “aquí y ahora”, buscando mejorar su estado anímico en el presente (Codena y Carolina, 2020).

#### ***4.1.3 Cómo surgen***

Para Beck (2008) todo parte de la esfera personal que es el significado especial y único que se le otorga a los objetos tangibles o intangibles, lo que da sentido tanto al individuo como a todo lo que le rodea. La esfera personal es, por tanto, aquello que define al ser humano como persona y que marca las diferencias entre la persona y los demás, así está conformado por el mundo simbólico y conceptual que forma el autoesquema (atributos físicos y características personales, metas, valores y gustos) y por la representación que se tiene del entorno físico y social. La esfera personal se encuentra inserta como información en las neuronas que son activadas por impulsos eléctricos, dando como resultado los procesos cognitivos que conforman el mundo psíquico.

El modelo cognitivo de Beck entiende las distorsiones cognitivas como errores sistemáticos en la forma de pensar que se forman y activan por medio de tres niveles: reglas o creencias centrales, esquemas y modos.

- **Reglas o creencias centrales**

Las reglas son preceptos personales que utilizan los individuos para evaluar tanto a los demás y a sí mismos, como sus experiencias pasadas y presentes, determinando sus expectativas; por otra parte, las personas no suelen tener conciencia de cuáles son y cómo les influyen. Estas

reglas se empiezan a formar a una edad temprana y al ser interiorizadas como verdades guían la conducta y el pensamiento del individuo (Beck, 1996). Los factores que influyen en la aparición de una regla determinada son múltiples y pueden provenir del entorno social, cultural y familiar; al mismo tiempo, las reglas son susceptibles de cambiar por la experiencia vital. El problema se establece cuando son aplicadas de forma rígida por el individuo, teniendo como resultado conflictos emocionales, sentimentales y con el entorno. Beck (1964) comenta que en la mayoría de las personas las reglas son flexibles, pero las reglas más primitivas se pueden ver exacerbadas cuando la persona se encuentra estresada, preocupada y emocionalmente exaltada, lo que produce el desplazamiento de las reglas menos maduras. En un paciente con depresión las reglas se vuelven absolutas e incondicionales, teniendo como resultado la aparición de pensamientos negativos sobre circunstancias del pasado o presente.

- **Esquemas**

Son estructuras cognitivas que le permiten al individuo organizar e interpretar la realidad y su experiencia, conformando la esfera personal. Se van consolidando a lo largo de la infancia, están fuertemente influenciadas por el contacto con las figuras vinculares (padres, hermanos, amigos, maestros), la cultura y la educación, del mismo modo, permiten al individuo tener cierta noción de sí mismo y de los demás. Estas estructuras procesan e interpretan de manera activa los estímulos, elaborando y transformando la información recibida, para interpretar y construir su realidad, tanto interna como externa, por medio de los procesos cognitivos (Beck, 1996).

- **Modos**

Lo complejo de la psique humana denotó la insuficiencia de los esquemas para explicar cosas como los trastornos psicológicos, la base de la personalidad, el procesamiento de la información de las experiencias emocionales y los sesgos sistemáticos; por lo que hizo falta una nueva estructura complementaria a los esquemas, surgiendo los modos, que se conciben como una red de subsistemas que organizan la información de los esquemas. La función de los modos es llevar a cabo ciertos principios adaptativos relacionados con la supervivencia, el mantenimiento, la autoexaltación, entre otros (Beck, 1996).

- **Pensamientos automáticos**

Los pensamientos automáticos son el último eslabón de la manifestación psíquica, y podrían interpretarse como la expresión de los esquemas. Aparecen como juicios que emite el sujeto inmediatamente después de que ocurre un acontecimiento. Se manifiestan en el fluir del

pensamiento y condicionan su dirección o su curso. Son percibidos como certezas absolutas, por lo cual, no son cuestionados, condicionando el afecto, el pensamiento y la conducta. Son rápidos, involuntarios y pueden aparecer de forma verbal o en imágenes (Hernández, 2019). Un ejemplo se da cuando un adolescente se pone nervioso ante un examen porque se dice a sí mismo “Seguro que salgo mal”.

Para Beck (2008) algunas patologías psíquicas, como la depresión, se derivan de la experiencia del mundo personal y de las reglas y formas de interpretar los estímulos que el individuo ha creado. Cuando estas reglas son muy rígidas y la interpretación del mundo es negativa, surge la patología y las distorsiones cognitivas cobran mayor peso en la forma de razonar. Las distorsiones cognitivas están influenciadas por tres factores: el primero es la tríada cognitiva que produce visiones negativas del mundo, de uno mismo y del futuro, retroalimentándose unos a otros; en segundo lugar, tenemos los esquemas que se expresan como estructuras mentales estables que se encuentran en estado de reposo esperando ser activados por un estímulo, estos esquemas direccionan la manera de pensar e interpretar el mundo; como resultado se obtiene el tercer factor que se refiere a los errores en el procesamiento de la información que reafirman la creencia en los esquemas desadaptativos (Caropreso y Clínico–Panamá, 2015, p. 13).

#### ***4.1.4 Características***

En cuanto a la forma en que se presentan, sus principales características son (Codena y Carolina, 2020):

- Suelen ser mensajes breves, específicos y concretos.
- A menudo son taquigráficos, es decir, suelen aparecer como una breve imagen o palabra.
- Son involuntarios y casi siempre son tomados como una certeza, debido a que son plausibles.
- Estos pensamientos se expresan en términos de “Tendría” y/o “Debería”.
- Estos pensamientos tienden a dramatizar o exagerar la situación, debido a que son una representación sesgada de la realidad.
- Son idiosincráticos.
- Son difíciles de controlar.
- Pueden ser aprendidos.

Lima (2015) destaca que un buen indicativo de la presencia de pensamientos distorsionados son la manifestación de los siguientes signos y síntomas (p. 23):

- Preocupación excesiva.
- Irritación.
- Taquicardia.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Angustia.
- Disgusto.
- Ideas persistentes.
- Baja autoestima.
- Miedo a ser juzgado.
- Miedo generalizado.

Aunque la sintomatología puede ser particular y variar de unas personas a otras, en función de la distorsión cognitiva, esta es patológica solo cuando la distorsión es altamente desadaptativa generando un verdadero conflicto en el diario vivir de las personas, del mismo modo, el cuadro sintomático puede variar y empeorar en determinados momentos del día o solo presentarse ante determinadas circunstancias.

#### ***4.1.5 Tipos de distorsiones cognitivas***

Los pensamientos automáticos influyen sobre las emociones y la conducta, facilitando el malestar y las conductas poco adaptativas en el individuo, lo cual, puede ocasionar dificultades y conflictos tanto intrínsecos como con su entorno. Se ha podido elaborar una lista con los pensamientos disfuncionales más frecuentes.

- **Visión catastrófica**

El individuo adelanta sucesos negativos, exagerando las consecuencias, con una tendencia a esperar lo peor para sí mismo. Estos pensamientos suelen empezar la oración con un “Y si”, por ejemplo, “Y si me sucede a mí”, “Y si todo me sale mal” “Y si no puedo hacerlo”. Esta distorsión ha sido relacionada con la baja tolerancia a la frustración (Cajas, 2019).

- **Sobregeneralización**

Son valoraciones extremas que se derivan de un solo suceso y que la persona hace extensible al resto de sus experiencias futuras, llegando a la conclusión de que todas las

experiencias terminarán del mismo modo, ejemplo: “Todo me pasa a mí”, “Nadie me quiere”, “Siempre pasa lo mismo”; palabras comunes que se usan para iniciar estas frases son “Todo, nadie, nunca, siempre” (Cajas, 2019).

- **Pensamiento polarizado**

La información se valora de forma extrema, centrándose únicamente en aspectos dicotómicos, blanco o negro, todo o nada, siempre o nunca y bueno o malo; despreciando los niveles intermedios, por ejemplo, cuando una persona termina una relación y piensa que todo lo que pasó en el trascurso fue malo, “Nada bueno me pasa”, “Siempre me pasa lo mismo”. Esta distorsión ha sido relacionada con las personas que buscan la perfección (Cajas, 2019).

- **Filtraje o abstracción selectiva**

También conocida como visión del túnel, consiste en enfocarse exclusivamente en un aspecto negativo sobre el que se interpretan el resto de sucesos, ignorando otras características más relevantes o positivas de la situación, por ejemplo, “Los exámenes se me dan mal”, “No saco buenas notas”, despreciando que en otros exámenes se ha obtenido buenas calificaciones (Cajas, 2019).

- **Interpretación del pensamiento**

El sujeto cree saber lo que las otras personas sienten, piensan y por qué actúan de determinada manera, sin ninguna prueba sobre si sus inferencias son correctas. Estos juicios de valor sobre los procesos cognitivos de las demás personas provocan que el individuo siempre esté a la defensiva (Cajas, 2019).

- **Falacia de cambio**

Es la tendencia a desear que los demás cambien o actúen de otra manera, de modo que así la persona cree que sus necesidades serán mejor cubiertas, por lo tanto, será más feliz y su actitud mejorará hacia esa persona determinada (Cajas, 2019).

- **Los deberías**

Emanan del hábito de conservar normas rígidas y exigentes que marcan el modo en cómo debe actuar uno mismo y los demás, al seguir estas reglas surgen los deberías como un imperativo que obliga a actuar a la persona de determinada manera y cuando esto no se cumple surge el malestar y el enojo. Estos pensamientos suelen empezar con palabras como “Debería de, no debería de, tengo que”, por ejemplo, un jefe que estalla en cólera contra sus empleados porque no le entregan unos trabajos a tiempo (Cajas, 2019).

- **Personalización**

Es tomarse todo de manera personal. Los sujetos se acostumbran a relacionar los sucesos del ambiente consigo mismos, pero sin fundamentos suficientes, estas autoatribuciones aplicadas a uno mismo pueden producir ansiedad y culpa, y aplicados a otros produce enojo exacerbado y ansiedad. Estos pensamientos usan palabras como “Lo dice por mí”, “Lo estoy haciendo mejor o peor que”, por ejemplo, un director de una empresa habla con sus trabajadores por la baja producción, el trabajador piensa “Sé que lo dice por mí” (Cajas, 2019).

- **Falacia de control**

El individuo toma responsabilidad extrema sobre sucesos, generalmente negativos de su pasado, culpabilizándose, por lo tanto, la persona intenta controlar todo lo que sucede a su alrededor en el presente, por ejemplo, “Yo fui el responsable de todo lo que pasó” (Cajas, 2019).

- **Culpabilidad**

La persona se atribuye la responsabilidad de los sucesos de manera negativa, bien a otras personas o a sí mismo sin bases suficientes y sin tener en cuenta otros factores, generando sufrimiento; palabras comunes de este sesgo son “Mi culpa, su culpa, culpa de”, por ejemplo, una madre que se martiriza porque dice que no ha sabido educar a sus hijos, “Yo soy la culpable”, “Tú tienes la culpa de que me sienta así” (Cajas, 2019).

- **Falacia de justicia**

La persona guiada por su código ético personal, que dicta lo que debe o no ser, acostumbra a poner valor de injusto a todo lo que no coincide en los deseos de la persona. Las palabras que se suelen usar son “No hay derecho a, es injusto que”. Esta distorsión provoca que la persona se sienta desilusionada y frustrada por no obtener el resultado deseado, por ejemplo, a una persona le cambian el turno para una consulta médica y piensa que es injusto (Cajas, 2019).

- **Razonamiento emocional**

La persona asume que sus sentimientos son verdades absolutas, y se lo toma como una parte propia de él. No se tiene en cuenta que el estado emocional es una interpretación personal, por lo que se desprecia la realidad objetiva. Las palabras claves son “Si me siento así es porque tú hiciste eso /o porque ocurrió eso, “Yo soy así”. Ejemplo, cuando una persona dice que alguien hizo algo para alterarlo y se justifica diciendo “Soy muy nervioso” (Cajas, 2019).

- **Tener razón**

Ante un desacuerdo, la persona acostumbra a intentar probar de manera frecuente que su punto de vista es el correcto, despreciando los argumentos de la otra persona, hasta el extremo de poder llegarlos a ignorar y no escuchar a la otra persona; frases frecuentes son “Sé que estoy en lo cierto”, “Yo llevo razón”, “Él/ella está equivocado” (Cajas, 2019).

- **Falacia de recompensa divina**

En esta distorsión cognitiva se espera que en un futuro los problemas mejoren por sí solos o de manera mágica, la persona piensa que será recompensada algún día por lo vivido en el presente, esta actitud provoca que la persona no busque soluciones o tomar una actitud proactiva, de esta manera, genera malestar y resentimiento cuando lo esperado no llega (Cajas, 2019).

- **Etiquetas globales**

Este pensamiento guarda relación con la sobregeneralización que consiste en hacer un juicio global de las personas a partir de un rasgo o cualidad específica. Las etiquetas asignadas suelen ser absolutistas e inalterables, en ocasiones también prejuiciosas, por ejemplo, “Todos los que tienen buenas notas son genios” o “Los que beben son borrachos” (Cajas, 2019).

#### ***4.1.6 Evaluación de las distorsiones cognitivas***

- **La observación**

Esta técnica consiste en un procedimiento sistemático en el que se recolecta información de manifestaciones emitidas por un sujeto, el instrumento encargado de esta tarea es la percepción de un observador entrenado y cualificado en la detección de ciertas manifestaciones; una desventaja de esta técnica es que la observación solo es posible cuando existen manifestaciones externas fácilmente visibles (Díaz & De la Iglesia, 2019). Motivo por el cual esta técnica es muy poco útil para la detección de las distorsiones cognitivas, ya que las distorsiones cognitivas son fenómenos que se dan en el flujo del pensamiento del individuo, por otro lado, en cada individuo actúan de un modo particular, por lo que, sus manifestaciones conductuales son idiosincráticas.

- **El autorregistro**

Su principal función es el registro de síntomas característicos de determinados estados fisiológicos o mentales que son de fácil detección para el sujeto (Díaz & De la Iglesia, 2019). Es una de las técnicas más usadas en la detección de las distorsiones cognitivas y fundamental para su posterior tratamiento al permitir al individuo darse cuenta de cómo ese pensamiento está

afectando negativamente a su calidad de vida. Ejemplos de estos registros los podemos ver en los registros de emociones, habituales en la práctica clínica y, más concretamente, en el modelo de registro de pensamientos distorsionados elaborado por Judith Beck.

- **La entrevista**

Es un proceso en el que dos personas o más se reúnen con una finalidad, en el caso de la entrevista psicológica es obtener información sobre el estado emocional, psíquico y conductual de un individuo, el recurso más importante de la entrevista es la pregunta, por la cual, el terapeuta indaga sobre aspectos concretos que son de su interés. En la práctica clínica se suelen usar dos tipos de entrevista: la entrevista diagnóstica, que busca explorar la existencia de psicopatología y de un diagnóstico de los trastornos clínicos de acuerdo a criterios previamente establecidos; y la entrevista conductual, que pretende obtener información detallada y precisa sobre una conducta problema, esta entrevista es esencial e indispensable en el proceso de evaluación y tratamiento, ya que de ella se derivan las estrategias de intervención terapéuticas (Díaz & De la Iglesia, 2019). Este método es uno de los más usados para la detección de las distorsiones cognitivas, pues un psicólogo con experiencia es capaz, en poco tiempo y en una primera entrevista, de identificar algunos de los pensamientos distorsionados que están afectando a su paciente.

- **Las escalas, inventarios y cuestionarios**

Todos forman una misma categoría que se utilizan para evaluar de forma específica o general las manifestaciones o síntomas asociados a una serie de estados psicofisiológicos, como la ansiedad o el miedo y, normalmente, lo hacen en varios niveles como el afectivo, el cognitivo, o conductual (Díaz & De la Iglesia, 2019). Dentro de estos instrumentos, el más usado para la detección de las distorsiones cognitivas es el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) elaborado por Ruiz y Luján, ya que su aplicación es relativamente sencilla y tiene un alto grado de confiabilidad.

#### ***4.1.7 Tratamiento integral de las distorsiones cognitivas***

Como describe Judith Beck (2006) las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos del pensamiento, de los cuales los pacientes no suelen ser conscientes y por si solos no constituyen un trastorno, ni una patología, pero guardan una relación íntima con numerosos trastornos y muchas veces son causa de los comportamientos desadaptativos como la evitación o bajos recursos a la hora de resolver problemas. Las formas más habituales de tratar estas alteraciones del pensamiento consisten en una reestructuración cognitiva que se basa en el reconocimiento del pensamiento

erróneo, para su posterior evaluación, haciendo que la creencia distorsionada pierda peso en el sistema de creencias del individuo y, en un último paso, lograr la modificación y sustitución de dicho pensamiento por otro más adaptativo (Beck, 2006). En este sentido dos son los modelos que destacan en la modificación de distorsiones cognitivas:

- **Modelo ABC Ellis**

Este modelo se sostiene en la creencia de que los pacientes son capaces de cambiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos si se les enseña cómo hacerlo. Consta de tres pasos, donde A es un acontecimiento que activa un pensamiento, B es la activación de un pensamiento automático, que en este caso es distorsionado, desencadenando una perturbación emocional; el pensamiento automático distorsionado es una inferencia que se deriva de una evaluación sesgada de la realidad por el conjunto de creencias que el paciente tiene sobre el mundo y como resultado se obtiene C, una consecuencia emocional y conductual, que en este caso es negativa y desadaptativa.

La reestructuración cognitiva se da cuando intervenimos en el esquema ABC de una creencia distorsionada; aplicando un nuevo modelo ABCDEF, que es el mismo modelo ABC del paciente, pero incluyendo una nueva creencia, donde E es un nuevo pensamiento o una nueva filosofía más racional; que como resultado obtiene F, que es una nueva respuesta, más adaptativa. Con el tiempo y la reafirmación de la nueva creencia (E) se convierte en B, lo que provoca que ya no existan más conductas ineficaces ante nuevos eventos (A).

- **Modelo Cognitivo de Beck**

Este modelo propone que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que termina por incidir en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. La teoría cognitiva propone que, modificando las creencias disfuncionales, por medio de una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, tanto el estado de ánimo como el comportamiento mejorarán (Beck, 2006).

Solís (2018) menciona que la reestructuración cognitiva se aplica de la siguiente manera y consta de los siguientes pasos:

- Descripción objetiva de lo sucedido: qué, dónde, cómo y por cuánto tiempo sucedió el evento.
- Descripción de las respuestas emocionales: qué sentimientos sintió, cuál fue la respuesta comportamental antes del evento y después del mismo.

- Identificación de las ideas irracionales: se trata de que la persona aprenda a ser consciente de los pensamientos que le generan malestar y a tener en cuenta sus señales emocionales. Estando atento a pensamientos como ser perfecto, la no aceptación de los fallos, creer que lo hará mal, creer que no agrada a las personas, entre otros.
- Discusión de las ideas irracionales: en esta fase, además de proporcionar herramientas para lograr un pensamiento más racional, por medio del análisis, la persona aprende, de manera sistemática, a cuestionar sus pensamientos, sobre todo aquellos que le generan malestar.
- Establecimiento de una nueva creencia: la persona elabora un pensamiento más ajustado a la realidad, que acepta y en el que tiene una fuerte creencia, con la finalidad de lograr un cambio significativo.

Estos pasos que, en la práctica, pueden resultar un poco más complejos al no estar familiarizado con la técnica, se suelen realizar con el acompañamiento del psicólogo, hasta que el paciente domina la técnica. Esta técnica suele ir acompañada de otras actividades que estimulan al paciente a abandonar sus esquemas de pensamientos antiguos y disfuncionales, proporcionándole más control sobre sus emociones y comportamiento (Solís, 2018).

## 4.2 Capítulo 2: Ansiedad

### 4.2.1 Definición

Salama (2002) explica que la palabra ansiedad proviene del verbo latino *stringere* y significa estirar, por un lado, y apretar por otro, y se caracteriza por una sensación de incomodidad en la persona que lo padece y que se acompaña de una sensación de peligro. Beck & Emery (1985) por su parte, exponen que la ansiedad es “un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblores, náuseas y vértigo”.

Para Rojas (2014) las diferentes definiciones de ansiedad tienen en común que conciben este fenómeno como un miedo o temor que puede o no ser específico y que genera una sintomatología desagradable para quien la experimenta, teniendo como consecuencia una alteración psicofisiológica en el sujeto, el cual, actuará conductualmente para reducir el displacer provocado.

Por otra parte, podemos decir que la ansiedad es una condición natural en el ser humano, que actúa como un mecanismo de defensa y alerta, que nos prepara ante situaciones amenazantes, es adaptativa, prepara el cuerpo para dar una respuesta y mejora la capacidad de anticipación. El problema reside en que la ansiedad se puede presentar en momentos inadecuados o cuando no existe una amenaza real, también puede ser muy duradera e intensa, interfiriendo en la vida de las personas, en estos dos casos es cuando se habla de un trastorno (Ayllón, 2018; p. 17). En la actualidad se estima que un 20,5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo (OPS, 2019).

### 4.2.2 Modelos teóricos

La ansiedad ha sido estudiada y descrita desde los diferentes enfoques que se mencionan a continuación.

**4.2.2.1 La teoría biológica.** Concibe la ansiedad como una respuesta psicológica y física, en la que se producen varios cambios en el organismo por una gran reactividad del sistema nervioso, que es excitado por estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno causado por un mal funcionamiento cerebral o por anomalías en las estructuras cerebrales (Velandia, 2021, p. 14). Los signos y síntomas de la ansiedad, a nivel corporal, quedarían explicados por la activación del sistema nervioso autónomo que aumenta la actividad de los nervios simpáticos y por la liberación de hormonas (sobre todo cortisol) por parte del sistema

endocrino; por otra parte, los síntomas de la ansiedad a nivel mental se explicarían por la estimulación del sistema límbico y la corteza cerebral (Vindel y Tobal, 1990 como se citó en Sáenz, 2021). El modelo biológico sostiene que este proceso es normal, el cual se da cuando las personas se someten a situaciones estresantes (p. 37).

