

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

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE DE TIPO  
COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DISMINUCIÓN DE NIVELES ALTOS DE  
ANSIEDAD ASOCIADA AL ROL DE CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON  
CÁNCER.

VIVIAN TAMARA RIVERA MORA

8-810-319

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

ASESORA

DRA. MELBA R. STANZIOLA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2022

## **DEDICATORIA**

A mi papá que siempre ha creído en mí, a mi abuelita Maruja (María de Jesús Gómez) quien murió a consecuencia de cáncer de estómago, y a todas aquellas personas que acompañan a las y los pacientes oncológicos terminales en tan difícil momento. Se da hasta que se pueda, pero sin olvidarse de una(o) misma(o).

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a cada una de las personas que han sido el motor para terminar esta parte de mi vida y me contagiaron de su persistencia para continuar con nuevos retos.

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria .....	2
Agradecimiento .....	3
Índice General.....	4
Índice de Tablas .....	9
Índice de Gráficas .....	13
Índice de Anexos.....	14
Abreviaturas Utilizadas.....	16
Glosario.....	17
Resumen.....	22
Abstract.....	22
Introducción.....	23
Capítulo I.....	25
Marco de referencia.....	25
1.1. Antecedentes .....	26
1.1.1. Justificación.....	54
1.1.2. Antecedentes de la Psicoterapia Grupal.....	26
1.1.3. Antecedentes de la Terapia Racional Emotiva Conductual.....	31
1.2. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Grupal, Terapia Racional Emotiva Conductual y la Ansiedad.....	36
1.2.1. Aspectos Conceptuales de la Psicoterapia de Grupo .....	36

1.2.2. Aspectos Conceptuales de la Terapia Racional Emotiva Conductual .....	38
1.2.3. Aspectos Conceptuales de la Ansiedad.....	41
1.2.4. Características Clínicas de Pacientes con Altos Niveles de Ansiedad .....	44
1.2.5. El Trastorno de Ansiedad Generalizado según El Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM- V-TR) .....	45
1.3. Integración Teórica de La Terapia Cognitiva Conductual Y Los Altos Niveles De Ansiedad .....	46
1.3.1. Terapia Racional Emotiva Conductual como Terapia Grupal y Terapia Breve .....	49
1.4. La Familia de Pacientes con Cáncer .....	49
1.4.1. Cuidadores Primarios .....	51
Capítulo II.....	53
Marco Metodológico .....	53
2.1. Planteamiento del Problema .....	54
2.2. Objetivos de la Investigación .....	56
2.2.1. Objetivo General .....	56
2.2.2. Objetivos Específicos .....	56
2.3. Hipótesis de Investigación.....	57
2.3.1. Hipótesis General.....	57
2.3.2. Hipótesis específicas.....	57
2.3.3. Hipótesis Estadística .....	58
2.4. Variables .....	66

2.4.1. Variables de Investigación.....	66
2.4.2. Definición Conceptual de Variables .....	66
2.4.3. Definición Operacional de las Variables .....	68
2.5. Tipo de Estudios .....	70
2.6. Diseños .....	70
2.6.1. Diseño de Investigación .....	70
2.6.2. Diseño Estadístico.....	70
2.6.3. Prueba Estadística .....	71
2.7. Población y Selección de Muestra.....	71
2.7.1. Definición de la Unidad de Análisis.....	71
2.7.2. Delimitación de la Población.....	72
2.7.3. Selección de la Muestra .....	72
2.8. Instrumentos .....	73
2.8.1. Hoja de Registro para Participantes Interesados en la Terapia .....	73
2.8.2. Entrevista Clínica .....	73
2.8.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) .....	74
2.8.4. Consentimiento Informado.....	74
2.8.5. Inventario de Ansiedad de Beck .....	74
2.8.6. Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS).....	75
2.8.7. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory .....	76
2.8.8. Identificación de Ideas Irracionales.....	77

2.8.9. Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis .....	78
2.8.10. Test de Matrices Progresivas de Raven .....	79
2.8.11. Escala de Síntomas a Tratar .....	80
2.9. Características del Programa Basado en Terapia Racional Emotiva Conductual para el Manejo de los Altos Niveles de Ansiedad en Personas que Cumplan el Rol de Cuidadores Primarios de Pacientes De Cáncer .....	80
2.9.1. Definición del Programa .....	80
2.9.2. Duración del Programa.....	80
2.9.3. Estructura de las Sesiones del Programa.....	81
2.10. Procedimiento de la Investigación .....	85
Capítulo III.....	87
Análisis e Interpretación de los Resultados .....	87
3.1. Análisis e Interpretación de los Resultados .....	88
3.1.1. Análisis Descriptivo .....	88
3.1.2. Resultados del Pretest del Grupo Control y Grupo Experimental.....	93
3.2. Análisis Inferencial .....	120
3.2.1. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Experimental.....	120
3.2.2. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Control.....	121
3.2.3. Resultados del Pre-test y Post-test de la Escala De Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Experimental.....	122

3.2.4. Resultado del Pre-test y Post-test de la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Control.....	123
3.2.5. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Experimental .....	124
3.2.6. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Control.....	126
3.2.7. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Experimental .....	127
3.2.8. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Control .....	128
3.2.9. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Experimental.....	130
3.2.10. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Control .....	131
Capítulo IV .....	142
4.1. Discusión de los Resultados .....	143
4.2. Limitantes .....	146
4.3. Conclusiones .....	147
4.4. Recomendaciones .....	150
Bibliografía .....	151
Anexos .....	161

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Datos obtenidos en la Entrevista Clínica .....	93
<b>Tabla 2</b> <i>Pre-test del BHS - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	94
<b>Tabla 3</b> <i>Post-test del BHS – Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	94
<b>Tabla 4</b> <i>Pre-test del BAI – Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	95
<b>Tabla 5</b> <i>Post-test del BAI - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	96
<b>Tabla 6</b> <i>Pre-test Cuestionario Maslach - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	97
<b>Tabla 7</b> <i>Post-test Cuestionario Maslach - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	97
<b>Tabla 8</b> <i>Pre-test Ideas Irracionales - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	98
<b>Tabla 9</b> <i>Post-test Ideas Irracionales - Grupo Experimental y Grupo Control</i> .....	99
<b>Tabla 10</b> <i>Pre-test SCL-90-R por Participante</i> .....	100
<b>Tabla 11</b> <i>Post -Test SCL-90-R por Participante</i> .....	101
<b>Tabla 12</b> <i>Resultados Prueba de Raven</i> .....	102
<b>Tabla 13</b> <i>Escala de Síntomas a Tratar   Participante MPC-CP-2021-001</i> .....	103
<b>Tabla 14</b> <i>Escala de Síntomas a Tratar   Participante MPC-CP-2021-003</i> .....	104
<b>Tabla 15</b> <i>Escala de Síntomas a Tratar   Participante MPC-CP-2021-020</i> .....	105
<b>Tabla 16</b> <i>Escala de Síntomas a Tratar   Participante MPC-CP-2021-026</i> .....	106
<b>Tabla 17</b> <i>Escala de Síntomas a Tratar   Participante MPC-CP-2021-027</i> .....	107
<b>Tabla 18</b> <i>Resultados del Pre-test y Post-test del BAI del GE</i> .....	108
<b>Tabla 19</b> <i>Resultados del Pre-test y Post-test del BAI del GC</i> .....	108
<b>Tabla 20</b> <i>Resultados Pre-test y Post-test del BHS del GE</i> .....	109
<b>Tabla 21</b> <i>Resultados Pre-test y Post-test del BHS del GC</i> .....	110
<b>Tabla 22</b> <i>Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach del GE</i> .....	110
<b>Tabla 23</b> <i>Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach del GC</i> .....	111
<b>Tabla 24</b> <i>Pre-test y Post-test de Ideas Irracionales del GE</i> .....	112
<b>Tabla 25</b> <i>Pre-test y Post-test de Ideas Irracionales del GC</i> .....	113

<b>Tabla 26</b> <i>Resultados del Pre-test y Post-test del SCL-90-R del GE</i> .....	115
<b>Tabla 27</b> <i>Resultados del Pe-test y Post-test del SCL-90-R del GC</i> .....	117
<b>Tabla 28</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GE</i> .....	120
<b>Tabla 29</b> <i>Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BAI del GE</i> .....	120
<b>Tabla 30</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GC</i> .....	121
<b>Tabla 31</b> <i>Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BAI del GC</i> .....	121
<b>Tabla 32</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GE</i> .....	122
<b>Tabla 33</b> <i>Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BHS del GE</i> .....	122
<b>Tabla 34</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GC</i> .....	123
<b>Tabla 35</b> <i>Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BHS del GC</i> .....	123
<b>Tabla 36</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE</i> .....	124
<b>Tabla 37</b> <i>Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del Maslach del GE</i> .....	125
<b>Tabla 38</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE</i> .....	125
<b>Tabla 39</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach GC</i> .....	126
<b>Tabla 40</b> <i>Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del Maslach del GC</i> .....	126
<b>Tabla 41</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GC</i> .....	127
<b>Tabla 42</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de Ideas Irracionales del GE</i> .....	127
<b>Tabla 43</b> <i>Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas de Ideas Irracionales del GE</i> .....	128
<b>Tabla 44</b> <i>Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de los Resultados de Ideas Irracionales del GC</i> .....	129
<b>Tabla 45</b> <i>Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas de Ideas Irracionales del GC</i> .....	129

