

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***“PROGRAMA TERAPÉUTICO MARGARITA LA TEMEROSA PARA REDUCIR
LA ANSIEDAD EN NIÑOS”***

POR:
JESSICA MABEL CASTILLO RODRÍGUEZ

Cédula
8-854-682

Trabajo de Graduación para optar por el título de
Magíster en Psicología Clínica

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2020

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Formulario de Inscripción	Programa De Maestría en Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Número de código	CE-PI- 327-14-07-20-62
Nombre del estudiante	Jessica Mabel Castillo Rodríguez
Cédula	8-854-682
Título que aspira	Maestría en Psicología Clínica
Tema de la tesis	Programa Terapéutico Margarita La Temerosa para reducir la Ansiedad en Niños
Nombre del asesor:	Magister. Ricardo A. López
Firma del asesor:	_____
Firma del estudiante:	_____
Aprobado por:	_____
	Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado

DEDICATORIA

A DIOS, por siempre ser el real inspirador hacia todas las cosas positivas. Por permitirme elegir el camino en el que me visionaba, ser Psicóloga Clínica, y por permitirme alcanzar este sueño convertido en meta y ser actualmente una hermosa realidad. A la Vida por traerme momentos mágicos, llenos de amor, de cariño y de tanta paz, señora Vida, gracias por siempre brindarme tanta felicidad.

A mi madre, quién siempre con sus palabras me motivó a seguir trabajando en cumplir este sueño. Me enseñó, además, que una mujer también puede ser independiente y lograr sus metas si se esfuerza en cumplirlas. A mi padre, quien un día dijo: “*Que la herencia que él podía dejarme sería la educación*”. Gracias a él ya tengo mi herencia, esas palabras jamás las olvidaré; gracias papá, pues entendí que la educación es el arma más poderosa para avanzar. Entendí también, que por la educación de este país me gustaría trabajar. Gracias por ser, ustedes, mi mayor inspiración para seguir soñando y aspirar cada vez más...

A mi esposo, por su apoyo incondicional, siempre atento, dándome fuerzas, recomendaciones y por soñar junto a mí.

A mi compañera y querida colega Cheryl, con quién formé el mejor equipo de motivación, juntas nos motivábamos cada día para dar continuidad en nuestro proyecto de investigación.

A ti Jessica Mabel, pues, aunque te costó mucho, tuviste disciplina, trabajaste fuerte y fuiste fiel a tu meta, ¡Felicidades, lo lograste!

*En el interior de un hombre
de luz, hay siempre luz
y él ilumina todo el universo.
Jesús de Nazareth*

AGRADECIMIENTO

A mi querida profesora Graciela Mabel Álvarez, quién con su paciencia y cariño, me dio consejos de ortografía, redacción, recomendaciones terapéuticas y correcciones, ayudando a la culminación de esta investigación. Al profesor Ricardo López quién me ayudó a pulir detalles para terminar satisfactoriamente el proceso.

Al profesor Régulo Sandoya, quién con su conocida paciencia y comprensión, me ayudó en las correcciones estadísticas.

No puedo olvidar y mencionar a mi compañera y colega Izamar, quién con sus sabias recomendaciones fue de gran apoyo para lograr complementar y terminar esta tesis.

Al personal de Aldeas SOS quienes aceptaron la investigación de campo de este trabajo en sus instalaciones. Muchísimas gracias; nunca olvidaré que por el apoyo de ustedes pude culminar satisfactoriamente esta investigación en medio momentos adversos como lo ha sido esta temporada de salud pública: la pandemia.

Nuevamente, recalco que a Dios, siempre omnipotente, omnipresente y maravilloso. Gracias infinitas al Señor por quién vivo, respiro y soy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	3
1. 1 Ansiedad	4
1.1.1 Ansiedad. Definiciones	4
1.1.2 Los trastornos de ansiedad en la clínica psicológica	6
1.1.3 La ansiedad normal y ansiedad patológica	8
1.2 La ansiedad en la niñez	9
1.2.1 Síntomas más frecuentes de ansiedad en la niñez	10
1.3 La ansiedad en niños que asisten a Aldeas Infantiles	12
1.4 La ansiedad según el modelo cognitivo- conductual	13
1.5 Terapia Cognitivo Conductual	14
1.5.1 Desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo- Conductual	14
1.5.2 Conceptos básicos de la Terapia Cognitivo- conductual	18
1.5.3 Recorrido teórico sobre la terapia cognitivo- conductual	18
1.5.4 Procesos básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual	19
1.5.5 Estrategias utilizadas en la Terapia Cognitiva- Conductual	20
1.5.6 La Terapia Cognitivo- Conductual en el tratamiento de la ansiedad	21
1.5.7 Aplicación de la Terapia Cognitivo- Conductual para la ansiedad en niños	22
1.6 El Programa Terapéutico Margarita La Temerosa	22
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Planteamiento del Problema	25
2.2. Objetivos de la investigación	26
2.2.1. Objetivo General	26
	v

2.2.2. Objetivos Específicos	26
2.3. Preguntas de Investigación	27
2.4 Hipótesis de investigación	27
2.4.1 Hipótesis Nula H_0	27
2.4.2. Hipótesis Alterna H_1	27
2.4.3. Hipótesis estadística	27
2.5. Variables de investigación	28
2.5.1 Definición conceptual de las variables	29
2.5.2. Definición operacional de las variables	30
2.6. Tipo de investigación	39
2.7. Diseño de investigación	39
2.8. Población y Muestra	40
2.8.1 Población	40
2.8.2. Muestra	40
2.8.2.1. Criterios de inclusión	41
2.8.2.2. Criterios de exclusión	41
2.8.2.3. Criterios de eliminación	41
2.9. Instrumentos de recolección de los datos	42
2.10. Procedimientos de la investigación	43
2.11. Métodos y técnicas de análisis estadístico	44
2.12 Consideraciones éticas	44
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	45
3.1 Resultados	45
3.2 Pruebas de Hipótesis	55
3.3 Discusión de los resultados	60
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
4.1 Conclusiones	65
4.2 Recomendaciones	67
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	74
ÍNDICE DE TABLAS	viii

INDICE DE GRÁFICAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi

ÍNDICE DE TABLAS

Páginas

Tabla 1: Descripción de las sesiones	31
Tabla 2: operacionalización de las variables	39
Tabla 3: Categorías de los niveles de ansiedad del cuestionario Ansiedad Estado/Rasgo	43
Tabla 4: Descripción de la muestra	46
Tabla 5: Descripción de las sesiones asistidas	48
Tabla 6: Puntuaciones obtenidas en el pretest de la escala de Ansiedad-Estado	49
Tabla 7: Puntuaciones obtenidas en el pretest de la escala Ansiedad-Rasgo	50
Tabla 8: Puntuaciones obtenidas en el post test de la escala Ansiedad-Estado	51
Tabla 9: Puntuaciones obtenidas en el post test de la escala Ansiedad-Rasgo	52
Tabla 10: Comparación del pretest y post test en las puntuaciones del cuestionario de Ansiedad-Estado	53
Tabla 11: Comparación del pretest y post test en las puntuaciones del cuestionario de Ansiedad-Rasgo	54
Tabla 12: Prueba de los rangos de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el post test de la escala de Ansiedad-Estado	56
Tabla 13: Estadísticos de contraste en el pretest y post test de la escala Ansiedad-Estado	56
Tabla 14: Prueba de los rangos de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el post test de la escala Ansiedad-Rasgo	58
Tabla 15: Estadísticos de contraste en el pretest y el post test de la escala Ansiedad-Rasgo	59

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Páginas

Gráfica 1. Descripción de la muestra de acuerdo a la edad	47
Gráfica 2. Aplicación del pretest y postest	47
Gráfica 3: Comparación en el pretest y postest en las puntuaciones del inventario de Ansiedad-Estado	53
Gráfica 4: Comparación en el pretest y postest en las puntuaciones del Inventario Ansiedad-Rasgo	54

ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo 1: Modelo de consentimiento informado	75
Anexo 2: Sesiones terapéuticas	76
Anexo 3: Portada del programa Margarita la temerosa	81
Anexo 4: Cuestionario Ansiedad-Estado STAIC	82
Anexo 5: Tabla de asistencia	83
Anexo 6: Entrega de regalos al finalizar las sesiones	84
Anexo 7: Brindis final	85
Anexo 8: Entrega de diplomas de participación	86
Anexo 9: Diplomas de participación	87

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1: Portada del programa Margarita La Temerosa	80
Figura 2: Cuestionario de Ansiedad-Estado/Rasgo	81
Figura 3: Entrega de regalo final	83
Figura 4: Brindis final	84
Figura 5: Entrega de diplomas	85
Figura 6: Diploma de participación	86

RESUMEN

Este trabajo de investigación consistió en la aplicación de un programa de base cognitivo- conductual para el tratamiento de la ansiedad en niños. El principal objetivo fue disminuir los niveles clínicamente significativos de ansiedad en niñas de aldeas SOS de la Ciudad de Panamá . Se procedió a la aplicación del programa que constó de ocho sesiones terapéuticas, en donde las niñas aprendieron a reconocer los signos y síntomas de la ansiedad y la forma adecuada de manejarla. Más adelante, se analizaron los resultados por medio del programa estadístico IBM y SPSS con el programa de Microsoft Excel, utilizando la prueba de Wilcoxon para la comparación de las medias del pretest y el postest. Los resultados obtenidos evidencian que la muestra en investigación logró bajar las puntuaciones de ansiedad estado-rasgo, sin embargo, no fue un resultado estadísticamente significativo.

ABSTRACT

This research work consisted in the application of a cognitive-behavioral-based program for the treatment of anxiety in children. The main objective was to reduce clinically significant levels of anxiety in girls in SOS villages in Panama City. The program consisted of eight therapeutic sessions, where the girls learned to recognize the signs and symptoms of anxiety and the proper way to manage it. Later, the results were analyzed by means of the statistical program IBM SPSS with the program of Microsoft Excel, using the test of Wilcoxon for the comparison of the means of the pretest and the posttest. The results show that the research sample managed to lower the scores.

INTRODUCCIÓN

El tema central de esta investigación fue comprobar la eficacia que tiene un programa de enfoque cognitivo-conductual sobre los síntomas de ansiedad en niños.

“La ansiedad generalmente se define como un sentimiento de miedo y aprehensión difuso, vago y muy desagradable ” (Sarason & Sarason, 2006). La persona suele mostrar preocupación por peligros desconocidos (Sarason et. a.l., 2006). Esta definición podemos aplicarla tanto a niños como adolescentes y adultos. La ansiedad es una reacción emocional normal que se da ante un peligro o amenaza y que tiene por finalidad la protección del individuo (Bunge, Gomar & Mandil, 2009). Luego que la amenaza es mermada, el individuo logra regresar a su estado emocional normal. Por otro lado, existe la ansiedad patológica que consiste en la aparición de un malestar clínicamente significativo, sin causa objetiva que lo justifique y que se acompaña de sentimientos de aprensión. (Ruíz & Lago, 2005).

Las personas suelen mostrar diversos síntomas, tales como el ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, pérdida del apetito, síntomas estomacales, desmayos, mareos, sudoraciones, insomnio, nerviosismo, tensión, irritabilidad, entre otros síntomas. De manera general la persona ansiosa no está consciente de las razones de sus temores. (Sarason et.a.l, 2006). Como hemos apreciado la ansiedad se manifiesta de maneras muy diversas, lo que hace complicado su estudio.

Bunge, Gomar & Mandil (2009) establecen que “Los trastornos de ansiedad más comunes de los 8 a los 10 años son: la ansiedad por separación, fobia específica, fobia escolar y ansiedad excesiva infantil”.

Kendall (2000) estableció que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y sobre el mundo, se manifiesta como cogniciones desadaptadas, las cuales incluyen temores de ser lastimados, pensamientos autocríticos y de peligro

o amenaza.

Chu y Harrison (2007) concluyeron que la terapia cognitivo- conductual resulta de gran beneficio para reducir los síntomas como también, en mejorar las habilidades de afrontamiento en niños con trastornos depresivos y/o ansiedad. Por su lado, Kendall (1984) refiere que el objetivo de los tratamientos cognitivos consiste en ayudar a los niños a identificar y cuestionar su pensamiento negativo.

La presente investigación consistió en demostrar la eficacia del programa de enfoque cognitivo- conductual Margarita La Temerosa para disminuir los niveles de Ansiedad clínicamente significativa en niñas de 9 a 10 años que fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional. Para la medición de los niveles de ansiedad se utilizó la prueba STAIC infantil. Luego fue aplicado el programa terapéutico Margarita La Temerosa, que consistió en 8 sesiones de trabajo terapéutico. Estas sesiones consistían en primera instancia en psicoeducación dirigida a las niñas que formaban parte de la muestra, con el fin que pudiesen conocer sobre la ansiedad y a reconocer los síntomas en sí mismas; más adelante la intervención se enfocó en distintas estrategias terapéuticas dirigidas al manejo adecuado de la misma.

Pasadas las sesiones, se volvió a aplicar el test STAIC para comprobar los cambios que pueden ser asociados a la aplicación del mencionado programa.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1. 1 Ansiedad

1.1.1 Ansiedad. Definiciones

Para iniciar esta presentación es necesario el estudio de las definiciones conceptuales sobre la ansiedad desde el punto de vista de la psicología clínica.

La Real Academia de la Lengua Española define la ansiedad como ansiedad como un “Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. Como podemos observar esta definición es muy escueta y poco aclara el tema desde el punto de la psicología clínica.

En el *Webster’s Third International Dictionary* (1981) mencionan que la ansiedad va acompañada por síntomas físicos como tensión, temblor, palpitaciones, sudor y aumento de las pulsaciones. Si a lo anteriormente expuesto añadimos ahora los componentes somáticos de la ansiedad podemos completar un poco más el panorama del tema de la ansiedad (citado por Beck, Emery &Greenberg, 2014).