**4.2.2.2 Teoría psicodinámica.** Freud (1892) concibe la ansiedad como un estado afectivo, doloroso y desagradable, donde se dan una serie de fenómenos como la aprensión, el malestar, pensamientos molestos y cambios fisiológicos; también afirmó que está asociado a las funciones autónomas del cuerpo. La ansiedad surgiría por el conflicto psíquico entre el rigor del superyó y los deseos reprimidos del ello, al no poder ser aceptados y realizados por el individuo, causando angustia. Por otra parte, distingue entre ansiedad real y ansiedad nerviosa. Freud (1892) fue el primero en sostener que la ansiedad estaba desencadenada por una sensación de peligro externo y la relacionó con el instinto de autoprotección.

**4.2.2.3 Teoría cognitiva.** El enfoque cognitivo hace una clara distinción entre ansiedad y miedo. Percibe a la ansiedad más como un proceso emocional y fisiológico, mientras que el miedo estaría relacionado con los procesos cognitivos. Sin embargo, estos dos factores actuarían en conjunto, el miedo estaría dado por una apreciación intelectual, que hace ver como amenazante a un determinado estímulo, facilitando las reacciones emocionales y fisiológicas de la ansiedad (Beck & Emery, 1985, p. 42-74). Beck sostiene que el elemento crucial en los estados de ansiedad proviene de estímulos internos como imágenes, ideas y otros elementos cognitivos (pensamientos automáticos) que surgen como una reacción a un evento, por lo que, estos pensamientos son tomados por la persona como creíbles y realmente amenazantes lo que provoca la reacción ansiosa (Beck & Emery, 1985, p. 68).

Por lo tanto, para este enfoque, es evidente que el significado y las creencias que el individuo tiene de sus propias experiencias forman la percepción, que es sostenida por esquemas mentales y que media como intérprete de la realidad, determinando su conducta y sentimientos. Las personas con ansiedad patológica perciben las situaciones neutras como peligrosas y potencialmente dañinas, tanto las presentes como las futuras (Beck & Emery, 1985).

A modo de conclusión, podemos decir que la teoría cognitivista considera que la ansiedad patológica es el resultado de cogniciones desajustadas de la realidad y, por tanto, erróneas; conduciendo a que las personas mentalmente etiqueten las situaciones como desfavorables, predisponiéndose a un estilo de afrontamiento y conducta determinado.

**4.2.2.4 Teoría conductual.** La ansiedad, bajo los preceptos conductistas del ambientalismo que remarcan la necesidad de los individuos por adaptarse a su medio, funcionaría como un impulso o fuerza displacentera que motiva a las personas a moverse y actuar. Sostiene Skinner (1974), quien es uno de los máximos exponentes del conductismo, que la ansiedad simplemente es una conducta aprendida que se presenta cuando un estímulo neutro precede de manera característica a un estímulo aversivo, quedando asociados; donde la presentación de ambos estímulos tiene que darse de manera reiterativa y durante un periodo suficiente para producir cambios en la conducta. Otro aporte importante realizado por Wolpe (1981) afirma que un estímulo neutro, que previamente no era capaz de evocar respuesta ansiosa puede adquirir la facultad de hacerlo, si este estímulo se presenta en el mismo momento en que la ansiedad está presente en el organismo, entonces el estímulo antes neutro pasa a ser un estímulo condicionado a la ansiedad, que posteriormente se puede generalizar a otros estímulos parecidos.

El conductismo no hace ninguna diferencia entre ansiedad y miedo, ya que ambos provocan las mismas reacciones fisiológicas. Para el conductismo la ansiedad es una estrategia de afrontamiento ante determinadas situaciones, que no tiene por qué ser necesariamente una respuesta adaptativa, de este modo se explica que conductas como la evitación, los comportamientos agresivos, la inhibición de la conducta, la hiperactividad, entre otros puedan formar parte del repertorio de respuestas ansiosas (Wolpe, 1981, p. 97).

Resumiendo, para el conductismo la conducta ansiosa es resultado de un proceso de condicionamiento, donde la persona aprendió, a veces de manera inconsciente a asociar estímulos neutros con acontecimientos traumáticos y amenazantes (aversivos), tornando estímulos neutros en estímulos desfavorables, que provocan angustia siempre que se presentan con el estímulo condicionado o uno parecido.

### ***4.2.3 Normal y patológica***

Es importante distinguir si la ansiedad es patológica o no, dado que es normal que todas las personas presenten algún cuadro de ansiedad moderada en algún momento de sus vidas.

La ansiedad normal no presenta mayor inconveniente que un periodo corto de angustia y agitación por una situación determinada y surge como un impulso positivo que lleva al individuo a alcanzar alguna meta o evitar un peligro; asimismo, la reactividad emocional y fisiológica no es tan intensa como en la ansiedad patológica. La ansiedad normal se caracteriza por un estado emocional transitorio de aprensión, nerviosismo, tensión, temor y la activación intensificada del

sistema nervioso autónomo, que es provocado por algún acontecimiento estresante (Sánchez, 2021). Por otra parte, la ansiedad patológica se caracteriza por presentarse en periodos relativamente largos, donde el individuo siente que pierde el control sobre la situación, como consecuencia la reactividad emocional es muy intensa, volviéndose dañina en exceso (Alarcón, 2018). Para poder decir que la ansiedad es patológica se tienen en cuenta los tres siguientes supuestos: a) cuando no se evidencia un motivo o razón que provoque la ansiedad, b) cuando la persona reacciona de forma excesiva y poco adecuada ante situaciones de poco peligro y c) cuando a pesar de existir algún motivo la ansiedad se mantiene por un largo periodo, incluso si el estímulo que provoca la ansiedad ya no está presente (Sánchez, 2021). La ansiedad patológica cobra categoría de trastorno al interferir con las actividades normales de la persona (Ayllón, 2018, p. 17).

A pesar de todo lo manifestado con anterioridad, puede existir, hasta cierto punto, una dificultad para acotar de manera exacta cuando estamos enfrentando a una ansiedad normal o patológica; por este motivo se elaboraron manuales diagnósticos como el CIE-10 y el DSM-5 que recogen las características de los diferentes trastornos ansiosos con una con mayor precisión.

**4.2.3.1 Clasificación según el CIE-10 y el DSM-5.** Para el diagnóstico de enfermedades mentales, como los trastornos de ansiedad, se han establecido unos criterios prácticamente universales que se encuentran recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes y usados a nivel mundial:

- DSM-5 Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 5.<sup>a</sup> edición, elaborado por la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA).
- CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Antes de proceder con un posible diagnóstico de trastorno de ansiedad es recomendable tener en cuenta lo siguiente (Ayllón, 2018, p. 20):

- Los síntomas físicos que se presentan.
- La posibilidad de que exista otra enfermedad que esté generando el trastorno de ansiedad.
- Consultar la historia médica y psicológica del paciente, así como preguntar si existen antecedentes de ansiedad en la familia.
- Comprobar que el episodio ansioso no esté causado por un acontecimiento vital altamente estresante, como podría ser la muerte de un familiar o la pérdida del trabajo.

- La influencia de consumo de sustancias como el cannabis, la cocaína y otras drogas de síntesis, que actúen como desencadenantes de crisis de ansiedad.

En la CIE-10 se recogen alrededor de doce trastornos diferentes relacionados directamente con la ansiedad, que se encuentran enmarcados bajo cuatro subgrupos, dentro de una categoría general denominada F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Estas cuatro categorías son: F40 Trastornos de ansiedad fóbica, F41 Otros trastornos de ansiedad; F42, Trastorno obsesivo-compulsivo, F43 Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10, 1992).

En este trabajo, por medio del siguiente cuadro, se mencionarán los trastornos relacionados con la ansiedad, tanto de la CIE- 10, como los presentes en el DSM-5:

**Cuadro 1.**

*Clasificación de los trastornos de ansiedad con base en el DSM-5 y CIE-10*

CIE-10	DSM- 5
• Trastornos de ansiedad fóbica	• TA por separación
• Agorafobia	• Mutismo selectivo
• Fobias sociales	• Fobia específica
• Fobias específicas	• TA social
• Otros trastornos de ansiedad fóbica	• Trastorno de pánico
• TA fóbica sin especificación	• Agorafobia
• Otros trastornos de ansiedad	• TA generalizada
• Trastorno de pánico	• TA inducido por sustancias/Medicamentos
• Trastorno de ansiedad generalizada	• TA debido a otra afección médica
• Ansiedad mixta y trastorno depresivo	• TA especificados
• Otros trastornos de ansiedad mixta	• TA no especificados
• Otros trastornos de ansiedad especificados	
• Trastorno de ansiedad no especificado	

Fuente: Macías et al. (2019). Elaborado por: Erick Jaramillo

**4.2.4 Tipos de ansiedad**

Spielberger (1966, 1982) fue quien propuso la teoría de Ansiedad Estado- Rasgo, teniendo en cuenta que se puede manifestar en dos formas: uno como estado emocional que es provocado por un estímulo y la ansiedad como rasgo de personalidad que sería una predisposición innata a angustiarse.

**4.2.4.1 Ansiedad estado.** Según Spielberger (1966) es “un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos” (p. 39).

La ansiedad como estado es una reacción transitoria ante un evento específico que se identifica por la secuencia de eventos cognitivos, emocionales, físicos y conductuales, de modo que se da paso a una situación donde la persona es consciente de que se encuentra alterada, prestando atención excesiva al evento desencadenante, además, presenta un estado cognitivo de preocupación y un sistema nervioso autónomo hiperactivo (Spielberger, 1966). Suele estar motivado por un peligro real, la sensación de bajo rendimiento o fracaso en una tarea que se considera importante. Estos estados pueden ser desencadenados por estímulos estresantes que se consideran peligrosos o amenazantes, o por los propios pensamientos predictivos o amenazantes del individuo (Spielberger et al., 1982). Si este estado se exagera, cobra la denominación de trastorno de ansiedad agudo.

**4.2.4.2 Ansiedad rasgo.** Cuando se habla de la ansiedad como rasgo, nos referimos a un tipo de ansiedad que es relativamente alta y relativamente estable, este estado ansioso no tiene tanto impacto en la conducta, sino que afecta más a la frecuencia con la que el individuo percibe una situación como amenazante, experimentando habitualmente aumentos o disminuciones en su estado de ansiedad. Por lo cual, pasa a ser una característica permanente de su personalidad (Spielberger, 1966).

Se ha comprobado que la ansiedad como rasgo presenta una considerable predisposición genética que, a su vez, podría estar implicada en una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos asociados a la ansiedad como la depresión o los propios trastornos de ansiedad (Mellalieu & Hanton, 2009, como se cita en Figueroa, 2015, p. 8). Normalmente, la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado suelen estar relacionados, sobre todo en las personas que presentan un alto nivel de ansiedad rasgo provocando una ansiedad estado elevada. Por el contrario, se ha podido evidenciar que aquellas personas que presentan una ansiedad rasgo bajo, ante situaciones amenazantes, pueden presentar una ansiedad estado elevada.

**4.2.4.3 Trastorno de ansiedad.** Cambronero (2022) afirma que la génesis de los trastornos de ansiedad reside en experiencias irracionales e intensas, que incapacitan y afectan la homeostasis de la persona, como resultado dichas personas intentan evitar toda situación que les produzca ansiedad, a la larga esta conducta los vuelve incapaces de disfrutar de las cosas y les impide actuar por su propio beneficio, por el malestar que experimentan al enfrentarse a esas situaciones.

Según Morales et al. (2021) los síntomas en los trastornos de ansiedad tienden a mantenerse, extenderse o generalizarse. Estos trastornos se encuentran íntimamente relacionados con sentimientos como el miedo, la incertidumbre, la preocupación, el abatimiento, entre otros; también son comunes las reacciones fisiológicas como taquicardia, náuseas, hipertensión, alteración del sueño, dificultad para respirar y niveles elevados de glucocorticoides (Pinel, 2007).

La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, se ha podido comprobar que en la actualidad los trastornos de ansiedad han ido incrementando su prevalencia hasta el punto de ser una de las patologías más frecuentes con un promedio del 25 % sobre todos los trastornos mentales (OPS, 2017). Cuando estamos hablando de trastornos de ansiedad es necesario tener en cuenta que requieren de una intervención terapéutica y en los casos más graves incluso se hace necesario algún tipo de medicación.

#### **4.2.5 Síntomas**

Los síntomas asociados a la ansiedad pueden ser muy variables de una persona a otra, también, dependiendo del trastorno podemos encontrar algunos que son específicos como el miedo irracional a un objeto determinado y concreto que es típico de las fobias (Sánchez, 2019), aun así, podemos decir que existen algunos síntomas que son característicos de la ansiedad. Un caso bastante particular de ansiedad es el trastorno de pánico, en el cual la persona tiene la sensación de que se va a desmayar o morir; este trastorno es uno de los que más visitas por emergencia presenta, normalmente estos pacientes después de ser estabilizados y tranquilizados salen por su propio pie (Ceberio, 2020).

La ansiedad se puede manifestar a tres niveles: cognitivo, fisiológico y conductual. Es bastante común que unos síntomas influyan sobre otros, por ejemplo, los síntomas cognitivos suelen afectar al nivel fisiológico que, a su vez, provoca que aumente la angustia en la persona y tenga pensamientos negativos; es bien sabido que las emociones y pensamientos suelen terminar en conductas, y determinadas conductas pueden desencadenar la sintomatología ansiosa (Ceberio, 2020).

- **Físicos:** en la persona se pueden manifestar como molestias digestivas, náuseas, vómito, sensación de opresión en la garganta, pecho o estómago, agarrotamiento, falta de aire, temblores, sudoración, taquicardia, palpitaciones, mareos. También se pueden ver afectados el apetito, el deseo sexual y el sueño (Cuevas, 2020).
- **Psicológicos:** sensación de peligro, sensación de vacío, sensación de extrañeza, despersonalización, desrealización, incertidumbre, temor a perder el control, celos, sospechas, inquietud, agobio, ganas de huir o atacar, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, temor a volverse loco o a la muerte (Cuevas, 2020).
- **De conducta:** inhibición, bloqueos, torpeza, estar en estado de alerta e hipervigilancia, dificultad para estarse quieto y en reposo, cambios en la expresión corporal como postura rígida o movimientos torpes y dificultades en el lenguaje como titubeos o dificultad para hablar (Cuevas, 2020).
- **Intelectuales o cognitivos:** aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, dificultades de atención, concentración y memoria, pensamientos distorsionados e importunos, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, susceptibilidad, etc., (Cuevas,2020).
- **Sociales:** dificultades para iniciar o seguir una conversación, verborrea, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, temor a ser juzgado (Cuevas,2020).

#### ***4.2.6 Evaluación de la ansiedad***

La ansiedad es un constructo complejo que se puede valorar atendiendo a cuatro sistemas de respuesta: el fisiológico, el cognitivo, el conductual y el afectivo. Para lograr evaluar la afectación de la ansiedad en estos sistemas se han elaborado múltiples técnicas e instrumentos. En la actualidad, el método predilecto para la evaluación de la ansiedad y otros trastornos es la evaluación indirecta de las variables fisiológicas, pues entre sus mayores ventajas se encuentran que son sencillas de aplicar o llevar a cabo, que son económicas y que han demostrado ser tan válidas como las mediciones directas que, por diferentes inconvenientes de instrumental, costos y tiempo de aplicación, en casos muy puntuales han formado parte de la clínica (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Los métodos indirectos de evaluación más comunes son las técnicas de observación y las técnicas de autoinforme; a su vez, las técnicas de autoinforme más usadas son los autorregistros, los inventarios, las escalas, los cuestionarios y las entrevistas (Díaz & De la Iglesia, 2019).

- **La observación:** esta técnica consiste en un procedimiento sistemático en el que se recolecta información de manifestaciones emitidas por un sujeto, el instrumento encargado de esta tarea es la percepción de un observador entrenado y cualificado en la detección de ciertas manifestaciones; una desventaja de esta técnica es que la observación solo es posible cuando existen manifestaciones externas fácilmente visibles (Díaz & De la Iglesia, 2019).
- **El autorregistro:** su principal función es el registro de síntomas característicos de determinados estados fisiológicos, como los procesos ansiosos, que son de fácil detección para el sujeto (Díaz & De la Iglesia, 2019).
- **La entrevista:** es un proceso en el que dos personas o más se reúnen con una finalidad, en el caso de la entrevista psicológica es obtener información sobre el estado emocional, psíquico y conductual de un individuo, el recurso más importante de la entrevista es la pregunta, por la cual, el terapeuta indaga sobre aspectos concretos que son de su interés. En la práctica clínica se suelen usar dos tipos de entrevista: la entrevista diagnóstica que busca explorar la existencia de psicopatología y de un diagnóstico de los trastornos clínicos de acuerdo a criterios previamente establecidos; y la entrevista conductual que pretende obtener información detallada y precisa sobre una conducta problema, esta entrevista es esencial e indispensable del proceso de evaluación y tratamiento pues de ella se derivan las estrategias de intervención terapéuticas. En la evaluación de trastornos de ansiedad, las entrevistas más utilizadas son la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV, la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV y DSM-5 y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Díaz & De la Iglesia, 2019).
- **Las escalas, inventarios y cuestionarios:** todos forman una misma categoría que se utilizan para evaluar de forma específica o general las manifestaciones o síntomas asociados a una serie de estados psicofisiológicos, como la ansiedad o el miedo, y, normalmente, lo hacen en varios niveles como el afectivo, el cognitivo o el conductual. Dentro de estos instrumentos los más usados para la detección de la ansiedad son el Cuestionario sobre Percepción Autónoma (APQ), el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos E-R, el Inventario de Ansiedad, la Escala de Hamilton (HARS), el

Inventario Revisado de 90 síntomas (SCL-R-90) y el Inventario de Ansiedad de Beck, que es el que se usa en la presente investigación, ya que su aplicación es relativamente sencilla, tiene un alto grado de confiabilidad y es el instrumento más usado para la evaluación de la ansiedad a nivel mundial (Díaz & De la Iglesia, 2019).

#### **4.2.7 Tratamiento de la ansiedad**

Las intervenciones terapéuticas de los Trastornos de Ansiedad (TA) son diversas, pero podemos establecer dos grandes grupos: los tratamientos farmacológicos y los tratamientos no farmacológicos. Ambos buscan reducir los síntomas de miedo y angustia de los trastornos de ansiedad, aunque de formas muy distintas, se ha podido comprobar que los tratamientos más eficaces logran disminuir sus síntomas hasta en un 40% (Macías et al., 2019).

**4.2.7.1 Tratamiento farmacológico.** Este tipo de tratamiento tiene grandes resultados logrando reducir en apenas unas semanas los síntomas de la ansiedad por la inducción de un efecto ansiolítico rápido, que mejora la calidad de vida de las personas con TA, suelen ser elegidos como tratamiento de primera línea en casi todos los TA, a excepción de las fobias específicas donde la TCC se ha demostrado más eficaz. Uno de los efectos adversos de este tratamiento es que los medicamentos al interactuar con los neurotransmisores, al inicio, pueden provocar síntomas como estreñimiento, diarrea, fatiga, somnolencia, disfunción sexual, náuseas, insomnio, hipertensión, boca seca, mareos, entre otros síntomas. Por este motivo, es importante informar a los pacientes adecuadamente de que al inicio del tratamiento se pueden presentar efectos adversos, del mismo modo se debe informar sobre el riesgo por discontinuidad, al dejar el tratamiento de forma abrupta. En la actualidad, el tratamiento farmacológico presenta dos vías: el tratamiento con antidepresivos y el tratamiento con benzodiacepinas (BZD) (Macías et al., 2019; Delgado et al., 2021).

**4.2.7.2 Tratamiento no-farmacológico.** Este grupo se encuentra conformado por numerosas y diferentes formas de abordar los trastornos de ansiedad. A continuación, se hará un breve repaso de los que han demostrado ser eficaces reduciendo la sintomatología ansiosa. El tratamiento más usado son las intervenciones psicoterapéuticas, especialmente las de corte Cognitivo-Conductual, en las que se usan varias técnicas como la de exposición, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva; muchas de estas terapias suelen estar encaminadas a la consecución de objetivos y el aprendizaje de habilidades, con la finalidad de ayudar a los pacientes a prevalecer sobre las creencias desadaptativas y las conductas de evitación presentes en la patología, la Terapia Cognitivo-Conductual se suele aplicar en periodos de entre 10 a 20

semanas. Del mismo modo, las técnicas de estimulación eléctrica transcraneal se han demostrado eficaces a la hora de mejorar los síntomas del trastorno de ansiedad (TA) generalizado. Por otro lado, algunas investigaciones muestran que el tratamiento con acupuntura es capaz de controlar algunos síntomas de los TA sin causar efectos secundarios. Por último, el tratamiento herbolario con plantas medicinales como la Tila (*Tilia mexicana*) y la Valeriana (*Valeriana edulis ssp.*) preparadas en infusión o extracto han demostrado lograr reducir los síntomas de la ansiedad (Macías et al., 2019).

## **5. Metodología**

### **5.1 Enfoque y diseño**

La presente investigación cuenta con un enfoque cuantitativo, enmarcado en un diseño de investigación no experimental; del mismo modo, es un trabajo de campo, los datos se indagaron y recolectaron en el recinto universitario, donde se encontraba la población estudiada. A su vez, es de corte transversal, debido a que, los datos se recogieron en un único momento, con el propósito de describir las variables presentes y analizar su incidencia en la población.

### **5.2 Tipo de investigación**

El estudio contó con un alcance de tipo transversal y correlacional. La parte descriptiva permitió observar y cuantificar la incidencia de las variables en el grupo estudiado y especificar sus características; a su vez, la parte correlacional, mediante la aplicación de técnicas y métodos estadísticos, posibilitó esclarecer la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad. Así, se logró dar respuesta a la pregunta de investigación.

### **5.3 Área de estudio**

La investigación tuvo lugar en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja es una institución de educación superior, de derecho público, laica y que en su oferta académica cuenta con más de treinta y seis carreras de tercer nivel, incluida la Carrera de Derecho, lugar específico donde se llevó a cabo el presente estudio investigativo. Es misión y visión de la Universidad Nacional de Loja la formación académica y profesional, con sólidas bases científicas y técnicas, pertenencia social y difusora de valores; para la generación y aplicación de conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, con la finalidad del desarrollo integral del entorno y el avance de la ciencia; velando por el fortalecimiento del pensamiento, la promoción, progreso y difusión de los saberes y culturas; y, la prestación de servicios especializados, para poder consolidarse como una Comunidad educativa, con excelencia académica, humanista y democrática, líder en el fomento de la cultura, la ciencia y la tecnología. (UNL, 2016).