<b>Tabla 46</b> Prueba <i>t</i> de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GE ..	130
<b>Tabla 47</b> Prueba <i>t</i> de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del SCL-90-R del GE .....	130
<b>Tabla 48</b> Prueba <i>t</i> de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GC ..	131
<b>Tabla 49</b> Prueba <i>t</i> de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GC ..	131
<b>Tabla 50</b> Muestras Diferenciadas Pre-Test de BAI.....	132
<b>Tabla 51</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Pre-Test de BAI .....	132
<b>Tabla 52</b> Muestras Diferenciadas Post-Test de BAI .....	133
<b>Tabla 53</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Post-Test de BAI.....	133
<b>Tabla 54</b> Muestras Diferenciadas Pre-Test de BHS .....	134
<b>Tabla 55</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Pre-Test de BHS.....	134
<b>Tabla 56</b> Muestras Diferenciadas Post-Test de BHS.....	135
<b>Tabla 57</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Post-Test de BHS .....	135
<b>Tabla 58</b> Muestras Diferenciadas Pre-Test del Cuestionario de Maslach.....	136
<b>Tabla 59</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Pre-Test del Cuestionario de Maslach .....	136
<b>Tabla 60</b> Muestras Diferenciadas Post-Test del Cuestionario de Maslach .....	137
<b>Tabla 61</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Post-Test del Cuestionario de Maslach.....	137
<b>Tabla 62</b> Muestras Diferenciadas Pre-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales ..	138
<b>Tabla 63</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Pre-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales .....	138
<b>Tabla 64</b> Muestras Diferenciadas Post-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales.	139
<b>Tabla 65</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Post-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales .....	139
<b>Tabla 66</b> Muestras Diferenciadas Pre-Test de SCL-90-R.....	140
<b>Tabla 67</b> Prueba <i>t</i> para dos muestras Pre-Test de SCL-90-R .....	140
<b>Tabla 68</b> Muestras Diferenciadas Post-Test de SCL-90-R .....	141

**Tabla 69** Prueba t para dos muestras Post-Test de SCL-90-R..... 141

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Sexo de participantes .....	88
<b>Figura 2</b> Edad de participantes .....	88
<b>Figura 3</b> Estado civil .....	89
<b>Figura 4</b> Cuenta con hijos(as) menores de edad .....	89
<b>Figura 5</b> Lugar de residencia .....	90
<b>Figura 6</b> Actividad a la que se dedica actualmente .....	90
<b>Figura 7</b> Relación con el o la paciente .....	91
<b>Figura 8</b> Vive con el o la paciente .....	91
<b>Figura 9</b> Tiempo como cuidador(a) primario(a) .....	92
<b>Figura 10</b> Etapa de cáncer del o la paciente .....	92

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> Carta de aprobación del Comité de Bioética (CBUP).....	162
<b>Anexo 2</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 1/9 .....	163
<b>Anexo 3</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 2/9 .....	164
<b>Anexo 4</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 3/9 .....	165
<b>Anexo 5</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 4/9 .....	166
<b>Anexo 6</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 5/9 .....	167
<b>Anexo 7</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 6/9 .....	168
<b>Anexo 8</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 7/9 .....	169
<b>Anexo 9</b> Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 8/9 .....	170
<b>Anexo 10</b> Certificado de Buenas Prácticas .....	171
<b>Anexo 11</b> Consentimiento Informado Pág. 1/5.....	172
<b>Anexo 12</b> Consentimiento Informado Pág. 2/5.....	173
<b>Anexo 13</b> Consentimiento Informado Pág. 3/5.....	174
<b>Anexo 14</b> Consentimiento Informado Pág. 4/5.....	175
<b>Anexo 15</b> Consentimiento Informado Pág. 5/5.....	176
<b>Anexo 16</b> El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis 1-24 .....	177
<b>Anexo 17</b> El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis 25-60 .....	178
<b>Anexo 18</b> El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis 61-90 .....	179
<b>Anexo 19</b> Test - Inventario de Ansiedad de Beck Pág. 1/2 .....	180
<b>Anexo 20</b> Test - Inventario de Ansiedad de Beck Pág. 2/2 .....	181
<b>Anexo 21</b> Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 1/3.....	182
<b>Anexo 22</b> Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 2/3.....	183
<b>Anexo 23</b> Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 3/3.....	184
<b>Anexo 24</b> Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 1/3.....	185
<b>Anexo 25</b> Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 2/3.....	186

<b>Anexo 26</b> Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 3/3.....	187
<b>Anexo 27</b> Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.....	188
<b>Anexo 28</b> Protocolo de Prueba de Raven .....	189
<b>Anexo 29</b> Diploma de profesor de español .....	190
<b>Anexo 30</b> Constancia de Servicios de Revisión ortográfica y gramaticcal.....	191

## ABREVIATURAS UTILIZADAS

- BAI: Inventario de Ansiedad de Beck.
- BDI-II: Inventario de Depresión de Beck – II.
- BHS: Beck Hopelessness Scale (Escala de desesperanza de Beck)
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
- GC: Grupo Control
- GE: Grupo Experimental
- ION: Instituto Oncológico Nacional
- PTOS: puntos
- TREC: Terapia Racional Emotiva Conductual
- SCL-90-R: Derogatis Symptom Checklist, Revised (Inventario de 90 síntomas - Revisado de L. Derogatis)

## GLOSARIO

### A

**Ansiedad:** según Barlow (2002), se define como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”. (Clark & Beck, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012)

**Aprendizaje vicario:** aprendizaje que ocurre al observar lo que otros hacen. La gente representa a nivel cognoscitivo la conducta de otros, y luego en ocasiones adopta la conducta. Por ejemplo, un niño pequeño que ve constantemente los arrebatos agresivos de su padre y sus intercambios hostiles con la gente, también podría ser muy agresivo con sus compañeros. (Santrock, 2007)

### C

**Creencias irracionales:** son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador; las emociones que acompañan este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpa. (González Nuñez, 1999)

**Creencias racionales:** son evaluadas tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas. (Ellis y Dryden, 1989)

**Cuidador primario:** es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. (Instituto Nacional de Cancerología de México, 2019)

## E

**Entrevista clínica:** su objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto: sus motivaciones, frustraciones y dinámica de personalidad. Puede ser diagnóstica, terapéutica y de asesoría. (Morga Rodríguez, 2012)

## F

**Fantasía anastrófica:** según la corriente humanista, representa que algo bueno va a pasar. (Martínez Ramos, 2015)

**Fantasía catastrófica:** según la corriente humanista, representa que algo malo va a pasar. (Martínez Ramos, 2015)

## G

**Grupo Control:** es el que recibe el tratamiento o estímulo experimental (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

**Grupo Experimental:** no recibe el tratamiento o estímulo experimental. Se le conoce también como grupo testigo. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

## I

**Investigación cuasi experimental:** es un tipo de investigación en la que se pretende encontrar una relación causa-efecto entre la variable independiente y la dependiente. (Montaño, 2021)

## M

**Muestra no probabilística:** subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

## N

**Neuroimagen funcional:** técnica de neuroimagen que permite ver imágenes dinámicas en vivo del cerebro. Son la Resonancia Magnética Nuclear funcional (RMNf), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Tomografía Computerizada por Emisión de Fotonos Simples (SPECT). Estas técnicas visualizan cambios cerebrales que se producen mientras la persona está realizando una actividad cognitiva. (MedyPsi, 2016)

**Nosografía:** parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades. (Real Academia Española, 2022)

## P

**Pensamiento lógico:** es la capacidad para reconocer los hechos que acontecen a nuestro alrededor y además poder clasificarlos según la probabilidad de factibilidad que tengan. Es decir, se reconoce cuando algo puede ocurrir, es lo que solemos denominar como sentido común. Una respuesta natural de la especie humana de entender cuando una cosa es una cosa y no otra que se le pueda asemejar. (Mente Plus, 2022)

**Perturbación por el malestar:** se considera a los problemas psicológicos que, en última instancia, se relacionan con la sensación de malestar de la persona. (Obst Camerini, 2008)

**Perturbación por el Yo:** se considera a los problemas psicológicos que, en última instancia, se refieren a la forma en que la persona se ve a sí misma. (Obst Camerini, 2008)

**Prueba t:** es una prueba estadística para que evalúe si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas y distribuciones en una variable. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

**Psicoterapia:** según Corsini (1989) es un proceso formal de interacción entre dos personas. El propósito principal de este proceso es el de disminuir la sensación subjetiva de malestar emocional o conductual (distrés) en una de las partes a la que se denomina paciente, cliente o consultante, con la asistencia de la otra parte, a la que se denomina psicoterapeuta o terapeuta y quien se asume que cuenta con: a) un cuerpo de conocimientos teóricos que intenten explicar la personalidad, el desarrollo psicológico y el proceso de cambio humano; b) dominio de algún método de tratamiento relacionado con el cuerpo de conocimientos teóricos; y c) un entrenamiento y aprobación legal para actuar como terapeuta. (Corsino, 1989 como citó en Campos Redondo, 2004)

**Psicoterapia grupal:** es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes [...] con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. A diferencia de la psicoterapia individual, en la grupal además de la interacción paciente-terapeuta, existe la interacción paciente-paciente como instrumento de cambio. (Yalom & Vinogradov, 2005)

T

**Terapia Racional Emotiva Conductual:** Psicoterapia que actúa sobre el eje pensamiento-emoción-conducta para tratar los trastornos psicológicos. La TREC considera que son las creencias irracionales, formadas a partir de exigencias dogmáticas y falsas

necesidades, las causantes de muchos de los problemas emocionales y de conducta.

(MedyPsi, 2016)

**Tomografías de emisión de positrones:** Es un tipo de estudio por imágenes. Se utiliza una sustancia radiactiva llamada marcador para buscar una patología en el cuerpo. Una tomografía por emisión de positrones (TEP) muestra cómo están funcionando los órganos y tejidos. Esto es diferente de la resonancia magnética (IRM) y tomografía computarizada (TC). Estos exámenes muestran la estructura y el flujo de sangre hacia y desde los órganos.

(Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., 2021)

V

**Variable dependiente:** corresponde al efecto provocado por la variable independiente. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

**Variable independiente:** es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

**Vulnerabilidad:** percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de "seguridad". En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales (Beck, Emery & Greenberg, 1985 como citó en Clark & Beck, 2012)

## RESUMEN

Esta investigación se aplicó a familiares de pacientes con cáncer del Instituto Oncológico Nacional que ejercen el rol de cuidador primario y presentaron altos niveles de ansiedad como consecuencia de su rol; con el objetivo de determinar la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico grupal en dicha población.

La investigación se basó en la hipótesis de que los cuidadores primarios que presentan altos niveles de ansiedad asociados al rol y participan en una Intervención Psicoterapéutica Grupal Breve con enfoque Cognitivo Conductual, disminuirán los altos niveles de ansiedad al concluir la intervención. Se escogió un diseño de investigación cuasi experimental con preprueba / postprueba que se aplicó al grupo experimental y al grupo control. Las variables se dividieron en independiente (Terapia Racional Emotiva Conductual) y dependiente (altos niveles de ansiedad).

Se creó un formulario digital para registrar a las personas, se realizó entrevista clínica virtual para evaluar y obtener información relevante, se aplicó pruebas psicométricas para determinar el nivel de ansiedad y posibles psicopatologías; se firmó el consentimiento informado. Se registraron 31 personas y 12 cumplieron con los requisitos.