Según Rojas (2014) “La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios”.

La ansiedad provoca cuatro sistemas de respuesta en el cuerpo que son las siguientes:

1. Respuestas físicas:

“Son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo” (Rojas, 2014). Los principales síntomas de la ansiedad son: taquicardia, sensación de nudo en el estómago, dificultad para respirar, resequedad de boca, aumento del tono muscular, náuseas, diarrea, dificultad para tragar, vértigo.

2. Para Rojas (2014), la ansiedad puede presentar respuestas conductuales que “...son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras”.

Se consideran expresiones de las respuestas conductuales las siguientes: contracción de los músculos faciales, temblores corporales, paralización motora, estado de alerta, irritabilidad, inquietud corporal, cambios en el tono de la voz, morderse las uñas.

3. Las respuestas cognitivas, harían alusión a “el modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia”). Entre las manifestaciones a nivel cognitivo podemos encontrar Inquietud mental, pensamiento catastrófico o anticipado, preocupaciones, pesimismo, dificultad para concentrarse (Rojas, 2014).
4. Por otro lado, siguiendo al mismo autor (2014) plantea que las respuestas sociales “hacen referencias al contacto interpersonal”. Entre los principales síntomas sociales podemos mencionar: dificultad para iniciar una conversación, dificultad para decir que no o mostrar desacuerdo y bloqueo de las relaciones sociales. La persona cree que está siendo juzgada por los demás y prefiere pasar desapercibida frente al entorno social.

Por otra parte, podemos mencionar el término ansiedad adaptativa, que ayuda a enfrentarse a las exigencias momentáneas de la vida, sin embargo, la misma puede volverse no adaptativa cuando la persona mantiene un estado de alerta de forma prolongada, sin que sea necesario. (Rojas, 2014). Es esta la principal característica de la ansiedad clínicamente significativa, en la que centramos este estudio.

Funk & Wagnalls, (1963) definen la ansiedad como un “Estado emocional tenso por lo general manifestado por síntomas físicos como tensión, temblor, sudor,

palpitaciones y aumento de las pulsiones” (citado por Beck, Emerick y Creenberg, 2014).

El diccionario online Word Reference (2005) por su lado, manifiesta que la ansiedad es “estado de agitación o inquietud del ánimo”.

Basándonos en todas las definiciones estudiadas, podemos concluir que la ansiedad desde un punto de vista clínico psicológico es un estado emocional tenso que puede afectar los niveles corporales, los pensamientos, la cognición, la conducta y el grado de integración social.

1.1.2 Los trastornos de ansiedad en la clínica psicológica

Según DSMV- Guía para el Diagnóstico Clínico (2014), se identifican distintos desórdenes como parte de los trastornos de ansiedad, estos son:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Trastornos de ansiedad por separación

El niño experimenta episodios de ansiedad si se separa de la figura primaria, cuidador u otra persona a la que está apegada.

Mutismo selectivo

En este trastorno los niños deciden hablar solo con un grupo específico de personas, tales como sus pares cercanos, cuidadores o cuando está solo.

Fobia específica

Los pacientes temen a objetos, animales o situaciones específicas por lo cual desarrollan su ansiedad.

Trastorno de ansiedad social

Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben, comen, o realizan cualquier actividad que los lleve a desenvolverse en público.

Trastorno de pánico

Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, breves episodios de temor intenso, distintos síntomas físicos y de otros tipos, acompañados de inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios de conductas relacionados.

Agorafobia

Estas personas tienden a temer a situaciones o lugares donde pudieran tener dificultad para obtener ayuda si desarrollaran ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada

Estos pacientes no experimentan episodios de ansiedad, sin embargo, se sienten tensos o ansiosos gran parte del tiempo y están preocupados por diversos factores.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/ medicamento

Los ataques de ansiedad son desarrollados por el consumo de alguna sustancia o medicamento específico.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Los ataques de ansiedad son desarrollados debido a una causa médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado

Se engloban aquí a las personas, que, teniendo síntomas de ansiedad, no corresponden completamente a ningún diagnóstico específico.

1.1.3 La ansiedad normal y ansiedad patológica

La ansiedad se considera una reacción normal del individuo, si es el resultado de un peligro real o imaginario y que desaparece cuando el peligro ya no está presente. Desde este punto de vista se puede afirmar que la ansiedad es un mecanismo de alarma de los seres humanos.

Si el grado de ansiedad es en extremo desproporcionado con respecto al riesgo y a la gravedad de un peligro y persiste, aunque no haya ningún peligro objetivo, entonces la reacción se considera anormal.

Otra forma de plantearlo es valorando el impacto de la reacción en el funcionamiento del individuo. Si la persona sufre mucho, si existe algún síntoma psicossomático y si el funcionamiento intelectual o social/ profesional quedan

afectados, entonces se puede considerar que un individuo presenta ansiedad clínica significativa o anormal, aunque no tenga todos los síntomas de un trastorno definido (Beck, 2014).

1.2 La ansiedad en la niñez

La Asamblea General de las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), definió como niño/niña a “Todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Aclarado este punto es necesario en este momento referirnos como la ansiedad aparece en la niñez y cuando esta se convierte en un problema que requiere la atención de la clínica psicológica.

Según Bunge, Gomar & Mandil (2009), “actualmente se sabe que los niños presentan numerosos miedos a lo largo de su crecimiento, los cuales muchas veces suelen ser transitorios, de intensidad débil y esperable para su edad”. Y estos miedos cumplen una función en el desarrollo psicológico de los mismos; todo parece indicar que los miedos estresan al psiquismo y al mismo tiempo le permiten control de las ansiedades.

Morris y Kratocheil (1978) consideran que estos miedos son normales en el desarrollo del niño, ya que proporcionan para los niños formas de adaptación a distintos estresores (citado por Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

Los trastornos de ansiedad más frecuentes que se encuentran en niños de los 8 a los 10 años de edad son: ansiedad por separación, fobia específica, fobia escolar y ansiedad excesiva infantil. Estos miedos se manifiestan por medio de temores referentes a posible separación, pérdida o daño a la figura de apego, evitación de situaciones sociales, síntomas físicos como dolor de estómago, dolores de cabeza, náuseas, entre otras. (Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

1.2.1 Síntomas más frecuentes de ansiedad en la niñez

Con frecuencia los niños se quejan de sentir náuseas, dolores de cabeza, dolores abdominales o taquicardia de forma general en los distintos trastornos de ansiedad.

En niños cuyo diagnóstico es ansiedad por separación suelen presentar sentimientos de ansiedad o pánico al pensar que se acerca una separación de su figura de apego, además, se presenta la negativa a ir al colegio u otros lugares por miedo a la separación (Sarason, 2006).

En la fobia social los niños evitan el contacto con personas desconocidas, lo que les impiden funcionar de manera normal en los contactos sociales.

Según cifras obtenidas del informe sobre Salud Mental en la infancia (2018) del Instituto de la Mente Infantil (*Child Mind Institute*) de Estados Unidos, reflejan que, en los últimos 10 años, la cifra de trastornos de ansiedad han aumentado en menores de 17 años pasando de 3.5% a 4.1%.

Según el Boletín de Salud Mental; Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes (Colombia, 2018), se concluye que en el país vecino, Colombia, el tipo de ansiedad más frecuente en niños y adolescentes es la Ansiedad por Separación, con un total de 5.991 niños atendidos entre 2009 a 2017. El 50.5% de la población era femenina, mientras que el 49.6% era de sexo masculino.

Según el informe Invirtiendo en la Salud Mental de los Niños publicado por el Centro de Salud Mental del Reino Unido (2015), la Terapia Cognitivo- Conductual en su modalidad grupal, constituye la terapia más rentable en términos de costos-beneficios como tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y niñas.

Por otro lado, Kalb & Beardsly (2003), en un estudio concluyeron que el 13% de los niños entre 9 y 17 años experimentan trastornos de ansiedad (citado por Feldman, 2007).

Alrededor del mundo, el 5% de los niños y adolescentes logran cumplir con los criterios para diagnóstico de trastorno de ansiedad durante un periodo determinado en la población occidental, según Rapee y Cols en el 2009 (citado por R. Rapee, 2016).

Por otra parte, en 2011 una investigación realizada por Ospina en La ciudad de Cundinamarca en Colombia, denominada: Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en la ciudad de Chía, encontraron que el 28.3% de la muestra obtenida demostraban tener síntomas de ansiedad clínicamente significativa.

Costello et. al. (2004), refieren que la ansiedad es una de las patologías más frecuente en la infancia y adolescencia, dando una tasa de prevalencia en torno al 10-20% de la población (citado por Soutullo & Mardomingo, 2010).

Los niños pequeños con una historia de atención institucional muchas veces muestran dificultades de atención, hiperactividad, dificultades en la regulación emocional y niveles elevados de ansiedad en comparación con niños no institucionalizados. (Macklean, 2003).

En nuestro medio apreciamos que en la página electrónica de noticias de Telemetro (2017), señalan que la depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más comunes en nuestro país. Lo dio a conocer la doctora Itza Barahona de Mosca, Directora General de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Panamá.

Según los datos publicados en la nota de prensa de la Caja de Seguro Social de Panamá (2019) denominada Cerca del 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentan actualmente un trastorno de ansiedad en Panamá, cada 3 adolescentes entre los 13 y 18 años de edad que asisten a atención psicológica en la ULAPS de Capira son atendidos por episodios de ansiedad.

1.3 La ansiedad en niños que asisten a Aldeas Infantiles

Los niños que son cuidados en hogares infantiles suelen informar que han sido víctimas de negligencia y abuso en su hogar (Feldman, 2007). Un informe del Fondo de las Naciones Unidas (2017) muestra que algunos de los principales factores que dan lugar a que un niño sea colocado en instituciones o centros de cuidado residencial incluyen desintegración familiar, problemas de salud, deficiencia o desigualdad de los servicios sociales, pobreza y la discapacidad.

La familia es el centro de toda sociedad ya que la misma debe brindar atención, cariño y apoyo a sus miembros. Papalia, Feldman y Martorell (2012) mencionan que “un factor que contribuye a configurar la atmósfera familiar es si la familia brinda apoyo y es cariñosa o si está cargada de conflictos”. Si la familia no brinda apoyo ni seguridad al niño es posible que éste desarrolle cuadros o trastornos como la ansiedad, tal como lo menciona Kaczynski, Lindahl, et. al 2006, (citado por Feldman, 2012) donde observaron que los niños expuestos a conflictos familiares y a la mala crianza tendían a mostrar altos niveles de ansiedad. Además, los niños de escasos recursos son más proclives que otros a tener problemas emocionales o de conductas (Papalia, et.al., 2012).

Los niños que forman parte de estas instituciones muchas veces desarrollan o mantienen niveles medios o altos de ansiedad. Fernández (2012) en su investigación denominada “Manifestaciones de Ansiedad en Niños Ansiosos Institucionalizados en el Hogar Madre Anna Vitiello que padecen Vih/Sida”

concluye que niños que asisten a dicho lugar, en Guatemala, para niños abandonados con VIH, muestran niveles de ansiedad media; llegando casi al nivel de ansiedad alta.

Por su lado, Salanic en el año 2009, tuvo como objetivo establecer el nivel de ansiedad presente de niños en condición de orfandad, que formaban parte de una casa hogar en México. Las conclusiones de Salanic fueron que el 25% de la población que pertenecía a dicha institución presentaban síntomas de ansiedad. Además, que la ansiedad es el resultado de varios factores que intervinieron en el desarrollo familiar del niño antes de ser institucionalizado, tales como desintegración familiar, maltrato infantil y adicciones (citado por Fernández, 2012).

La investigación de López en 2012, denominada “Programa Cognitivo Conductual para disminuir la ansiedad y mejorar las habilidades sociales en niños (as) con trastorno de ansiedad generalizada de las Aldeas SOS de Panamá” sugiere que los niños que llegan a las Aldeas SOS a menudo han sufrido de experiencias traumáticas marcadas por la violencia, falta de cariño y confianza para servir de soporte a estos niños.

1.4 La ansiedad según el modelo cognitivo- conductual

Patrones cognitivos distorsionados son los forjadores de las conductas desadaptadas y trastornos emocionales entre ellos la ansiedad. En la ansiedad el individuo interpreta de forma amenazante los estímulos. Además, por estímulos externos y por medio del condicionamiento se pueden aprender o imitar respuestas ansiosas. (Reyes, 2005).

Algunos autores mencionan cómo diversas experiencias de aprendizaje en la infancia producen la formación de esquemas de pensamiento. Estos esquemas

se activarían a partir de una situación específica, dando lugar a una modalidad de procesamiento propio de cada patología (Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

Bunge, Gomar & Mandil (2009), afirman que “el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismo y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, pensamientos autocríticos y de peligro o amenaza”.

Beck, Emery y Greenberg (1985) afirman que “la ansiedad es el resultado del grado en que: se sobrestima la amenaza y el costo o significado que se le asigna ,se subestima la propia capacidad de afrontamiento y los factores de rescate” (citado por Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

1.5 Terapia Cognitivo Conductual

Según la Asociación de Terapias Cognitivas y Comportamentales de Estados Unidos de América, la terapia cognitiva- conductual es un acercamiento que toma herramientas de la terapia conductual y de la cognitiva utilizando estrategias, con soporte empírico, de ambos modelos (Scarpa et al., 2013).

El principal componente o perspectiva cognitiva busca ayudar al individuo a identificar y modificar creencias desajustadas o inadaptadas, de esta forma se realizarán cambios en el procesamiento de las experiencias emocionales, en el procesamiento cognitivo, y, por ende, en los problemas de comportamiento (Genise, 2018).