La Carrera de Derecho se encamina a la formación de profesionales competentes, con conciencia social, éticos, capaces de desenvolverse en el ámbito de su profesión. Por medio de una formación que analiza desde el punto de vista científico, filosófico, técnico y humanista, los

fundamentos del derecho, el derecho constitucional, civil, penal, procesal, laboral, económico, ambiental, administrativo y tributario. Además, mediante procesos de investigación y la práctica, los estudiantes desarrollan capacidades para planificar, gestionar y evaluar modelos y estrategias que contribuyan a la solución de los problemas socio-jurídicos del sector público y privado del país. Las instalaciones de la Carrera de Derecho se encuentran ubicadas en el sector de la Argelia, de la ciudad de Loja, Ecuador; donde conforma un campus universitario con otras facultades y carreras (UNL, 2016).

### **5.3.1 Población**

La población investigada estuvo conformada por aquellos estudiantes de décimo ciclo, de ambos sexos, que cursaron la Carrera de Derecho de la Facultad Jurídica, Social y Administrativa, en el periodo abril- septiembre 2022. Los estudiantes inscritos legalmente y que, por tanto, formaron parte de la investigación ascendieron a 106 universitarios, que se hallaban divididos en tres paralelos: dos matutinos y uno vespertino.

### **5.3.2 Muestra**

*Tabla 1.*

*Distribución por sexo de los estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho*

<b>Sexo</b>		
Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	40%
Femenino	54	60%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha sociodemográfica de los estuantes. Elaborado por: Erick Jaramillo

Por medio de un muestreo exhaustivo de la población, considerando los criterios de inclusión y exclusión, se incluyó a todos los universitarios de décimo ciclo de la carrera de Derecho en la Universidad Nacional de Loja que estaban cursando el periodo abril-septiembre de 2022. La muestra de investigación quedo conformada por una población total de 90 estudiantes de Derecho de décimo ciclo. En la Tabla 1 se puede observar como quedó constituida la muestra, atendiendo al sexo de los participantes, en la que 36 de los estudiantes fueron hombres, correspondiendo a un 40% de la muestra, y 54 estudiantes fueron mujeres, correspondiendo al 60% de la muestra, evidenciando que en la investigación participaron un 20% más de mujeres que de hombres.

### **5.3.2.1 Criterios de inclusión**

- Estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho, legalmente matriculados.
- Todos los estudiantes que el día de la aplicación de los reactivos se encontraban presentes en el aula.
- Todos los estudiantes que estuvieron dispuestos a participar y a firmar el consentimiento informado.

### **5.3.2.2 Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no aceptaron participar en la investigación.
- Estudiantes que no asistieron los días de recolección de la información
- Estudiantes que no asistieron de forma regular o que abandonaron el curso académico.
- Test que no se encontraron correctamente rellenos.

## **5.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Según Bustos (2021), una manera de llevar a cabo la recolección de datos es mediante el acercamiento a la población de estudio y, por medio de instrumentos validados y fiables, proceder al levantamiento de la información. En la presente investigación se usaron reactivos psicológicos, que son instrumentos experimentales creados con el propósito de evaluar o medir una característica psicológica específica o general de un determinado sujeto. Los inventarios elegidos fueron dos: el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) de Ruiz y Lujan, que se empleó para la detección de los pensamientos automáticos (distorsiones cognitivas); y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que se utilizó para a cuantificar la ansiedad.

### 5.4.1 Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

#### Cuadro 2.

##### *Ficha técnica del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)*

Ficha Técnica	
<b>Nombre:</b>	Inventario de pensamientos automáticos “IPA”
<b>Autores:</b>	Ruiz y Lujan (1991)
<b>Procedencia:</b>	Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California
<b>Aplicación:</b>	Individual o colectiva.
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
<b>Duración:</b>	Aproximadamente, unos 25 minutos
<b>Finalidad:</b>	Evaluación de las distorsiones cognitivas
<b>Baremación:</b>	Tabla de baremos para el inventario y cada factor
<b>Material:</b>	Manual y Hoja autocorregible.

Fuente: Kevin Naranjo (2020). Elaborado por: Erick Jaramillo

Con este reactivo se determinó, de manera cualitativa y cuantitativa, los valores de las distorsiones cognitivas que están presentes en los estudiantes. El Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) elaborado por Ruiz y Luján (1991) (citado en Naranjo, 2020), ha sido empleado en numerosas investigaciones y adaptado a varios países por su confiabilidad y validez, del mismo modo, ha demostrado ser fiable en personas de diferentes edades, aplicándose mayoritariamente en adolescentes y adultos escolarizados (Naranjo, 2020). El IPA es una escala autoaplicada que consta de 45 ítems, que cuantifica la frecuencia con la que se dan 15 tipos de distorsiones cognitivas negativas. Presenta un puntaje que mide la frecuencia de cada tipo de distorsión y un puntaje general para el pensamiento distorsionado. El reactivo pide que se determine a frecuencia con la que aparecen pensamientos como “Mi vida es un continuo fracaso” o “Es horrible que me pase esto”. Usa una escala ordinal de 0 a 3, con las siguientes posibles respuestas: “0”, nunca pienso eso; “1”, algunas veces lo pienso; “2”, bastantes veces lo pienso; y “3”, con mucha frecuencia lo pienso. Ha demostrado ser un instrumento adecuado para la evaluación de las distorsiones cognitivas obteniendo un valor fiable de 0,96 (Carrillo, 2021).

- **Baremo y medición del instrumento**

**Cuadro 3.**

*Baremos del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)*

<b>General</b>				
	Bajo	Medio	Alto	Ítems
	0-45	46-91	92-135	La suma de todos
<b>Dimensiones</b>				
	Bajo	Medio	Alto	Ítems
<b>Filtraje o abstracción selectiva</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	1-16- 31
<b>Pensamiento Polarizado</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	2-17-32
<b>Sobregeneralización</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	3-18-33
<b>Interpretación del pensamiento</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	4- 19-34
<b>Visión catastrófica</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	5-20- 35
<b>Personalización</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	6-21-36
<b>Falacia de control</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	7-22-37
<b>Falacia de justicia</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	8-23-38
<b>Razonamiento emocional</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	9-24-39
<b>Falacia de cambio</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	10-25-40
<b>Etiquetas globales</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	11-26-41
<b>Culpabilidad</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	12- 27-42
<b>Los deberías</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	13- 28-43
<b>Falacia de tener razón</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	14-29-44
<b>Falacia de recompensa divina</b>	0 – 3	4 – 6	7 -9	15-30-45

Fuente: Kevin Naranjo (2020). Elaborado por: Erick Jaramillo

El Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) presenta dos baremos: uno general, que se obtiene con la suma de los resultados de las 45 preguntas presentes en el reactivo y que mide el pensamiento distorsionado; este baremo presenta una medición de 0 a 135 puntos, con unas puntuaciones de corte correspondientes a tres niveles: las puntuaciones de 0 a 45 corresponden con una afectación mínima; las puntuaciones de 46 a 91 representan una afectación moderada y las puntuaciones de 92 a 135 corresponden a una afectación altamente significativa. El otro baremo, es específico para cada una de las 15 distorsiones cognitivas y presenta un rango de

medición de 0 a 9 puntos, que se obtiene de la suma específica de tres preguntas del inventario; cada distorsión se puede enmarcar en tres niveles: 0 a 4 puntos que corresponde a una mínima afectación; una puntuación de 4 a 6 puntos que representa afectación media, a partir de estos puntajes podemos decir que la persona presenta dicha distorsión cognitiva; y una puntuación de 7 a 9 que simboliza una afectación muy significativa (Carrillo, 2021).

#### 5.4.2 *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

#### **Cuadro 4.**

##### *Ficha técnica del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

<b>Ficha Técnica</b>	
<b>Nombre:</b>	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
<b>Autores:</b>	Aaron T. Beck y Robert A. Steer
<b>Procedencia:</b>	NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
<b>Aplicación:</b>	Individual o colectiva.
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario. Psicología clínica, del deporte, educativa, forense y neuropsicología
<b>Duración:</b>	Aproximadamente, de 5-10 minutos
<b>Finalidad:</b>	Evaluación de la ansiedad estado en las últimas semanas
<b>Baremación:</b>	Tabla de baremos para el inventario
<b>Material:</b>	Manual y hoja autocorregible.

Fuente: Samudio et al. (2021)

Elaborado por: Erick Jaramillo

Con este reactivo se pudo determinar de manera cuantitativa los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes. Es un inventario adaptado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) que consiste en una escala de auto-reporte que consta de 21 ítems, de formato tipo Likert, que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad. El inventario BAI ha sido utilizado en numerosas investigaciones y adaptado a varios países, y usado en personas de diferentes edades, aplicándose mayoritariamente en adolescentes y adultos escolarizados (Vázquez et al., 2015), por haber demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60). Mide cuatro factores principales denominados: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico (Vázquez et al., 2015). La confiabilidad test-retest de 0,75, de acuerdo a Beck (1988).

- **Baremo y medición del instrumento**

En este reactivo, para poder hallar un resultado, se debe sumar las respuestas de la persona evaluada a los 21 síntomas, para cada síntoma se ofrece una escala de 0 a 3 y la puntuación total puede oscilar de 0 a 63 puntos. Existen tres puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa, que son las siguientes 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (Samudio et al., 2021).

### **5.5 Fuentes de información**

De acuerdo con el nivel de información de la investigación, las fuentes obtenidas fueron primarias y secundarias. Se recopilaron publicaciones científicas relacionadas tanto con las distorsiones cognitivas como con la ansiedad, mediante el uso de bases de datos en formato digital y físico, de contenido científico, técnico y teórico; tales como libros, artículos científicos, búsquedas de revistas indexadas, páginas web, trabajos de investigación y bases de datos de ONGs. La búsqueda se realizó en plataformas como Scopus, Science Direct, Springer, Google Scholar, Elsevier, Redalyc y repositorios de universidades usando palabras claves como: distorsiones cognitivas, ansiedad, estudiantes universitarios, Beck, pensamientos automáticos, entre otros; la cual permitió, hasta la fecha, encontrar un aproximado de 231 documentos científicos relacionados con el tema, de los que se usaron aproximadamente unos 75 documentos para realizar el presente proyecto investigativo.

### **5.6 Consideraciones éticas**

Atendiendo a los principios éticos descritos por la bioética y aceptados por la Asociación de Psicólogos Americanos (APA) (2003) para la presente investigación se utilizaron especialmente los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, respeto a los derechos y dignidad de las personas; de los que se derivan los siguientes preceptos que guían la investigación:

Como autor de esta investigación manifiesto mi compromiso primeramente de garantizar la integridad y los derechos de los participantes, es decir, evitar el perjudicar, discriminar, dañar, o hacer mal uso de la información, por ello se mantendrán en anonimato las identidades de los participantes.

Así mismo, el respeto a los derechos y dignidad de los participantes se llevó a cabo al trabajar y manejar la información con responsabilidad, respetando las diferencias culturales e individuales de identidad, género, raza, nacionalidad, religión, idioma, orientación sexual.

Además, la información de la presente investigación fue puesta de manera natural y directa, sin manipulación alguna. La investigación al ser de carácter académico formativo, se realizó bajo los lineamientos de la investigación científica, por lo cual se evitó el plagio o la manipulación a interés de los resultados.

### **5.7 Procedimiento por objetivos**

Para empezar la presente investigación, una vez aprobado el proyecto y con los permisos necesarios de la dirección de la Carrera de Psicología Clínica, se realizó un primer acercamiento con la Dra. Cecilia Rocío Ruiz Toledo responsable de la Unidad de Bienestar Universitario, desde donde se coordinó y se dirigió la investigación; posterior a la obtención de los permisos y aceptación del tema investigado, se dio un acercamiento con el dirigente de la Carrera de Derecho, el Dr. Mario Enrique Sánchez Armijos, a quien se informó de manera detallada sobre la presente investigación, con la finalidad de poder obtener la autorización para ejecutar el trabajo de titulación en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo abril- septiembre de 2022; el mismo que fue obtenido el día 09 de agosto del 2022.

#### **Etapa 1**

Siguiendo la planificación establecida en el cronograma y realizada la convocatoria para la aplicación de la investigación; la cual fue llevada a cabo por la gestora de la carrera de Derecho en los estudiantes de décimo ciclo, mediante correo electrónico se aplicó, en la fecha programada, los reactivos necesarios para la presente investigación, a aquellos educandos que cumplieron con los criterios de selección. Este proceso se realizó de la siguiente forma: 1) presentación con los alumnos, en la que se les informó detalladamente en qué consiste la investigación, sobre que variables nos interesa recolectar información, quien está a cargo de la investigación y porque se está realizando, y cuánto tiempo tomará participar en ella; 2) se les informó de que la participación es libre y voluntaria, y que sí acceden a participar se les entregara un consentimiento informado (Anexo 5), una ficha sociodemográfica (Anexo 6), el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) (Anexo 7) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 8), los cuales tendrán que contestar; tres personas reusaron participar, con diferentes argumentaciones; 3) a los que accedieron a participar se les entregó los materiales de recolección y los instrumentos necesarios para que puedan realizar esta tarea, mientras se les aclaró y sugirió que deben responder de la forma más sincera posible, que ante cualquier duda o inconveniente no duden en pedir ayuda a los instructores, que no existen respuestas malas o buenas, que en caso de que una pregunta les

incomode, pueden dejarla sin contestar y que las respuestas dadas se mantendrán en el absoluto anonimato; 4) trascurrido el tiempo de aplicación, de unos 20 minutos, se recolectaron los reactivos (Anexo 9); 5) se les dio las gracias y se les incitó, a aquellos que quieran conocer sus resultados, a visitar la Unidad de Bienestar Estudiantil. Este procedimiento se repitió en las tres aulas de los estudiantes de Derecho de décimo ciclo y se realizó en dos ocasiones, en dos días diferentes, con cada paralelo, para lograr obtener el mayor número de participantes posibles; obteniendo una participación de aproximadamente 30 alumnos por cada paralelo.

Siguiendo este procedimiento, y posterior al análisis de datos, se logró alcanzar los dos primeros objetivos específicos de la investigación, los cuales son: identificar que distorsiones cognitivas presentan los estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja y Evaluar y describir los niveles de ansiedad en los estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.

## **Etapas 2**

Después de la recolección, corrección de reactivos y obtenida la información necesaria; se realizó el análisis de los datos, por medio de técnicas lógicas e inductivas, utilizando los programas Excel y SPSS v.24., donde se volcó la información para su clasificación, tabulación y representación gráfica. De manera que se obtuvieron tablas estadísticas, gráficas y correlaciones que ayudaron a representar de forma óptima los resultados de la investigación.

De esta manera se alcanzó el objetivo principal que es determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.

## **Etapas 4**

Finalmente, una vez realizado todo lo mencionado con anterioridad, se procedió a diseñar una propuesta de plan de intervención psicológica, que permita abordar la problemática investigada (Anexo 10). De esta manera, se pudo dar cumplimiento al tercer y último objetivo de nuestra investigación: Diseñar un plan de intervención psicológico que permita abordar la problemática investigada.

### **5.8 Equipos y Materiales**

- Ordenador portátil
- Hojas de papel bond
- Impresora

- Esferos
- Copias impresas
- Portafolios
- USB
- Teléfono celular
- Programas informáticos.

## 6. Resultados

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico: Identificar qué distorsiones cognitivas están presentes en los estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, se ha tomado como eje principal las diferentes dimensiones de la variable y así, posteriormente, poder realizar el procesamiento estadístico en los programas Excel y SPSS. Por lo tanto, a continuación, se presentan los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo abril-septiembre, 2022.

*Tabla 2.*

*Distorsiones cognitivas presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

Categorías	Distorsiones cognitivas							
	Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Filtraje o abstracción selectiva	51	56,7%	30	33,3%	9	10%	90	100%
Pensamiento Polarizado	73	81,1%	15	16,7%	2	2,2%	90	100%
Sobregeneralización	75	83,3%	14	15,6%	1	1,1%	90	100%
Interpretación del pensamiento	63	70%	22	24,4%	5	5,6%	90	100%
Visión catastrófica	57	63,4%	30	33,3%	3	3,3%	90	100%
Personalización	75	83,3%	14	15,6%	1	1,1%	90	100%
Falacia de control	71	78,9%	13	14,4%	6	6,7%	90	100%
Falacia de justicia	63	70%	22	24,4%	5	5,6%	90	100%
Razonamiento emocional	81	90%	7	7,8%	2	2,2%	90	100%
Falacia de cambio	71	78,9%	17	18,9%	2	2,2%	90	100%
Etiquetas globales	72	80%	18	20%	0	0 %	90	100%
Culpabilidad	78	86,7%	12	13,3%	0	0%	90	100%
Los deberías	58	64,4%	21	23,3%	11	12,3%	90	100%
Falacia de tener razón	67	74,4%	17	18,9%	6	6,7%	90	100%
Falacia de recompensa divina	33	36,7%	29	32,2%	28	31,1%	90	100%

Nota: *f* = frecuencia; % porcentaje

Fuente: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** La Tabla 2 presenta las diferentes categorías de distorsiones cognitivas y las proporciones de población afectadas por cada una de ellas en tres niveles. Estos resultados se obtuvieron a través de la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en 90 estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho, quienes representan el 100% de la población del estudio.

Se pudo identificar que los porcentajes de población para el nivel bajo son en su mayoría elevados, siendo habituales proporciones superiores al 70 %; en este nivel destacan por obtener los resultados más prevalentes y, por tanto, ser las distorsiones cognitivas menos frecuentes en la población estudiada: el razonamiento emocional con un resultado del 90%, la culpabilidad con un resultado del 86,7%, la sobregeneralización con un resultado del 83,3% y la personalización con un resultado del 83,3%. Los hallazgos correspondientes a este nivel indicarían que una gran parte de la población no se encuentra afectada por distorsiones cognitivas, aunque, es necesario tener en cuenta algunos datos relevantes correspondientes a los otros niveles, que se mencionarán a continuación.

Con respecto al nivel medio, podemos observar que son comunes los porcentajes de dos dígitos, los que oscilan desde el 13,3% hasta el 33,3%; en este nivel destacan las distorsiones cognitivas de filtraje con un resultado del 33,3%, visión catastrófica con un resultado del 33,3%, falacia de recompensa divina con un resultado del 32,2% y con un mismo resultado del 24,4%, en el cuarto lugar, se encontrarían falacia de justicia e interpretación del pensamiento. Aunque, estos resultados puedan parecer elevados y en conjunto dar la sensación de que afectan a la mayoría de población, ya en el marco teórico se establece que la presencia de distorsiones cognitivas es habitual en las personas y que, en un nivel medio, no resultarían tan desadaptativas, pero sí estarían latentes, influyendo al individuo, pudiendo ser un factor, que en periodos estresantes o de gran demanda intelectual, emocional y personal generen un gran malestar.

En cuanto al nivel alto, en general, los porcentajes son bajos y solo tres resultados logran porcentajes superiores al 9% en la población, revelando que la muestra presenta una baja afectación en pensamientos distorsionados excesivamente rígidos, que son los que más se relacionan con diversas patologías y desadaptación. No obstante, estos tres resultados logran ser significativos, porque, por una parte, la distorsión cognitiva falacia de recompensa divina se encuentra presente en el 31,1% de los participantes, indicando que está presente, en su grado máximo y de mayor desadaptabilidad, en al menos una de cada tres personas que participaron en

la investigación, por otro lado, los deberías afectan a un 12,3% de los estudiantes y, por último, el 10% de la muestra se ve afectada por el filtraje o abstracción selectiva.

A continuación, se muestran las distorsiones cognitivas más prevalentes en la población para, a posteriori, realizar un análisis de cada categoría de manera individualizada y pormenorizada.

*Tabla 3.*

*Distorsiones cognitivas más prevalentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

<b>Distorsiones cognitivas más prevalentes</b>					
<b>Categorías</b>	<b>Nivel Medio</b>		<b>Categorías</b>	<b>Nivel Alto</b>	
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Filtraje o abstracción selectiva	30	33,3%	Falacia de recompensa divina	28	31,1%
Visión catastrófica	30	33,3%	Los deberías	11	12,2%
Falacia de recompensa divina	29	32,2%	Filtraje o abstracción selectiva	9	10%
Falacia de justicia	22	24,4%	Falacia de tener razón	6	6,7%

Fuente: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes

Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 3 se pueden observar las distorsiones cognitivas más prevalentes, tanto para el nivel medio como para el nivel alto, en los estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja. No se considera el nivel bajo por no tener influencia en el estado psíquico, emocional y comportamental en la población de estudio y, porque, con anterioridad, ya se han mencionado las distorsiones cognitivas menos frecuentes. En el nivel medio podemos ver prevalencias altas, todas cercanas al 30% de la población, por el contrario, en el nivel alto las prevalencias son menores y solo una logra acercarse al 30% de la población.

Para culminar con el análisis descriptivo de la variable distorsiones cognitivas, planteado en el primer objetivo específico de la investigación, se procede a analizar los resultados de las puntuaciones para el pensamiento distorsionado en general, obtenido en la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en los 90 estudiantes de décimo ciclo de la carrera de derecho de la Universidad Nacional de Loja. Mismas puntuaciones que posteriormente servirán para el análisis correlacional de las dos variables de estudio.

Tabla 4.

*Prevalencia del pensamiento distorsionado en los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

<b>Pensamiento Distorsionado</b>		<b>Total</b>	
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Niveles	Bajo	56	62,2%
	Medio	29	32,2%
	Alto	5	5,6%
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 4 se evidencia como se distribuye la población del estudio con respecto a la variable pensamiento distorsionado, en sus tres posibles niveles, este constructo cuantifica como de distorsionado, en general, es el pensamiento de una persona, mientras que las anteriores puntuaciones cuantificaban si se presentaba o no un pensamiento distorsionado concreto. Los presentes resultados se obtienen de la suma de los puntajes de las 45 preguntas presentes en el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).