Terminada la psicoterapia al grupo experimental, se colocó la postprueba a ambos grupos e inicio la intervención al grupo control cuyos datos no se incluirán en este trabajo.

La Prueba t de Student no comprobó la hipótesis estadística, aunque cualitativamente se pudo observar cambios en algunas de las personas participantes.

*Palabras clave:* psicoterapia racional emotiva conductual, ansiedad, cuidador primario

## ABSTRACT

This research was applied to family members of cancer patients from the Instituto Oncológico Nacional who fulfill the role of primary caregiver and presented high levels of anxiety as a consequence of their role; with the objective of determining the effectiveness of a psychotherapeutic group treatment in said population.

The research was based on the hypothesis that primary caregivers who present high levels of Anxiety associated with the role and participate in a Brief Group Psychotherapeutic Intervention with a Cognitive Behavioral approach, will reduce the high levels of Anxiety at the end of the intervention. A quasi-experimental research design with pre-test / post-test was chosen and applied to the experimental group and the control group. The variables were divided into independent (Rational Emotive Behavioral Therapy) and dependent (high levels of anxiety).

A digital form was created to register people, a virtual clinical interview was carried out to evaluate and obtain relevant information, psychometric tests were applied to determine the level of anxiety and possible psychopathologies; informed consent was signed. 31 people registered and 12 met the requirements.

Once psychotherapy was completed for the experimental group, the post-test was placed on both groups, and the intervention began on the control group whose data will not be included in this document.

The Student's t-test did not prove the statistical hypothesis, although qualitative changes could be observed in some of the participants.

*Keywords:* rational emotive behavioral psychotherapy, anxiety, primary caregiver.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en Panamá los casos de cáncer han ido en aumento, según el Informe Anual del Registro Hospitalario de Cáncer 2019 del Instituto Oncológico Nacional (ION), evidencia que se diagnosticó 8,318 nuevos casos de cáncer. Sin mencionar que, a pesar de que existe una mayor incidencia en personas mayores de 50 años de edad, no implica que no se presente en edades anteriores, lo que también hemos podido ver que cada vez, se diagnostica en personas más jóvenes.

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, además del paciente, la familia sufre una serie de cambios afectando significativamente a cada integrante en niveles diferentes, cayendo el mayor peso en el cuidador primario del paciente.

El cuidador primario tiende a entregar la mayor parte de su tiempo, recursos y esfuerzos en cuidar a aquella persona a quien ama, asimismo termina asumiendo las responsabilidades que en su momento desempeñaba la persona ahora enferma, desencadenando que esta persona (cuidadora) presente: sueño constante, dolor, cansancio, presión alta, frustración, irritabilidad, sentimientos de culpa, susceptibilidad especialmente ante las críticas, incertidumbre, etcétera. Esta situación ocasiona que el cuidador no pueda proveer del cuidado amoroso, responsable y de calidad que se merece cualquier paciente con cáncer.

Por esta razón, la importancia de que aparte del paciente, también se le brinde atención psicológica a aquella persona que indirectamente se ve afectada al hacerse cargo de las nuevas responsabilidades que surgen después de un diagnóstico de cáncer.

Ofrecer atención de salud mental al cuidador primario, tiene como finalidad el proporcionar herramientas psicológicas para continuar el cuidado del paciente, sin descuidar su propia salud mental y así preservar su calidad de vida.

En el presente trabajo se abordan los conceptos básicos de los temas y criterios clínicos a tratar, y la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la disminución de los niveles altos de ansiedad como consecuencia de ejercer su rol de cuidador primario de un paciente diagnosticado con cáncer en la República de Panamá.

En el Capítulo 1 o Marco de Referencia se apreciarán los antecedentes del cáncer, la ansiedad e historia y fundamentos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

En el Capítulo 2 o Marco Metodológico se planteó el problema, objetivos, hipótesis, las variables, diseño de la investigación, instrumentos utilizados, población, en fin, toda la información requerida para llevar a cabo la investigación.

En el Capítulo 3 o Análisis e Interpretación de los Resultados se refiere a la recolección y análisis de los datos.

Cerraré la investigación con el Capítulo 4 o Discusión de los Resultados donde brindaré recomendaciones según los resultados que surgieron de la investigación aquí presentada.

Espero que el trabajo realizado sirva para futuras investigaciones, se reconozca la importancia de cuidar la salud mental de las personas que desempeñan el rol de cuidador primario de pacientes diagnosticados con cáncer

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1.1. ANTECEDENTES**

### **1.1.1. Antecedentes de la Psicoterapia Grupal**

Quintero, F., Fernández C., y Pérez-Templado, J. (2019) en su tesis doctoral "Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área de Vallecas" realizada en Madrid, España; tuvo como objetivo el valorar la eficacia de un programa de intervención psicológica grupal para disminuir el peso corporal, el patrón alimentario alterado, mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de pacientes obesos. Para este estudio utilizaron la maquina Tanita BC 420MA Profesional, el Tallímetro SECA 216, el Inventario de Trastornos Alimentarios, 3ª Edición, EDI-3, la prueba de 90 Síntomas, revisado, SCL-90-R; el Cuestionario sobre el estado de salud SF-36, La Escala de Evaluación al Cambio de la Universidad de Rhode Island, URICA; y el Test de la Dieta Mediterránea, KIDMED, comprobando de esta forma la efectividad de la intervención en la pérdida de peso.

Espinosa R., Campillo M., Garriga A., y Martín J. (2015), desarrollaron una investigación titulada "Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en atención primaria", realizada en España, con el objetivo de detectar los posibles indicadores de riesgo; evitar la "patologización" del mismo junto al inevitable sufrimiento; evitar el uso de medicación innecesaria y tratar un número elevado de pacientes con una frecuencia óptima (semanal). Contó con 7 participantes (6 mujeres y 1 hombre). Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad estado rasgo, Inventario Texas revisado de duelo (adaptación al castellano), y Cuestionario de satisfacción. En conclusión la intervención grupal en duelo en atención primaria, mejora la relación coste-beneficio, por la inmediatez del servicio, la no patologización del mismo, la reducción psicofarmacológica en algunos casos y la reincorporación laboral.

Padilla D., y Jiménez M. (2014), confeccionaron una investigación con el tema "Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas

Emocionales” en España. La comunicación de la experiencia obtenida en la aplicación de una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo contextual en adolescentes que presentan problemas emocionales derivados a un centro de salud mental, fue su objetivo principal, enfocándose en un grupo de adolescentes entre los 14 y los 18 años de edad. Se afirmó que existe una mejoría en diferentes áreas, tanto en el clima familiar, como en la capacidad de concentración del adolescente.

López, M., y Polo, C. (2014) elaboraron la investigación “Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un Centro de Salud Mental” en España, el cual tenía como objetivo principal: “crear un espacio que permita a las mujeres visibilizar la naturaleza de su relación abusiva, ayudarlas a superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato les ha producido y de este modo trabajar la reconstrucción de su identidad”. La población consistió en mujeres víctimas de violencia doméstica. Dentro de sus hallazgos mencionaron que al inicio de las atenciones las mujeres tienen dificultades para visibilizar la naturaleza de la relación violenta y tienden a minimizar la violencia recibida. En ocasiones, solo tras el relato de otras víctimas, son capaces ver la naturaleza de las conductas abusivas por parte del agresor. Algunas veces, la familia y personas cercanas justifican la violencia del agresor y culpan a la víctima de las agresiones recibidas.

Rodríguez, E., y Font, A. (2013) realizaron un estudio llamado “Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas” en España, el cual tenía de finalidad conocer la evolución de las emociones desadaptativas, mediante la intervención de una terapia de grupo orientada a mejorar su calidad de vida. Para este estudio utilizaron datos sociodemográficos e historia clínica, la Sub-escala emocional del Cuestionario de calidad de vida QL-CA-Afex. Concluyeron que se evidenció mejoría en el aspecto de

recuperar las ganas e ilusión por las cosas ( $p < 0,01$ ), e indicaron que la terapia de grupo de larga duración (8 meses) fue eficaz en la adaptación emocional.

Díaz, Juan. (2011), llevó a cabo una investigación titulada "Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico" que desarrolló en España, con cinco objetivos principales: 1) mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida de un familiar; 2) mejorar las relaciones socio-laborales y familiares; 3) incrementar las técnicas de afrontamiento frente a duelos en el futuro; 4) incorporar el duelo como experiencia vital estresante de la que se puede salir recomfortado; 5) reconocer y expresar con palabras los afectos y emociones estrechamente vinculados a la pérdida. Participaron 24 sujetos (23 mujeres y 1 hombre), los cuales se dividieron en cuatro grupos con duelo complicado. Se utilizó la Escala de Prigerson para medir el duelo complicado. Según los resultados obtenidos a través de la Escala de Prigerson, se afirmó la eficacia de modelo psicoterapéutico propuesto; además, el 58,3% de los sujetos solicitaron el alta en Salud Mental y el 37,5% continuaron recibiendo asistencia psiquiátrica y/o psicoterapéutica o tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico.

Boyra A., Maruottolo C., Mascaró A., y Guimón J, (2007) confeccionaron una investigación titulada "Resultados de la psicoterapia grupal breve dinámica en pacientes borderline" en España, con el objetivo brindar los resultados de un programa que incluyó prescripción y control farmacológico y actividades psicoterapéuticas dinámicas en un grupo de pacientes de dos unidades de día con capacidad de 15 personas (pacientes borderline y no borderline). Se presentó, al final del análisis, mejoría en ambos grupos; a nivel sintomatológico la mejoría fue similar en todos los participantes.

Se utilizó el SCID (entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-R), BDI (borderline diagnostic inventory), HS (Beck's hopelessness scale), STAI (state-trait anxiety inventory), BDI

(Beck's depression inventory), BSI (brief, symptoms inventory), ERA (questionnaire d'évaluation des relations avec les autres) y QFS (questionnaire de fonctionnement social)

Montero C. (2000) elaboró una tesis con el nombre "Efectos en la aplicación de psicoterapia grupal sobre la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios", su objetivo era determinar si existía una diferencia en el nivel de autoestima entre el grupo de pacientes que haya recibido el taller de psicoterapia grupal con aquellas que no participaron; ambos grupos estaban bajo tratamiento farmacológico. El trabajo de grado se realizó con pacientes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile y participaron 24 féminas entre los 14 a 25 años de edad. Se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) que mide el nivel de autoestima. Culminado el trabajo se concluyó la efectividad del tratamiento sobre la autoestima de las participantes de la psicoterapia grupal, que a diferencia del grupo que solo recibió tratamiento farmacológico, sí elevaron sus niveles autoestima.