1.5.1 Desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo- Conductual

Los primeros atisbos de la Terapia Cognitiva- Conductual surgieron al comienzo de la década del 60, pero fue hasta 1970 cuando aparecieron los primeros textos de modificación cognitivo- conductual. En este tiempo se destinó el más grande

interés a la cognición y la aplicación de las teorías cognitivas al cambio comportamental (Kendall & Hollon, 2013).

Se determinaron dos caminos históricos como base de la Terapia Cognitivo-Conductual. Por un lado, encontramos las terapias de base conductual, consideradas las precursoras principales de la T.C.C. Pero, además, en menor grado, una base de los modelos psicodinámicos.

Las terapias conductistas se basaron en los principios de condicionamientos clásicos y operantes, y desarrollaron un conjunto de intervenciones centradas en el cambio comportamental (Dozois & Dobson, 2019).

Esta corriente buscaba aplicar los principios de la teoría del aprendizaje, por medio del análisis de comportamiento. Los principales exponentes fueron los trabajos realizados por Iván Pavlov, con el condicionamiento clásico y los trabajos de Burrhus Frederic Skinner con el condicionamiento operante. Además, otros trabajos importantes están dentro de este enfoque como el trabajo de John Watson, quién demostró tomando en cuenta la teoría de Pavlov, con su experimento del pequeño Albert, que la fobia puede ser clásicamente condicionada en los humanos. Por otro lado, Jones posiblemente fue el primero en utilizar el enfoque conductual para disminuir el miedo en la niñez.

Recientemente, Wolpe, pudo demostrar que la ansiedad puede ser reducida por medio de una exposición gradual y repetitiva al objeto temido y por medio de la respuesta de relajación, técnica conocida como desensibilización sistemática.

Ambos enfoques asumen que los comportamientos desadaptados son el resultado de aprendizajes defectuosos. Las técnicas a utilizar se enfocaron en la modificación de la conducta.

Entre las décadas de 1960 y 1970, surgió un nuevo movimiento terapéutico que empezó a crecer y desarrollarse; la Terapia Cognitiva- Conductual.

Según Dozois & Dobson en 2019, hubo algunas causas importantes que motivaron el surgimiento de este movimiento, entre ellas están:

- A fines de 1960 se hizo evidente que el enfoque conductual no explicaba suficientemente el comportamiento humano.
- La naturaleza misma de algunos problemas que por el pensamiento obsesivo hacían irrelevantes las intervenciones no cognitivas. Para trastornos multifacéticos las terapias conductuales se enfocaron en síntomas de comportamiento para el cambio, por lo cual hubo un incremento significativo del potencial terapéutico, sin embargo, las técnicas no lograban resolver el problema completamente, dejando componentes sin tratar.
- Por otro lado, el campo de la psicología estaba cambiando en forma general, y el cognitivismo, o la llamada revolución cognitiva, fue una parte importante de este cambio. Esto desafió a algunos modelos terapéuticos a que redefinirían sus límites e incorporarían fenómenos cognitivos en las formas de comportamiento.
- El continuo rechazo por los modelos psicodinámicos. Aaron Beck y Albert Ellis fueron las primeras figuras de referencia, quienes habían sido inicialmente entrenados en enfoque psicodinámico, pero que luego desarrollaron variantes de terapia cognitivo-conductual haciendo énfasis en la reestructuración cognitiva y la necesidad de analizar cambios en las creencias persistentes.
- El último factor que contribuyó al desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual fue la publicación de diferentes investigaciones en donde se determinaba que los resultados de las intervenciones de enfoque cognitivo-conductual eran iguales o más efectivos que los de enfoque conductual.

Este enfoque comenzó a enfatizar la noción de los mediadores cognitivos. Los pensamientos determinan el comportamiento y el estado de ánimo.

Uno de los principales pioneros en el nuevo enfoque fue Albert Ellis, con su propuesta de Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC). Este enfatizó que el impacto de las situaciones en las personas está determinado por la interpretación de ellos mismos sobre la situación. Su modelo ABC, donde un evento activador (A) desencadena una creencia (B), lleva a consecuencias emocionales o conductuales (C) en reacción al evento. Estas mismas ideas se automatizarán a través del uso repetitivo y las mismas deberán ser desafiadas.

Por otro lado, el Dr. Aaron Beck por medio de observaciones a pacientes deprimidos, desarrolló la terapia cognitiva para la depresión desde la unión de aspectos tomados del modelo cognitivo y del modelo conductual. Beck sugirió que el impacto emocional de un evento es mediado por el significado que se atribuye al mismo, el cual estará disponible en la consciencia por medio de imágenes y pensamientos. Las creencias negativas reflejan sistemas de creencias que afectan la forma en que una persona se perciba a sí misma, a otros y a su futuro, influyendo entonces en su reacción sobre eventos negativos (Teasdale, 1993).

Según este modelo, la disfunción se genera cuando un evento estresante, activa esquemas de pensamiento irrealistas, generando distorsiones en la cognición. Mientras que los esquemas bien estructurados y ajustados le permitirán al individuo una evaluación realista de la vida, los esquemas pocos ajustados distorsionarán la percepción, la cual generará fallas en la resolución de problemas y trastornos psicológicos (Dozois & Dobson, 2019).

1.5.2 Conceptos básicos de la Terapia Cognitivo- conductual

- Esquemas

Según Rodríguez Biglieri (2011), los esquemas serían “estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera una visión estable de sí mismo y del mundo”.

- Creencia nucleares o intermedias

Son el principal componente de los esquemas cognitivos. Estos son “enunciados absolutos y globales respecto de uno mismo, las personas y el mundo” (Rodríguez, 2011). Se caracterizan por su tendencia a ser estables e inflexibles.

- Pensamientos automáticos

Tipos de pensamiento involuntario que surgen de forma espontánea (Rodríguez, 2011). Estos pensamientos aparecen ante una situación determinada.

1.5.3 Recorrido teórico sobre la terapia cognitivo- conductual

El paradigma del modelo Cognitivo-Conductual enfatiza en como el pensamiento o nuestras creencias, median en nuestras emociones y respuestas, lo que sugiere que no son las experiencias externas las que causan respuestas desadaptadas, sino más bien, nuestros pensamientos acerca de dichas experiencias, lo que supone que, si modificamos la manera de pensar, se modificará nuestras emociones y conductas. Este modelo enfatiza que las conductas son aprendidas a través de asociaciones. Esta busca identificar y cambiar conductas a través de la modificación de respuestas asociadas tomando en cuenta los antecedentes y consecuencias en la situación. (Craske, 2010).

El proceso terapéutico consistiría en enseñar y guiar a la persona hacia nuevos modos de pensamiento a través de estrategias cognitivas y comportamentales.

1.5.4 Procesos básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual

Blagys & Hilsenroth (2002) identificaron algunos procesos básicos en Terapia Cognitivo- Conductual los mismos son los siguientes:

- Utilización de tareas: el objetivo es practicar las habilidades aprendidas durante la terapia y generalizarlas en situaciones del mundo real.
- Dirección de la actividad de la sesión: el terapeuta tiene control sobre los procesos terapéuticos a través de utilización de agendas, técnicas planificadas en un tiempo específico durante la sesión dirigiendo al paciente hacia temas específicos.
- La enseñanza de herramientas para hacer frente al/ los síntomas.
- El foco puesto en el presente y en futuras experiencias: los terapeutas focalizan en experiencias del presente y del futuro más que en las experiencias del pasado.
- Ofrecer información acerca del trastorno al paciente: los terapeutas proveen información a los pacientes acerca de la dificultad que este tiene como del tratamiento a realizar.
- El foco de la terapia se ubica en los pensamientos o creencias irracionales del paciente.

Scarpa et al. en el 2013 identificaron cinco características principales comunes en la TCC estas son:

- Esfuerzo colaborativo entre el paciente y el terapeuta: el psicoterapeuta por su lado tendrá los conocimientos en la experticia teórica y técnica y el paciente será experto en sí mismo.

- Promover la autoeficacia para tolerar las emociones y modificar el comportamiento: el terapeuta buscará alentar al paciente a utilizar un razonamiento a través de la lógica y por medio del debate socrático para evaluar sus pensamientos indeseados, buscando lograr que el paciente no base sus reacciones emocionales y de comportamiento en percepciones incorrectas.
- Corta duración y directiva: se buscará que el proceso sea limitado en el tiempo, basado en metas establecidas desde el comienzo con el paciente y el terapeuta. A medida que se vayan cumpliendo los objetivos iniciales, se pueden agregar nuevos objetivos. Además, el terapeuta debe tener una agenda de habilidades a enseñar al paciente. El terapeuta dispondrá al paciente de instrucciones y tareas que permitan poner en práctica las habilidades aprendidas en las sesiones.
- Foco en el presente y orientado hacia los objetivos: el terapeuta no buscará ni focalizará en el conocer el origen del comportamiento, más bien, la Terapia Cognitivo- Conductual se basa en los procesos que pueden ser realizados en el presente para cumplir los objetivos establecidos.
- Monitoreo de progreso: será realizado tanto por el paciente como por el terapeuta. Cuando no se tenga avance en los objetivos establecidos, se deberá buscar otra estrategia u otro objetivo.

1.5.5 Estrategias utilizadas en la Terapia Cognitiva- Conductual

Mahoney and Arkhoff (1978) dividieron a la TCC en tres categorías:

- Reestructuración cognitiva:
Técnica utilizada generalmente cuando la perturbación es creada por la misma persona. El objetivo de la terapia es trabajar con las creencias y los pensamientos automáticos que generen resultados negativos.

- Terapias enfocadas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento:
Se utiliza principalmente cuando la dificultad es externa a la persona. La terapia se focaliza en identificar y modificar la forma en la que el individuo exagera la influencia de eventos negativos, por ejemplo, pensamientos o imágenes que le generen ansiedad. Se utilizan, además, estrategias que disminuyan el impacto de estos eventos negativos, por ejemplo, por medio de técnicas de relajación.
- Terapias para la resolución de problemas: Según D´Zurilla y Goldfried, autores de este tipo de terapias, la resolución de problemas es un proceso cognitivo que hace posible diferentes formas de respuestas efectivas para el afrontamiento de una situación problemática; permitiendo así a la persona seleccionar la respuesta más efectiva. Ellos identificaron cinco etapas de la terapia que son: orientación general, definición del problema y formulación, generación de alternativas, toma de decisión y por último la verificación (Dozois&Dobson, 2019).

1.5.6 La Terapia Cognitivo- Conductual en el tratamiento de la ansiedad

Bunge, Gomar & Madil (2009), señalan que los estudios dan como resultados que para el tratamiento de miedos y fobias la desensibilización sistemática en vivo, el modelado y la práctica reforzada son tratamientos bien establecidos. La desensibilización sistemática imaginativa, el tratamiento mediante movimientos oculares (EMDR) y las auto instrucciones son tratamientos probablemente eficaces.

1.5.7 Aplicación de la Terapia Cognitivo- Conductual para la ansiedad en niños

Chu & Harrison (2007), concluyeron que la terapia cognitivo- conductual resulta provechosa para la reducción sintomática, mejoras de las habilidades de afrontamiento en los niños con trastornos depresivos y/ o ansiedad.

Con frecuencia suelen combinarse las terapias de exposición al estímulo aversivo, con el entrenamiento en relajación y la capacitación de habilidades cognitivas de afrontamiento (Sarason, 2012).

1.6 El Programa Terapéutico Margarita La Temerosa

El manual teórico-práctico denominado Margarita La Temerosa publicado por Gabriel y Nicolás Genise, es básicamente de orientación Cognitivo- Conductual y el mismo está orientado para el tratamiento en los distintos trastornos de ansiedad en niños de 6 a 12 años.

Dentro del manual se encuentran una serie de ejercicios y actividades dinámicas que se centran en brindar la información al niño acerca del trastorno y las habilidades que deben adquirir para manejar de forma adecuada la ansiedad.

Los primeros capítulos están centrados en la psicoeducación acerca de las emociones, luego se enseña a los niños a identificar los aspectos cognitivos, fisiológicos, conductuales y emocionales de la ansiedad.

En el prólogo del Manual Margarita la Temerosa, Keegan explica que todos estos temas se le enseñan al niño por medio de la protagonista del manual, “Margarita la lechuza”, una niña lechuza que tiene una vida normal, pero que, en un momento determinado, por alguna circunstancia, desarrolló un trastorno de ansiedad que la hace ser temerosa ante distintas situaciones.

La idea principal es que los niños ayuden a Margarita a recuperarse de esos miedos, ayudándola a identificar síntomas, situaciones, personas, entre otras, que

le hagan sentir ansiedad; de igual forma, los niños pueden identificar personas y técnicas que apoyen a Margarita a vencer sus miedos.

De esta forma, los niños llevan el aprendizaje obtenido a través de la ayuda a Margarita a sus propias vidas y a sus propias ansiedades. (Genise & Genise, 2018).

CAPÍTULO II
MARCO METODOLÓGICO

2.1. Planteamiento del Problema

La ansiedad es uno de los trastornos más comunes dentro de la consulta psicológica, incluyendo la ansiedad en niños.

Existen estudios que demuestran que en la niñez existen distintas etapas en donde los niños sienten miedo ante diferentes estímulos (Bunge, Gomar & Mandil, 2009), sin embargo, existe una diferencia entre sentir miedo y ansiedad, los cuales pudiesen conllevar a un trastorno de ansiedad clínicamente significativa.

Según el DSM V (2013), existen 11 trastornos específicos dentro de los trastornos de la ansiedad; siendo el Trastorno de Ansiedad por Separación exclusivo para la niñez.