En la tabla se muestra que el 62,2% de la población ha obtenido una puntuación correspondiente al nivel bajo, que es el más prevalente de todos los niveles, revelando que estas personas tendrían un pensamiento conservado, aun así, pertenecer al nivel bajo de pensamiento distorsionado no es excluyente de presentar alguna distorsión cognitiva.

Mientras que el 37,8%, de una manera general, presentaría un pensamiento que no se tiende a ajustar a la realidad. Por una parte, la mayoría de este porcentaje se vea afectado de manera moderada, pues un 32,2 % pertenece a la categoría media y, por otra, el resto, solo el 5,6% de la población, conformarían el tercer nivel, presentando un pensamiento altamente distorsionado y con múltiples distorsiones cognitivas.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico: Evaluar los niveles de ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja. A continuación, se presentan los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) aplicado a los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo abril-septiembre, 2022; después de su procesamiento estadístico en los programas Excel y SPSS.

*Tabla 5.*

*Prevalencia de los niveles de ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja.*

<b>Ansiedad</b>		
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	14	15,6%
Leve	16	17,8%
Moderada	20	22,2%
Grave	40	44,4%
Total	90	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), aplicado en los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 5 se presentan los resultados alcanzados por los estudiantes en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), usado para cuantificar, clasificar y medir la variable ansiedad. Los puntajes obtenidos, por medio de las puntuaciones de corte de los baremos, se han enmarcado dentro de los cuatro posibles niveles de ansiedad establecidos en el BAI, con la finalidad de obtener la prevalencia de la ansiedad en la población.

En el nivel mínimo se obtuvo un resultado del 15,6%, poniendo de manifiesto que de las 90 personas que participaron en el estudio solo 14 presentan una ansiedad baja. Estos niveles se consideran normales y no patológicos, y serían fruto de los diferentes retos de la vida diaria, pues, como ya se estableció en el marco teórico, la ansiedad es un mecanismo que puede ayudar a la consecución de metas y logros.

En el nivel leve se encuentra el 17,8% de la población, correspondiente a 16 de los 90 participantes. Este nivel tampoco se consideraría patológico; pero se caracteriza por propiciar en la persona un estado de tensión y alerta, que puede llegar a ser desagradable, preparándolo para dar respuesta a una tarea o situación de la vida diaria que se perciba como demandante, peligrosa o sorpresiva.

El dato más relevante y significativo, con respecto a esta variable, es que el 66,6% de la población presentaría niveles de ansiedad considerados patológicos y causantes de un elevado malestar psíquico, físico y emocional.

De esta manera, de este 66,6%, unas 20 personas, correspondientes al 22,2% del total, pertenecerían al nivel moderado, la sintomatología asociada a este nivel se caracteriza por una preocupación excesiva e inmediata sobre los acontecimientos diarios, que se prevén como peligrosos, angustiantes o potencialmente dañinos, provocando que a su vez la persona se preocupe, la mayoría del tiempo, por cosas que no suceden o por el temor a que pasen cosas malas; lo que supone una importante merma en la calidad de vida.

A su vez, del restante de este 66,6%, un 44,4%, correspondiente a unas 40 personas, presentan ansiedad grave, el nivel más elevado de ansiedad y el más prevalente en la población de estudio. Este dato adquiere importancia al indicarnos que un poco menos de la mitad de la población presenta la ansiedad que se relaciona con los grados más elevados de malestar y desadaptación; la ansiedad grave se caracteriza por una reducción significativa en la percepción, donde la persona se centra solo en buscar alivio para la ansiedad y, por lo tanto, no presta atención a su entorno, solo pudiendo centrarse en detalles específicos que habitualmente malinterpreta.

Para dar cumplimiento al objetivo general propuesto en la investigación: Determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022, se procede a presentar algunas de las correlaciones encontradas entre las variables.

La presente investigación se fundamenta en el método estadístico para analizar, clasificar e interpretar los resultados de las variables. De este modo, se realizó la correlación de ambas variables mediante la prueba Tau- c de Kendall por considerarse la prueba más adecuada para nuestras variables, atendiendo a factores como la asimetría entre las categorías, pues, la ansiedad tiene cuatro niveles y las distorsiones cognitivas presentan tres. Para el tratamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS v22 con un nivel de significancia de 0,05.

*Tabla 6.*

*Prueba de correlación de Tau-c de Kendall en las variables distorsión del pensamiento y ansiedad de los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

<b>Correlación de Tau-c de Kendall</b>					
		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	0,546	0,054	10,050	0,000
N de casos válidos		90			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Fuente: análisis en SPSS v22 de datos recolectados en los estudiantes.

Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 6 se puede observar los resultados de la prueba de correlación Tau-c de Kendall entre las variables pensamiento distorsionado y ansiedad. Se obtuvo que el valor estadístico r de Kendall es de 0,546, además, esta correlación es muy significativa. Por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva moderada” entre la dimensión pensamiento distorsionado de la variable distorsiones cognitivas y la variable ansiedad, porque el valor del sig. (bilateral) es del 0,000, que se encuentra por debajo del 0,01 requerido. Estos resultados ponen de manifiesto que existe una influencia entre el pensamiento distorsionado y la ansiedad, así, es muy probable que a medida que una de estas dos variables aumente la otra variable también lo haga.

Establecida la correspondencia entre variables, a continuación, se expone la relación de estas magnitudes por niveles.

*Tabla 7.*

*Prueba de correlación de Tau-c de Kendall, entre niveles, de las variables distorsión del pensamiento y ansiedad de los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

Resumen								
Caso	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizad o para	Acumulativa	Desviación estándar	Correlación 2
1	0,495	0,245			0,963	0,963	0,086	0,060
2	0,098	0,010			0,037	1,000	0,125	
Total		0,255	22,953	0,001 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 6 grados de libertad

Fuente: análisis en SPSS v22 de datos recolectados en los estudiantes.

Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 7 se presenta el resumen de la prueba de correlación de Tau-c de Kendall, entre niveles, de las variables distorsión del pensamiento y ansiedad de los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho, donde se encontraron dos relaciones altamente significativas entre niveles: En el caso 1 el valor estadístico r de Kendall es de 0,495, además, esta correlación es altamente significativa. Por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza, que

en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva moderada” entre los niveles de pensamiento distorsionado bajo y ansiedad mínima, porque el valor del sig. (bilateral) es del 0,060, que se encuentra por debajo del 0,01 requerido; para el caso 2 el valor estadístico r de Kendall es de 0,098, además, esta correlación es altamente significativa. Por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva muy baja” entre los niveles de pensamiento distorsionado medio y ansiedad grave, porque el valor del sig. (bilateral) es del 0,060, que se encuentra por debajo del 0,01 requerido. Se usará un gráfico para apoyar y evidenciar mejor estos resultados (Anexo 10).

Estas correlaciones entre niveles se podrían interpretar como:

- el nivel bajo del pensamiento distorsionado y el nivel mínimo de ansiedad presentan una correlación positiva moderada, lo que revela que en la presente investigación las personas que no presentaban ansiedad, tampoco presentaban un pensamiento distorsionado; mientras que
- el nivel medio de distorsión del pensamiento se relaciona de una manera positiva muy baja con la ansiedad grave, indicando que en la presente investigación los educandos que presentaban ansiedad, en su nivel más elevado y el que genera un mayor malestar, también presentaban un pensamiento distorsionado, al menos en un nivel medio.
- realizando un análisis más profundo se hipotetiza que: el nivel grave de ansiedad no se ha podido relacionar con el nivel más alto de pensamiento distorsionado, porque, los datos sobre la prevalencia del pensamiento distorsionado alto son insuficientes, ya que su incidencia sobre la población apenas se sitúa en el 5,6%, afectando tan solo a 5 personas

A continuación, en la siguiente tabla se muestran como se relacionan cada una de las distorsiones cognitivas con la ansiedad en la población; Posteriormente, se analiza cuáles de estas distorsiones cognitivas están más relacionadas con la ansiedad.

Tabla 8.

Correlaciones entre las variables ansiedad y distorsiones cognitivas en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja

Correlación de Tau-c de Kendall		
Variables		
Distorsiones cognitivas		Ansiedad
Filtraje	Coefficiente de correlación	0,475**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Pensamiento Polarizado	Coefficiente de correlación	0,401**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Sobregeneralización	Coefficiente de correlación	0,419**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Interpretación del pensamiento	Coefficiente de correlación	0,360**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Visión catastrófica	Coefficiente de correlación	0,503**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Personalización	Coefficiente de correlación	0,405**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Falacia de control	Coefficiente de correlación	0,397**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Falacia de justicia	Coefficiente de correlación	0,503**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Razonamiento emocional	Coefficiente de correlación	0,491**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Falacia de cambio	Coefficiente de correlación	0,296**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Etiquetas globales	Coefficiente de correlación	0,461**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Culpabilidad	Coefficiente de correlación	0,458**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Los deberías	Coefficiente de correlación	0,451**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Falacia de tener razón	Coefficiente de correlación	0,275**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90
Falacia de recompensa divina	Coefficiente de correlación	0,356**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	90

Fuente: análisis en SPSS v22 de datos recolectados en los estudiantes

Elaborado por: Erick Jaramillo

**Análisis.** En la Tabla 8 se muestran los resultados de la prueba de correlación de Tau-c de Kendall entre la variable ansiedad y las quince distorsiones cognitivas. Se puede observar que todas las distorsiones cognitivas guardan una correlación altamente significativa, al 99% con la ansiedad, todas con un valor del sig. (bilateral) que es del 0,000, encontrándose por debajo del 0,01 requerido.

Dentro de las distorsiones cognitivas que guardan menos fuerza de correlación con la ansiedad podemos encontrar: la falacia de recompensa divina que tiene un valor estadístico r de Kendall de 0,356, que corresponde a una “correlación positiva baja”; la falacia de cambio que tiene un valor estadístico r de Kendall de 0,296, correspondiente a una “correlación positiva baja”; y por último la distorsión cognitiva con la fuerza de correlación más débil es la falacia de tener razón con un valor estadístico r de Kendall de 0,275, que corresponde a una “correlación positiva baja”.

Por el contrario, las distorsiones cognitivas con una mayor fuerza de correlación, y que por tanto mejor predicen la aparición de la ansiedad son: el razonamiento emocional con un valor estadístico r de Kendall de 0,491, que corresponde a una “correlación positiva moderada”; y en el primer lugar, tenemos dos distorsiones cognitivas que se relacionan en el mismo grado con la ansiedad, una es la falacia de justicia que obtuvo un valor estadístico r de Kendall de 0,503 correspondiente a una “correlación positiva moderada”; por otro lado, se encuentra la visión catastrófica con un valor estadístico r de Kendall de 0,275, que corresponde a una “correlación positiva moderada”.

Es necesario tener presente que, al tratar temas relacionados con el ámbito psicológico, un solo factor no es suficiente para predecir la aparición de otro fenómeno, porque, se entiende en psicología que todo es multifactorial; además, hay que tener en cuenta que tanto la reactividad psíquica, donde se enmarca el pensamiento distorsionado, como la ansiedad son respuestas a estímulos del ambiente. Aun así, se puede afirmar que la presencia de la ansiedad se relaciona con la presencia de distorsiones cognitivas, y viceversa, siendo probable que estos fenómenos tiendan a presentarse de manera conjunta.

Para dar cumplimiento al tercer y último objetivo específico de la investigación: Diseñar un plan de intervención psicológico que permita abordar la problemática investigada, se ha tenido en cuenta los diferentes datos mencionados con anterioridad, adquiriendo gran relevancia que el 22,2% presenta niveles de ansiedad moderada y un 44,4% de la población presenta ansiedad grave,

lo que a su vez pone de manifiesto que en total un 66,6% de los estudiantes presentan niveles de ansiedad que requieren una intervención psicoterapéutica. Por lo tanto, se ha optado por la elaboración de un plan de intervención terapéutico, que por medio de técnicas psicoterapéuticas y psicoeducativas disminuyan los niveles de ansiedad presentes en la población de estudio.

En consecuencia, en la siguiente tabla se describirá brevemente el plan de intervención con la finalidad de que se logre entender cómo se piensa corregir o dar solución a este problema, desde un enfoque cognitivo conductual; dicho plan constará de un total de 10 sesiones que se impartirán en el plazo de un mes y medio y, de preferencia, se trabajará con grupos de 10 personas. Cabe puntualizar que el plan de intervención terapéutico es extenso y, para no alargar la sección de los resultados en exceso, en el Anexo 12 se presenta el programa completo y explicado en detalle.

*Tabla 9.*

*Desarrollo de la propuesta de plan de intervención terapéutico “Aprendiendo a controlar mi ansiedad” para reducir los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

<b>Sesiones</b>	<b>Temática</b>	<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Responsable</b>
1. Presentación del plan terapéutico y evaluación de la ansiedad	Presentación del plan terapéutico	Rapport Dinámica Presentación Explicación del taller Evaluación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Presentación del equipo 4. Explicación detallada plan terapéutico 5. Evaluación inicial de la ansiedad 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Dar a conocer el taller a los estudiantes, evaluar inicialmente los niveles de ansiedad y lograr cohesión de grupo.	Personal de la Salud Mental
2. Psicoeducación en ansiedad, respiración del cuadrilátero	Psicoeducación en ansiedad	Rapport Dinámica Devolución de resultados Psicoeducación Respiración Técnica de respiración del cuadrilátero Retroalimentación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Devolución de resultados 5. Psicoeducación sobre ansiedad 6. Enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero 7. Retroalimentación y dudas 8. Despedida	Dar a conocer los resultados de los reactivos, explicar detalladamente el fenómeno de la ansiedad y enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero	Personal de la Salud Mental

Sesiones	Temática	Técnica	Descripción	Objetivo	Responsable
3. Psicoeducación en distorsiones cognitivas y firma de contrato terapéutico	Psicoeducación en distorsiones cognitivas	Rapport Dinámica Psicoeducación Registro de pensamiento Contrato terapéutico Retroalimentación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas 5. Firma de contrato terapéutico 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	explicar detalladamente el fenómeno de las distorsiones cognitivas, enseñar a usar el registro del pensamiento y firmar un contrato terapéutico	Personal de la Salud Mental
4. Técnica de parada del pensamiento	Enseñar la técnica de parada del pensamiento	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación técnica de parada del pensamiento Practica de la técnica de parada del pensamiento Retroalimentación Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Explicación sobre la técnica de parada del pensamiento 5. Enseñar y practicar la técnica de parada del pensamiento 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Psicoeducar y enseñar a los pacientes la técnica de parada del pensamiento.	Personal de la Salud Mental
5-6. Introducción al yoga, como propuesta de actividad física	Yoga	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación sobre la importancia de la actividad física Rutina de yoga Retroalimentación Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Sesión de yoga 5. Retroalimentación y dudas 6. Despedida	Enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física.	Personal de la Salud Mental

<b>Sesiones</b>	<b>Temática</b>	<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Responsable</b>
7. Evaluación del pensamiento y reestructuración cognitiva.	Evaluación y reestructuración de pensamientos	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación sobre la reestructuración del pensamiento Practica de la reestructuración cognitiva Retroalimentación. Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Explicación del proceso de reestructuración del pensamiento con una aplicación para la evaluación de pensamiento y su reestructuración 5. Practicar la reestructuración 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Enseñar a hacer una reestructuración cognitiva por medio de una aplicación móvil	Personal de la Salud Mental
8. Repaso de técnicas y evaluación	Consolidar lo aprendido	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Test de Beck Role playing	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Evaluación de la ansiedad 5. Repaso por grupos de las técnicas con las que más dificultades presentan 6. Despedida	Por grupos, repasar la técnica en la que más dificultad presente cada participante del taller, aclarar dudas y volver a evaluar la ansiedad.	Personal de la Salud Mental
9. Despedida	Cierre del plan terapéutico	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Socialización Despedida	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Socialización de resultados 4. Jornada de festejo y despedida 5. Despedida	Socializar los resultados de la evaluación, cierre del plan terapéutico y despedida de los pacientes.	Personal de la Salud Mental

Fuente: Beck (2000); Tena (2020); García (2022).  
Elaborado por: Erick Jaramillo

## 7. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja. Tras realizar la implementación de la investigación y los respectivos análisis, se encontró una relación positiva moderada entre la ansiedad y el pensamiento distorsionado, del mismo modo, se pudo hallar relación entre las diferentes distorsiones cognitivas y la ansiedad. Los resultados también dan cuenta de que el 44,4 % de la población presenta ansiedad grave y que el 31,1% de los estudiantes presenta la distorsión cognitiva falacia de recompensa divina en el nivel más elevado posible.

Villarrubia (2019) en un estudio realizado en 330 estudiantes de la Carrera de Psicología en la Universidad Continental de Huancayo, Perú, usando un modelo de regresión, pudo encontrar la existencia de correlación significativa entre las distintas distorsiones cognitivas y la ansiedad, del mismo modo, puso de manifiesto que las distorsiones cognitivas que mejor predicen la ansiedad, con un coeficiente del 0,36, eran la falacia de control, visión catastrófica y razonamiento emocional. Estos resultados son parecidos a los obtenidos en esta investigación, donde las distorsiones cognitivas también se correlacionaron con la ansiedad, y, de la misma manera, la visión catastrófica y el razonamiento emocional se encontraron dentro de las tres distorsiones cognitivas con mayor fuerza de correlación con la ansiedad. Aunque, se aprecian dos diferencias: en esta investigación el coeficiente de correlación es ligeramente superior, no inferior a 0,49 para las tres distorsiones cognitivas, frente al 0,36 encontrado por Villarrubia; y la falacia de justicia, en esta investigación, predice mejor la ansiedad que la falacia de control presente en la investigación de Villarrubia. Así, Villarrubia (2019) concluye que los estudiantes que mayor ansiedad presentan son aquellos que “tienden a sentirse presionados por tener el control del resultado, exagerar una predicción negativa y solo llevarse por la emoción extrapolando al evento evaluativo en sí” y que, por esta razón, las distorsiones cognitivas mencionadas con anterioridad serían las que más se relacionan con la ansiedad.

En otra investigación de Vallejo (2017) en 114 universitarios de la facultad de Ciencias de la Salud, que iniciaban sus prácticas pre profesionales, de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, se pudo encontrar que existía una correlación entre las distorsiones cognitivas y el estrés. Todos estos resultados indican que las distorsiones cognitivas tienen influencia en diferentes patologías, reafirmando así el modelo Cognitivo Conductual, el cual sostiene que la forma de

pensar tiene influencia sobre los sentimientos y el comportamiento, por lo tanto, estos esquemas rígidos de pensamientos serían un factor importante para la presencia de algunas patologías.

En relación con la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas, una investigación de Hidalgo (2020) realizada en 180 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica, Ambato, Ecuador; encontró que las distorsiones cognitivas más prevalentes eran falacia de justicia y falacia de recompensa divina, en un nivel alto y filtraje, visión catastrófica y falacia de razón, en un nivel medio. Otra investigación realizada por Villarrubia (2019), mencionado con anterioridad, establece que las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia, en su muestra, son falacia de recompensa, falacia de razón y deberías, además, citando a Velázquez (2002) comenta que estas son las que más se presentan en los estudiantes universitarios (p. 79).

En otra investigación llevada a cabo por Moral et al. (2020) en 241 adolescentes y jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 16 y los 26 años, de los cuales, un 24.89% presentaban dependencia emocional se pudo comprobar que las distorsiones más empleadas por las personas con dependencia emocional serían filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización e interpretación del pensamiento.

Todas estas investigaciones logran tener un punto en común con los datos obtenidos en el presente trabajo investigativo, al poner de manifiesto que las mujeres logran prevalencias más altas que los hombres en las distorsiones cognitivas; en esta investigación las mayores prevalencias se obtuvieron para la falacia de recompensa divina, el filtraje y la visión catastrófica, difiriendo en algún punto con el resto de investigaciones en la frecuencia con que las distorsiones cognitivas se presentan en las distintas poblaciones, sin embargo, esto, a criterio del investigador, no indica que los resultados obtenidos sean erróneos, solo que es de esperar que cada población tenga sus particularidades con respecto a las diferentes prevalencias para las distintas distorsiones cognitivas. Con base en estos datos, se puede concluir que, si bien, la falacia de recompensa divina, suele ser la distorsión cognitiva más prevalente y común, al menos en Latinoamérica, no se puede generalizar y esperar datos simétricos con respecto a las prevalencias; pero tampoco se puede negar que las distorsiones cognitivas son fenómenos que se dan, no solo en estudiantes, sino en la población en general.

Con respecto a la ansiedad, los resultados derivados de esta investigación están en consonancia con el estudio realizado por Carrasco (2021), en 93 estudiantes de último ciclo de la

carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Lambayeque, Perú. Donde se pudo encontrar prevalencias un poco más elevadas que las obtenidas en la presente investigación, así, obtuvo una prevalencia para el nivel alto de ansiedad estado del 58% para mujeres, frente al 55,6% hallado en el presente trabajo y para hombres del 42%, frente al 27,8% obtenido en la presente investigación. Estos resultados vendrían a confirmar que la ansiedad en niveles elevados es un fenómeno común en los estudiantes de último ciclo. Carrasco (2021) atribuye estos elevados niveles de ansiedad a que “los estudiantes se ven inmersos en una dinámica demandante de presentación de trabajos, practicas pre profesionales y la elaboración de la tesis, reflejando de esta manera sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión” (p.31).

En otro estudio realizado por Murillo et al. (2019) en 352 educandos de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México, se pudo encontrar que los estudiantes de la licenciatura en Derecho presentaban niveles más altos de ansiedad y preocupación que los estudiantes de ingeniería, psicología y medicina. El mismo estudio, usando la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada (EDTAG), pudo diagnosticar la presencia de ansiedad en el 44,48% de los estudiantes de derecho, resultados que estarían en consonancia con el 44,4% de ansiedad grave detectado en la presente investigación. En este sentido, existen autores como Ávila et al. (2021) que incluso han propuesto la existencia de una ansiedad escolar que puede llegar a incidir sobre el 18% de la población estudiantil. Por otra parte, en la investigación de Murillo et al. (2019) se pone de manifiesto que la ansiedad es más prevalente en mujeres que en hombres, observándose un 6% más de ansiedad en las mujeres; si bien en la presente investigación también se pudo encontrar que la prevalencia es más alta en mujeres que en hombres, la diferencia se sitúa en un grado mayor, puesto que los resultados indican que la ansiedad se presenta en las mujeres alrededor de un 15% más que en los hombres.