González Flores, D. (2019) llevó a cabo la investigación llamada "Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo para niños de 7 a 12 años con rasgos de ansiedad clínicamente significativa" en la ciudad de Panamá, que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo en la disminución de los rasgos de ansiedad clínicamente significativas en niños. Los instrumentos utilizados fueron: la entrevista clínica, el examen mental y el Cuestionario de Ansiedad y Depresión (CECAD). Los resultados indicaron la efectividad de la intervención de la terapia grupal para la disminución de los síntomas de ansiedad.

#### **1.1.1.1. Historia del nacimiento de la Psicoterapia Grupal**

El psicoanálisis jugó un papel importante en la psicología estableciendo relaciones de las conexiones existentes entre una serie de fenómenos que antes se estudiaban de manera

independiente. La teoría psicoanalítica integró la vida emocional del ser humano en una teoría sistémica de la psiquis (González Nuñez, 1999)

En 1905, Joseph Hersey Pratt, ofreció clases de “control de pensamientos” para pacientes de tuberculosis en el Hospital General de la ciudad de Massachusetts, percatándose que el abordaje grupal reducía el tiempo de atención y observó un efecto terapéutico. Después lo extendió a pacientes con enfermedades cardíacas, diabetes y con obesidad y, en 1930 lo aplicó a pacientes neuróticos y psicosomáticos; con el tiempo otros especialistas lo comenzaron a usar con pacientes de otras enfermedades, incluyendo a niños con desnutrición. (Díaz Portillo, 2000)

Trigant Burrow, ministro religioso, psiquiatra y fundador de la Asociación Psicoanalítica Americana consideraba que los conflictos mentales surgían por problemas fisiológicos, económicos, biológicos y sociales, e inicia atenciones grupales en 1920, considerando en 1928 a los grupos como una totalidad donde incluyó a familiares y colegas de los pacientes. Consideró que el mayor mérito de los grupos se relacionaba con una menor resistencia porque el paciente descubría que no era la única persona que pasaba por una situación determinada. Fue quien acuñó el término “análisis de grupo”. (Díaz Portillo, 2000)

Kurt Lewin, psicólogo, filósofo y pionero de la psicología social experimental, desarrolló en los años treinta el concepto de “dinámica de grupo”. Indicó que el liderazgo, las redes de comunicación, características del grupo, cohesión, interdependencia, competencia y cooperación influye en el individuo. (Díaz Portillo, 2000)

Después de la segunda guerra mundial, la psicoterapia grupal se difundió a nivel internacional como respuesta a las necesidades psicológicas de los soldados sobrevivientes de la guerra. (González Nuñez, 1999)

En Latinoamérica inició en Argentina en el año 1947 con Enrique Pichón, que hizo grupos dirigidos a pacientes del Hospital de Neuropsiquiatría basado en el modelo de Kurt Lewin, pero con la táctica de Schilder y fundó la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. En 1949 se inicia las terapias grupales en niños en el Hospital Infantil, y en 1954 trabajó con pacientes psicóticos internados en el hospital. (Díaz Portillo, 2000)

### **1.1.2. Antecedentes de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

García, C. (2022), elaboró un trabajo de grado sobre “Terapia racional emotiva Conductual en una usuaria sin Autoaceptación incondicional” en Lima, con el objetivo de “lograr la autoaceptación incondicional de la usuaria mediante la identificación y modificación de creencias irracionales a racionales a través de la TREC”, como caso único en donde la investigación fue cualitativa y se utilizó como instrumento la escucha activa, validación emocional, psicoeducación. Logró “evidenciar cambios significativos en el ámbito cognitivo de las creencias irracionales, relacionadas con la exigencia y demanda, las cuales están asociadas con la autocondenación y autoevaluación global de la usuaria, siendo modificados por pensamientos y creencias racionales de autoaceptación incondicional a través de la terapia racional emotiva conductual de Elli”.

Cheme-Villamar, M., y Giniebra-Urra, R. (2022), realizaron una investigación científica bajo el nombre: “Eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva para afrontamiento de riesgos psicosociales por teletrabajo” en Ecuador, con el objetivo de demostrar la eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva conductual de Ellis como alternativa de abordaje a los riesgos psicosociales ocasionados por el trabajo. Utilizaron diversos análisis documentales de 100 documentos de diferentes bases de datos y repositorios de información de varias universidades de América Latina y Europa, infiriendo que los resultados son altamente significativos para tratar los efectos de los riesgos psicosociales que afectan a la salud emocional de las personas trabajadoras.

Novoa, M. (2020) confeccionó una tesis de maestría llamada: "Programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en personal policial de una comisaría en Trujillo" en Lima, Perú; con el objetivo de "generar una propuesta de programa de intervención psicológica para el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo". La población correspondió a 73 miembros del personal policial de una comisaría en la ciudad de Trujillo, de donde se obtuvo la muestra de 42 participantes. Se utilizó la escala de miedo al COVID-19 (FCS19S), logrando identificar diferencias en los resultados de la evaluación de las dimensiones, por ejemplo, que el personal policial con mayor tiempo de servicio presenta un nivel de miedo alto frente a los más jóvenes que presentan un nivel de miedo medio.

Piox Anzuetto, J. C. (2016), realizó un trabajo de grado llamado: "Terapia racional emotiva y síntomas depresivos (Estudio realizado con estudiantes de Tercero básico, del Instituto de Educación básica por Cooperativa del municipio de Olinstepeque, departamento de Quetzaltenango)" en Guatemala, con la intención de comprobar si la terapia racional emotiva ejerce alguna influencia en la modificación de los síntomas depresivos. La muestra contó con 55 sujetos, entre los 12 y 16 años de edad, ambos sexos, provenientes de la de la aldea Rudolf Walter y Escuela de la calle (EDELAC) Quetzaltenango. Se utilizó el inventario de Depresión de Beck II para evaluar los síntomas depresivos. Sus hallazgos demostraron la influencia de la terapia racional emotiva en la disminución de los síntomas depresivos.

Pedroza, R. (2015), efectuó una investigación sobre la "Reeducación cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes" en México, con el fin de mostrar la relación entre el fracaso escolar y la ansiedad y dimensionar la efectividad de la TREC en la ansiedad ante los exámenes, en un estudio de caso de un joven masculino de 20 años y estudiante universitario, se le aplicó el Inventario de diagnóstico de ansiedad, dando resultados positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad.

Bahamón, M. (2010) hizo un trabajo investigativo sobre la “Intervención cognitivo conductual en un caso de Ludopatía” en México, para la modificación del comportamiento y técnicas cognitivas de reestructuración asumiendo los principios terapéuticos propuestos por Albert Ellis desde la terapia racional emotiva en un paciente masculino de 55 años, a quien se le hizo historia de caso y se evaluó por medio del cuestionario breve de Juego Patológico y el Inventario de Ansiedad. Demostrando que “el tratamiento cognitivo conductual, específicamente la terapia racional emotiva junto con técnicas autocontrol como la autoexposición, el autorrefuerzo positivo y la relajación progresiva resultan ser eficaces para el tratamiento de la ludopatía”.

Altrows, I. (2009) investigó sobre “Terapia racional emotiva y conductual en delincuentes masculinos adultos” en Canadá. El trabajo se enfoca en delincuentes adultos jóvenes con el objetivo de demostrar la efectividad de la terapia racional emotiva, concluyendo que la misma puede ser de beneficio para el clínico que trabaja con delincuentes.

Cárdenas, E. (2021), realizó la tesis de maestría nombrada: “Programa de educación emocional basado en la terapia racional emotiva conductual de una muestra de niños de 9 a 10 años que presentan deficiencias en el control y la Expresión apropiada de la ira, en el Centro Educativo Básico General República de México”, ciudad de Panamá. Con el objetivo de “aumentar el conocimiento, controlar y expresar la ira asertivamente, comprender que nuestros pensamientos son los que manejan nuestras emociones, y resolver los futuros problemas de ira que presenten los niños del estudio, desde el manejo de la Terapia Racional Emotiva Conductual”, para ello se contó con seis sujetos (tres recibieron la terapia y tres no) a quienes se les aplicó el Inventario de Expresión de Ira Estado-rasgo en niños y adolescentes ( STAXI-NA ). Concluyó que, el grupo experimental mejoró la forma en resolver los problemas causados por la ira, la forma de control y expresión de la ira.

Mas, E. (2017) realizó una tesis llamada: “Efectos de la terapia racional emotiva conductual sobre la regulación emocional de personas adultas con edades entre 25 a 45 años” en Panamá, con dos objetivos generales: “determinar los efectos de la Terapia Racional Emotiva Conductual sobre la Regulación Emocional de personas adultas, con edades entre 25 a 45 años, que residan en el distrito de San Miguelito, específicamente en el Sector C de la barriada de Los Andes # 2; y observar la manera en que actúa la misma en cada uno de los participantes, con la finalidad de obtener una Regulación Emocional más eficaz y eficiente”. Participaron 12 personas residentes en San Miguelito. Se utilizó el TMMS-24 que un instrumento para medir los niveles de Inteligencia Emocional. No se llegó a resultados estadísticamente significativos, pero desde el aspecto clínico, indicó que, los participantes lograron obtener herramientas necesarias para enfrentar situaciones que les ocasiona malestar.

Turner, R. (2007) realizó una tesis con el nombre: “Programa de terapia racional emotiva conductual aplicada al manejo de la ira en adolescentes” en Panamá. Con el fin de comprender la naturaleza y fundamentos de la ira y los aspectos racionales e irracionales de la ira. La población contó con 45 jóvenes de ambos sexos entre los 14 a los 21 años de edad, de estrato social medio, procedentes de diferentes comunidades aledañas a la parroquia San Antonio María Claret, ubicada en Hato Pintado. Utilizó como instrumento de medición el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Staxi-2), comprobando que la TREC es efectiva para el tratamiento del manejo de la ira.