Las edades promedio de inicio de los distintos trastornos son las siguientes: los niños en la primera infancia, alrededor de los 6 a 7 años presentan fobias a los animales; de la primera a la segunda infancia, alrededor de los 7 a los 8 años, presentan trastorno de ansiedad por separación; los niños hacia el final de la infancia, alrededor de los 10 a 12 años, presentan trastorno de ansiedad generalizada; mientras que, en la adolescencia temprana, alrededor de los 11 a los 13 años presentan ansiedad social; los adolescentes entre los 11 a los 13 años, adolescencia media, pueden presentar trastornos obsesivo-compulsivo, mientras que, los adultos alrededor de los 22 a los 24 años, pueden presentar trastornos de pánico (Rapee, 2016).

Estudios longitudinales demuestran que los niños naturalmente ansiosos presentan un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo, además de trastornos por abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y suicidio en la adultez (Pine y otros, 1998).

Para el tratamiento de estos trastornos tanto en niños como en adultos, existen muchas alternativas psicoterapéuticas, tal como la Terapia de enfoque Cognitivo-Conductual, que ha demostrado ser altamente efectiva para el tratamiento de estos trastornos. (Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

De acuerdo con estos datos, y reconociendo que la ansiedad clínicamente significativa afecta el desarrollo armónico y productivo de los niños lanzamos nuestro problema de investigación de la siguiente manera:

¿El programa terapéutico Margarita la Temerosa, basado en el enfoque Cognitivo-Conductual, logrará disminuir los niveles de ansiedad en un grupo de niños entre 9 y 10 años de las Aldeas Infantiles SOS de la ciudad de Panamá?

2.2. Objetivos de la investigación

2.2.1. Objetivo General

- Disminuir la ansiedad en un grupo de niños entre 9 y 10 años mediante el programa terapéutico Margarita La Temerosa basado en el enfoque cognitivo-conductual.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Analizar los niveles de ansiedad en el grupo de niños de las Aldeas Infantiles SOS de la Ciudad de Panamá.
- Determinar si el programa Cognitivo- Conductual Margarita La Temerosa disminuirá los síntomas de ansiedad en forma significativa en niños.
- Demostrar si existirán diferencias significativas en la escala ansiedad-rasgo después del tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual Margarita La Temerosa.
- Establecer si existirán diferencias significativas en la escala ansiedad-estado después del tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual Margarita La Temerosa.

2.3. Preguntas de Investigación

1. ¿Existirán diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre el pretest y el posttest?
2. ¿El Programa ayudará a disminuir los niveles de ansiedad en la muestra?
3. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el pretest y el posttest?

2.4 Hipótesis de investigación

Partiendo de los objetivos propuestos y de las investigaciones previas sobre el tema se plantean las siguientes hipótesis:

2.4.1 Hipótesis Nula H_0

- El grupo de niños con síntomas de ansiedad estado/rasgo que reciban el Programa terapéutico Margarita La Temerosa basado en la Terapia Cognitiva Conductual no obtendrán una disminución significativa de sus síntomas.

2.4.2. Hipótesis Alterna H_1

- El grupo de niños con síntomas de ansiedad estado/ rasgo que reciban el Programa terapéutico Margarita La Temerosa basado en la Terapia Cognitiva Conductual obtendrán una disminución significativa de sus síntomas.

2.4.3. Hipótesis estadística

Hipótesis 1

H_0 : No habrá diferencias significativas en el nivel de *ansiedad-estado* del grupo de niños de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita La Temerosa.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si habrá diferencias significativas en el nivel de *ansiedad-estado* del grupo de niños de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita La Temerosa.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 2

H₀: No habrá diferencias significativas en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niños de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia cognitiva-Conductual: Margarita La Temerosa.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si habrá diferencias significativas en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niños de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita La Temerosa.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

2.5. Variables de investigación

- Variable independiente: Programa Terapéutico Margarita La Temerosa basado en la Terapia Cognitivo-Conductual
- Variable dependiente: La ansiedad.

2.5.1 Definición conceptual de las variables

Programa terapéutico Margarita La Temerosa basado en el modelo Cognitivo- Conductual

El manual está basado en la historia de una lechuza que presenta ansiedad la cual vive en una isla imaginaria junto a sus amigos. Uno de sus amigos le ayudará a vencer la ansiedad haciéndole reconocer sus propios síntomas y enseñándole diversas técnicas para que pueda vencerla.

Los niños miembros de la investigación ayudarán por su parte a Margarita a enfrentar sus miedos y servirán para que la misma controle los síntomas de su ansiedad.

De esta forma mediante reconocimiento de sus propios síntomas y la utilización de recursos técnicos terapéuticos los niños aprenderán acerca de la ansiedad, como reconocerla y como enfrentarla.

La Ansiedad

La ansiedad es normal ante situaciones determinadas, sin embargo, cuando la misma sobrepasa la intensidad o supera la capacidad de adaptación del individuo, es cuando se convierte en patológica, desarrollándose así el llamado trastorno de ansiedad. (Guía de práctica clínica en el sistema nacional de salud de España, 2008).

La ansiedad también puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura. La misma se acompaña de un sentimiento desagradable, de pensamientos e ideas desagradables además de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte un peligro real o imaginario y que permite al individuo prepararse para enfrentarse a esta amenaza. (Guía Salud, 2008).

2.5.2. Definición operacional

Programa Terapéutico Margarita la Temerosa basado en la Terapia Cognitiva-Conductual.

El programa utilizado para la reducción de la ansiedad se denomina “Margarita la Temerosa” (2018). Este programa se basa en las intervenciones cognitivo-conductuales para niños con desórdenes de ansiedad.

Margarita la Temerosa es un programa de enfoque cognitivo- conductual para el manejo de la ansiedad en niños de 6 a 12 años. Sus autores son el Dr. Gabriel Genize, Doctor en Psicología Clínica y Nicolás Genize, Licenciado en Psicología, ambos de origen argentino.

El programa consta de 8 sesiones terapéuticas, cuyo objetivo principal es disminuir los síntomas de ansiedad ya sea del estado o de los rasgos en niños y adolescentes. El mismo tuvo una duración de 1 hora semanal, por aproximadamente 2 meses. Este fue aplicado de forma grupal.

El manual presenta la historia de una pequeña búho llamada Margarita, que ha sufrido episodios de ansiedad durante un tiempo determinado y la misma será la acompañante de los niños durante todas las sesiones. Los niños, por su parte, deberán ser la compañía de Margarita.

El manual consta de ocho sesiones terapéuticas divididas de la siguiente manera:

Tabla 1: Descripción de las sesiones

Sesiones	Descripción
<p>1. ¡Conozcamos a Margarita!</p>	<p>Objetivo: esta primera sesión tenía como finalidad la mutua conexión emocional entre terapeuta y pacientes. El fin fue rapport.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le presentó a las niñas el manual con el que se trabajó y las mismas conocieron a Margarita, quién es la niña que presentaba ansiedad. • Las niñas pintaron a Margarita. • Realizaron un laberinto, guiando a Margarita hasta finalizarlo. • Se presentó a las niñas a Jorge uno de los amigos de Margarita, quién la ayudó a vencer la ansiedad. • Las niñas conocieron a los amigos de Margarita, debieron colorearlos. • Las niñas debieron encontrar a Margarita que estaba escondida en algún lugar del bosque y debieron colorearla. • Al finalizar la sesión se les entregó una estrella que indicaba que participaron en la sesión. <p>Tarea: no hubo tarea específica.</p>
<p>2. ¡Aprendemos sobre las emociones!</p>	<p>Objetivo: aprender a conocerse a sí mismas.</p>

	<p>Conocer sobre las emociones, sus definiciones y las formas de percibirlas.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las niñas debieron dibujarse a sí mismas y responder algunas preguntas acerca de ellas (comida favorita, mejor amiga, hobbies favoritos, mascotas, algunas actividades en las que son buenas, programa de tv favorito y pasatiempos en los fines de semana). • Se enseñó a las niñas un pequeño dulce de las emociones. Dentro del dulce iban distintas emociones y las formas de reconocerlas. • Las niñas debieron crear su propio dulce de las emociones. • Se dio su estrella de finalizada la sesión. <p>Tarea: cada niña debió preguntar a su cuidadora, maestros y amigos las cosas que los ponen contentas, calmadas, confundidas, orgullosas, nerviosas y enojadas.</p>
<p>3. ¿Qué es la ansiedad?</p>	<p>Objetivo: conocer acerca de la ansiedad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explicó a las niñas la definición de ansiedad. • Las niñas debieron dibujarse a sí mismas sintiendo mucha ansiedad. • Se contestaron preguntas acerca de la frecuencia en que se sienten ansiosas (¿Durante

	<p>la semana hubo algún momento en qué te hayas sentido ansiosa?, ¿Qué cosas suelen ponerte ansiosa?).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las niñas debieron colocar un gancho a aquellos síntomas propios de la ansiedad que ellas reconocen en sí mismas. • Se les dio su estrella de finalizada la sesión. <p>Tarea: escribieron a lo largo de toda la semana aquellas cosas que les hayan hecho sentir ansiosas.</p>
<p>4. ¿Por qué nos ponemos nerviosos?</p>	<p>Objetivo: esta sesión tuvo como objetivo que las pacientes pudieran comprender el origen de la ansiedad, los disparadores y a darse cuenta cuándo aparecen los mismos.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las niñas aprendieron a reconocer los disparadores de su ansiedad. Se les dio ejemplos con dibujos de algunos disparadores. • Se leyó un párrafo acerca de un niño que sintió ansiedad ante un disparador y las niñas debieron reconocer cuál fue el disparador en el caso. • Las pacientes dibujaron sus disparadores (animales, personas, lugares o situaciones). • Contamos la historia de Margarita y el porqué desarrolló ansiedad. • Las niñas debieron identificar los disparadores de Margarita.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseñó al grupo acerca de qué personas pueden ayudarle en momento de ansiedad. • Se dio la estrella de finalizada la sesión. <p>Tarea: preguntaron a amigos las cosas que suelen ponerlos ansiosos, cuándo se ponen nerviosos y la causa.</p>
<p>5. ¿Nervioso yo?</p>	<p>Objetivo: esta sesión fue continuación de la sesión anterior en donde se determinaron las formas de reconocer la ansiedad y se enseñó acerca de las señales corporales, cognitivas y emocionales; así como también instruimos al niño en algunas técnicas para el manejo de esta.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debió en un círculo aquellos síntomas presentes que las niñas sienten cuando tienen episodios de ansiedad, de acuerdo con cada caso individual. • El grupo escribió lo que siente en su cuerpo cuando se sienten ansiosas a nivel corporal, cognitivo y conductual. • El grupo debió clasificar los síntomas presentados a nivel corporal, cognitivo y conductual. • Se pensó en algún héroe o heroína de su película favorita en un momento de miedo y la forma en qué pudieron resolver o enfrentar esos miedos. • Las niñas debieron pensar una situación donde se hayan

	<p>sentido ansiosas, la forma en que afectó su cuerpo, su conducta y sus pensamientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dibujaron a ellas mismas en dicha situación. • Se presentó una escala ideada para reconocer los niveles de ansiedad. • Las niñas confeccionaron su propia escala de ansiedad. • Se presentó una caja de herramientas emocional; mostrando las cosas que pueden ayudarles a manejar la ansiedad (ejercicios, pensamientos positivos, etc.). • Se les dio la estrella de finalizada la sesión. <p>Tarea: a lo largo de la semana las niñas debieron pensar en algunas herramientas que pueden ayudarlas al manejo de la ansiedad, creando sus propias cajas de herramientas emocionales.</p>
<p>6. ¡Socorro! Estoy ansioso</p>	<p>Objetivo: el terapeuta explicó a al grupo las conductas y pensamientos que tienen las personas al sentirse ansiosos (continuación).</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuó con el proceso de las herramientas emocionales, pero enfocado en las herramientas sociales. • Se enseñaron antídotos para aquellos pensamientos envenenados o negativos que se pueden sentir ante una situación de ansiedad.

	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo debió decidir si los pensamientos presentados eran pensamientos envenenados o antídotos. • Las niñas colorearon los emojis presentados acerca de los niveles de ansiedad. • El grupo creó sus propios emojis. • Se terminó la sesión dando la estrella final. <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A lo largo de la semana debieron crear una lista de pensamientos envenenados y crear pensamientos antídotos. • Las niñas debieron crear una bandera o una señal que caracterizara su horario de nervios (debieron tomarse un tiempo específico del día para pensar en cosas que les pusiesen ansiosas y dibujaron una bandera acerca de ese horario).
<p>7. Ideas para ganarle a la ansiedad</p>	<p>Objetivo: el objetivo principal de esta sesión era enseñar a las pacientes, ideas y maneras de cómo ganarle a la ansiedad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debió imaginar la ansiedad como si fuese un monstruo y debieron dibujarlo. • Se presentó una montaña con diferentes banderas en partes del camino. Las banderas representaron todas las cosas que Margarita había estado

	<p>haciendo poco a poco para vencer la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las niñas debieron crear su propia montaña. • Dentro de una nube las niñas debieron escribir pensamientos positivos que les ayudasen a disminuir la ansiedad. Por otro lado, también escribieron aquellos pensamientos negativos que contribuyeran a agravar los niveles de ansiedad. • Se leyó una historia de un niño que desarrolló ansiedad por un tema específico. Las niñas debieron escribir pensamientos negativos que no ayudaran en el manejo de la ansiedad del niño, seguidos de pensamientos positivos que pudieran ayudar al niño a mejorar la ansiedad. • Se proporcionó la estrella de finalizada la sesión. <p>Tarea: no hubo tarea específica.</p>
<p>8. Repasamos lo aprendido</p>	<p>Objetivo: esta fue la última sesión en donde se repasarán los temas y técnicas para el manejo de la ansiedad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un recuadro las niñas escribieron los logros obtenidos a lo largo del tratamiento. • Se desarrolló un pequeño quizz con los temas dados en terapia. • Las niñas realizaron un dibujo donde pudieron transmitir un mensaje a un niño que tenga

	<p>ansiedad con el fin de apoyarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dio la estrella final de finalizada la última sesión y se presentó el diploma obtenido por haber participado y culminado con éxito la terapia. <p>Tarea: por ser la última sesión no hubo tarea.</p>

Ansiedad

La prueba utilizada para medir los niveles de ansiedad es el cuestionario STAIC Estado-Rasgo para niños de Charles Spielberg. La misma cuenta con 40 ítems en utilizando una escala de tipo Likert. La prueba es dividida en 2 partes. La primera parte mide la Ansiedad-Estado, es decir, medir los estados transitorios de ansiedad. Por otro lado, evalúa la Ansiedad-Rasgo, es decir, se pretende medir si el niño presenta diferencias estables de propensión a la ansiedad, es decir tendencias a mostrar estados de ansiedad.