Finalmente, los resultados de esta investigación, junto con las investigaciones previamente mencionadas, indican que la ansiedad y las distorsiones cognitivas son comunes entre los estudiantes universitarios, especialmente cuando están expuestos a altos niveles de estrés, provenientes de diferentes ámbitos de su vida, como el familiar, social, sentimental y académico. Sin embargo, se requieren más estudios en este campo para comprender mejor la magnitud y la importancia de estos fenómenos en los estudiantes universitarios, con el objetivo de desarrollar programas terapéuticos efectivos para abordar estos problemas y mejorar el bienestar mental de las personas.

## 8. Conclusiones

- Se ha comprobado que existe correlación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, mediante la prueba estadística de Tau-c de Kendall.
- En los estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja las tres distorsiones cognitivas que mejor predicen la ansiedad son la visión catastrófica, la falacia de justicia y el razonamiento emocional, en respectivo orden.
- Entre los estudiantes las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia son la falacia de recompensa divina, el filtraje y la visión catastrófica.
- Los niveles de ansiedad presentes en los educandos corresponden al 15,6 para el nivel mínimo, del 17,8 para el nivel leve, del 22,2 para el nivel moderado y del 44,4 para el nivel grave
- A partir de los resultados obtenidos se propuso un programa de intervención terapéutico enfocado a reducir los niveles de ansiedad presentes en la población investigada.

## 9. Recomendaciones

- En investigaciones futuras, se sugiere incluir una pequeña encuesta para obtener información adicional que ayude a responder a preguntas importantes relacionadas con las variables estudiadas. Estas preguntas podrían incluir: si los participantes son conscientes de su ansiedad, qué factores perciben como causantes de su ansiedad, entre otras. De este modo, esta información complementaria permitiría una mejor comprensión de los resultados de la investigación.
- Se sugiere hacer estudios comparativos entre los estudiantes que se encuentren cursando los dos últimos ciclos de carrera universitaria y aquellos que todavía no, para poder identificar si es habitual que los estudiantes de los últimos ciclos presenten mayores niveles de ansiedad.
- En futuras investigaciones, sería importante tener en cuenta la variable sexo, con el objetivo de confirmar o refutar la evidencia de que las distorsiones cognitivas y la ansiedad son más prevalentes en mujeres. Esto permitiría una mejor comprensión de las diferencias en la presentación de estos problemas entre hombres y mujeres, lo que a su vez podría ayudar a desarrollar intervenciones más específicas.
- En próximas investigaciones, sería interesante tener en cuenta otras variables (locus de control, relaciones sociales, tipo de apego, personalidad, etc.) con el objetivo de analizar cómo estas variables influyen en las distorsiones cognitivas y la ansiedad.
- Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja llevar a cabo una mayor difusión y promoción de temas relacionados con la salud mental, con el fin de fomentar un mayor conocimiento y conciencia en la comunidad universitaria sobre este importante aspecto de la salud.
- Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja, a través del departamento de Bienestar Universitario, tener en cuenta la propuesta de plan terapéutico como una posible herramienta que sirva para reducir los niveles patológicos de ansiedad entre sus estudiantes.

## 10. Bibliografía

- Alarcón, M. E. B. (2018). *Estrés y Burnout enfermedades en la vida actual*. Palibrio.  
<https://bit.ly/3i9OiBk>
- Albarracín León, C. D. (2022). *Manual ilustrativo de técnicas para manejo de la ansiedad para la familia* (Tesis de Licenciatura. Universidad del Azuay).  
<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11754>
- Almache Navarrete, E. V. (2019). *Relación entre distorsiones cognitivas y depresión: Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón* (Tesis de Licenciatura. Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18674>
- Alva Hernández, M. (2019). Propuesta para modificar las distorsiones cognitivas acerca de la salud mental utilizando terapia racional emotiva en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de 20 a 30 años de edad en el CAPASITS". (Tesis de Licenciatura. Universidad Tecnológica Iberoamericana).  
<https://repositorio.unam.mx/contenidos/3479765>
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychological Association. (2019). *APA. Diccionario conciso de Psicología*. Digital.  
<https://dictionary.apa.org/cognitive-distortion>
- Ávila Vargas, S. J., Carrillo Núñez, R. A., & Guarín Cabrera, J. M. (2021). Niveles de ansiedad en estudiantes del grado 11 de una Institución Educativa de Bucaramanga.  
<http://74.208.53.179/handle/20.500.12494/36512>
- Ayllon Panduro, K. (2018). Nivel de ansiedad pre operatoria del paciente programado a intervención quirúrgica en sala de operaciones del Hospital de contingencia-tingo María en el periodo mayo-julio del 2017.  
<http://200.37.135.58/handle/123456789/1317>
- Beck AT. 1964. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*,561-71.
- Beck AT. 1996. Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In *Frontiers of Cognitive Therapy*, ed. P Salkovskis, 1-25. New York: Guilford.
- Beck AT. 2008. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry*, 969-77.
- Beck, A & Emery, G. (1985) *Trastorno de ansiedad y fobias, perspectiva cognitiva*: Nueva York. Biblioteca de psicología, 39-87.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (20° ed.). Descleé De Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (1.ª ed.). Madrid: GEDISA. 978-8474327359
- Bustos, M. R. C. (2021). Técnicas e instrumentos para recoger datos del hecho social educativo. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 5(10), 50-61.  
<https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/349>
- Cajas Tibanta, J. E. (2019). *Los Pensamientos Disfuncionales y su Influencia en la Ansiedad de las Personas Privadas de Libertad que han Enfrentado Negativas del Beneficio de Prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi* (Tesis de Licenciatura, Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica).  
<http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/1540>
- Cambronero Jáuregui, F. E. (2022). *El estrés como causante de enfermedades crónicas y su abordaje terapéutico* (Tesis de Licenciatura. Universidad del Azuay).  
<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11634>
- Caropreso, R. M., & Clínico–Panamá, P. (2015). El modelo de terapia cognitiva conductual. Panamá, p13. <https://bit.ly/3fmEvK6>
- Carrasco, E. (2021). Propuesta de un programa cognitivo conductual en la dimensión ansiedad; estado-rasgo, en estudiantes del último ciclo en la carrera de psicología de la UNPRG.  
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9771>
- Carrillo Montenegro, A. R. (2021). *Educación virtual y las distorsiones cognitivas en estudiantes de 7mo semestre de la carrera de Psicopedagogía en la Universidad Técnica de Ambato* (Tesis de Licenciatura). <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/33898>
- Ceberio, M. R. (2020). Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. *Calidad de Vida y Salud*, 13(Especial), 2-17.  
<http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/272>
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Codena, L., & Carolina, X. (2020). *Distorsiones cognitivas en estudiantes de la Unidad de Nivelación de Carrera de Psicopedagogía, en la ciudad de Quito durante el período lectivo 2019-2020* (Tesis de Licenciatura. Quito: UCE).  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20642>

- Cuevas Chavez, P. A. (2020). Detección Automática de Ansiedad a Través del Monitoreo de Sensores Vestibles. <https://rinacional.tecnm.mx/handle/TecNM/2917>
- De la Peña Fernández, M. E., & Rodríguez, J. M. A. (2012). Distorsiones cognitivas: una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva y antisocial. y antisocial. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12(1), 85-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381079>
- Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades Sobre el Trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11498>
- Durán-Miranda, A. (2019). Intervención de asesoramiento en el duelo anticipado para familiares de pacientes en situación terminal por enfermedad oncológica. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/11326>
- Ellis, A. (1960). There is no place for the concept of sin in psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 7(3), 188.
- Figueroa Zambrano, A. N. (2015). *Los niveles de ansiedad en el desarrollo de las habilidades sociales de las ppl del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas Femenino Quito (CPLPAFQ)* (Tesis de Licenciatura, Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7184>
- Franco, L. M. A., Rueda, O. L. G., Díaz, Y. E. O., Santos, K. M. R., & Picón, M. W. M. S. (2021). Distorsiones Cognitivas En Jóvenes Y Adultos De La Ciudad De Barrancabermeja. <https://bit.ly/3RiDu38>
- Freud, S. (1892). Obras Completas. *Pearson Educación*, 1(5), 211-322.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hidalgo Ruíz, I. A. (2020). *Distorsiones cognitivas en estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica con rasgos dependientes de personalidad y su influencia en las relaciones interpersonales* (Tesis de licenciatura Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25414>
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., & Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 869.

- Lima, F. (2015). *Diseño Metológico: Procesos cognitivos y formas de pensamiento y razonamiento distorsionados*. Lima: Centro alternativo de desarrollo y educación. <https://bit.ly/3fmIPci>
- Londoño, N., Alvarez, C., López, P. & Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 7, 123-136. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/694>
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología: Revista electrónica*, 24, 1-11. [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Macías/Macías-24\(10\)090519.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Macías/Macías-24(10)090519.pdf)
- Michellini, Y. N., Pilatti, A., & Pautassi, R. M. (2019). Distorsiones cognitivas e impulsividad: relación con tipos de juegos de apuestas en estudiantes universitarios argentinos. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/159760>
- Morales, B. L. G., Andrade, M. R. M., Aguilar, D. U. M., & Ortiz, O. S. O. (2021). Aplicación de apoyo para jóvenes universitarios con trastorno de ansiedad generalizada. 2(3), 4848-4854. <https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/637>
- Moreno, G. S. (2022). Adicción a las redes sociales y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3177379>
- Murillo, O. G., García, G. E. P., Echegaray, R. M., García, P. C. G., & Chávez, N. A. (2019). estudio comparativo: trastorno de ansiedad generalizado (tag) y preocupación en estudiantes de la universidad autónoma de zacatecas. <https://bit.ly/3fsp976>
- Núñez Guerrero, G. B. (2020). *Pensamientos irracionales y su influencia en el comportamiento compulsivo en una mujer adulta del centro de atención IEISS en el cantón la Concordia-Santo Domingo* (Tesis de Licenciatura. Babahoyo: UTB, 2020). <https://bit.ly/3LNQBYL>
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología* (6ta.ed.) España: Pearson Adison Wesley. pp. 12-17, 22-36,76-82.
- Pisconte Ato, C. E. (2018). Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú-2018. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1196>
- Rey Jagua, J. A. (2020). Relación entre trastornos de personalidad, el manejo inadecuado de la ira y las distorsiones cognitivas que presentan 10 condenados por el delito de feminicidio. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/23103>

- Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad, la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Ruiz De La Cruz, S. A. (2021). Procrastinación académica y ansiedad en estudiantes universitarios en contexto de educación virtual en tiempos de pandemia, Chiclayo 2020. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3477>
- Sáenz Rabanal, L. S. (2021). Bienestar psicológico y ansiedad en gestantes de la red de salud II Cajamarca, 2021. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/414281>
- Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt, procesos y metodología* (3ra.ed.). México DF: Alfa omega, Editor, SA de CV.
- Samudio, M., Silva Jara, C., Ruiz, S., & Pérez Méndez, J. D. Frecuencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en internos de medicina durante la pandemia de la COVID-19 en dos universidades privadas del Paraguay. [https://upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP\\_Sociales/article/view/157](https://upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Sociales/article/view/157)
- Skinner, B. (1974); *Ciencia y Conducta Humana*; Editorial Fontanella, S.A. Barcelona: pp. 98-117.
- Solis, D. D. R. M. (2018). Reestructuración Cognitiva Y Control De Ira. *Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango*. <http://186.151.197>
- Spielberger, D. (1966). *Theory and research on anxiety*. Academic Press.
- Spielberger, D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *State Trait Anxiety Inventory: STAIC*. TEA Press.
- Vallejo Quintana, P. V. (2017). *Distorsiones cognitivas y estrés en estudiantes universitarios* (Tesis de licenciatura. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Psicología Clínica). <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/26721>
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., Avitia, M. Á. Á., & Aguilar, S. A. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(1), 51-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5093025>
- Velandia, S. R. S. (2021). Niveles de Ansiedad en Vigilantes de Seguridad Privada de la Empresa COOVISUR CTA. <http://74.208.53.179/handle/20.500.12494/36550>

- Victoria-Álvarez, L., Ayala-Moreno, N. Y., & Bascuñán-Cisternas, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 200-221. <https://bit.ly/3E5N4Dg>
- Villarrubia Pacheco, C. I. (2019). Distorsiones cognitivas y ansiedad ante los exámenes en estudiantes de la carrera de Psicología en la Universidad Continental, 2017, p.64  
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/5342>
- Wolpe, J. (1981); Psicoterapia por Inhibición Recíproca. España: Ed. Española. p. 97
- Zamora León, Anahí. (2018). "Creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor en pacientes con síndrome de fibromialgia". (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. de  
<https://repositorio.unam.mx/contenidos/323272>

## 11. Anexos

### Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Titulación



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

#### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 16 de agosto de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.

**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA -  
UNL.**

En su despacho. –

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio Nro.-431- C.PS.CL- FSH-UNL, de fecha 15 de mayo de 2022, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado “Distorsiones cognitivas y ansiedad en estudiantes de la carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2022.”, de autoría del Señor Erick Isaac Jaramillo Jiménez con C.I 1104237100, menciono que: Una vez que se ha realizado la revisión del Proyecto de Tesis, informo a Usted que el mismo tiene estructura y coherencia

Por lo que se considera que el estudiante podrá continuar realizando su trabajo de tesis según el cronograma planteado.

Atentamente,

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.  
**GESTORA ACADÉMICA**

Psi. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg.  
**DIRECTORA DEL TRABAJO  
DE TITULACIÓN**

## Anexo 2. Designación de Directora del Trabajo de Titulación

Solicitud director de tesis Mayra Medina Recibidos x



**ERICK ISAAC JARAMILLO JIMENEZ**

mar, 5 jul, 9:21

Buen día Estimada Dra. Ana Puertas, por medio del presente correo solicito a usted me ayude con la designación de un director de tesis, como en el día de ayer p



**Dirección Carrera Psicología Clínica** <direccion.cpc@unl.edu.ec>

mié, 6 jul, 8:44

para Secretaria, mi

Por favor oficiar a la Psi. Cl. Mayra Medina Ayala, informando que se designa directora de tesis del presente proyecto.  
Saludos cordiales.



---

Dra. Ana Catalina Puertas A.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA U.N.L.

3 archivos adjuntos • Escaneado por Gmail



### Anexo 3. Certificado del resumen en su traducción al inglés

#### Certificación de traducción de Abstract

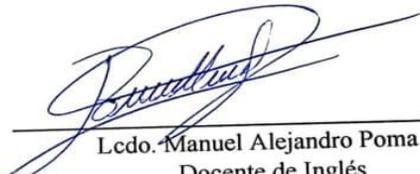
Lcdo. Manuel Alejandro Poma Tacuri

**DOCENTE DE INGLÉS Y PROFESOR CERTIFICADO POR LA UNIVERSIDAD DE  
CAMBRIDGE**

**CERTIFICO:**

Que la traducción del resumen, denominado Abstract, de la tesis titulada **“Distorsiones cognitivas y ansiedad en estudiantes de la carrera de derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2022”**, bajo la autoría del Sr. ERICK ISAAC JARAMILLO JIMÉNEZ con CI: 1104237100, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja es completamente verídica; además, su traducción y revisión se ha realizado minuciosamente bajo mi responsabilidad.

Loja, 31 de octubre de 2022



---

Lcdo. Manuel Alejandro Poma T.  
Docente de Inglés  
E-mail: manuel.pomat@educacion.gob.ec  
CAMBRIDGE CERTIFICATE: B0357107

## Anexo 4. Autorización para implementar la investigación de la institución educativa



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

Bienestar  
Universitario

Oficio No. 128-UBU-UNL

Loja, 9 de agosto de 2022

Doctor.  
Mario Enrique Sánchez Armijos  
DIRECTOR DE LA CARRERA DE DERECHO  
Ciudad de Loja.

De mi consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarlo y desearle éxitos en sus delicadas funciones, al mismo tiempo que me permito solicitarle se autorice para que el estudiante **Erick Isaac Jaramillo Jiménez**, con número de cédula 1104237100, estudiante del Décimo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Salud Humana realice una investigación sobre "Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en Estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022". Cabe indicar que el referido estudiante se encuentra realizando prácticas en la Unidad a mi cargo, motivo por el que realizo este pedido.

Por la gentil atención que se digne dar a la presente, expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



CECILIA ROCIO  
DEL CISNE RUIZ  
TOLEDO

Dra. Cecilia Ruiz Toledo Mg.Sc.  
Directora de Bienestar Universitario

*S. A. Toledo*  
*09-03-2022*  
*MF*

## Anexo 5. Consentimiento informado

### Consentimiento Informado

Consentimiento informado para participantes de la presente investigación. El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la misma, así como su rol como participantes. La presente investigación es conducida por Erick Isaac Jaramillo Jiménez, estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

La meta de este estudio es identificar las distorsiones cognitivas y la ansiedad los estudiantes de decimo ciclo de la carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, periodo Abr.-Sep. 2022. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a dos reactivos psicológicos: el inventario de Pensamientos automáticos (IPA) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y una ficha sociodemográfica, que le tomará aproximadamente unos 15 minutos. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Así mismo, sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto anónimas. Si tiene alguna duda, sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, también puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma y si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

(Yo)....., con número de cédula de ciudadanía....., expresó el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por Erick Isaac Jaramillo Jiménez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar las distorsiones cognitivas y la ansiedad en estudiantes de decimo ciclo de la carrera de Administración de Empresas de la Universidad Nacional de Loja

En constancia firmo: .....

## Anexo 6. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica				
Fecha y hora:	Sexo:	M	F	Número de hijos:
Nombres y Apellidos:			Edad:	Ciclo:
Lugar y fecha de nacimiento:		Carrera:		
Dirección Domiciliaria:			Estado civil:	
Procedencia:		Religión:		

## Anexo 7. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

### INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontraras una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

ITEMS	0	1	2	3
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.				
2. Solamente me pasan cosas malas				
3. Todo lo que hago me sale mal				
4. Sé que piensan mal de mi				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6. Soy inferior a la gente en casi todo				
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiria mejor				
8. ¡No hay derecho a que me traten así!				
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10. Mis problemas dependen de los que me rodean				
11. Soy un desastre como persona				
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14. Sé que tengo la razón y no me entienden				
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16. Es horrible que me pase esto				
17. Mi vida es un continuo fracaso				
18. Siempre tendré este problema				
19. Sé que me están mintiendo y engañando				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21. Soy superior a la gente en casi todo				
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26. Alguien que conozco es un imbécil				
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa				
28. No debería de cometer estos errores				
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30. Ya vendrán mejores tiempos				
31. Es insoportable no puedo aguantar mas				
32. Soy incompetente e inútil				
33. Nunca podré salir de esta situación				
34. Quieren hacerme daño				
35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero?				
36. La gente hace las cosas mejor que yo				
37. Soy una víctima de mis circunstancias				
38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco				
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41. Soy un neurótico				
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43. Debería recibir más atención y cariño de otros				
44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana				
45. Tarde o temprano irán las cosas mejor				

## Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 9. Tablas de contenido

Tabla 10.

*Distorsiones cognitivas más frecuentes y su distribución por sexo en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

		Distorsiones cognitivas más frecuentes y su distribución por sexo					
		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
Categorías	Niveles	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1) Falacia de recompensa divina	Bajo	18	50,0%	15	27,8%	33	36,7%
	Medio	12	33,3%	17	31,5%	29	32,2%
	Alto	6	16,7%	22	40,7%	28	31,1%
2) Filtraje o abstracción selectiva	Bajo	27	75,0%	24	44,4%	51	56,7%
	Medio	8	22,2%	22	40,7%	30	33,3%
	Alto	1	2,8%	8	14,8%	9	10,0%
3) Visión catastrófica	Bajo	26	72,2%	31	57,4%	57	63,3%
	Medio	10	27,8%	20	37,0%	30	33,3%
	Alto	0	0,0%	3	5,6%	3	3,3%
4) Los deberías	Bajo	28	77,8%	30	55,6%	58	64,4%
	Medio	7	19,4%	14	25,9%	21	23,3%
	Alto	1	2,8%	10	18,5%	11	12,2%
	<b>Total</b>	90	100%	90	100%	90	100%

*Nota: f = frecuencia; % porcentaje*

Fuente: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

Tabla 11.

Frecuencia de los niveles de ansiedad por sexo en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja

Frecuencia de los niveles de ansiedad por sexo en los estudiantes							
Variable	Niveles	Sexo				Total	
		Masculino		Femenino		f	%
		f	%	f	%		
Ansiedad	Mínima	9	25,0%	5	9,3%	14	15,6%
	Leve	6	16,7%	10	18,5%	16	17,8%
	Moderada	11	30,6%	9	16,7%	20	22,2%
	Grave	10	27,8%	30	55,6%	40	44,4%
Total		36	100,0%	54	100,0%	90	100,0%

Nota: f = frecuencia; % porcentaje

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), aplicado en los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

Tabla 12.