#### **1.1.2.1. Historia del nacimiento de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

Albert Ellis es el fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual. La inició en 1956 con el nombre “Rational Therapy”, después la denomina “Rational-Emotive Therapy”, hasta que en 1994 la nombra “Rational-Emotive Behavior Therapy” que traducido al español es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). (Obst Camerini, 2008)

La TREC parte de la teoría del aprendizaje social y cognoscitivo, enfocándose principalmente en los cambios de la personalidad que involucra la conducta y en la forma en la que se aprende; o sea, que las creencias de las personas inciden en la manera en la que se comportan y perciben la realidad. Ellis hace entonces la relación entre los procesos cognoscitivos con los emocionales y de motivación. (González Nuñez, 1999)

Albert Ellis tenía la idea de que un grupo significativo de personas que necesitan terapia, mantienen un conjunto de creencias irracionales, por ejemplo: “a todos les debe agradar lo mismo”, “todo debe ser justo”, “todas las personas deben ser buenas”, etcétera. Estas ideas irracionales causan los desajustes psicológicos en las personas, ya que éstas esperan que pase lo que creen que es lo justo y lo correcto, y cuando no sucede lo esperado lo reciben como una catástrofe trayendo consigo en muchas ocasiones la aparición de patologías. (González Nuñez, 1999)

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) busca cuestionar y debatir esas ideas irracionales utilizando diversas técnicas y métodos con la finalidad de que las personas que reciban la terapia puedan llevar una vida lo más satisfactoria y organizada posible, cambiando sus creencias irracionales a racionales. (González Nuñez, 1999)

Es necesario demostrar a las personas que, lo que se dicen a sí mismas es la principal fuente de afectación emocional en ellos, por eso la importancia de mantener pensamientos lógicos.

Las personas con poca capacidad intelectual para realizar análisis racionales presentan una alta perturbación emocional, son inflexibles hacia la lógica y la razón, la terapia no les funcionaría. (González Nuñez, 1999)

## **1.2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA TERAPIA GRUPAL, TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL Y LA ANSIEDAD**

La conducta del ser humano es determinada por múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales), estos factores interactúan entre sí, por ejemplo, los factores biológicos pueden verse afectados por fenómenos del medio o la percepción del individuo. Siendo el ser humano esencialmente social, la influencia de sus relaciones interpersonales son relevante en los factores antes mencionados. (González Nuñez, 1999)

### **1.2.1. Aspectos Conceptuales de la Psicoterapia de Grupo**

La psicoterapia grupal se caracteriza por: escenario, objetivo y marco temporal. El escenario se refiere al grupo que pertenece el paciente; si el grupo es interno, generalmente se realiza dentro de una unidad hospitalaria, las reuniones son constantes, existe diversidad en las afecciones mentales y la durabilidad depende del tiempo de hospitalización y si el grupo es externo la participación es voluntaria, las reuniones se realizan una vez a la semana y las personas que asisten muestran rendimientos similares o estables. (Yalom & Vinogradov, 2005)

Los objetivos de la psicoterapia grupal en los grupos externos buscan aliviar síntomas o modificar conducta, mientras que, en los grupos internos, los objetivos son limitados, pero relevantes, ya que busca prepararlos para darle de alta a pacientes con síntomas agudos. La última característica es el marco temporal, que contempla la cantidad de sesiones a realizar, esta se conecta con la meta a lograr. (Yalom & Vinogradov, 2005)

Se ha comprobado que la terapia de grupo es efectiva para tratar las afecciones de la salud mental como lo es la terapia individual, y en algunos casos muestra mayor efectividad. (Yalom & Vinogradov, 2005)

Según Yalom, los mecanismos que operan en la psicoterapia grupal son:

- Infundir esperanza: en grupos, principalmente de ayuda, los participantes informaban que la mejoría que presentaron se debía a la esperanza que le transmitían sus demás compañeros.
- Universalidad: los pacientes llegan a sentirse excluidos hasta que participan en la terapia grupal, donde conocen a otras personas que pasan por situaciones similares con quienes comparten su sentir y esto les merma su malestar.
- Transmitir información: se da durante las sesiones en el momento que el terapeuta brinda psicoeducación y cuando los integrantes se dan consejos entre sí.
- Altruismo: el altruismo se da exclusivamente en la psicoterapia grupal, esto es porque entre sus integrantes se apoyan. Al iniciar muchos inician las sesiones desmoralizados, con el tiempo el poder ayudar a la otra persona que pasa por una situación similar, les hace sentir útiles lo que potencia su autoestima.
- Desarrollo de técnicas de socialización: se adquiere por las técnicas que brinda el psicoterapeuta y por el ambiente que propicia que se sinceren y corrijan entre sí.
- Comportamiento imitativo: Se presenta el aprendizaje vicario, favoreciendo cambios en la conducta.
- Catarsis: los participantes experimentan la liberación de sus emociones que se manifiesta por los mecanismos de universalidad y cohesión.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: muchos pacientes llegan con historias familiares conflictivas que reflejan con la hostilidad que dirigen a los demás participantes o al mismo terapeuta. Es una oportunidad para identificar las conductas inadaptadas para que pueda ser examinadas por la misma persona y pruebe nuevos comportamientos.

- Factores existenciales: los pacientes con cáncer y quienes sufren de enfermedades crónicas presentan dudas en los hechos existenciales (muerte, aislamiento, libertad y carencia de sentido) jugando un papel importante en la terapia. Los factores existenciales permiten que comprendan la existencia de los límites de ayuda que pueden recibir por parte del otro y entiendan que la responsabilidad recae en sí mismo, lo que promueve la aceptación de la circunstancia, eleva la capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles, además fortalece el vínculo en el grupo y desarrolla el sentimiento de estar acompañado “a pesar de...”
- Cohesión: es el deseo de formar parte del grupo a partir del interés de cada integrante al ser aceptados y comprendidos.
- Aprendizaje interpersonal: debe ser explorado por cada integrante del grupo que les ayuda a comprender el aprendizaje interpersonal en la psicoterapia.

El tamaño de los grupos terapéuticos dependerá del objetivo a alcanzar. La duración óptima de las sesiones oscila entre 60 a 120 minutos. La frecuencia dependerá de a quienes se les dirige: pacientes internos una vez al día, pacientes externos una vez a la semana y existen grupos de apoyo que se reúnen una vez al mes o una vez al año. Las terapias grupales se dividen en breve y largo plazo. (Yalom & Vinogradov, 2005)

En los grupos que tratan los síntomas de burnout, los participantes informan que son incapaces de desentenderse del trabajo y de sentir placer o relajarse, por lo que las técnicas de relajación e imaginación dirigida pueden incluirse en las sesiones. (Yalom & Vinogradov, 2005)

### **1.2.2. Aspectos Conceptuales de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

El ser humano está predispuesto a vivir en grupos, pues desde tiempos remotos ha sido de utilidad para sobrevivir y suplir la necesidad de relacionarnos emocionalmente con otros

seres humanos (amor, comunicación, amistad, etcétera), por lo que hemos aprendido a seguir culturas y costumbres, no obstante, esto no significa que nos impida evolucionar a nuestro paso, cambiando constantemente, siguiendo nuestras bases tradicionales, aprendiendo y descubriendo nuevos aportes que nos benefician como sociedad, en donde también cometemos errores y aprendemos por ensayo-error, he allí donde la terapia racional emotiva conductual intervendrá. (González Nuñez, 1999)

Como ya sabemos, el primer grupo de cualquier persona, es el núcleo familiar, donde se nos inculcan nuestras primeras limitaciones, valores y nos enseña a diferenciar entre lo correcto o lo incorrecto (moral).

Según González Nuñez en Psicoterapia de Grupos: Teoría y Técnicas de las diferentes escuelas psicológicas (1999), señaló que las creencias son juicios que emitimos y con las cuales evaluamos nuestra realidad, que según el tipo pueden ser:

- Racionales, las cuales se identifican por su adaptabilidad y por las manifestaciones no absolutas, o sea que pueden ser flexibles o cambiables.
- Irracionales que no son adaptables, trayendo consigo emociones y comportamientos perjudiciales las cuales carecen de resolución de conflictos en el diario vivir, manteniendo los problemas ya existentes o agravándolos.

Las creencias irracionales surgen de aquellos pensamientos absolutos que mantienen las personas a lo largo del tiempo y una de las principales formas de este tipo son:

- Creencias de desolación tremendistas
- Creencias de inquietud e incomodidad por la sensación de no poder soportar algo: es cuando la persona considera que jamás podrá ser feliz a lo largo de su vida.

- Creencias de denigración: es cuando se cataloga a sí mismo o a los demás como seres inservibles cuando no hacen algo que “deberían de hacer”.

El esquema básico de la TREC denomina A-B-C-D-E el cual se describe de la siguiente manera:

- A= Situaciones activadores que viene siendo el evento o situación real.
- B= Interpretaciones de las situaciones que son los pensamientos, valores, creencias, quejas, opiniones, autoverbalizaciones, etc.)
- C= Emociones negativas (tristeza, ansiedad, enojo, etc.) que surgen de la B.
- D= Discusión de la validez de la B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.
- E= Cambio favorable en las emociones, a partir de las discusiones de las creencias irracionales.