Tabla 2

Operacionalización de la variable

Variable	Naturaleza	Forma de medición	Tipo de respuesta	Indicadores	Escala de medición	Criterios de medición	Instrumento
Ansiedad	Cualitativo y Cuantitativa	Directa	Politémico	Ansiedad Estado Ansiedad Rasgo	Nominal Ordinal	Respuesta a los ítems en escala tipo likert, 2 escalas se obtienen puntajes	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg: STAIC para niños y adolescentes

Elaborado por Castillo (2020)

2.6. Tipo de investigación

El tipo de investigación es explicativa porque se va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos y establecemos las relaciones entre varios conceptos, es decir, nos enfocamos en responder las causas del evento ansiedad y cómo disminuimos su efecto sobre los pensamientos y la conducta. (Hernández Sampieri, 2014).

2.7. Diseño de investigación

Se trata de una investigación cuasi experimental, ya que manipulamos deliberadamente una variable experimental, pero no tenemos el control total de todas las variables involucradas. Los sujetos no se asignaron al azar al grupo de investigación ya que los mismos estaban conformados antes de esta investigación. Podemos denominarle también que se trata de una investigación con un grupo intacto.

En esta investigación se manipuló deliberadamente la variable independiente (Programa Terapéutico Margarita la Temerosa con enfoque cognitivo-conductual) para analizar las consecuencias de esa intervención sobre la variable dependiente

(síntomas de ansiedad) dentro de una situación de control para el investigador. (Hernández Sampieri, 2014).

Esquema de investigación:

G.E: O1 – X – O2

Donde:

O1: Pretest

X: Tratamiento

O2: Postest

2.8. Población y Muestra

2.8.1 Población

La población es de 56 niños que forman parte de Aldeas Infantiles SOS, ubicada en la Avenida de la Amistad, ciudad de Panamá.

2.8.2. Muestra

La muestra se seleccionó mediante un diseño no probabilístico e intencional o por conveniencia... Este tipo de selección muestral no depende de la probabilidad sino de las características de esta investigación tal cual lo sugiere Hernández Sampieri en su libro Metodología de la investigación (2010).

La muestra seleccionada quedó constituida por 4 niñas con edades comprendidas entre 9 a 10 años que asistían al centro y que reflejaban niveles de medios a altos y significativos de ansiedad y que cumplían con los criterios de inclusión y dejaban constancia de estar de acuerdo con lo expresado en el consentimiento informado que firmaban tanto los niños como las madres tutoras de los hogares. El número

de niñas quedó limitada por condiciones de salubridad en la época de pandemia y la accesibilidad que ofrecieron los directivos del centro.

2.8.2.1. Criterios de inclusión

- Edad: 9 a 10 años
- Que no posean discapacidad cognitiva
- Que formen parte de Aldeas Infantiles SOS
- Con trastornos de ansiedad clínicamente significativa, con puntuación media a alta en la prueba STAIC
- Que no posean otros trastornos psicopatológicos ni estén recibiendo atención psicoterapéutica por otras condiciones
- Firmar el consentimiento informado

2.8.2.2. Criterios de exclusión

- Que tengan menos de 9 o más de 10 años
- Que posean discapacidad cognitiva
- Que posean otros trastornos psicológicos diferentes a la ansiedad
- Que no formen parte de Aldeas Infantiles SOS
- Que no firmaran el consentimiento informado

2.8.2.3. Criterios de eliminación

- Que se ausente a 3 sesiones
- Que no complete el pretest o el postest

2.9. Instrumentos de recolección de los datos

Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños

Ficha técnica

Nombre: “STAIC, cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños”

Autor: Charles D. Spielberger y colaboradores

Procedencia: CCP, California, 1973

Adaptación española: Dpto. I+D de TEA Ediciones, S.A., Madrid, 1989

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación: niños de 9 a 15 años

Duración: variable, entre 15 a 20 minutos

Finalidad: evaluación de la Ansiedad-Estado y la Ansiedad- Rasgo

Baremación: baremos en percentiles y puntuaciones S, diferenciados por sexo y curso

Material: manual y ejemplar autocorregible

Confiabilidad: KR-20= 0.91 (ansiedad- Estado)/ Kr-20= 0.87 (ansiedad-Rasgo)

Validez: de constructo, concurrente y predictiva

El cuestionario de Autoevaluación Ansiedad/Rasgo en niños está dividido en dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo.

La escala A-E (ansiedad- estado) contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar cómo se siente en un momento determinado, por otro lado, la escala A-R (ansiedad-rasgo) contiene, de igual forma, 20 elementos con los que el niño puede indicar cómo se siente en general.

Por un lado, la medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos conscientemente percibidos de aprensión, tensión y preocupación que varían en intensidad con el tiempo.

Por otro lado, la medida A-R intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad.

Tabla 3

Categorías de los niveles de ansiedad del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo

Calificación de los niveles de ansiedad			
Ansiedad-Estado		Ansiedad-Rasgo	
(Puntuación directa)		(Puntuación directa)	
Baja	23 o menos	Baja	28 o menos
Media	Entre 24 y 38	Media	Entre 29 y 41 puntos
Alta	39 p más	Alta	42 o más

Fuente: Llanes, Lorenzo, y Vizcaíno (1994).

2.10. Procedimientos de la investigación

El procedimiento general para esta investigación fue el siguiente:

- Coordinación con las autoridades de las Aldeas Infantiles SOS, Panamá
- Desarrollo de la propuesta e identificación de la población
- Aplicación de pre-pruebas (Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC)
- Ejecución del proceso de evaluación y diagnóstico
- Selección de la muestra
- Realización de las sesiones

- Aplicación de post-pruebas (Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC)
- Evaluación del Programa Terapéutico Margarita la Temerosa, basado en la terapia cognitiva conductual
- Recopilación de datos y elaboración de tablas y gráficas
- Evaluación e interpretación de los resultados
- Elaboración del informe final
- Presentación y entrega de la investigación.

2.11. Métodos y técnicas de análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó la aplicación estadística “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS), versión 23 y Microsoft Excel.

Por una parte, se trabajó en un análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar) y para comparar las medias del pretest y posttest se utilizó la Prueba de Pares signados de Wilcoxon. El fin de esta prueba es comparar el rango medio de dos muestras y relacionar si hay diferencias entre ellas.

Para los resultados obtenidos entre el pretest y el posttest se utilizó tablas y gráficas y el nivel de significación utilizado es de Alfa 0.05.

2.12 Consideraciones éticas

Aspectos éticos: Para el estudio se respetaron los datos personales de los participantes, por lo que resultaron confidenciales. Para fines del presente trabajo, además, se estableció la carta de consentimiento informado, firmada por parte tanto de los tutores legales como de los niños. Los resultados de las pruebas y de la terapia fueron destruidos para la protección de los participantes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Resultados

Los resultados de esta investigación fueron obtenidos de una muestra de cuatro niños, cuyas edades oscilaron entre nueve y diez años. Estos niños residen en las Aldeas Infantiles SOS. Las sesiones de terapia fueron aplicadas en modalidad virtual.

La primera parte está destinada a presentar los datos demográficos de la muestra en estudio; para facilitar la comprensión e interpretación de los resultados se han utilizado gráficas y tablas. A continuación, presentamos los resultados de la estadística inferencial mediante el cálculo de la prueba de pares signados de Wilcoxon.

Estadística descriptiva

El número total de participantes que completaron el programa fue de cuatro, todos pertenecientes al sexo femenino.

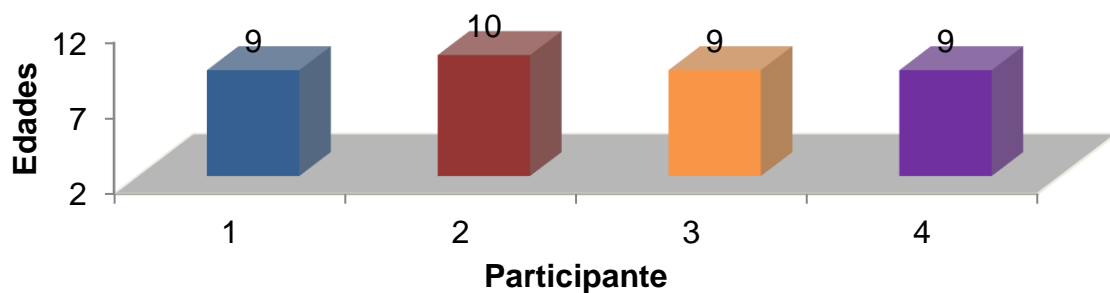
Tabla 4

Descripción de la muestra

Sujeto	Edad	Sexo	Grado	Lugar de residencia
1	9	Femenino	IV	Aldeas SOS infantil
2	10	Femenino	IV	Aldeas SOS infantil
3	9	Femenino	III	Aldeas SOS infantil
4	9	Femenino	II	Aldeas SOS infantil

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos de la entrevista

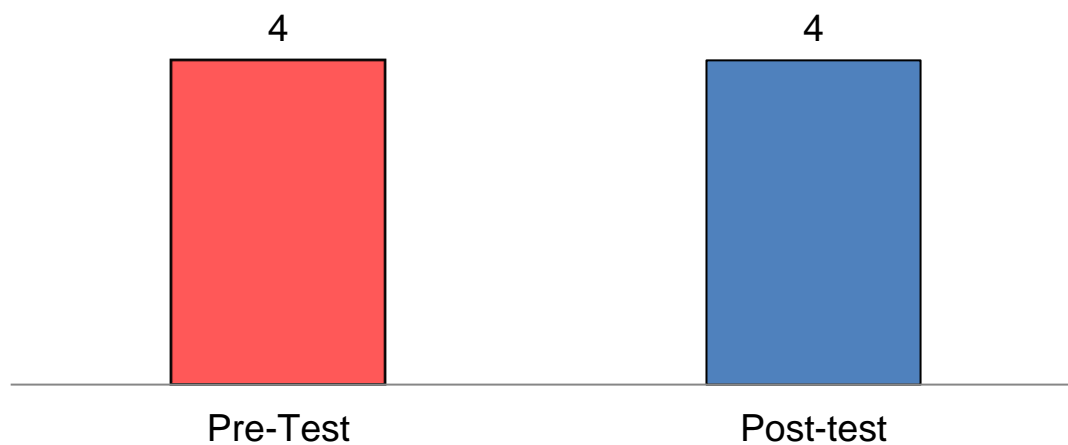
Gráfica 1. Descripción de la muestra de acuerdo con la edad.



Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos de la entrevista.

En la Gráfica 1 se hace una descripción de la muestra de acuerdo a la edad, observamos que tres participantes tenían 9 años (niñas 1,3 y 4) y una participante tenía 10 años (niña 2).

Gráfica 2. Aplicación del pretest y posttest



Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos de la entrevista.

Tabla 5

Descripción de las sesiones asistidas

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8
Niña 1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Niña 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Niña 3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Niña 4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos de la asistencia a las sesiones terapéuticas.

En la tabla 5, se describen las cantidades de 8 sesiones asistidas por las niñas. Este estudio incluye una evaluación las ocho sesiones de intervención psicoterapéutica.

Estadística Inferencial

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las mediciones del pretest y posttest del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

La población cumplía con los criterios de inclusión definidos en esta investigación. Estos criterios eran los siguientes: tener entre 9 y 10 años de edad, no poseer discapacidad cognitiva o mental, formar parte de Aldeas Infantiles SOS, no poseer otros trastornos diferentes a la ansiedad y el tutor legal debía haber firmado el consentimiento informado, el niño o niña debía haber firmado el consentimiento informado.

Tabla 6

Puntuaciones obtenidas en el pretest de la Escala de Ansiedad-Estado

Participante	Puntuación Directa	Puntuación Transformada	Categoría Interpretativa
Niña-1	38	90	Media
Niña-2	32	75	Media
Niña-3	47	98	Alta
Niña-4	27	40	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

En la tabla 6, se muestran las puntuaciones obtenidas en el pretest en la Escala de Ansiedad-Estado, por los participantes de esta investigación, en donde:

La niña 1: obtuvo un puntaje directo de 38 y un puntaje T de 90; quedando dentro de la categoría media.

La niña 2: obtuvo un puntaje directo de 32 y un puntaje T de 75; quedando dentro de la categoría media.

La niña 3: obtuvo un puntaje directo de 47 y un puntaje T de 98; quedando dentro de la categoría alta.

La niña 4: obtuvo un puntaje directo de 27 y un puntaje T de 40; quedando dentro de la categoría media.

Podemos observar que en esta muestra se encontraron en el pretest de la escala de Ansiedad-Estado, síntomas moderados y alto de ansiedad.

Tabla 7

Puntuaciones obtenidas en el pretest de la Escala de Ansiedad Rasgo

Participante	Puntuación Directa	Puntuación Transformada	Categoría Interpretativa
Niña-1	34	50	Media
Niña-2	45	90	Alta
Niña-3	40	75	Media
Niña-4	33	45	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad-Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

En la Tabla 7, se describen las puntuaciones obtenidas en el pretest de la escala de Ansiedad-Rasgo de los participantes de la investigación. En donde:

La niña 1: obtuvo un puntaje directo de 34 y un puntaje T de 50; quedando dentro de la categoría media.