Prevalencia del pensamiento distorsionado en los estudiantes de Décimo Ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja

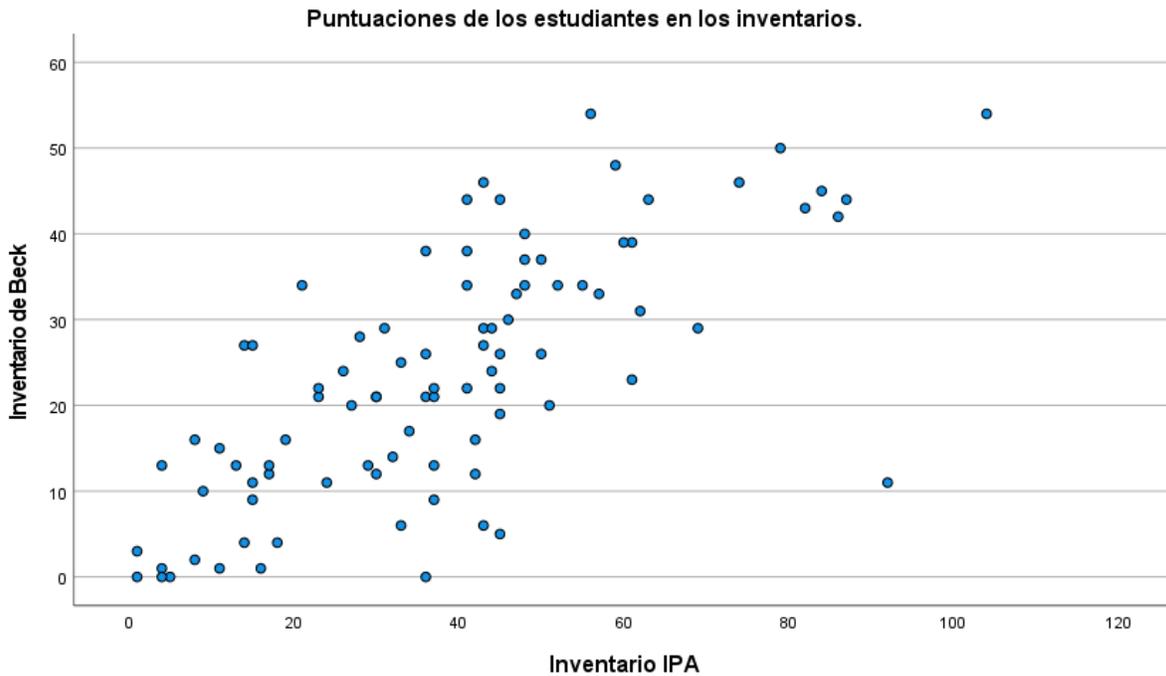
Pensamiento distorsionado	Niveles	Sexo				Total	
		Masculino		Femenino		Frecuencia	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Niveles	Bajo	23	63,9%	33	61,1%	56	62,2%
	Medio	11	30,6%	18	33,3%	29	32,2%
	Alto	2	5,6%	3	5,6%	5	5,6%
Total		36	100,0%	54	100,0%	90	100,0%

Fuente: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aplicado a los estudiantes.  
Elaborado por: Erick Jaramillo

## Anexo 10. Figura

### Figura 1.

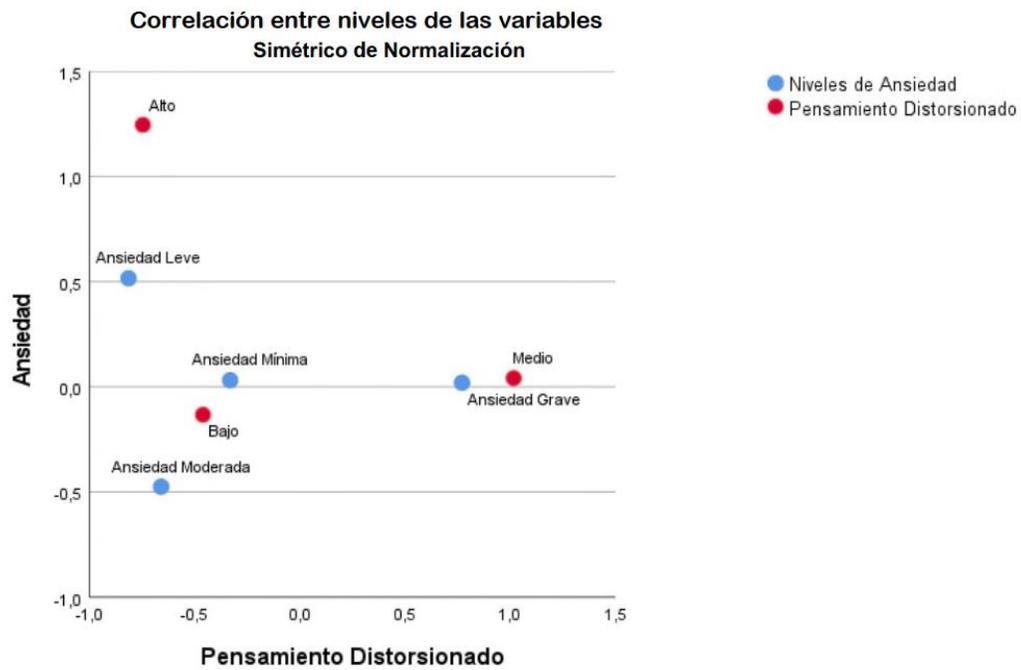
*Puntuaciones obtenidas en los inventarios IPA y BAI por los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*



La figura 1 muestra las puntuaciones obtenidas por los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja en los dos instrumentos utilizados en la investigación: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en el eje Y, y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en el eje X. Se puede observar cómo a medida que aumentan las puntuaciones en uno de los inventarios, también lo hacen en el otro. Además, se utilizó la prueba de Correlación Tau-c de Kendall para confirmar que existe una relación positiva entre las variables de distorsiones cognitivas y ansiedad, lo que sugiere que ambas se influyen mutuamente.

**Figura 2.**

*Correlación entre niveles de las variables distorsión del pensamiento y ansiedad en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*



## Anexo11. Pruebas fotográficas de la aplicación de reactivos





**Anexo 12. Plan de intervención terapéutico**



**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO PARA REDUCIR LOS  
NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS “APRENDIENDO A CONTROLAR MI  
ANSIEDAD”**

**Autor:** Erick Isaac Jaramillo Jiménez

**Tutor:** Psi. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja, Ecuador 2022

## Índice

<u>Índice</u> .....	80
a. <u>Tema</u> .....	81
b. <u>Introducción</u> .....	82
c. <u>Guía de uso del proceso terapéutico</u> .....	83
d. <u>Objetivos de la propuesta</u> .....	84
a. <u>General</u> .....	84
b. <u>Específicos</u> .....	84
e. <u>Técnicas empedadas y fundamentación teórica</u> .....	85
c. <u>Desarrollo de Sesiones</u> .....	90
<u>Taller 1</u> .....	90
<u>Taller 2</u> .....	95
<u>Taller 3</u> .....	98
<u>Taller 4</u> .....	101
<u>Taller 5</u> .....	103
<u>Taller 6</u> .....	106
<u>Taller 7</u> .....	109
<u>Taller 8</u> .....	111
d. <u>Bibliografía</u> .....	114

**a. Tema**

Propuesta de plan terapéutico para reducir los niveles de ansiedad en los estudiantes universitarios “aprendiendo a controlar mi ansiedad”

## **b. Introducción.**

El presente plan terapéutico se presenta como un aporte del trabajo de titulación para la obtención del grado en Psicología Clínica, con el fin de ser una guía de trabajo para controlar y disminuir la ansiedad que puede presentar un estudiante universitario. Sus objetivos están encaminados a psicoeducar y promocionar la salud mental entre los participantes de este proyecto, procurar reducir la ansiedad producto de las demandas académicas y de la vida diaria, que presentan los estudiantes universitarios y, por último, implantar hábitos y técnicas psicoterapéuticas para lograr una mejor regulación emocional y un mayor control sobre los estados ansiosos. Una vía secundaria de actuación, pretende cumplir con la necesidad de establecer programas especializados que atiendan la promoción de la salud mental, uno de los objetivos principales de la Unidad de Bienestar Universitario, lugar en el que se entregó el presente trabajo, con la finalidad de atender problemáticas y grupos concretos de población.

Este plan terapéutico está conformado por nueve talleres, que se describirán a profundidad con el objetivo de que cualquier persona cualificada en el área de la salud lo pueda aplicar, del mismo modo, se han tenido en cuenta las condiciones del centro universitario y en especial las características y recursos de la Unidad de Bienestar Universitario, así como las características y necesidades de la población universitaria, con la finalidad de que este plan sea viable de la forma más adecuada. Se ha intentado que las técnicas aplicadas cuenten con el mayor respaldo técnico, científico y que se hayan comprobado como válidas para la reducción y regulación de los estados ansiosos.

Si bien este plan es específico para la población universitaria que presenta ansiedad, con las modificaciones adecuadas y algunas adaptaciones específicas se podría aplicar a otros ámbitos y no solo aquellos relacionados con el educativo.

### **c. Guía de uso del proceso terapéutico**

Se procede a explicar de manera breve la metodología a seguir para alcanzar el tercer objetivo específico propuesto en el proyecto de titulación, del mismo modo, se explicará cómo se deben desarrollar las dinámicas y ejercicios, la relación existente entre cada ejercicio y su objetivo terapéutico, el tiempo aproximado que toma cada dinámica y los materiales y recursos necesarios para el buen desarrollo del plan.

El presente programa tiene una duración estimada de dieciséis horas, que se impartirá dos días a la semana, preferiblemente los días lunes y viernes, la duración aproximada de una sesión se acerca a las dos horas, está pensado para ser conducido por dos profesionales de la salud humana, con grupos de aproximadamente diez personas. El presente plan terapéutico tiene una estructura organizada, por lo tanto, las sesiones tendrán elementos comunes que se repetirán a lo largo de todo el programa como el saludo, la dinámica, la revisión de tareas, la retroalimentación y la despedida. En cada taller se aborda un tema específico, de modo que, el primer taller está dedicado a la presentación del taller y a la evaluación de la ansiedad; en el segundo taller se dará una psicoeducación en ansiedad, se enseñará la técnica de respiración del cuadrilátero y devolverán de los resultados de la evaluación; en el tercer taller se dará una psicoeducación en distorsiones cognitivas, se enseñará el registro del pensamiento y el establecimiento de acuerdos y la firma de un contrato de participar en el plan terapéutico; el cuarto taller se enfoca en la enseñanza de la técnica de parada del pensamiento; el quinto taller está dirigido a fomentar el yoga como propuesta deportiva, que se desarrolla en dos sesiones; en el sexto taller se enseña las técnicas de evaluación y reestructuración cognitiva, esta es la última técnica que se enseñará a los participantes en el taller; en el séptimo taller se hace una nueva evaluación de la ansiedad y se repasa, por grupos, las técnicas usando el role playing; en el noveno y último taller, se socializan los resultados en conjunto de las dos evaluaciones y se realiza el cierre y la despedida del taller.

Es importante ser imaginativo a la hora de aplicar este plan terapéutico, tanto para resolver los inconvenientes que se puedan presentar, como para modificar el presente plan si no está logrando su objetivo o se ha descubierto una mejor manera de implementarlo, del mismo modo se puede usar otras dinámicas o técnicas que se consideren más oportunas, pero siempre teniendo presente el objetivo general del plan y de cada taller.

#### **d. Objetivos de la propuesta**

##### **a. General**

- Disminuir los niveles de ansiedad en los estudiantes universitarios que participen en el plan terapéutico.

##### **b. Específicos**

- Evaluar los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes que participen en el plan terapéutico.
- Psicoeducar a los estudiantes que participen en el plan terapéutico sobre el proceso de ansiedad y las distorsiones cognitivas.
- Enseñar técnicas psicoterapéuticas a los estudiantes que participen en el plan terapéutico encaminadas a reducir sus niveles de ansiedad.

### e. Técnicas empujadas y fundamentación teórica.

*Tabla del desarrollo de la propuesta de plan de intervención terapéutico “Aprendiendo a controlar mi ansiedad” para reducir los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes de décimo ciclo de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja*

Sesiones	Temática	Técnica	Descripción	Objetivo	Responsable
1. Presentación del plan terapéutico y evaluación de la ansiedad	Presentación del plan terapéutico	Rapport Dinámica Presentación Explicación del taller Evaluación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Presentación del equipo 4. Explicación detallada plan terapéutico 5. Evaluación inicial de la ansiedad 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Dar a conocer el taller a los estudiantes, evaluar inicialmente los niveles de ansiedad y lograr cohesión de grupo.	Personal de la Salud Mental
2. Psicoeducación en ansiedad, respiración del cuadrilátero	Psicoeducación en ansiedad	Rapport Dinámica Devolución de resultados Psicoeducación Respiración Técnica de respiración del cuadrilátero Retroalimentación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Devolución de resultados 5. Psicoeducación sobre ansiedad 6. Enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero 7. Retroalimentación y dudas 8. Despedida	Dar a conocer los resultados de los reactivos, explicar detalladamente el fenómeno de la ansiedad y enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero	Personal de la Salud Mental
3. Psicoeducación en distorsiones cognitivas y firma de contrato terapéutico	Psicoeducación en distorsiones cognitivas	Rapport Dinámica Psicoeducación Registro de pensamiento Contrato terapéutico Retroalimentación	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas 5. Firma de contrato terapéutico 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	explicar detalladamente el fenómeno de las distorsiones cognitivas, enseñar a usar el registro del pensamiento y firmar un contrato terapéutico	Personal de la Salud Mental

Sesiones	Temática	Técnica	Descripción	Objetivo	Responsable
4. Técnica de parada del pensamiento	Enseñar la técnica de parada del pensamiento	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación técnica de parada del pensamiento Practica de la técnica de parada del pensamiento Retroalimentación Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Explicación sobre la técnica de parada del pensamiento 5. Enseñar y practicar la técnica de parada del pensamiento 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Psicoeducar y enseñar a los pacientes la técnica de parada del pensamiento.	Personal de la Salud Mental
5-6. Introducción al yoga, como propuesta de actividad física	Yoga	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación sobre la importancia de la actividad física Rutina de yoga Retroalimentación Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Sesión de yoga 5. Retroalimentación y dudas 6. Despedida	Enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física.	Personal de la Salud Mental
7. Evaluación del pensamiento y reestructuración cognitiva.	Evaluación y reestructuración de pensamientos	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Psicoeducación sobre la reestructuración del pensamiento Practica de la reestructuración cognitiva Retroalimentación. Pacto con los pacientes y el grupo	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Explicación del proceso de reestructuración del pensamiento con una aplicación para la 5. Practicar la evaluación de pensamiento y su reestructuración 6. Retroalimentación y dudas 7. Despedida	Enseñar a hacer una reestructuración cognitiva por medio de una aplicación móvil	Personal de la Salud Mental

Sesiones	Temática	Técnica	Descripción	Objetivo	Responsable
8. Repaso de técnicas y evaluación	Consolidar lo aprendido	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Test de Beck Role playing	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Control de lo aprendido y revisión de tareas 4. Evaluación de la ansiedad 5. Repaso por grupos de las técnicas con las que más dificultades presentan 6. Despedida	Por grupos, repasar la técnica en la que más dificultad presente cada participante del taller, aclarar dudas y volver a evaluar la ansiedad.	Personal de la Salud Mental
9. Despedida	Cierre del plan terapéutico	Rapport Dinámica Repaso y control de tareas Socialización Despedida	1. Saludo inicial 2. Dinámica y respiración profunda 3. Socialización de resultados 4. Jornada de festejo y despedida 5. Despedida	Socializar los resultados de la evaluación, cierre del plan terapéutico y despedida de los pacientes.	Personal de la Salud Mental

Fuente: Beck (2000); Tena (2020); García (2022). Elaborado por: Erick Jaramillo

A continuación, se realiza la fundamentación teórica de cada una de las técnicas utilizadas en el presente plan terapéutico, con la finalidad de que se pueda observar en qué autores se ha fundamentado este trabajo.

- El saludo inicial, El saludo inicial es el primer ejercicio en todos los talleres y se repetirá en cada sesión. Tiene como finalidad facilitar la Relación Terapéutica (RT) que López et al., (2019) describen como una relación de correspondencia, entre paciente y terapeuta, en la que se producen intercambios comunicativos con la finalidad de lograr una mejoría en el paciente; el constructo de la RT se encuentra mediado por la relación, la transferencia y la alianza entre los participantes de la terapia. La RT implica respeto, confianza, confidencia y aceptación, dispuestas para lograr un beneficio en el paciente. Del mismo modo, Judith Beck (2000) refiere que el rapport es un proceso que se suele realizar sin dificultades, a no ser que el paciente padezca un trastorno de personalidad, por lo cual es suficiente con que el terapeuta demuestre su compromiso con el paciente por medio de sus palabras, el tono de su voz, sus expresiones faciales y su lenguaje corporal (p. 48). Atendiendo a lo anteriormente mencionado, se ha elegido como técnica facilitadora del rapport y de la alianza terapéutica un saludo empático y cordial, tanto al iniciar la sesión como al concluirla.

- Las dinámicas grupales, son la segunda técnica empleada en las sesiones, para cada sesión se ha elegido una diferente, que esté relacionada con el tema a tratar ese día; a lo largo del taller se llevarán a cabo 10 dinámicas. a nivel teórico como indican Fridman y Borrás (2019) son técnicas y juegos que favorecen la integración y participación del grupo, del mismo modo, facilitan el aprendizaje, crean un mayor compromiso y mejoran la productividad. Por otra parte, estos autores indican que las dinámicas deben ser adecuadamente seleccionadas para lograr su máxima eficacia, teniendo en cuenta el grupo con el que se está trabajando y el objetivo que se desea conseguir.
- La respiración profunda o diafragmática es una técnica que tiene como objetivo que las personas la puedan utilizar en su vida diaria en los momentos en que necesiten calmarse. Según García & López (2008), controlar la respiración puede ser una técnica efectiva para reducir la activación fisiológica en situaciones de ansiedad. Estas técnicas tienen como objetivo disminuir el número de respiraciones por minuto, que suelen oscilar entre 12 y 16, a 8 o 12, mediante una respiración más profunda que involucra el diafragma en lugar de las respiraciones habituales que se suelen hacer con el pecho. Para este taller la modalidad de respiración que se ha elegido ha sido la respiración profunda del cuadrilátero que consta de los siguientes cuatro pasos: 1). Se inhala aire por cuatro segundos, 2) se sostiene el aire por cuatro segundos, 3) se exhala el aire por otros cuatro segundos y 4) se sostiene la respiración sin aire por cuatro segundos (The vortex way, 2020; Gotter, 2020).
- Retroalimentación. Judith Beck (2000) refiere que la retroalimentación es pedirle al paciente que exprese su percepción sobre el proceso terapéutico y el terapeuta; esta pequeña acción permite al terapeuta conocer si está resultando competente, comprensivo y empático, del mismo modo, le permite hacer correcciones sobre cualquier problema o dificultad que haya surgido en la terapia (p. 63). La retroalimentación es el último o uno de los últimos pasos de una terapia estructurada de corte Cognitivo Conductual; esta acción suele fortalecer el rapport y la relación terapéutica, debido a que la mayoría de los pacientes interpretan las preguntas de ¿cómo se han sentido? o lo que opinan sobre la sesión como interés por su persona, al mismo tiempo, es una ocasión para que el paciente se exprese (Beck, 2000).
- La despedida. Tiene el mismo objetivo que el saludo inicial, que es, fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport, la técnica que usaremos es la despedida empática.

- Psicoeducación. Tena et al. (2020) definen la psicoeducación como el proceso, por el cual, los pacientes con base en un descubrimiento realizado en el proceso terapéutico, son capaces de hallar y desarrollar fortalezas para potenciar su vida (p.3). Tena et al. (2020) refieren que no existe proceso psicoterapéutico sin proceso psicoeducativo, por lo tanto, es una técnica de referencia e imprescindible, en la que el paciente logra pasar de mero receptor de una técnica a ser el actor esencial de su cambio personal y clínico, desarrollando estrategias por las que será capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones del diario vivir de una manera más adaptativa. Uno de los principales objetivos de la psicoeducación es la pedagogía clínica, que consiste en informar y lograr que el paciente alcance un conocimiento significativo.
- Acuerdos y contrato terapéutico. Según García y Marinas (2022) el contrato terapéutico es una técnica habitual en el proceso psicoterapéutico y en salud mental, se usa sobre todo con la finalidad de lograr adherencia al tratamiento y consiste en la firma y negociación de un acuerdo bidireccional, por la que ambas partes, paciente y terapeuta, se comprometen a ciertas cosas que facilitan la terapia, esta técnica logra que el paciente se sienta en una relación donde puede elegir, así, es importante tener en cuenta que el contrato se puede reformular si ambas partes están de acuerdo.
- Tareas. Según Judith Beck (2000) las tareas para el hogar son una parte central de la terapia cognitiva conductual, porque permiten al paciente tener más oportunidades de practicar y reforzar lo aprendido en la terapia, a su vez, producen sensación de mayor autonomía, lo que puede acelerar los cambios cognitivos y conductuales. Esta técnica consta de dos partes: la asignación de tareas y la revisión, la asignación de tareas siempre se hace al final de la sesión, mientras que la revisión es uno de los primeros ejercicios que se realiza en la posterior sesión.

### c. Desarrollo de Sesiones

#### Taller 1

Taller 1: Presentación del plan terapéutico y evaluación de los niveles de ansiedad.