Según la TREC las consecuencias se clasifican en dos: las “apropiadas” que favorecen o no perjudican en gran medida la preservación de la vida, la salud, resolución del problema, logros a alcanzar y evita el sufrimiento, y las “inapropiadas” que se caracterizan por causar sufrimiento innecesario, llevar comportamientos “auto-saboteadores”, impiden lograr las metas propuestas y se asocian con las creencias irracionales. (Obst Camerini, 2008)

Las cogniciones se dividen en cuatro clases: las “observaciones” que no evalúan y se limitan a observar, las “Inferencias” que tampoco son evaluativas, sin embargo, incorporan supuestos que pueden ser cierto o no; Las “evaluaciones preferenciales”, por ejemplo, “me gusta el dulce esponjoso de chocolate” y las “evaluaciones demandantes” o “debopertubaduras”, por ejemplo, “absolutamente es mi deber ser la mejor estudiante”. Las evaluaciones son denominadas por Ellis como “creencias”, siendo las demandantes las creencias irracionales y las preferenciales como creencias racionales. (Obst Camerini, 2008)

### **1.2.3. Aspectos Conceptuales de la Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta natural que cumple la función de activar el estado de alerta para nuestra supervivencia en situaciones que lo ameriten, pudiendo ser un factor de éxito o fracaso. El estado de alerta desaparece y las reacciones de cada individuo puede ser variada. No obstante, la ansiedad puede llegar a ser patológica si la respuesta es exagerada, sin fundamento y la durabilidad del estado de alerta se prolonga. (Pasantes, 2003)

En estudios realizados con tomografías de emisión de positrones demostraron que las reacciones patológicas de la ansiedad y las manifestaciones que podrían considerarse normales tienen relación con la función de las neuronas que emplea el GABA como neurotransmisor, y posiblemente esté ligado con la expresión y control de la ansiedad. (Pasantes, 2003)

La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar, frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento. (Morris & Maysto, 2005)

Según el humanismo, cuando el ser humano se encuentra en una distonía entre la exigencia de lo “afuera” y sus logros obtenidos, que no cumplen lo exigido, surge la vivencia de ansiedad (llamada en algunos modelos humanistas: angustia) que, al no poder responder ante la culpa existencial de manera constructiva, deja de ser funcional en sus contextos de acción, manifestando enfermedades, trastornos o desordenes. (Martínez Ramos, 2015)

Según Alberto De Castro (2016), psicólogo investigador colombiano, indica que la ansiedad surge ante la sensación de amenaza ante algo significativo para la persona, la necesidad de tomar decisiones sin la certeza de sus resultados, aparece ante expectativas y surge de forma abrumadora.

Para Adriana Martínez (2016), psicóloga y psicoterapeuta Gestalt mexicana, la sensación de amenaza (real o imaginaria) y la necesidad de tomar decisiones sin certeza de sus resultados, no implica que la situación sea necesariamente negativa socialmente hablando, aunque la reacción emocional para la persona pueda ser displacentera, e incluso se propone que en ciertas situaciones la emoción se pueda vivir en lo placentera, es allí donde la psicóloga Adriana Martínez hace la distinción, según los enfoques humanistas entre ansiedad y angustia, al encuadrar a la ansiedad a aquellas reacciones emocionales producto de la vivencia ante una fantasía anastrófica, mientras que la angustia es producto de la vivencia ante una fantasía catastrófica.

Algunos existencialistas han llamado ansiedad/angustia a la aprehensión, a la incertidumbre, al miedo y al desasosiego ante la necesidad de elegir, para el enfoque humanista-existencial, la ansiedad es un estado emocional del ser. (Martínez Ramos, 2015)

Freud en su primera tesis sobre la ansiedad (1895), diferenciaba dos conjuntos nosográficos:

- Psiconeurosis de defensa, donde la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos.
- Neurosis actuales (incluía neurosis de ansiedad), que se debía a la falta de procesamiento psíquico de la libido, que se presentaba como una descarga somática y/o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante”.

Para Freud, la psiconeurosis evidenciaba conflictos infantiles, y la neurosis de ansiedad presentaba una etiología actual. (Santiago , Etchebarne, Gómez Penedo, & Roussos, 2011)

En 1926, Sigmund Freud modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa), de la aparición de ansiedad en el Yo. (Santiago , Etchebarne, Gómez Penedo, & Roussos, 2011)

Según el enfoque psicodinámico, las personas que manifiestan síntomas de ansiedad tienen límites defectuosos del ego, o sea, que la organización defensiva que debiese separar las actividades conscientes y preconscientes de las inconscientes, presentan fallas, por lo cual existe la posibilidad que traiga relaciones y experiencias de objeto infantiles que emocionalmente corresponden a la etapa adulta. (Cameron, 1990)

En el Capítulo 6 del libro: Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología. Un enfoque dinámico (1990) afirma que:

A los infantes se les puede adiestrar para ser personas ansiosas por padres que en sí no son personas ansiosas, pero lo logran:

- Padres sobreprotectores, enseñándole al niño a temer al mundo que le rodea.
- Padres perfeccionistas, exigiendo la mejora de la conducta, obligándoles de adultos a tener metas para las cuales no tienen aptitud ni interés, por lo que, a pesar de conseguir lo que se proponga, su satisfacción es de corta duración.
- Padres demasiado indulgentes, que al no brindar un marco para que el niño desarrolle su conducta, no logra el autocontrol necesario para aprender el control de los movimientos.

En la ansiedad la culpa juega un rol significativo, se puede experimentar tanto de forma consciente al saber que ha hecho algo mal o se siente indigna e inferior, y a niveles inconscientes, cuando hay una tensión creciente entre el sistema del ego y el superego. Las defensas del ego protegen a una persona contra el impacto de la agresión del superego. (Cameron, 1990)

En la actualidad es difícil encontrar en la literatura psicoanalítica consideraciones teórico-técnicas centradas en lo que los sistemas diagnósticos estandarizados tipifican como Trastorno de Ansiedad Generalizada. Considera que la razón se debe en que la ansiedad tradicionalmente ha sido considerada un síntoma presente en diversas estructuras de la psicopatología psicoanalítica. Dentro de este contexto, podría estar expresando organizaciones de personalidad subyacentes muy distintas y la manifestación de los síntomas de ansiedad no constituiría un cuadro nosológico propio. Este principio psicoanalítico, de que una misma sintomatología manifiesta puede expresar organizaciones latentes diversas, sigue presente en sistemas actuales de clasificación psicodinámicos. Este criterio se opone, a los usados para la conformación de los manuales estadísticos no psicoanalíticos. (Santiago , Etchebarne, Gómez Penedo, & Roussos, 2011)

Cabe resaltar que los sistemas de clasificación, como el DSM, surgen de cierta reticencia a utilizar nociones provenientes del campo de psicoterapias no psicoanalíticas. (Santiago , Etchebarne, Gómez Penedo, & Roussos, 2011)

#### **1.2.4. Características Clínicas de Pacientes con Altos Niveles de Ansiedad**

La ansiedad se caracteriza por una excesiva preocupación no controlada en relación con diversos temas que se presenta en la mayoría de los días. La persona puede presentar dificultades cardiovasculares, respiratorios, hormigueo, musculoesqueléticas, gastrointestinales y otras manifestaciones somáticas. (Clínica de la Ansiedad, s.f.)

Además de manifestarse síntomas psicológicos, por ejemplo, que el individuo tenga miedo a perder el control, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, agobio, inseguridad y hasta pensamiento suicida. (Clínica de la Ansiedad, s.f.)

**1.2.5. El Trastorno de Ansiedad Generalizado según El Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM- V-TR)**

Según el DSM-V los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada 3000.02 (F41.1):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  - Fácilmente fatigado.
  - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

A pesar de que, no se trabajó con personas con trastornos de ansiedad generalizada, los criterios clínicos fueron clave para determinar los altos niveles de ansiedad durante la entrevista inicial realizada a cada participante.

### **1.3. INTEGRACIÓN TEÓRICA DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL Y LOS ALTOS NIVELES DE ANSIEDAD**

Los tratamientos psicológicos que hasta el momento se consideran eficaces para la ansiedad son las terapias cognitivas. Aproximadamente el 70% de pacientes que se tratan por este tipo de psicoterapias mejoran significativamente (Bados, 2009).

Ellis y Dryden (1987) integran la TREC con la ansiedad con los conceptos de “ego disturbance” y “discomfort disturbance”, traducidas por Dryden (1995) como “perturbación por el yo” y “perturbación por el malestar”. (Obst Camerini, 2008)

Ellis (1979-1980) definió la perturbación del malestar de la siguiente manera:

“...la tensión emocional que tiene lugar cuando las personas piensan que: (1) su comodidad o su vida están siendo amenazadas, (2) deben o tienen que conseguir lo que quieren (y no deben tener lo que no quieren), y (3) es horroroso o catastrófico (más que simplemente incómodo y desventajoso) cuando no consiguen lo que supuestamente necesitan conseguir [...] La perturbación del yo es la tensión emocional que tiene lugar cuando la gente piensa que: (1) su valía personal es amenazada, (2) deben o “necesitan” hacer bien las cosas y/o ser aprobados por los demás y (3) es horroroso o catastrófico cuando no hacen bien las cosas y/o no son aprobados por los demás (como supuestamente deberían o tendrían que serlo).” (Obs Camerini, 2008, pp 132)

“El cómo pienso afecta el cómo siento” es la enseñanza fundamental de las terapias cognitivas, porque el reconocer nuestras cogniciones cumple la función de mediar entre la situación y el afecto, o sea, que la forma en cómo interpretemos una situación influye en cómo nos sentimos: ansiedad o tranquilidad. (Clark & Beck, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012)

En el modelo cognitivo señala que la sensación de vulnerabilidad que genera los grados de ansiedad depende de la valoración que le da la persona a una situación particular. Por ejemplo, el miedo se debe a que la persona sobreestima la intensidad de la amenaza, mientras que la ansiedad surge cuando el individuo no se es capaz de percibir las señales de seguridad y subestima su propia capacidad para enfrentar el peligro anticipado. Por tal razón, los grados de ansiedad dependerá de cómo la persona percibe el peligro y su capacidad para afrontarlo. (Clark & Beck, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012)

Por lo antes mencionado, las terapias cognitivas tienen como objetivo la modificación de pensamientos, valoraciones y creencias que afectan los niveles de ansiedad por una vulnerabilidad exagerada. (Clark & Beck, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012)

Es importante mencionar que en una investigación de intervención grupal aplicando la Terapia Cognitiva Conductual, demostró que hubo disminución en las puntuaciones de estado-ansiedad, depresión y malestar emocional. (Sánchez García, 2003)

Según algunos estudios el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se debe a una vulnerabilidad biológica como la hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada, y a una vulnerabilidad psicológica en que se percibe al mundo como un lugar peligroso y la persona se siente incapaz de hacerle frente, como consecuencias de experiencias negativas previas. (Barlow, 2002)

En estas últimas décadas se ha utilizado la neuroimagen funcional para estudiar las áreas cerebrales, sus funciones y su relación con los trastornos mentales muy conectados con la ansiedad, evidenciando la estrecha relación entre la ansiedad y ciertas áreas cerebrales como la amígdala (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010)

Con el surgimiento de nuevos campos de estudios para corroborar la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos con los cambios en la actividad cerebral, la utilización de la neuroimagen funcional ha permitido avances en las investigaciones científicas en este tema, contribuyendo en la comprensión de los mecanismos neuronales subyacente. (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010)

Debido a que los estudios de la Terapia Cognitiva Conductual con el uso de la neuroimagen están en sus inicios, es lógico que sean pocos los estudios realizados, pero es importante mencionar que ha evidenciado, tras la aplicación del tratamiento, menor actividad cerebral en áreas vinculadas a trastornos: trastorno obsesivo compulsivo, fobias simples, fobia

social, estrés postraumático, ataques de pánico y depresión. (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010)

### **1.3.1. *Terapia Racional Emotiva Conductual como Terapia Grupal y Terapia Breve***

La TREC además de las intervenciones individuales, también se puede realizar en grupos, tanto pequeños (10 a 13 personas) como a gran escala (50, 100 o más personas), se puede realizar teniendo en cuenta:

- Durabilidad aproximada: 2 horas 15 minutos.
- Sesiones: una vez a la semana
- Objetivos de los participantes: entender el origen de sus problemas, comprender las dificultades que presenta cada miembro, reducir su propio malestar, y lograr un cambio de perspectiva de la situación que vive y de su conducta.