La niña 2: obtuvo un puntaje directo de 45 y un puntaje T de 90; quedando dentro de la categoría Alta.

La niña 3: obtuvo un puntaje directo de 40 y un puntaje T de 75; quedando dentro de la categoría media.

La niña 4: obtuvo un puntaje directo de 33 y un puntaje T de 45; quedando dentro de la categoría media.

Podemos observar que en esta muestra se encontraron en el pretest de la escala de Ansiedad-Rasgo, síntomas de ansiedad moderados y altos de ansiedad.

Tabla 8

Puntuaciones obtenidas en el postest de la Escala de ansiedad-Estado

Participante	Puntuación Directa	Puntuación Transformada	Categoría Interpretativa
Niña-1	23	10	Baja
Niña-2	37	90	Media
Niña-3	33	75	Media
Niña-4	25	20	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

En la Tabla 8, se presentan las puntuaciones obtenidas en el postest de la escala de Ansiedad-Estado, por parte de los participantes de la investigación. En donde:

La niña 1: obtuvo un puntaje directo de 23 y un puntaje T de 10; quedando dentro de la categoría baja.

La niña 2: obtuvo un puntaje directo de 37 y un puntaje T de 90; quedando dentro de la categoría media.

La niña 3: obtuvo un puntaje directo de 33 y un puntaje T de 75; quedando dentro de la categoría media.

La niña 4: obtuvo un puntaje directo de 25 y un puntaje T de 20; quedando dentro de la categoría media.

Podemos observar que en esta muestra se encontraron en el postest de la escala de Ansiedad-Estado, síntomas de ansiedad bajos y medios de ansiedad.

Tabla 9

Puntuaciones obtenidas en el postest de la Escala de Ansiedad-Rasgo

Participante	PD	PT	Categoría
Niña-1	29	20	Media
Niña-2	39	75	Media
Niña-3	38	70	Media
Niña-4	33	45	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

En la tabla 9, se describen las puntuaciones obtenidas en el postest de la escala de Ansiedad-Rasgo de los participantes de la investigación. En donde:

La niña 1: obtuvo un puntaje directo de 29 y un puntaje T de 20; quedando dentro de la categoría media.

La niña 2: obtuvo un puntaje directo de 39 y un puntaje T de 75; quedando dentro de la categoría media.

La niña 3: obtuvo un puntaje directo de 38 y un puntaje T de 70; quedando dentro de la categoría media.

La niña 4: obtuvo un puntaje directo de 33 y un puntaje T de 45; quedando dentro de la categoría media.

Podemos observar que en esta muestra se encontraron en el postest de la escala de Ansiedad-Rasgo, síntomas de ansiedad media.

Tabla 10

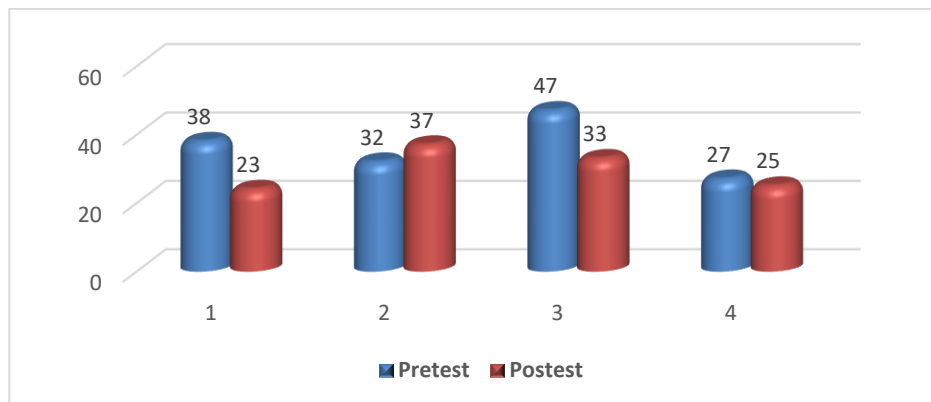
Comparación del pretest y postest en las puntuaciones del Cuestionario de Ansiedad-Estado

Participante	Pretest Ansiedad-Estado			Postest Ansiedad-Estado		
	PD	PT	Categoría	PD	PT	Categoría
Niña-1	38	90	Media	23	10	Baja
Niña-2	32	75	Media	37	90	Media
Niña-3	47	98	Alta	33	75	Media
Niña-4	27	40	Media	25	20	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad-Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

Observamos en la Tabla 10, las puntuaciones obtenidas en la Escala **Ansiedad Estado** del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños (STAIC) por las participantes en el pretest y postest. Observamos que en el pretest las participantes lograron niveles de ansiedad estado medios (niña1, 2 y niña 4) y alta (niña 3). Después de aplicado el Programa Terapéutico Margarita la temerosa de enfoque Cognitivo-Conductual, las participantes lograron niveles de ansiedad bajo y medio.

Gráfica 3. Comparación en el pretest y postest en las puntuaciones del Inventario de Ansiedad-Estado



Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

Tabla 11

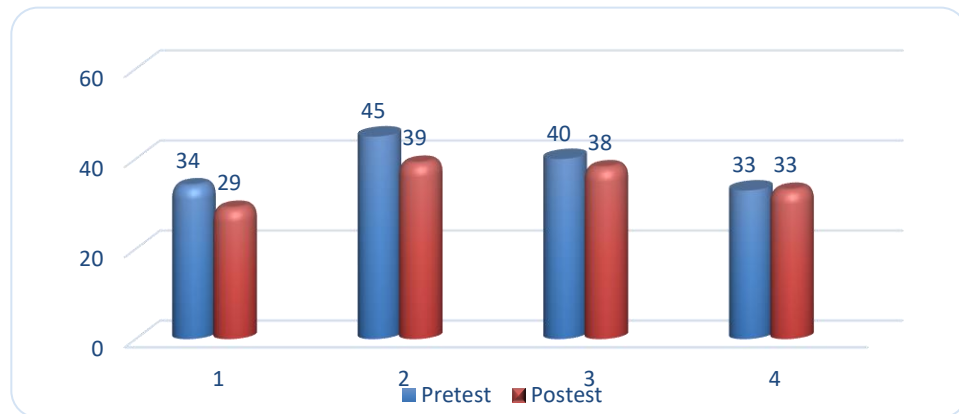
Comparación del pretest y postest en las puntuaciones del Cuestionario de Ansiedad-Rasgo

<i>Participante</i>	<i>Pretest Ansiedad-Rasgo</i>			<i>Postest Ansiedad-Rasgo</i>		
	PD	PT	Categoría	PD	PT	Categoría
<i>Niña-1</i>	34	50	Media	29	20	Media
<i>Niña-2</i>	45	90	Alta	39	75	Media
<i>Niña-3</i>	40	75	Media	38	70	Media
<i>Niña-4</i>	33	45	Media	33	45	Media

Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada.

La Tabla 11, compara las puntuaciones obtenidas en el Inventario de **Ansiedad-Rasgo** por las participantes en el pretest y postest. Observamos que en el pretest las participantes lograron niveles de ansiedad-rasgos medios y altos. Después de aplicado el Programa Terapéutico Margarita la temerosa de enfoque Cognitivo-Conductual, las participantes lograron niveles de ansiedad media.

Gráfica 4. Comparación en el pretest y postest en las puntuaciones del Cuestionario de Ansiedad-Rasgo



Fuente: Elaborado por Castillo (2020). Datos obtenidos del Cuestionario Ansiedad Estado/ Rasgo en niños STAIC 4ta edición revisada

3.2 Pruebas de Hipótesis

A continuación, se presenta el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el programa estadístico SPSS de las puntuaciones del pretest y postest para cada una de las escalas de la prueba que se aplicó. Como no se puede afirmar la normalidad de la muestra, por ser muy pequeña, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar muestras pareadas o relacionadas. Esta prueba, compara las medianas en el pretest y el postest (H_0 vs H_1). El nivel de significancia utilizado fue de $\alpha=0.05$.

Hipótesis 1

H_0 : No hay diferencias en el nivel de *ansiedad estado* del grupo de niñas antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita la temerosa.

H_0 : $Md_{Pretest} = Md_{Postet}$

H_1 : Si hay diferencias en el nivel de *ansiedad estado* del grupo de niñas antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita la temerosa.

H_1 : $Md_{Pretest} \neq Md_{Postet}$

Prueba estadística: Prueba de los rangos de Wilcoxon

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 12

Prueba de los rangos de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest de la escala de Ansiedad-Estado

		Rangos			
			N	Rango promedio	Suma de rangos
AEPDPOST	–	Rangos negativos	3 ^a	2.67	8.00
AEPDPRE		Rangos positivos	1 ^b	2.00	2.00
		Empates	0 ^c		
		Total	4		

En la Tabla 12, se muestra la asignación de rangos positivos, negativos y empates, así como la suma de rangos positivos y negativos. Se analizaron 4 pares (las 4 niñas que participaron el programa). Hubo un rango negativo y 3 rangos positivos. No hubo empate.

Tabla 13

Estadísticos de contraste en el pretest y postest de la escala de Ansiedad Estado

Estadísticos de contraste^a

	AEPTPOST – AEPTPRE
Z	-1.095 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.273

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Decisión:

Al comparar los resultados obtenidos del pretest y postest de la escala de Ansiedad-Estado utilizando la prueba de Wilcoxon, se observó que la probabilidad estadística (valor $p=0.27$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$; indicando que no existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hubo diferencias en el nivel de *ansiedad-estado* del grupo de niñas de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitiva-Conductual: Margarita la Temerosa.

A pesar de que el programa de enfoque cognitivo-conductual Margarita la temerosa no contribuyó a reducir significativamente los niveles de ansiedad estado en las niñas, se puede observar que después de aplicar el programa, se logró mantener la ansiedad en los niveles medios (niñas 2 y 4). Se aprecia un cambio para la niña 3, donde sus niveles de ansiedad resultaron alto en el pretest, pero después de aplicar el programa, la niña 3, disminuyó los niveles a ansiedad media. De igual forma la niña 1 tuvo una disminución en los niveles de ansiedad pasando de nivel medio a nivel bajo de ansiedad.

Hipótesis 2

H₀: No hay diferencias en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niñas de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la terapia cognitiva-conductual: Margarita la temerosa.

H₀: Md_{Pretest}=Md_{Postet}

H₁: Si hay diferencias en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niñas de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la terapia cognitiva-conductual: Margarita la temerosa.

H₁: Md_{Pretest} ≠ Md_{Postet}

Prueba estadística: Prueba de los rangos de Wilcoxon

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si p ≤ 0.05 se rechaza H₀

Si p > 0.05 se acepta H₀

Resultados:

Tabla 14

Prueba de los rangos de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest de la escala de Ansiedad Rasgo

		N	Rango promedio	Suma de rangos
ARPDPOST	– Rangos negativos	3 ^a	2.00	6.00
ARPDPRE	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	1 ^c		
	Total	4		

En la Tabla 14, se muestra la asignación de rangos positivos, negativos y empates, así como la suma de rangos positivos y negativos. Se analizaron 4 pares (las 4 niñas que participaron el programa). Hubo 3 rangos negativos, no hubo rangos positivos, y se encontraron un empates.

Tabla 15

Estadísticos de contraste en el pretest y postest de la escala de Ansiedad Rasgo

	Postest- Ansiedad <i>Rasgo</i>
	Pretest -Ansiedad <i>Rasgo</i>
Z	-1.604
Sig. asintót. (bilateral)	0.109

Al comparar los resultados obtenidos del pretest y postest de la escala de *ansiedad-rasgo* utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que la probabilidad del estadístico (valor $p=0.10$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$; indicando que no existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hubo diferencias en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niñas de las Aldeas SOS Panamá antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la terapia cognitiva-conductual: Margarita la Temerosa.

A pesar de que el programa de enfoque cognitivo-conductual Margarita la Temerosa no contribuyó significativamente a reducir los niveles de ansiedad rasgo en las niñas, podemos observar que después de aplicar el programa, se logró mantener los niveles medios de ansiedad después del tratamiento (niña 1,3 y 4) y mejoró el nivel de ansiedad de la niña 2 pasando de ansiedad alta a media.

3.3 Discusión de los resultados

Es importante para nosotros que iniciemos resaltando las limitaciones de nuestro diseño de investigación: los cuasi experimentos son diseños de estudio considerados dentro de los estudios científicos experimentales, tienen el mismo propósito que estos: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Este tipo de diseño resulta ser más vulnerable a las amenazas relacionadas con la validez inferencial porque se tienen menos controles, y además no se tiene un grupo de comparación lo cual debilita la validez de los resultados de la investigación. Sin embargo, estos diseños deben ser utilizados cuando no hay posibilidades de un estricto control de variables como es el caso de esta investigación.

Esta investigación posee todos los elementos de un experimento verdadero, excepto que los sujetos no se asignaron aleatoriamente, por lo que el investigador se debe enfrentar con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que pueden afectar a la variable dependiente y los resultados de la investigación.

Para tener un mayor control de la investigación se realizaron dos mediciones: antes (pretest) y después (postest) de la aplicación del tratamiento, el mismo grupo se comparó consigo mismo, para conocer cuáles eran los niveles de

ansiedad-estado/ansiedad-rasgo de los participantes antes del inicio del programa de intervención y después de finalizar marcando una línea de referencia y así poder realizar un seguimiento del grupo durante toda la investigación.