Objetivos: Dar a conocer el taller los estudiantes que participen, evaluar inicialmente los niveles de ansiedad y lograr cohesión de grupo

Duración: 1 h 40m

#### *Tabla descriptiva del desarrollo del taller 1*

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	El pececito	Se les pide a los participantes que formen dos filas paralelas, se les pide que se tomen de los brazos, uno por uno, irán pasando por encima de los brazos de sus compañeros, hasta llegar al otro extremo de la columna. Después se realiza una respiración diafragmática.	20 min	Humanos
3. Presentación del equipo	Presentar a los pacientes al personal con el que trabajarán el plan terapéutico	Presentación detallada	Los dos instructores tendrán cinco minutos para hacer una pequeña presentación (quienes son, gustos e intereses, ...), se intentará ser empáticos y remarcar que su objetivo es ayudar.	10 min	Humanos
4. Presentación y explicación del plan terapéutico	Explicar a los pacientes en que consiste y como se implementará el plan terapéutico	Exposición	Se explicará detalladamente en que consiste el taller, las partes de las que está compuesto, su duración y que la participación en el plan terapéutico requiere el cumplimiento de acuerdos y tareas.	30 min	Humanos Diapositivas Proyector
5. Evaluación inicial de la ansiedad	Aplicar reactivos con el fin de conocer los niveles de ansiedad presentes en los pacientes	Test de Beck	Se realiza una primera evaluación para poder tener una perspectiva más clara de la ansiedad en el grupo, quienes son los pacientes que más apoyo necesitan, estos resultados nos servirán para compararlos con los resultados obtenidos en la evaluación final.	20 min	Humanos Esferos Reactivos

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
6. Retroali mentació n y dudas	Verificar lo comprendido y aprendido por los pacientes, clarificación de dudas y atención de sugerencias	Retroali mentació n	Se pide a algunos estudiantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, los instructores aclararán cualquier duda que surja, y se pregunta si hay alguna sugerencia que se tendrá en cuenta.	10 min	Humanos
7. Despedid a	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedid a empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

---

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo principal de este primer taller es evaluar los niveles de ansiedad de los participantes en el plan terapéutico, así como informarlos sobre este plan de intervención. Estas dos actividades serán las más importantes de este taller, que se realizará en una sesión de una hora y cuarenta minutos. A continuación, describiremos detalladamente las actividades que se desarrollarán en este tiempo:

1. Se ha elegido como técnica facilitadora del rapport y de la alianza terapéutica un saludo empático y cordial al iniciar la sesión, el cual se realiza de la siguiente forma: Se espera en la puerta a los pacientes, es importante tener una buena actitud, con predisposición a ser cordial y atento. En el momento en el que van ingresando se les da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno, llamando a la persona por su nombre, y de manera empática, con el transcurso de las sesiones, el saludo puede irse personalizando, de manera que se cree un momento de complicidad entre paciente-terapeuta, también se pueden realizar preguntas cordiales del tipo: ¿cómo te encuentras?, ¿cómo has estado desde la última sesión? El saludo tiene una duración aproximada de cinco minutos, con un promedio de tiempo de treinta segundos para cada persona, y su finalidad es propiciar la confianza, simpatía y la RT.
2. Para este primer taller y sesión se ha elegido la dinámica del pececito, con la finalidad de cohesionar al grupo, romper tensiones y lograr un momento de diversión, previo la presentación del taller. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: Previamente, se despeja el centro del aula de sillas y mesas, después del saludo se les pide a los participantes que formen un círculo en el centro del aula, uno de los

instructores les comunica que antes de empezar se realizará una dinámica o juego con la finalidad de conocerse y relajarse. A continuación, se les pide a los participantes que formen dos filas paralelas y que se coloquen una enfrente de la otra; el siguiente paso a seguir, es pedirles que se tomen de los brazos, a la altura del antebrazo, lo suficientemente fuerte como para aguantar a una persona, si falta una persona para completar una pareja, un instructor participará; posteriormente, se les explica que este es un juego que trata sobre la confianza en sus compañeros, de modo que, uno por uno irán pasando por encima de los brazos de sus compañeros, mientras estos, agitando los brazos, a manera de manteo, facilitarán su movimiento hasta llegar al otro extremo de la columna. Si es preciso, el instructor será el primero en participar y ser manteado, con la finalidad de enseñar como se realiza la dinámica y fomentar la participación. Tras concluir con la dinámica, se procede con un ejercicio de respiración profunda y diafragmática, que tiene como objetivo crear un estado de relajación previo a la siguiente actividad.

3. La presentación del equipo que imparte el plan terapéutico se deja a elección de cada instructor, para que la puedan realizar de la manera en que se sientan más cómodos o que sientan que más les favorece, el objetivo de la presentación es que los pacientes conozcan a las personas con las que van a trabajar las dieciséis horas que aproximadamente dura el plan de intervención terapéutico; como ya hemos mencionado, el presente plan está ideado para ser impartido por dos personas, si se aplica con más o menos instructores será conveniente revisar el tiempo que se dedica a esta actividad en la sesión, el tiempo estimado para la presentación de cada instructor es de cinco minutos, lo que hace un total de diez minutos. La presentación se puede realizar de la siguiente manera: primero nos aseguramos que el aula ha vuelto a la normalidad, después de que la dinámica ha concluido y que los pacientes están sentados y atentos, empezaremos una pequeña presentación sobre nuestra persona, en todo momento nos intentaremos mantener sonrientes, con una adecuada postura, mirando a los ojos a los participantes e intentando mantener un lenguaje corporal adecuado; para no empezar con el típico “soy (nombre) y me dedico a...”, es preferible empezar haciendo una pregunta del estilo ¿saben porque están aquí? o ¿cuántas veces se han sentido estresados esta semana?, después de escuchar algunas respuestas y validarlas, podemos seguir con una pequeña introducción “el estrés es un proceso natural, saben que hasta las plantas se estresan”, podemos seguir dando un dato curioso sobre el estrés como “saben que el estrés es

contagioso y hasta cambia nuestro olor corporal”, después de esta pequeña introducción, ya podemos decir nuestros nombres y apellidos, nuestra profesión, que nos encontramos dispuestos y contentos por impartir el taller y que estamos para ayudar, posteriormente podemos hacer una pequeña disertación sobre nuestros gustos, intereses, logros, objetivos en la vida, de cuantos miembros se compone mi familia, se ha comprobado que decir que se tiene hijos o mascotas resulta eficaz para activar la empatía. Posteriormente se prosigue con la presentación del otro instructor.

4. Por medio de una exposición, se alcanza el objetivo de esta fase, que es explicar a los pacientes en que consiste y como se implementará el plan terapéutico, la exposición tiene una duración aproximada de media hora, si es preciso se usará el apoyo de diapositivas y su disertación podrá ser distribuida entre los dos terapeutas, se puede realizar del siguiente modo: después de la presentación se les indica que el siguiente punto es explicarles en que consiste el plan terapéutico, a continuación se explica de manera detalladamente porque es necesario un plan así, en que consiste esta intervención, los talleres de los que está compuesto, cuál es su duración y en que horarios, cuantas sesiones se harán por semana y que temas se abordará en cada una de ellas; del mismo modo se remarcará que el taller no es de carácter obligatorio, pero que es importante y beneficioso para su persona, además de gratuito, que con su participación podrán aprender herramientas que les ayudarán a controlar y reducir sus niveles de ansiedad, y que las técnicas aprendidas, les servirán para el resto de su vida. También es muy importante que los participantes entiendan que el taller requiere compromiso, participación y buena predisposición por su parte, que deberán realizar tareas, ejercicio, y trabajar en grupos, por último, se les explica que si están dispuestos a participar tendrán que firmar un contrato terapéutico.
5. Después de la socialización del plan terapéutico, procederemos a la evaluación de la ansiedad entre los asistentes, este punto es fundamental, ya que, nos permitirá conocer los niveles de ansiedad que presentan los participantes antes de iniciar la intervención terapéutica. La evaluación se hace con tres objetivos: uno es poder conocer cuáles son las personas que más ansiedad presentan y, por lo tanto, brindarles más apoyo y guía, con la finalidad de que realicen mejor las actividades, para lograr potenciar su desempeño y una mayor eficacia del tratamiento; también nos permitirá, en caso de existir una gran demanda del curso, dar prioridad a las personas que más lo necesiten; por último, nos permitirá tener una referencia

con la que poder comparar los resultados de la segunda evaluación de la ansiedad, que se realizara en el penúltimo, y así poder corroborar si nuestro plan terapéutico ha sido eficaz y si los niveles de ansiedad se han reducido, logrando nuestro objetivo general. La evaluación se realiza por medio del test de ansiedad de Beck, el cual ha sido ampliamente validado para la evaluación de la ansiedad, este proceso se realiza del siguiente modo: se les explica a los pacientes que se les proporcionará un test que mide la ansiedad, el cual tiene una escala likert que tiene cuatro valores, que representan la sensación percibida para una lista de síntomas y signos característicos de la ansiedad, según perciban cada síntoma podrán contestar en absoluto, levemente, moderadamente y severamente. A continuación, se les comenta que si necesitan ayuda o tienen alguna dificultad al contestar que no duden en pedir ayuda, pues los instructores estarán dispuestos y contentos de poder ayudar, del mismo modo, se les pide que sean lo más sinceros a la hora de contestar; se procede a repartir el test y los esferos para que puedan contestar. El tiempo estimado para esta actividad es de unos veinte minutos, una vez hayan terminado todos se les da las gracias y se les comenta que los resultados estarán listos para la siguiente sesión.

6. En este plan, se aplicará una versión algo modificada de la retroalimentación, pues además de la retroalimentación también se pedirá a los participantes que hagan un breve resumen de lo que entendieron y se vio en la sesión. De este modo, lograremos cumplir con el objetivo para este apartado que es verificar lo comprendido y aprendido por los pacientes, clarificación de dudas y atención de sugerencias; para esta fase el tiempo estimado es de diez minutos y se puede realizar de la siguiente forma: primero podemos indicar que la sesión ya está por concluir, pero que antes nos gustaría saber ¿cómo se han sentido?, ¿si todo ha ido bien?, ¿si hay algo que les resultará difícil o no entendieron?, atenderemos adecuadamente a cualquier circunstancia que pueda surgir de estas preguntas; después preguntaremos si alguien tiene alguna sugerencia que por favor la haga conocer, también nos ofreceremos diciendo que estamos dispuestos, después de la sesión, para cualquier comentario que crean que es importante hacer, con este último ofrecimiento se cierra la parte de la retroalimentación y se pasará a la siguiente parte. En el Control de lo Aprendido pediremos a algunos participantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, también podemos llevar preguntas que haremos al azar entre los pacientes, después de que contesten, damos

por cerrada la sesión, comentamos que las sesiones se parecerán unas a otras y que siempre terminaremos con una retroalimentación.

7. La despedida tiene el mismo objetivo que el saludo inicial, que es, fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport, la técnica que usaremos es la despedida empática, el tiempo estimado para la despedida es de 5 minutos y se puede realizar de la siguiente forma: les pedimos a los participantes que formen un ruedo en el centro del aula, se comenta que la sesión ha terminado, se les da las gracias por su trabajo y por asistir, si se cree conveniente se puede felicitar a una persona en concreto por haber hecho un buen trabajo o por esforzarse; después elegiremos una consigna que todo el grupo tendrá que decir a manera de despedida, esta consigna tiene que ser elegida por el grupo, si en la primera sesión no se logra establecer una, se puede enviar como tarea que cada uno piense una consigna para la próxima sesión, donde se elegirá la que más guste, un ejemplo de consigna podría ser: trabajamos día a día por nuestro bienestar; después comentaremos en que se trabajará la siguiente sesión y, por último, se espera en la puerta a que los pacientes vayan saliendo, uno por uno, se los despide por su nombre, empáticamente.

## Taller 2

Taller 2: Psicoeducación en ansiedad y enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero.

Objetivos: Psicoeducar y explicar detalladamente el fenómeno de la ansiedad, devolución de resultados y enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero.

*Tabla descriptiva del desarrollo del taller 2*

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	Pedro llama a...:	Esta se realiza colocando a cada uno de los integrantes en un círculo, donde cada uno dirá su nombre, posteriormente uno de los expositores procederá a llamar a uno de los participantes y este a su vez lo hará con otro compañero y así sucesivamente, con el fin de que cada uno de los participantes se presenten y se graben a su vez el nombre de sus compañeros. Después se realiza una respiración diafragmática.	15 min	Humanos

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	10 min	Humanos
4. Devolución de resultados	Dar a conocer a los pacientes los resultados de su evaluación	Presentación detallada	Con apoyo de diapositivas se lleva a cabo una disertación sobre los resultados de la evaluación del grupo, del mismo modo, se socializan los resultados individualmente y se remarcará la necesidad de participar en el programa, especialmente en aquellos pacientes con los resultados más elevados; si es necesario se reducirá la angustia de conocer los resultados con apoyo terapéutico.	20 min	Humanos
5. Psicoeducación sobre ansiedad	Lograr que los pacientes conozcan el fenómeno de la ansiedad	Exposición Explicación Psicoeducación	Se realiza una exposición explicando el proceso de la ansiedad, que es conceptualmente, como se produce, sus efectos y síntomas, y técnicas que usaremos para reducir sus niveles.	45 min	Humanos Diapositivas Proyector
6. Enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero	Lograr que los pacientes aprendan la técnica de respiración profunda del cuadrilátero	Técnica de respiración del cuadrilátero	Se enseñará a los participantes la técnica de la respiración profunda del cuadrilátero que consta de cuatro pasos: 1). Se inhala aire por cuatro segundos, 2) se sostiene el aire por cuatro segundos, 3) se exhala el aire por otros cuatro segundos y 4) se sostiene la respiración sin aire por cuatro segundos. Primero se mostrará como se realiza la técnica, y después se pedirá que la realicen.	15 min	Humanos
7. Retroalimentación y dudas	Verificar lo comprendido y aprendido por los pacientes, clarificación de dudas	Retroalimentación	Se pide a algunos estudiantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, los instructores aclararán cualquier duda que surja, y se pregunta si hay alguna sugerencia que se tendrá en cuenta.	10 min	Humanos
8. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo de este segundo taller es dar a conocer los resultados de la evaluación desarrollada la sesión anterior, psicoeducar y explicar el fenómeno de la ansiedad y enseñar la técnica de respiración del cuadrilátero; el tiempo de duración del segundo taller, que se realizará en una sesión, es de dos horas, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1, 6 y 7 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describen en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este segundo taller y sesión se ha elegido la dinámica de Pedro llama a..., con la finalidad de que los participantes se puedan conocer mejor, se vayan familiarizando con los nombres de sus compañeros, cohesionar al grupo y lograr un momento de diversión, antes de la devolución de los resultados. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: Previamente, se despeja el centro del aula de sillas y mesas, después del saludo se les pide a los participantes que formen un círculo en el centro del aula, uno de los instructores comunica que antes de empezar se realizará una dinámica o juego con la finalidad de conocerse mejor y relajarse. Colocados en círculo, cada uno dirá su nombre, donde posteriormente uno de los expositores procederá a llamar a uno de los participantes y este, a su vez, lo hará con otro compañero y así sucesivamente, con el fin de que cada uno de los participantes se presente y se graben a su vez el nombre de sus compañeros. Tras concluir con la dinámica, se procede con un ejercicio de respiración diafragmática, que tiene como objetivo crear un estado de relajación previo a la siguiente actividad.
3. Esta técnica consta de dos partes: la asignación de tareas y la revisión, la asignación de tareas siempre se hace al final de la sesión, mientras que la revisión es uno de los primeros ejercicios que se realiza en la posterior sesión. En este taller se recomienda como tareas asignar: la lectura de lo expuesto en clase (se les proporciona las diapositivas), buscar más información sobre la ansiedad, practicar la respiración profunda cuando se noten nerviosos.
4. Por medio de una exposición y con el apoyo de un proyector y diapositivas se explica a los pacientes los resultados obtenidos en la evaluación de la sesión pasada, la actividad tiene una duración aproximada de veinte minutos, donde se devolverán los resultados de forma individual y colectiva, esta tarea es distribuida entre los dos terapeutas, se puede realizar del siguiente modo: se pondrá en conocimiento de los pacientes que ya se tienen los resultados de la evaluación, y que a continuación, se analizarán los resultados, el siguiente paso es

explicar que existen cuatro grupos con respecto a la ansiedad y las puntuaciones obtenidas: entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave; explicaremos cuantas personas se encuentran en cada grupo (gráfico), al mismo tiempo, se socializan los resultados individualmente explicándoles la puntuación obtenida y en qué grado presentan ansiedad. También se usa la estrategia del consejo médico para recomendarles que es importante que participen del plan terapéutico, especialmente a aquellos pacientes con los resultados más elevados de ansiedad; si es necesario, se reducirá la angustia de conocer los resultados con apoyo terapéutico.

5. El objetivo de esta fase es lograr que los pacientes, por medio de la psicoeducación, conozcan el fenómeno de la ansiedad, para esta actividad se ha programado un tiempo de cuarenta y cinco minutos, y los materiales necesarios para su desarrollo son un proyector, un ordenador y diapositivas; a continuación, se realiza una exposición explicando el proceso de la ansiedad, que es conceptualmente, como se produce, sus efectos y síntomas, y técnicas que usaremos para reducir sus niveles.
6. El otro objetivo de esta fase se logra al enseñar la técnica de respiración diafragmática del cuadrilátero. La cual consiste en los siguientes cuatro pasos: 1). Se inhala aire por cuatro segundos, 2) se sostiene el aire por cuatro segundos, 3) se exhala el aire por otros cuatro segundos y 4) se sostiene la respiración sin aire por cuatro segundos. Para empezar a enseñar esta técnica pediremos a los participantes que se pongan en pie y de tal manera que puedan ver como los instructores desarrollan la técnica. Mientras un instructor la desarrolla la técnica, el otro instructor la ira explicando. Después de esto se practicará este tipo de respiración con los alumnos.

### **Taller 3**

Taller 3: Psicoeducación en distorsiones cognitivas y firma de contrato terapéutico.

Objetivos: Enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física sus casas.

Duración: 1,30 h

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 3**

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	Adivina la película por mímica	Se les dará a los pacientes una película, uno del grupo tendrá que representar con mímica esa película, mientras el grupo la tiene que adivinar.	15 min	Humanos
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	15min	Humanos
4. Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas	Psicoeducar a los pacientes en que son distorsión cognitiva con la finalidad de que logren identificarlas	Psicoeducación Exposición	Se les explica los alumnos que es una distorsión cognitiva, cuantas hay y en que consiste cada una con el fin de que logren un conocimiento significativo que les ayude a identificarlas.	30 min	Humanos
5. Acuerdos y compromisos	Adhesión al tratamiento y acuerdo de deberes.	Pacto con los pacientes y el grupo	En esta sesión se firma un acuerdo de participación por el cual si siguen participando en el plan terapéutico se comprometen a terminarlo y se establecen los primeros acuerdos como: ser puntuales, respetuosos, comprometerse a hacer los deberes, pedir ayuda, etc.	20 min	Humanos Esferos Hojas
6. Retroalimentación y dudas	Verificar lo comprendido por los pacientes y atención de sugerencias	Retroalimentación	Se pide a algunos estudiantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, los instructores aclararán cualquier duda que surja, y se pregunta si hay alguna sugerencia que se tendrá en cuenta.	10 min	Humanos

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
7. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo de este tercer taller es psicoeducar psicoeducación en distorsiones cognitivas y firma de contrato terapéutico, que tienen como finalidad que los alumnos se comprometan con su participación en el plan terapéutico y, por otro lado, enseñar que las distorsiones cognitivas son un importante factor que contribuye a la aparición de ansiedad; este taller se realizará en una sesión, es de hora y 40 minutos, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1, 6 y 7 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describe en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este tercer taller, se ha elegido la dinámica de: Adivina la película, con la finalidad de que los participantes se puedan relajar y divertir, antes de iniciar la rutina de yoga. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: Previamente, se despeja el centro del aula de sillas y mesas, después del saludo se les pide a los participantes que formen tres grupos se dará a los pacientes una película, uno del grupo tendrá que representar con mímica esa película, mientras el resto del grupo la tiene que adivinar, se jugará durante unos 10 minutos. Tras concluir con la dinámica, se procede con un ejercicio de respiración profunda y diafragmática, que tiene como objetivo crear un estado de relajación previo a la siguiente actividad.
3. La revisión de tareas, es la segunda parte de la técnica mandar tareas para casa, examinaremos uno por uno y en grupo que los pacientes cumplieron con lo acordado, del mismo modo preguntaremos si presentaron alguna dificultad con la tarea o si les sirvió, esta fase tiene una duración de 15 minutos, su función es doble: por un lado, se les pretende dar sensación de autonomía y por otro que logren avanzar autónomamente. Nos reservaremos unos 5 minutos al final mandar tareas como: buscar más información sobre las distorsiones cognitivas, intentar identificar cuales presentamos, etc.
4. El objetivo de esta fase, es lograr que los pacientes conozcan los catorce tipos de distorsiones cognitivas, para esta actividad se ha programado un tiempo de treinta minutos, y

los materiales necesarios para su desarrollo son un proyector, un ordenador y diapositivas; a continuación, se realiza una exposición explicando que es una distorsión cognitiva, que es conceptualmente, como se produce, sus efectos y síntomas, y técnicas que se usarán en su tratamiento.

5. Esta fase es una de las más importantes del taller, pues, en este punto quedarán establecidos los acuerdos que serán vigentes por el resto del plan terapéutico, se hace con la finalidad de lograr una mejor adhesión al tratamiento y compromiso a la hora de realizar las tareas, uno de los objetivos de este taller; la técnica que se usa es el pacto con los pacientes y el grupo, y la firma de un contrato terapéutico. El tiempo estimado para esta tarea es de veinte minutos, de los cuales, quince se utilizarán para consensuar acuerdos básicos; se intenta que los pacientes acepten condiciones como: comprometerse a seguir el tratamiento hasta el final, ser puntuales, ser respetuosos con el grupo, realizar las tareas, pedir ayuda cuando la necesiten; por su parte los pacientes también podrán poner sus requisitos como que si es necesario se vuelva a explicar algo que no se haya entendido, que nos quedemos cinco minutos después de la sesión por si alguien tiene la necesidad de hablar, hacer descansos, etc. Después, todos estos acuerdos se recogerán en un acta, que todo el grupo firma. Los últimos cinco minutos, se reservan para pactar las tareas que se realizan en casa,
6. Esta actividad se llevará a cabo durante unos 15 minutos. Durante este tiempo, se aclararán las dudas que hayan surgido en el taller, se evaluará cómo los participantes se sienten, entre otros aspectos. También se recomienda que se asignen tareas, como investigar más sobre las distorsiones cognitivas, reflexionar sobre cuáles se han presentado con más frecuencia, tratar de detectar si alguna se ha presentado antes del próximo taller y anotar en qué situaciones se ha presentado

#### **Taller 4**

Taller 4: Técnica de parada del pensamiento

Objetivos: Enseñar la técnica de parada del pensamiento como estrategia.