Además de todo lo mencionado, la función del coordinador (terapeuta) es mantener el lineamiento programado, evitando que se monopolice el tiempo y exhortar que las personas reservadas participen. (Obst Camerini, 2008)

La terapia breve, independientemente del enfoque terapéutico, si es grupal se recomienda establecer 12 sesiones, aunque puede reducirse o aumentar dependiendo de la necesidad, y tener una meta clara de la problemática a tratar. (Ferreira-Santos, 2013)

## **1.4. LA FAMILIA DE PACIENTES CON CÁNCER**

El cáncer es una de las enfermedades de las que más intentan crear consciencia a nivel mundial, que podríamos decir que no tiene un estigma social como otras enfermedades que repercute en el rechazo social de quien recibe el diagnóstico, pero sí ciertas ideas erróneas que pueden interferir en el proceso de aceptación y readaptación de quien lo padece y sus familiares más cercanos.

El cáncer como otras enfermedades crónicas y terminales crea un cambio importante en los sistemas familiares produciendo una crisis por la nueva situación, y el manejo adecuado de ello dependerá de factores externos, personales y dinámicos a nivel familiar. (Cruzado Rodríguez, 2010)

Según Expósito (2009) en su artículo “La calidad de vida en los Cuidadores Primarios de pacientes con cáncer”, señaló que las crisis de estas familias pasan por tres fases:

- Desorganización, porque reciben un diagnóstico que no solo afecta a la persona enferma, sino que impacta al resto de la familia al cambiar la estructura y proyectos establecidos, afectando las relaciones interpersonales.
- Recuperación-adaptación, después del impacto que representó para la familia el diagnóstico, la familia se readapta a su nueva etapa reorganizándose a nivel familiar y en sus relaciones interpersonales.
- Reorganización: La familia logra encontrar un equilibrio en relación a la enfermedad-paciente-familia-miembro. En esta fase la familia puede brindar el apoyo que requiere la persona enferma, sin que esto afecte la independencia a nivel individual del resto de los miembros del grupo familiar.

Existe la posibilidad que cada familiar del paciente con cáncer presente problemas de acuerdo al rol que ejerce y a su edad, algunos de ellos son: ansiedad, tristeza, sensación de fracaso por no haber protegido a su pareja, aunado al malestar por la incapacidad de hacer frente a la enfermedad. En el caso de los hijos adultos, pueden sentir que su independencia o planes se vean amenazados, sentimientos de culpa por pensar que son incapaces de satisfacer las necesidades de la persona enferma y cambios en su rutina que alteran su vida ya estructurada; en los hijos preadolescentes y adolescentes manifiestan sentimiento de abandono, dificultad en el aprendizaje, percepción de independencia amenazada, culpa por

sentir que no atiende a la persona con cáncer como debería; mientras que los hijos pequeños se les dificulta entender qué es lo que pasa, presentan altos niveles de ansiedad por separación, piensan que sus padres no le quieren debido a las ausencias, presentan retroceso en sus logros (se empieza a orinar) y dificultad escolar. (Cruzado Rodríguez, 2010)

#### **1.4.1. Cuidadores Primarios**

Los cuidadores primarios son las personas que se encargaran del cuidado de la persona enferma, modificando sus rutinas para poder suplir las necesidades que requiera el paciente. Generalmente se les asigna a las personas más cercanas del paciente (familiar o amistad). Aunque en ocasiones, quien no vive con el paciente se ofrece a brindar el apoyo. (Rose & Hara, 2006)

Muchas personas al desempeñar el rol de cuidador primario lo hacen con toda la disposición, pero otras lo cumplen por obligación al ser presionados por sus familiares, compañeros de trabajos o personal médico. El cuidado del paciente con cáncer es más que acompañar. Las personas cambian sus actividades para poder acompañarles a las citas médicas y estar pendientes de las siguientes evaluaciones y tratamientos, fuera del contexto hospitalario también traslada al paciente a los lugares que necesita, brinda apoyo en las actividades que antes hacía el paciente y ahora no puede, brinda sostén emocional, en la mayoría de las ocasiones sin horario fijo, sumado a las responsabilidades con la que ya contaba a nivel personal. Esta nueva situación, crea sentimientos de ambivalencia porque ama a quien cuida, pero le ocasiona malestar por llevarlo a cabo, siendo necesario que quien cuida también reciba apoyo. (Rose & Hara, 2006)

Se debe tener en consideración que no todo paciente diagnosticado con cáncer requerirá de un cuidador primario, esto dependerá de la gravedad del diagnóstico (tipo, clasificación y estadio). (Cruzado Rodríguez, 2010)

Según la Encuesta CIEPS (2019), en Panamá son las mujeres quienes dedican mayor tiempo al cuidado de personas enfermas, representando el 70.6%.

Los estudios indican que en el cuidado de una persona con cáncer muchas veces se entrega tiempo, recurso y esfuerzo por cuidar a aquellas personas que se ama, lo que es motivo de satisfacción, aun así, termina afectándoles negativamente. Con el tiempo los cuidadores-primarios van presentando sueño, cansancio, dolor, fatiga, estrés, frustración, irritabilidad, sentimientos de culpa, susceptibilidad, incertidumbre, etcétera; convirtiéndose en una desventaja al momento de proveer un cuidado amoroso, responsable y de calidad a la persona enferma; lo que va aunado a no satisfacer sus propias necesidades básicas.

Cuando la salud mental de los cuidadores primarios se ve afectada, es recomendable que reciban atención psicológica para reducir su malestar, como se pudo constatar en la investigación de tesis realizada a cuidadores primarios de pacientes de oncología infantil en FANLYC, a quienes se les realizó una intervención con la TREC por los altos niveles de ansiedad que presentaban como consecuencia del rol que ejercían, demostrando la reducción de los altos niveles de ansiedad culminada la terapia. (Martínez Alonzo, 2018)

Debemos tomar en consideración que no todos los cuidadores verbalizan o reconocen la sobrecarga emocional y física que mantienen como consecuencia de suplir constantemente las necesidades que requiere el paciente diagnosticado con cáncer. (Beltrán Sánchez, Calderón Rodríguez, & Rodríguez Escobar, 2021)

**CAPÍTULO II**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## 2.1. JUSTIFICACIÓN

Después de un diagnóstico de cáncer es importante para los especialistas del área de medicina oncológica, determinar qué tipo de cáncer, etapa, tamaño e invasión ha alcanzado el tumor, lo que determinará el tipo de tratamiento a recibir, sea ésta una intervención quirúrgica, tratamientos médicos oncológicos, incluso la amputación de alguna parte del cuerpo. (Cruzado Rodríguez, 2010)

Antes, durante y después del diagnóstico e intervención médica, es importante la intervención del personal de la Salud Mental a quien padece esta condición. Este tipo de atención ayuda a la persona a comprender lo que le está pasando y acompañarle en todo el proceso del tratamiento médico, con el fin de contar con una mejor adherencia a los tratamientos y así también que cuente con un personal que esté al cuidado de su salud mental.

Los cambios que surgen como consecuencia del cáncer también se presentan en sus familiares, en especial en quienes están más cerca del paciente, por ejemplo: la pareja, su hija o su padre. Puede darse que, el hoy paciente que fue un cuidador, ahora es la persona cuidada. Quien es paciente deja de compartir por algún tiempo determinado con sus allegados, muchas veces presenta cambios de humor y puede presentar una conducta agresiva contra la persona que le cuida por ser a quien tiene más cerca. (Cruzado Rodríguez, 2010)

Esto demuestra la importancia de la atención psicológica, no sólo para la persona diagnosticada con cáncer, sino también para quien le cuida constantemente porque será la persona que, en muchas ocasiones, tendrá que desplazar sus necesidades para brindar la mejor atención posible a su familiar con cáncer. En la mayoría de las ocasiones son mujeres quienes se hacen cargo del cuidado de la persona enferma con cáncer. (Barrón Ramírez & Alvarado Aguilar, 2009)

Es importante que los cuidadores primarios, cuiden su salud mental para mantener una estabilidad emocional y así brindar un mejor cuidado a la persona enferma.

El geriatra del Hospital Clínico Universidad de Chile Dr. Rafael Jara (2011) expresó que: los cuidadores primarios pueden presentar una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor, definiendo la “sobrecarga” o síndrome del cuidador, que según el Dr. Jara es “un trastorno común que presenta variados síntomas, que se da en aquellas personas encargadas de cuidar y cubrir las necesidades básicas del enfermo.”

## **2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En un diagnóstico de cáncer, dependiendo de la etapa y evolución de la enfermedad, el paciente requerirá del apoyo de otra persona, generalmente un familiar, quien según el diagnóstico, etapa y tratamientos suministrados, determinará el nivel de responsabilidad que tendrá que asumir esta persona, a quien llamaremos: cuidador primario

En muchas ocasiones la atención médica, así como los servicios de salud mental, es dirigida específicamente a la persona enferma, siendo el acompañante solamente la persona responsable de cumplir con las solicitudes médicas, por ejemplo, resguardar la información suministrada del paciente, estar alerta de los signos y síntomas del paciente para poder ofrecerle mayor información desde una perspectiva diferente a los especialistas encargados, en algunas ocasiones quedarse en el hospital atendiendo las necesidades básicas del paciente cuando se encuentra hospitalizado; la literatura consultada deja ver que, sin darse cuenta, la persona termina dejando su vida de lado, para hacerse cargo de otra, lo que conlleva a la presencia de malestares, desmejorando su calidad de vida y la atención brindada al paciente.