Se buscó controlar las variables extrañas, al seleccionar una muestra que fuera lo más homogénea posible y parecida entre sí: edad entre 9 y 10 años, no poseer discapacidad cognitiva o mental, formar parte de Aldeas Infantiles SOS, no poseer otros trastornos diferentes a la ansiedad, el tutor legal debía haber firmado el consentimiento informado y el niño o niña debía haber firmado el consentimiento informado.

Es fundamental que el instrumento de medición utilizado en esta investigación tiene buenas cualidades psicométricas y ha sido utilizado con éxito en múltiples investigaciones en psicología clínica tanto en Panamá como a nivel internacional. Esta investigadora fue muy cuidadosa al momento de aplicar el instrumento y, además, de crear un ambiente seguro y empático al momento de aplicar el programa psicoterapéutico. No encontramos resistencias al tratamiento ni saboteos por parte de la institución en donde se desarrolló esta investigación. Cumplimos con el horario asignado semanalmente y contamos con los recursos tecnológicos para cumplir con las tareas.

Para obtener los resultados finales de niveles de eficacia del programa de enfoque cognitivo- conductual Margarita la Temerosa, utilizamos el estadístico de Wilcoxon para comprobar si existían diferencias significativas en los niveles de *ansiedad-estado* y *ansiedad-rasgo* antes y después de la intervención; Los mismos arrojaron los siguientes resultados:

Dentro de la escala de *Ansiedad- Estado*, se muestra:

En la escala de *ansiedad – estado* se observó que la probabilidad del estadístico (valor $p=0.27$) es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$; indicando que no existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias en el nivel de *ansiedad-estado* del grupo de niñas de

las Aldeas SOS antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en el Manual de terapia cognitivo-conductual, Margarita La Temerosa. En otras palabras, debemos concluir que este programa no posee suficientes fortalezas como para modificar el estado de ansiedad de los niños y que esta condición perdura por mucho tiempo. Creemos que sería necesario extender el número de sesiones para aumentar la potencia de modificación conductual, es también necesario tomar en consideración que la relación terapéutica se ve afectada por la no presencialidad y que fue necesario usar por los momentos sanitarios que vivía el país y la necesidad, por otro lado, de atender los conflictos psicológicos y emocionales de estas niñas.

Dentro de la escala de Ansiedad -Rasgo, se observó: que la probabilidad del estadístico ($p = 0.10$) es mayor al nivel de significancia $\alpha = 0.05$; indicando que no existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias en el nivel de *ansiedad-rasgo* del grupo de niñas de las Aldeas SOS antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en Terapia Cognitivo-Conductual, Margarita La Temerosa.

Al comparar este estudio con otras investigaciones realizadas, se dedujo que en la investigación, por ejemplo, de Fernández (2012), sobre las manifestaciones de ansiedad en niños ansiosos institucionalizados en el Hogar Madre Anna Vitiello que padecen VIH/Sida, los niños que forman parte de estas instituciones muchas veces desarrollan o mantienen niveles medios o altos de ansiedad, tal y como se observó en este trabajo de investigación, cuya muestra mantuvo niveles medios y altos de ansiedad. También establece que, los niños que asisten al Hogar Madre Anna Vitiello en Guatemala para niños abandonados con V.I.H., muestran niveles de ansiedad media; llegando casi al nivel de ansiedad alta. Al compararlo con la presente investigación, se reflejaron resultados similares. El programa evaluado en esta investigación demostró no poseer la suficiente potencia para modificar una condición fuertemente arraigada en la estructura mental como es un rasgo de

conducta y que no pueden ser modificadas con este tipo de programa, especialmente en niños institucionalizados como es en nuestro caso.

Esta investigación ha sido coincidente con muchos resultados similares a nuestra investigación, por ejemplo, al compararlo con un estudio de Macklean en el 2003, los niños pequeños con una historia de atención institucional muchas veces muestran dificultades de atención, hiperactividad, dificultades en la regulación emocional y niveles elevados de ansiedad en comparación con niños no institucionalizados.

Debe mencionarse que es la primera vez que se utiliza el manual Margarita la Temerosa para el tratamiento grupal y a través de teleterapia en Panamá, por lo que no se cuentan otros estudios con los que comparar el manual de investigación propuesto y los hallazgos deben ser considerados de manera discreta y no podemos hacer generalizaciones.

Es importante recalcar que en Latinoamérica la teleterapia es relativamente nueva y por ello, puede decirse, que hay pocas investigaciones acerca de la eficacia de la misma en los países de la región con condiciones culturales similares.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo de investigación era medir la efectividad del programa Cognitivo-Conductual Margarita La Temerosa, en niños de 9 a 10 años institucionalizados.

El estudio se realizó con 4 niñas entre 9 y 10 años que forman parte de la casa hogar Aldeas Infantiles SOS que marcaron niveles medios y altos de ansiedad.

Luego de aplicada las 8 sesiones terapéuticas en modalidad virtual, pudimos encontrar las siguientes conclusiones:

1. Los niveles en la escala *ansiedad-estado* mostraron una leve y discreta mejoría, pasando de estados moderados y altos a niveles bajos y medios, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas.
2. Se acepta la hipótesis nula, es decir, no hubo diferencias significativas en el nivel de *ansiedad-estado* en el grupo de niñas de las Aldeas SOS después de implementar el tratamiento de enfoque cognitivo-conductual Margarita la Temerosa en modalidad virtual.
3. A pesar de que el programa de enfoque cognitivo-conductual Margarita la Temerosa no contribuyó a reducir estadísticamente de manera significativa los niveles de *ansiedad-estado* en las niñas, esta investigadora observó de manera clínica que luego de aplicado el programa, se logró mantener niveles medios en las niñas 2 y 4. Por otro lado, en la niña 3, sí se logró observar un cambio significativo en los niveles de ansiedad, pasando de nivel alto a nivel medio. De igual forma en la niña 1 se observó una mejoría pasando de niveles medios a bajos. De esta manera podemos concluir que el efecto clínico más importante observado es el de actuar como un programa de prevención primaria.
4. En la escala *ansiedad-rasgo* se evidenció que los niveles de ansiedad medios se mantuvieron en las niñas 1, 3 y 4. Por otro lado, en la niña 2 el nivel de ansiedad mejoró, pasando de ansiedad alta a ansiedad media.

Consideramos que el programa actuó como una barrera de contención para controlar los efectos perturbadores a largo plazo.

5. Se acepta la hipótesis nula, es decir, no hubo diferencias significativas en los niveles de la escala *ansiedad-rasgo* en el grupo de niñas de Aldeas SOS, luego de implementar la terapia de enfoque cognitivo-conductual Margarita La Temerosa en modalidad virtual.
6. A pesar de que el programa no logró reducir significativamente los niveles de ansiedad en las niñas, fue notorio que luego de aplicado el programa, se logró mantener niveles medios de ansiedad evitando un efecto perjudicial a largo plazo en la esfera emocional.
7. Puede afirmarse, categóricamente, entonces, que el Manual de enfoque cognitivo-conductual Margarita La Temerosa, en modalidad virtual, no fue efectivo para reducir los niveles de ansiedad en el grupo de niñas de Aldeas SOS.
8. Algunos de los síntomas de ansiedad en la niñez, pueden ser confundidos con otras enfermedades de salud física, por lo que es importante prestar atención a cada síntoma que un niño presente.
9. Tal vez la exposición a serias dificultades en el círculo familiar nuclear es uno de los principales factores para el desarrollo de la ansiedad en niños.
10. La pandemia por COVID-19 puede ser uno de los factores que contribuyesen a mantener los niveles de ansiedad en el grupo de niñas estudiadas, debido a que son diezmados los niveles de socialización y aumentados los niveles de miedo al contagio. Además, ha lentificado los procesos regulares de adaptación al medio.

4.2 Recomendaciones

1. Replicar este estudio para comparar los resultados de esta investigación con nuevas investigaciones y una muestra de mayor tamaño.
2. Realizar este estudio de manera presencial para comparar y encontrar diferencias significativas en los resultados, así podremos valorar los aspectos clínicos individuales de cada uno de los participantes.
3. Utilizar una muestra mayor al utilizado en este estudio para poder comparar de mejor forma los resultados, debido a la pandemia la institución nos proveyó de solo 5 niñas para evitar aglomeración.
4. Copiar este estudio en otras poblaciones de niños de otras casas hogares para refutar estos resultados o confirmar los mismos.
5. Ampliar las edades de la muestra y mejorar el estudio mediante el contraste con otro grupo control.
6. Aplicar este estudio en muestras de adolescentes con el fin de evaluar y comparar los niveles de ansiedad en esa población y comparar los resultados finales.
7. Desarrollar un protocolo de control de las tareas terapéuticas, ya que no se midió de forma más objetiva el cumplimiento de las tareas.
8. Asegurarse que las personas encargadas de acompañar a la muestra en las terapias virtuales puedan entender de manera clara las indicaciones al momento de desarrollar las tareas en las sesiones.
9. Ampliar esta investigación en poblaciones masculinas infantiles, con el objetivo de comparar los niveles de ansiedad y comparar la eficacia del tratamiento.
10. Esta investigación es una de las primeras en estudiar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual infantil en modalidad virtual, por lo que

se recomienda su replicación en est/a misma modalidad para confirmar o refutar los resultados.

- 11.** Debido a los escándalos de abusos de menores en albergues en Panamá, se recomienda dar un seguimiento estricto a los niveles de ansiedad que las poblaciones de niños pudieran presentar.
- 12.** Validar otros programas estandarizados que comúnmente se utilizan en estos grupos institucionalizados sin conocer la validez y la confiabilidad de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Arlington.
2. Beck, A. Emery G. & R. Greenberg. (2014). Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva. Bilbao. Editorial Desclée De Brouwer.
3. Blagys, M. & Hilsenroth, M. (2002). Actividades características de la terapia cognitivo-conductual: Una revisión de la literatura del proceso de psicoterapia comparada. Revisión de Psicología Clínica (22). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/11265810_Distinctive_activities_of_cognitive-behavioral_therapy_A_review_of_the_comparative_psychotherapy_processes_literature
4. Bunge E., Gomar M. & Mandil J. (2009). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Argentina. Editorial Akadia.
5. Caja de Seguro Social (2019, 7 de agosto). Cerca del 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentan actualmente un trastorno de ansiedad en Panamá. [Comunicado de prensa]. <http://www.css.gob.pa/web/7-agosto-2019ai.html>
6. Craske, M. (2010). Terapia Cognitivo- Conductual. Washington. Asociación Americana de Psicología.
7. Chu, B. & Harrison, T. (2007). Efectos específicos de la terapia cognitivo-conductual para jóvenes ansiosos y deprimidos: un meta-análisis de los candidatos a mediadores de cambio. Revisión de Psicología Clínica de niños y familia. DOI: [10.1007 / s10567-007-0028-2](https://doi.org/10.1007/s10567-007-0028-2)
8. Diccionario de la Lengua Española (2005). Ansiedad. En diccionario word reference. online Word reference. Recuperado en 6 de octubre de 2021, de <https://www.wordreference.com/definicion/ansiedad>
9. Dozois, D. & Dobson, K (2019). Bases históricas y filosóficas de la terapia cognitivo- conductual. Manual de Terapias Cognitivo Conductuales. Nueva York. The Guilford Press.
10. Feldman, R. (2007). Desarrollo Psicológico a través de la vida. México. Editorial Pearson.
11. Fernández, A. (2012). Manifestaciones de ansiedad en niños ansiosos institucionalizados en el hogar Madre Anna Vitiello que padecen VIH/sida. [Tesis a optar por el título de Psicología Clínica, Universidad Rafael Landívar]. Red de Bibliotecas CRAI Landívar. <https://biblioteca.url.edu.gt/>

12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017, 1 de julio). Las lagunas en los datos sobre los niños en instituciones de atención pueden llevar a pasar por alto a los más vulnerables, dice UNICEF. [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/las-lagunas-en-los-datos-sobre-los-ni%C3%B1os-en-instituciones-de-atenci%C3%B3n-pueden>
13. Genise G. & Genise N. (2018). Margarita la temerosa. Buenos Aires. Editorial Akadia.
14. Genise G. & Genise N. (con Keegan, E.)(2018). Margarita la temerosa. Editorial Akadia.
15. Guía Salud. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado00/autoría.html>
16. Hernández, R. (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial McGraw Hill.
17. Hernández, R. (2014). Metodología de la investigación. México. Editorial McGraw Hill.
18. Instituto Panameño de Terapia Cognitiva Conductual (abril de 2015). Qué es la Terapia Cognitivo - Conductual?. <http://cognitivapanama.com/>
19. Khan, L. (2015). Invirtiendo en la salud mental de los niños: una revisión de la evidencia sobre los costos y beneficios de una mayor prestación de servicios. Reino Unido. Recuperado el día 11 de octubre de 2021 de https://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/investing_in_childrens_mental_health.pdf
20. Kendall, P. (2000). Child and adolescent therapy. New York London. Editorial The Guilford Press.
21. López, L. (2012). Programa Cognitivo- Conductual para disminuir la ansiedad y mejorar las habilidades sociales en niños (as) con trastorno de ansiedad generalizada de las Aldeas SOS de Panamá. [Trabajo de Graduación para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica]. Universidad de Panamá.
22. MacKlean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. Research Gate. Volumen 15. 853-884. DOI: 10.1017/S0954579403000415
23. Mahoney M. & Arnkoff, D. (1978). Terapias cognitivas y de autocontrol. Manual de psicoterapia y Cambio de comportamiento. Estados Unidos de América. Editorial Wiley.
24. Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Boletín de salud mental; Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Recuperado de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/EN/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
25. Morrison, J. (2014). Guía para el diagnóstico clínico. México. Editorial El Manual Moderno.
 26. Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención de los Derechos del Niño. Nueva York. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf
 27. Ospina et al (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Scielo. <https://www.scielosp.org/j/rsap/> .
 28. Papalia D., Feldman R., Martorell G.(2012). Desarrollo Humano. México. Editorial McGraw Hill.
 29. Pine, D. (1998). The risk for early- adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive. Psiquiatría Arch Gen. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/189668>
 30. Rapee, R. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y adolescentes. Recuperado de <http://iacapap.org>
 31. [Real Academia Española. \(s.f.\). Ansiedad. En diccionario de La Lengua Española. Recuperado en 2 de octubre de 2021, de https://dle.rae.es/ansiedad](https://dle.rae.es/ansiedad)
 32. Reyes, A. (2005). Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
 33. Rodríguez, R. , Vetere, G. (2011). Manual de Terapia Cognitivo-Conductual de los trastornos de ansiedad. Buenos Aires, Argentina. Editorial Polemos.
 34. Rojas, E. (2014). Como super la ansiedad. España. Editorial Planeta S.A.
 35. Ruíz, A.,Lago B.(2005). Curso de actualización en pediatría. Madrid. Editorial Exlibris Ediciones.
 36. Sarason I. & Sarason B. (2006). Psicopatología Anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Editorial Pearson.
 37. Scarpa et al. (2013). CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. New York. Guilford Press.
 38. Soutullo C.& Mardomingo M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
 39. Spielberg C. (2009). STAI, Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/ ansiedad, rasgo en niños. TEA ediciones S.A.