Duración: 2 h

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 4**

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	Bola caliente	Se hace dos hileras de sillas, donde los participantes se sientan. El objetivo es pasar una bola de papel, de manera lateral hasta el final de la fila solo con los pies, el grupo que antes lo haga gana.	15 min	Humanos
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	15min	Humanos
4. Explicación sobre la técnica de parada del pensamiento	Explicar a los pacientes que es la técnica de parada del pensamiento	Parada del pensamiento	En esta fase se proporcionará una descripción detallada de la técnica, incluyendo las situaciones en las que puede ser utilizada y un ejemplo concreto de cómo los instructores la llevan a cabo.	15 min	Humanos
5. Enseñar y practicar la técnica de parada del pensamiento	Que los participantes practiquen la técnica de parada del pensamiento	Parada del pensamiento	Se divide a las personas en parejas y se les pide que practiquen la técnica de parada del pensamiento. Los instructores irán visitando cada pareja para brindar ayuda a aquellos que tengan dificultades.	20 min	Humanos
6. Retroalimentación y dudas	Verificar lo comprendido por los pacientes, clarificación de dudas y tareas	Pacto con los pacientes y el grupo	Después de resolver las dudas y que los pacientes expresen que les ha parecido esta técnica. Al finalizar, se recomienda tareas como: practicar la técnica de parada del pensamiento al menos una vez por semana	10 min	Humanos
7. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo de este cuarto taller es enseñar la técnica de parada del pensamiento como una estrategia para el control de la ansiedad; el tiempo de duración de este taller es de una hora y veinticinco minutos, que se realizará en una sesión, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1,3 y 7 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describe en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este cuarto taller, que está compuesto de una sesión, se ha elegido la dinámica la bola caliente, con la finalidad de que los participantes puedan relajar y divertirse. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: previamente, se harán dos hileras de silla, dividimos al grupo en dos, en las dos hileras de sillas, donde los participantes se sientan. El objetivo es pasar una bola de papel hasta el final de la fila solo con los pies, el grupo que antes lo haga gana.
4. En esta fase se proporcionará una descripción detallada de la técnica, incluyendo las situaciones en las que puede ser utilizada y un ejemplo concreto de cómo los instructores la llevan a cabo.
5. Se divide a las personas en parejas y se les pide que practiquen la técnica de parada del pensamiento. Los instructores irán visitando cada pareja para brindar ayuda a aquellos que tengan dificultades. Esto se puede hacer de la siguiente manera: 1) Pide a las personas que piensen en una situación que les genere estrés. 2) se les ayudará a elaborar una estrategia para detener esos pensamientos, como por ejemplo: dar una palmada y decir "para" en voz alta, repetir un mantra hasta detener el pensamiento, o contar hacia atrás desde 5. 3) Luego, se les pide que enfoquen su atención en otra actividad, como la respiración, hasta lograr calmarse.
6. Esta actividad se desarrollará en unos diez minutos. Después de resolver las dudas y que los pacientes expresen que les ha parecido esta técnica, Al finalizar, se recomienda que los participantes asuman las siguientes tareas: Practicar la técnica de parada del pensamiento al menos una vez por semana, considerar en qué situaciones estresantes les resultaría útil aplicar la técnica, calificar en una escala del 1 al 10 la efectividad de la técnica en su vida cotidiana.

## **Taller 5**

Taller 3: Introducción al yoga, como propuesta de actividad física.

Objetivos: Enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física sus casas.

Duración: 1 h 50 m

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 5**

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	1) Mi experiencia es tu experiencia 2) Sigue la historia	1) Se coloca a los participantes sentados en un redondel, después se les brinda hojas y esferos en los cuales en secreto escribirán un evento traumático de su vida, estos papeles los colocarán dentro de una caja, de manera anónima, posteriormente los instructores indicarán a uno o varios de los participantes que tomen una hoja cualquiera y la lean al grupo.  2) El primer miembro del grupo dispone de treinta segundos para contar una historia. A continuación, el siguiente participante seguirá contando la historia desde el punto en el que el anterior compañero la dejó. Así, sucesivamente, hasta que todos los miembros del grupo cuenten su parte de la historia.	20 min	Humanos Hojas Esferos
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	15 min	Humanos

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
4. Sesión de yoga	Enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física en sus casas	Psicoeducación sobre la importancia de la actividad física. Rutina de yoga	Antes de empezar la rutina, se habla brevemente sobre la importancia de hacer deporte para mantener una vida sana, se propone el yoga como propuesta deportiva, del mismo modo, se explica que es el yoga, en que consiste y sus beneficios. Posteriormente, se instruye y se realiza una rutina de yoga con los estudiantes de aproximadamente cincuenta minutos.	60 min	Reproductor de audio Toalla Colchonetas Ropa cómoda
5. Retroalimentación y dudas	Verificar lo aprendido por los pacientes, clarificación de dudas y atención de sugerencias	Retroalimentación	Se pide a algunos estudiantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, los instructores aclararán cualquier duda que surja, y se pregunta si hay alguna sugerencia que se tendrá en cuenta. Se buscará que los estudiantes acepten practicar Yoga por lo menos tres veces a la semana	10 min	Humanos
6. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo de este quinto taller es enseñar a los pacientes una rutina de yoga con el fin de que realicen actividad física en sus casas; el tiempo de duración del tercer taller, que se realizará en dos sesiones, es de dos horas, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1, 3 y 6 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describe en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este quinto taller, que está compuesto de dos sesiones, se ha elegido la dinámica ni experiencia es tu experiencia y sigue la historia para una próxima sesión, con la finalidad de que los participantes se conozcan mejor, tengan más confianza en el grupo y logren empatizar con el resto de los estudiantes.

Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: Se coloca a los participantes sentados en un redondel, después se les brinda hojas y esferos en los

cuales en secreto escribirán un evento traumático de su vida, estos papeles los colocarán dentro de una caja, de manera anónima, posteriormente los instructores indicarán a uno o varios de los participantes que tomen una hoja cualquiera y la lean al grupo, después se pedirá a los participantes que levanten la manos si se sentirían igual que la persona que escribió en el papel si les pasara algo similar. Esta dinámica busca que las personas se sientan validadas y comprendidas.

Para la dinámica de la segunda sesión se ha elegido la dinámica “sigue la historia” que consiste en que el primer miembro del grupo dispone de treinta segundos para contar una historia. A continuación, el siguiente participante seguirá contando la historia desde el punto en el que el anterior compañero la dejó. Así, sucesivamente, hasta que todos los miembros del grupo cuenten su parte de la historia.

4. La actividad física es fundamental para lograr un equilibrio mental, por lo tanto, se propone el yoga como propuesta deportiva, ya que se puede realizar con pocos recursos, sin necesidad de moverse y una vez familiarizado con la técnica se puede practicar en poco tiempo. Nuestro objetivo para estas sesiones psicoeducar sobre la importancia de la actividad física. Este apartado se puede dirigir de la siguiente manera: antes de empezar la rutina, se habla brevemente sobre la importancia de hacer deporte para mantener una vida sana, se propone el yoga como propuesta deportiva, del mismo modo, se explica que es el yoga, en que consiste y sus beneficios.

Posteriormente, se instruye y se realiza una rutina de yoga con los estudiantes de aproximadamente cincuenta minutos. Se toma los últimos cinco minutos para socializar la experiencia y se da refuerzo positivo a todos los participantes para que practiquen esta actividad en sus casas.

5. Esta actividad se desarrollará en unos diez minutos. Después de aclarar dudas y comentar que les ha parecido la experiencia de practicar yoga, en este taller se recomienda como tareas asignar: que practiquen la rutina de yoga, al menos tres veces por semana, que busquen más información sobre el yoga, si no se sienten cómodos con el yoga buscar otra alternativa deportiva y como última tarea los que practiquen deporte para la siguiente sesión tendrán que exponer como el deporte les ayudo en su vida.

## **Taller 6**

Taller 6: Evaluación del pensamiento y reestructuración cognitiva.

Objetivos: Enseñar a hacer una reestructuración cognitiva por medio de una aplicación móvil.

Duración: 1 h 50 m

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 6**

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	El cuento vivo	El instructor les pide que se sienten en círculo. Una vez sentados, se comienza hacer un relato sobre cualquier cosa, donde se incorpora personajes y animales en determinadas actitudes y acciones.	15 min	Humanos
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	15min	Humanos
4. Explicación del proceso de reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva con la aplicación "Diario de pensamiento"	Reestructuración cognitiva	Usando la aplicación móvil "Diario de pensamiento" se enseñará y explicará cómo realizar una reestructuración cognitiva.	20 min	Humanos
5. Practicar la evaluación de pensamiento y su reestructuración	Practicar la reestructuración cognitiva con la aplicación "Diario de pensamiento"	Reestructuración cognitiva	Se procederá a hacer un ejemplo demostrativo y después se los dividirá en parejas y se les dará un papel, con un pensamiento que debe ser analizado por la pareja, con la aplicación, mientras los instructores pasan ayudando a realizar el ejercicio y dando indicaciones, posteriormente tendrán que analizar por separado un pensamiento distorsionado que hayan prestado esa semana.	40 min	Humanos

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
6. Retroalimentación y dudas	Verificar lo comprendido por los pacientes, tareas, clarificación de dudas	Retroalimentación	Se pide a algunos estudiantes que expliquen lo que han comprendido de la sesión, los instructores aclararán cualquier duda que surja, y se pregunta si hay alguna sugerencia que se tendrá en cuenta.	10 min	Humanos
7. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo de este sexto taller es enseñar y explicar cómo realizar una restructuración cognitiva por medio de la aplicación móvil “Diario de pensamiento”, el tiempo de duración de este taller, que se realizará en una sesión, es de una hora y cincuenta minutos, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1, 3 y 8 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describen en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1. Para este sexto taller se ha elegido la dinámica El cuento vivo, con la finalidad de que los participantes puedan relajarse y divertirse, antes de iniciar lo planteado en la sesión. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: El coordinador les pide que se sienten en círculo. Una vez sentados, comienza hacer un relato sobre cualquier cosa, donde se incorporan personajes y animales en determinadas actitudes y acciones. Cuando el instructor señale a cualquier compañero, este debe actuar como el animal o personaje sobre el cual se esté haciendo referencia en ese momento en el relato. También el relato se puede construir colectivamente, dándoles la palabra a otros participantes.

4. En este punto se centra en el uso de una aplicación llamada "registro de pensamiento" para hacer una restructuración cognitiva. Se comenzará recordando lo que se enseñó sobre pensamientos distorsionados y cómo reconocerlos. La aplicación tiene varias secciones para analizar los pensamientos, desde evaluar la emoción experimentada hasta identificar y cuestionar pensamientos no útiles y distorsionados, y elaborar alternativas menos distorsionadas. Se

explicará el paso a paso de cómo usar la app “registro de pensamiento”: 1) se abre la aplicación y se accede a la sección de "reportar". 2) En la escala de "como te va", se elige entre cinco emociones para describir el estado anímico actual. 3) En la escala de "cual emoción estas experimentando", se elige entre 14 emociones para describir como se siente. 4) En la escala de "cuales actividades has estado haciendo", se elige el ámbito donde se ha presentado la distorsión cognitiva. 5) En la sección de "quieres dar detalles", se da un título a la distorsión y se explica lo que ha pasado, midiendo la intensidad en una escala del 1 al 10 (opcional). 6) En la sección "cuál es la idea no útil", se identifica el pensamiento que le está causando malestar. 7) En la sección "contiene tu idea alguna distorsión", se verifica si el pensamiento se enmarca dentro de alguna distorsión cognitiva. 8) En la sección de "como puedes cuestionar tu idea", es donde se realiza el cuestionamiento socrático de la idea y su reestructuración. 9) En la sección de "cual es otra manera de pensar acerca de esto", se elabora pensamientos alternativos al pensamiento distorsionado. Finalmente, en la última sección, se evalúa si se ha sentido alguna mejoría haciendo el proceso

5. Una vez los participantes hayan comprendido como se realiza una reestructuración cognitiva por medio de la explicación, se procederá a hacer un ejemplo demostrativo y después se los dividirá en parejas y se les dará un papel, con un pensamiento que debe ser analizado por la pareja, con la aplicación, mientras los instructores pasan ayudando a realizar el ejercicio y dando indicaciones, posteriormente tendrán que analizar por separado un pensamiento distorsionado que hayan prestado esa semana.

6. Se recomienda mandar como tareas para casa la búsqueda de información sobre la técnica y la práctica de la misma, en al menos en dos ocasiones cuando se presente alguna distorsión, hasta la próxima sesión.

### **Taller 7**

Taller 7: Repaso de técnicas y evaluación de la ansiedad

Objetivos: Por grupos, repasar la técnica en la que más dificultad presente cada participante del taller, aclarar dudas y volver a evaluar la ansiedad.

Duración: 1h 50 m

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 7**

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	El teléfono dañado	Una vez puestos los estudiantes en círculo, se elegirá uno y se le dirá una frase que tendrá que ir pasando al resto de sus compañeros, hasta que en un momento determinado se para, pediremos a esa otra persona que diga el mensaje que le llegó.	0 min	Humanos
3. Control de lo aprendido y revisión de tareas	Comprobar que los pacientes adquirieron conocimientos de la sesión anterior y revisar las tareas acordadas	Repaso y control de tareas	Preguntar qué recuerdan de la sesión anterior, realizar preguntas concretas sobre la sesión anterior a los estudiantes, revisar tareas asignadas en la sesión anterior y resolver dudas.	15min	Humanos
4. Evaluación de la ansiedad	Aplicar reactivos con el fin de conocer los niveles de ansiedad presentes en los participantes	Test de Beck	Se realiza una segunda evaluación con la finalidad de comprobar si las diferentes técnicas enseñadas y el plan terapéutico resulta eficaz	15 min	Humanos Esferos Reactivos
5. Repaso por grupos de las técnicas con las que más dificultades presenta	Reforzar lo aprendido	Role playing	Por medio de la técnica de role playing, por parejas, repasarán la técnica con que más dificultades tengan. Un estudiante desempeñará el rol de psicólogo y el otro el rol de paciente. El paciente será una persona que presenta problemas con la ansiedad y el psicólogo (el otro estudiante) el propondrá enseñarles una técnica.	50 min	Humanos Batas
6. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes de manera empática.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo del séptimo taller es que en parejas repasen la técnica en la que más dificultad presenten cada participante del taller, aclarar dudas y volver a evaluar la ansiedad, el tiempo de duración de este taller, que se realizará una sesión, es de una hora y cincuenta minutos. Las fases 1, 3 y 6 no se describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describen en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este séptimo taller, que está compuesto de una sesión, se ha elegido la dinámica Teléfono dañado, con la finalidad de que los participantes puedan relajarse y divertirse, antes de iniciar lo planteado en la sesión. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: Una vez puestos los estudiantes en círculo, se elegirá uno y se le dirá una frase que tendrá que ir pasando al resto de sus compañeros, hasta que en un momento determinado se para, pediremos a esa otra persona que diga el mensaje que le llegó.

4. Después de la dinámica, procederemos a la evaluación de la ansiedad entre los asistentes, este punto es fundamental, ya que, nos permitirá conocer los niveles de ansiedad que presentan los participantes, después de aprender todas las técnicas. La evaluación se realiza por medio del test de ansiedad de Beck, el cual ha sido ampliamente validado para la evaluación de la ansiedad, este proceso se realiza del siguiente modo: les explicaremos que para evaluar si el programa ha sido efectivo, volveremos a evaluar la ansiedad con el test que les aplicamos al inicio del taller, el cual tiene una escala likert que tiene cuatro valores, que representan la sensación percibida para una lista de síntomas y signos característicos de la ansiedad, según perciban cada síntoma podrán contestar en absoluto, levemente, moderadamente y severamente. Se procede a repartir el test y los esferos para que puedan contestar. El tiempo estimado para esta actividad es de unos veinte minutos, una vez hayan terminado todos se les da las gracias.

5. Por medio de la técnica de role playing, por parejas, repasarán la técnica con que más dificultades tengan. Un estudiante desempeñará el rol de psicólogo y el otro el rol de paciente. El paciente será una persona que presenta problemas con la ansiedad y el psicólogo (el otro estudiante) el propondrá enseñarles una técnica. Los instructores supervisaran el desempeño de esta actividad y ayudaran a las personas que lo necesiten.

## **Taller 8**

Taller 8: Despedida

Objetivos: Socializar los resultados de la evaluación, cierre del plan terapéutico y despedida de los pacientes.

Duración: 1h 40 m

**Tabla descriptiva del desarrollo del taller 8**

FASES	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	RECURSOS
1. Saludo inicial	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Saludo empático	Se espera en la puerta a los estudiantes y al momento en el que van ingresando se le da la bienvenida al taller; el saludo se realiza a uno por uno llamándolos por su nombre y de manera empática.	5 min	Humanos
2. Dinámica y respiración profunda	Cohesión de grupo y relajación previa al inicio del tema a tratar	Tela de araña	Para esta dinámica necesitaremos un ovillo de hilo. Se pide a los integrantes del grupo que formen un círculo y se le da el ovillo a uno de ellos al azar.	15 min	Humanos
3. Devolución de resultados	Dar a conocer a los pacientes los resultados de su evaluación	Presentación detallada	Con apoyo de diapositivas se lleva a cabo una disertación sobre los resultados de la evaluación del grupo, del mismo modo, se socializan los resultados individualmente, se felicita al grupo por la participación y la constancia a la hora de realizar el taller, de mismo modo se remarca que con las técnicas enseñadas ellos tienen poder suficiente sobre su ansiedad.	20min	Humanos Diapositivas Proyector
4. Jornada de festejo y despedida	Cierre del taller y despedida de los pacientes		A criterio de las personas que imparten el plan se busca la mejor manera de cerrar este taller. Se puede pedir una cuota para comida y bebidas, mientras se charla distendidamente con los participantes. se pueden elaborar reconocimientos simbólicos y un video con fotos.	50 min	Humanos
5. Despedida	Fomentar la relación terapéutica y lograr un adecuado rapport	Despedida empática	Se cierra la sesión dando las gracias a los participantes, se dirá en que se trabajará la siguiente sesión y se espera en la puerta a que los estudiantes vayan saliendo, uno por uno se los despide por su nombre, empáticamente.	5 min	Humanos

Elaborado por: Erick Jaramillo

El objetivo del octavo taller es la socializar los resultados de la evaluación final, el cierre del plan terapéutico y despedida definitiva pacientes. El tiempo de duración de este taller, que se realizará en una sesión, es de una hora y cuarenta minutos, en el que se desarrollarán las siguientes actividades que describiremos detalladamente a continuación: las fases 1 y 5 no se

describirán porque, en esencia, son las mismas actividades que se describen en el taller 1, por lo tanto, si se quieren consultar estas fases diríjase a esos puntos en el taller 1.

2. Para este octavo taller, que está compuesto de una sesión, se ha elegido la dinámica Tela de araña, con la finalidad de que los participantes puedan relajarse y divertirse, antes de iniciar lo planteado en la sesión. Esta dinámica tendrá una duración de quince minutos y se realiza de la siguiente manera: para esta dinámica necesitaremos un ovillo de lana, se pide a los integrantes del grupo que formen un círculo y se le da el ovillo a uno de ellos al azar las personas se irán moviendo y la madeja se enredara entre los participantes, hasta que uno de los instructores da la señal para parar. Después podemos intentar desarmar el embrollo o simplemente unir a las personas y que la tela caiga para volver a empezar la dinámica.

3. Por medio de una exposición y con el apoyo de un proyector y diapositivas, para explicar a los pacientes los resultados obtenidos en la evaluación de la sesión pasada, la actividad tiene una duración aproximada de veinte minutos, donde se socializan los resultados de forma individual y colectiva, esta tarea es distribuida entre los dos terapeutas, se puede realizar del siguiente modo: se pondrá en conocimiento de los pacientes que ya se tienen los resultados de la evaluación, y que a continuación, se analizarán los resultados, al mismo tiempo, se socializan los resultados individualmente explicándoles la puntuación obtenida y en qué grado presentan ansiedad. si los resultados son buenos y la mayor parte del grupo ha logrado reducir su ansiedad se explica esto ha sido gracias a su compromiso con el taller. Para las personas en las que el taller no haya tenido ningún resultado se les sugerirá el tratamiento farmacológico.

4. El festejo es una actividad que queda por entero al criterio de las personas que imparten el plan se buscara la mejor manera de cerrar este taller. Se puede pedir una cuota para comida y bebidas, mientras se charla distendidamente con los participantes. Se pueden elaborar reconocimientos simbólicos y un video con fotos de su participación en el taller. La intención es que la despedida se haga de la mejor manera posible y en consenso con el grupo.

#### d. Bibliografía

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (p. 48, 63). Madrid : GEDISA. 978-8474327359
- Fridman, S., & Borrás, M. (2019). Utilización de dinámicas grupales en el taller de inserción laboral. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedra/s/practicas\\_profesionales/714\\_insercion\\_laboral/material/utilizacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedra/s/practicas_profesionales/714_insercion_laboral/material/utilizacion.pdf)
- García Grau, E., Fusté Escolano, A., & Bados López, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>
- García, L. M. (2022). El papel del terapeuta ocupacional en salud mental. NPunto, 5(46), 36-56.
- GARCÍA, Laura Marinas. <https://www.npunto.es/content/src/pdfarticulo/61f11c976cbb4art2.pdf>
- Gotter, A. (2020). Box breathing o respiración del cuadrilátero (o cuadrada). En Healthline. <https://www.healthline.com/health/es/respiracion-del-cuadrilatero>.
- Inquiry y Health (2023). Diario de pensamiento de TCC [Aplicación de teléfono]. [https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.cbtassistant.app&hl=es\\_419&gl=US&pli=1](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.cbtassistant.app&hl=es_419&gl=US&pli=1)
- López Betancur, C. H., & Ortiz Gallego, M. F. (2019). Recorrido sobre la relación terapéutica y sus nacientes retos.
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45. [https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v4\\_n3\\_a5.pdf](https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf)
- The vortex way. (2020). Box breathing para reducir el estrés y mejorar la concentración [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=AXsBog5Q9BU&t=61s>

## Anexo13. Certificación del Tribunal de Grado



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 16 de febrero de 2023

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado “**Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en Estudiantes de la Carrera de Derecho de la Universidad Nacional de Loja, Periodo 2022**”, de la autoría del Sr. **Erick Isaac Jaramillo Jiménez** portador de la cédula de identidad Nro. **1104237100** previo a la obtención del título de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, certificamos que se han incorporado las observaciones realizadas por el miembro del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

**APROBADO**

Dra. Anabel Larriva-Borrero

**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

Psi. Cl. Cindy Estefanía Sánchez Cuenca.

**VOCAL PRINCIPAL**

Psi. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas

**VOCAL PRINCIPAL**