40. Teasdale, J. (1993, mayo). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. Behavior research and therapy. National library of medicine. DOI [10.1016 / 0005-7967 \(93\) 90092-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90092-9)

ANEXOS

Anexo 1

Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Panamá, 25 de noviembre de 2019

Yo, _____ con cédula de identidad personal _____, como tutor del (la) niña _____ de _____ años de edad, autorizo su participación en el estudio que será realizado por la psicóloga Jessica Castillo con idoneidad profesional 4561.

Como es de su conocimiento, este estudio busca medir la efectividad de la intervención terapéutica, en la que se darán al niño herramientas para lidiar o manejar con los síntomas de ansiedad. La intervención terapéutica consta de 8 sesiones, las mismas son gratuitas y con derecho a abandonar el tratamiento sin penalización alguna.

Además, me comprometo a que:

1. Coopere en la ejecución del programa.
2. Siga las instrucciones que reciba de la psicóloga.

Yo, Jessica Castillo, como psicóloga me comprometo a:

1. Mantener de forma estrictamente confidencial, la identidad de los (as) participantes. Sin embargo, la información cuantitativa y los resultados obtenidos se darán utilizando nombres ficticios para realizar el informe final de la investigación.
2. Tratarlo con respeto y a trabajar con empeño y dedicación para su bienestar mental/psicológico.
3. El informe y las recomendaciones finales serán entregadas a la Dirección de la Institución.

Firma del Acudiente o Tutor

Firma del niño

Licda.: Jessica Castillo
Psicóloga C.I.P. 4561

Anexo 2

Sesiones terapéuticas

- **Sesión 1: ¡Conozcamos a Margarita!**

Objetivos

- Presentar al niño el juego mediante el cual ayudarían a una pequeña lechuza llamada Margarita a vencer su ansiedad.

Desarrollo de la sesión

El terapeuta presenta a las niñas a Margarita, sus amigos y el lugar donde habita. Las niñas colorearon los animalitos que se encuentran en la isla donde habita Margarita. Luego encontraron a Margarita que estaba escondida en un lugar oculto de la isla donde habita porque en ese momento tenía una crisis de ansiedad y se encontraba muy asustada. Una vez que encontraron a Margarita la colorearon y reconocieron en ella el miedo que estaba desarrollando.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita la Temerosa

- **Sesión 2: ¡Aprendemos sobre las emociones!**

Objetivos

- Enseñar al niño a conocer y reconocer las emociones.

Desarrollo de la sesión

El terapeuta habló acerca de las emociones, sus definiciones y las formas de percibir las. En esta sesión el niño comenzó a conocerse a sí mismo, describió sus cualidades y sus habilidades y aprendió acerca de las emociones en forma general.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita la Temerosa.

➤ **Sesión 3: ¿Qué es la ansiedad?**

Objetivos terapéuticos

- Enseñar al niño la definición de ansiedad y cómo reconocerla.

Desarrollo de la sesión

Se instruyó al grupo acerca de la ansiedad. Además, enseñamos al niño a poder reconocer qué situaciones lo ponen ansioso.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita La Temerosa.

➤ **Sesión 4: ¿Por qué nos ponemos nerviosos?**

Objetivos terapéuticos

- Ayudar al niño a reconocer los activadores de su ansiedad.

Desarrollo de la sesión

Seguimos enseñando al niño las cosas que los ponen ansiosos tales como personas, animales, lugares, entre otros. Además, se ayudó al niño a identificar cuáles son las personas que pueden ayudarle en momentos difíciles.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita la Temerosa.

➤ **Sesión 5: ¿Nervioso yo?**

Objetivos terapéuticos

- Instruir al niño acerca de las señales del cuerpo cuando siente ansiedad.
- Iniciar la capacitación al niño sobre el manejo de algunas técnicas para el control de la ansiedad.

Desarrollo de la sesión

Esta sesión fue la continuación de la sesión anterior, en donde se determinaron las formas de reconocer la ansiedad. Se enseñó acerca de las señales corporales, cognitivas y emocionales.

También instruimos al niño en algunas técnicas para el manejo de la misma.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita La Temerosa.

➤ **Sesión 6: ¡Socorro! ¡Estoy ansioso!**

Objetivos

- Continuar enseñando al niño técnicas para el control de la ansiedad.

Desarrollo de la sesión

El terapeuta explicó al grupo las conductas y pensamientos que tienen las personas al sentirse ansiosos.

Seguimos explicando al niño algunas herramientas para el manejo de la ansiedad.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita La Temerosa.

➤ **Sesión 7: Ideas para ganarle a la ansiedad**

Objetivos

- Seguir con la capacitación al niño sobre el manejo adecuado de la ansiedad.

Desarrollo de la sesión

El objetivo principal de esta sesión era enseñar a las pacientes ideas y maneras de ganarle a la ansiedad. Seguimos con el entrenamiento en técnicas para el manejo de la ansiedad

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita La temerosa.

➤ **Sesión 8: Repasamos lo aprendido**

Objetivos terapéuticos

- Repasar todo lo aprendido durante las sesiones terapéuticas

Desarrollo de la sesión

Esta fue la última sesión en donde se repasaron los temas y técnicas para el manejo de la ansiedad. Se ofreció a los pacientes un diploma virtual de participación y finalización de la terapia.

Materiales:

- Computadora con línea de internet
- Manual Margarita La Temerosa.

Anexo 3

Portada del programa Margarita La Temerosa

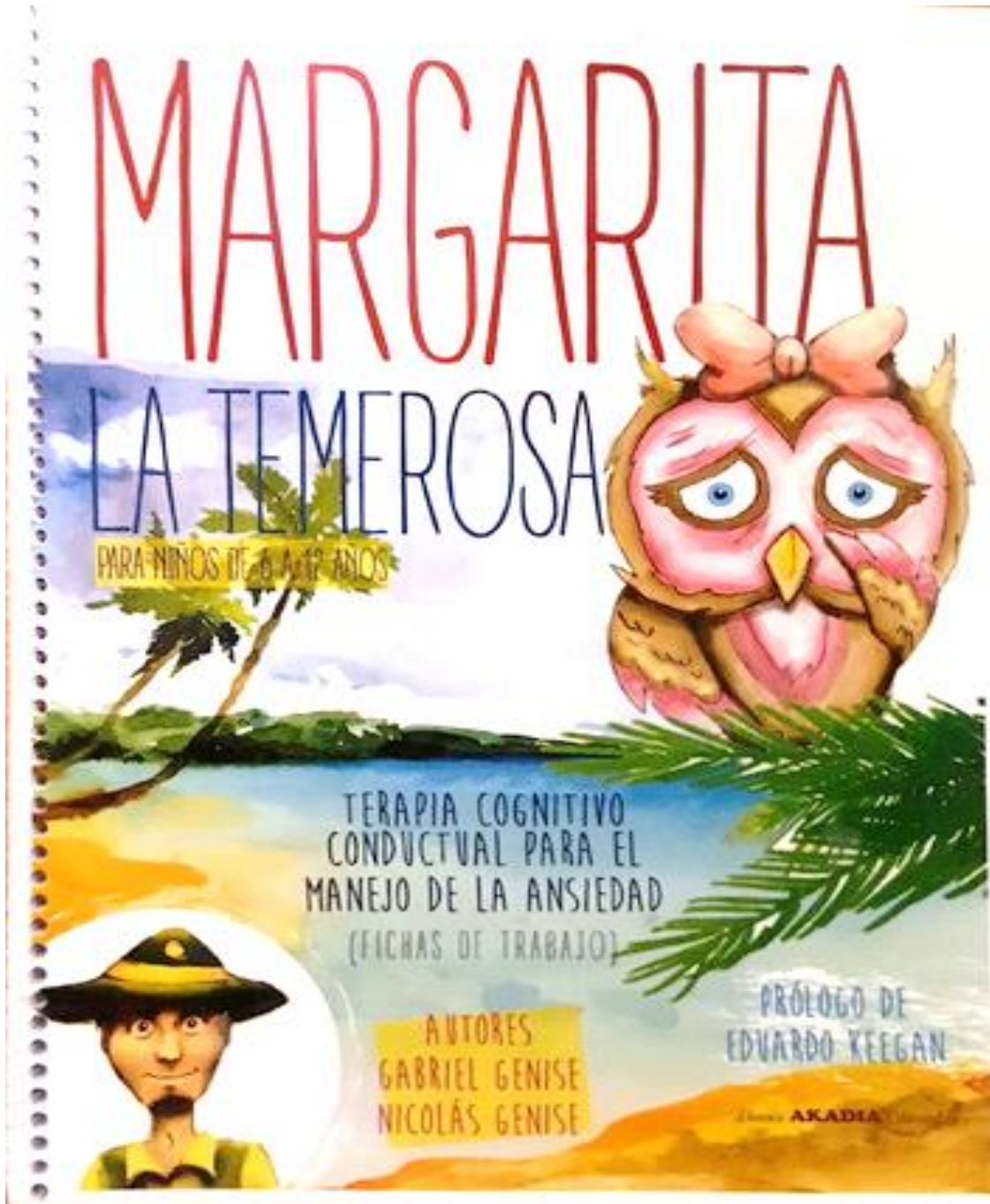


Figura 1: Portada del programa Margarita la temerosa

Anexo 4

Cuestionario ansiedad-estado STAIC

STAIC

Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha

Centro Curso

Otros datos

A-E	A continuación encontrarás unas frases que se utilizan a menudo para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 o 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor como te encuentras AHORA.	Nada	Algo	Mucho
1	Me siento calmado.	1	2	3
2	Me siento inquieto.	1	2	3
3	Me siento nervioso.	1	2	3
4	Me encuentro descansado.	1	2	3
5	Tengo miedo.	1	2	3
6	Estoy relajado.	1	2	3
7	Estoy preocupado.	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho.	1	2	3
9	Me siento feliz.	1	2	3
10	Me siento seguro.	1	2	3
11	Me encuentro bien.	1	2	3
12	Me siento molesto.	1	2	3
13	Me siento agradablemente.	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado.	1	2	3
15	Me encuentro confuso.	1	2	3
16	Me siento animoso.	1	2	3
17	Me siento angustiado.	1	2	3
18	Me encuentro alegre.	1	2	3
19	Me encuentro con ganas de llorar.	1	2	3
20	Me siento triste.	1	2	3
A-R	A continuación encontrarás más frases que se utilizan para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 o 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES EN GENERAL, no solo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE.	Casi nunca	A veces	A menudo
21	Me preocupa cometer errores.	1	2	3
22	Siento ganas de llorar.	1	2	3
23	Me siento desgraciado.	1	2	3
24	Me cuesta tomar una decisión.	1	2	3
25	Me cuesta enfrentarme a mis problemas.	1	2	3
26	Me preocupo demasiado.	1	2	3
27	Me encuentro molesto.	1	2	3
28	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	1	2	3
29	Me preocupan las cosas del colegio.	1	2	3
30	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.	1	2	3
31	Noto que mi corazón late más rápido.	1	2	3
32	Aunque no lo digo, tengo miedo.	1	2	3
33	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.	1	2	3
34	Me cuesta quedarme dormido por las noches.	1	2	3
35	Tengo sensaciones extrañas en el estómago.	1	2	3
36	Me preocupa lo que otros piensen de mí.	1	2	3
37	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.	1	2	3
38	Tomo las cosas demasiado en serio.	1	2	3
39	Encuentro muchas dificultades en mi vida.	1	2	3
40	Me siento menos feliz que los demás chicos.	1	2	3

Autor: C. D. Spielberger.
 Copyright © 1982, 2009 by TEA Ediciones, S.A.U. Madrid, España - Este ejemplar está impreso en tinta negra en una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Figura 2: Cuestionario de ansiedad-estado/rasgo STAIC

Anexo 5

Tabla de asistencia

	<i>Pre test</i>	<i>Sesión 1</i>	<i>Sesión 2</i>	<i>Sesión 3</i>	<i>Sesión 4</i>	<i>Sesión 5</i>	<i>Sesión 6</i>	<i>Sesión 7</i>	<i>Sesión 8</i>	<i>Post test</i>
<i>Niña 1</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Niña 2</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Niña 3</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Niña 4</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Niña 5</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X

Anexo 6

Entrega de regalos al finalizar las sesiones



Figura 3: Entrega de regalo final

Anexo 7

Brindis final



Figura 4: Brindis final

Anexo 8
Entrega de diplomas de participación



Figura 5: Entrega de diplomas

Anexo 9

Diploma de participación



Figura 6: Diploma de participación