Lo anterior es indicativo que, para el buen cuidado de cualquier paciente se hace necesario que, quienes ejerzan el rol de cuidadores primarios logren un equilibrio sano en su vida y haya una buena higiene mental.

Por lo anterior descrito, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué efecto tiene el tratamiento basado en Psicoterapia grupal breve de tipo Cognitivo Conductual en la disminución de niveles altos de ansiedad asociada al rol de cuidador primario de pacientes con cáncer?

### **2.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.3.1. *Objetivo General***

- Evaluar los efectos de un programa de psicoterapia grupal breve de tipo Cognitivo Conductual en la disminución de niveles altos de ansiedad asociada al rol de cuidador primario de pacientes con cáncer.

#### **2.3.2. *Objetivos Específicos***

- Determinar los indicadores de ansiedad que presentan los cuidadores de pacientes con cáncer.
- Examinar el grado de síntomas psicopatológicos que presentan los cuidadores de pacientes con cáncer.
- Identificar los niveles de desesperanza que presentan los cuidadores de pacientes con cáncer.
- Establecer los esquemas de creencias irracionales predominantes que presentan los cuidadores de pacientes con cáncer.
- Describir el nivel de Síndrome de Burnout según las dimensiones que presentan los cuidadores de pacientes con cáncer.
- Estimar la capacidad intelectual en los cuidadores de pacientes con cáncer.

- Demostrar si existen diferencias significativas en los indicadores de ansiedad después del tratamiento basado en la TREC del grupo experimental y el grupo control.
- Analizar si existen diferencias significativas en el grado de síntomas psicopatológicos después del tratamiento basado en la TREC del grupo experimental y el grupo control.
- Examinar si existen diferencias significativas en los niveles de desesperanza después del tratamiento basado en la TREC del grupo experimental y el grupo control.
- Mostrar si existen diferencias significativas en nivel de Síndrome de Burnout después del tratamiento basado en la TREC del grupo experimental y el grupo control.

## **2.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. Hipótesis General**

Existen diferencias significativas en los indicadores de ansiedad, síntomas psicopatológicos, desesperanza, síndrome de Burnout e ideas irracionales en los cuidadores de pacientes con cáncer después de una intervención Psicoterapéutica Grupal Breve con enfoque Cognitivo Conductual (racional emotivo conductual).

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

- Existen diferencias significativas en los indicadores de Ansiedad después del tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Existen diferencias significativas en los niveles de Desesperanza después del tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Existen diferencias significativas en nivel de Síndrome de Burnout después del tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental y el Grupo Control.

- Existen diferencias significativas en las Ideas Irracionales después del tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Existen diferencias significativas en el grado de síntomas psicopatológicos después del tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Si hay diferencia en el Nivel de Ansiedad de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental.
- Si hay diferencia en la Escala de Desesperanza de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental.
- Si hay diferencia en el nivel del Síndrome de Burnout de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental.
- Si hay diferencia en las Ideas Irracionales de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la TREC del Grupo Experimental.
- Si hay diferencia en el índice de Síntomas Psicopatológicos de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la TREC Grupo Experimental.

### ***2.4.3. Hipótesis Estadística***

#### **2.4.3.1. Prueba de Pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 1.

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck del grupo experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck del grupo experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.2. Prueba de Pre-test de la Escala de Desesperanza de Beck aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 2

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test de la Escala de Desesperanza de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test de la Escala de Desesperanza de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

### **2.4.3.3. Prueba de Pre-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 3

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Experimental y Grupo Control

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

### **2.4.3.4. Prueba de Pre-test del Cuestionario de Ideas Irracionales aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 4

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Cuestionario de Ideas Irracionales del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Cuestionario de Ideas Irracionales del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.5. Prueba de Pre-test del Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 5

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.6. Prueba de Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 6.

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.7. Prueba de Post-test de la Escala de Desesperanza de Beck aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 7

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test de la Escala de desesperanza de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test de la Escala de desesperanza de Beck del Grupo Experimental y Grupo Control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.8. Prueba de Post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 8

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.9. Prueba de Post-test del Cuestionario de Ideas Irracionales aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 9

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Cuestionario de ideas irracionales del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Cuestionario de ideas irracionales del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

#### **2.4.3.10. Prueba de Post-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

Hipótesis 10

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del post-test del Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

### 2.4.3.11. Resultados de la Prueba Pre-test y Post-test del Grupo Experimental

Hipótesis 11

H<sub>0</sub>: No hay diferencia en el nivel de Ansiedad de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

H<sub>1</sub>: Sí hay diferencia en el nivel de Ansiedad de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

Hipótesis 12

H<sub>0</sub>: No hay diferencia en la Escala de Desesperanza de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

H<sub>1</sub>: Sí hay diferencia en la Escala de Desesperanza de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

### Hipótesis 13

H<sub>0</sub>: No hay diferencia en el nivel del Síndrome de Burnout de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

H<sub>1</sub>: Sí hay diferencia en el nivel del Síndrome de Burnout de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

### Hipótesis 14

H<sub>0</sub>: No hay diferencia en las Ideas Irracionales de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

H<sub>1</sub>: Sí hay diferencia en las Ideas Irracionales de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

### Hipótesis 15

H<sub>0</sub>: No hay diferencia en el índice de síntomas psicopatológicos de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

H<sub>1</sub>: Sí hay diferencia en el índice de síntomas psicopatológicos de los cuidadores de pacientes con cáncer antes (pre-test) y después (post-test) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

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

## 2.5. VARIABLES

### 2.5.1. Variables de Investigación

- Variable independiente: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)
- Variable dependiente: Altos niveles de ansiedad, síntomas psicopatológicos, ideas irracionales, síndrome de Burnout, desesperanza, inteligencia.

### 2.5.2. Definición Conceptual de Variables

- 2.5.2.1. **Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).** Se basa en la teoría de que los pensamientos, sentimientos y conductas en una persona, trabaja de forma integrada, y que el malestar de las personas proviene realmente de cómo nosotros percibimos lo que nos sucede, más que los mismos hechos en sí. La terapia busca ayudar a que las personas puedan llevar una vida lo más satisfactoria posible, enseñándoles a pensar de forma racional. (Obst Camerini, 2008)
- 2.5.2.2. **Altos Niveles de Ansiedad.** La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (Clark y Beck, 2012). Cuando la ansiedad marca por encima de los valores normalizados en

las pruebas psicométricas, sin llegar a un rango patológico, se habla de altos niveles de ansiedad.

- 2.5.2.3. **Desesperanza.** La desesperanza o indefensión aprendida es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. (Overmier y Seligman, 1967)
- 2.5.2.4. **Síndrome de Burnout.** El Burnout puede definirse como la incapacidad de una persona para utilizar los recursos internos y hacerles frente a las demandas, por lo que sienten un vacío interior y que están a punto de estallar, viéndose afectada su calidad de vida. Lo cual da como consecuencia afectación a nivel físico, mental y emocional y se da un deterioro lento por exposiciones crónicas frente a situaciones adversas. (Martínez, 2018).
- 2.5.2.5. **Ideas Irracionales.** Las creencias irracionales son aquellas que debido a su irracionalidad nos impiden un análisis objetivo generando consecuencias contraproducentes y autodestructivas. Ellis (1980, 1987, 1990) y Grieger (1990) ponen de manifiesto que la forma de pensar, de emocionarnos o de comportarnos irracionalmente tiene una base de características biológicas. Por fundamento biológico, se entiende que, una característica o rasgo tiene unos orígenes marcadamente innatos (así como también adquiridos) y que en parte brotan de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse en una forma típica. Esto no implica una base puramente instintiva, sino que como aclara, Ellis (1987,1990) se refiere a que, a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra dificultad en modificarlo o eliminarlo.

- 2.5.2.6. **Síntomas Psicopatológicos.** Es toda narración personal que da un paciente por la percepción o variación que identifica como extraño o desviado de lo normal, u originado por un estado anómalo y alterado, que se caracteriza por un daño en el funcionamiento a nivel comportamental o psicológico (Galli, 2005).
- 2.5.2.7. **Inteligencia.** Es la capacidad global del individuo para actuar con finalidad, para pensar racionalmente y para entenderse de un modo efectivo con su medio ambiente (Wechsler, citado por Papalia, 2009)

### **2.5.3. Definición Operacional de las Variables**

#### **2.5.3.1. Variable Independiente**

- 2.5.3.1.1. **Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).** El programa está basado en una intervención psicoterapéutica grupal breve con enfoque cognitivo de diez sesiones para reducir o eliminar los altos niveles de ansiedad como consecuencia de ser cuidador primario de un paciente oncológico. Las sesiones tuvieron una duración de dos horas, una vez por semana, es decir dos meses y una semana.

#### **2.5.3.2. Variables Dependientes**

- 2.5.3.2.1. **Ansiedad.** La ansiedad fue medida por el Inventario de Ansiedad de Beck. Consta de 21 ítems, cuyos niveles son: grave (30-63 puntos), moderado (19-29 puntos), leve (8-18 puntos), no ansiedad (0-7puntos).

- 2.5.3.2.2. **Desesperanza.** Los puntajes de la variable “desesperanza” serán obtenidos a través de la Escala de Desesperanza de Beck (EDB). La calificación según el puntaje obtenido será:

- 0-8 Riesgo bajo de cometer suicidio.
  - 0-3: Ninguno o mínimo
  - 4-8: Leve

- 9-20: Riesgo alto de cometer suicidio.
  - 9-14: Moderado
  - 15-20: Alto

Las dimensiones de esta escala son: sentimientos acerca del futuro, falta de motivación y falta de expectativas.

2.5.3.2.3. **Síndrome de Burnout.** Como indicador para determinar el síndrome de Burnout se utiliza el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

2.5.3.2.4. **Ideas Irracionales.** Es la respuesta que da la persona al Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis que está constituido por 100 ítems, que evalúan las diez categorías. La calificación se realiza a través de puntajes directos e indirectos, cuyos valores varían de 0 a 1 punto por cada ítem, asimismo se establece la presencia de la creencia irracional, si es que en la escala asignada presenta un puntaje mayor a 8 puntos de 10.

2.5.3.2.5. **Síntomas psicopatológicos.** Toda valoración adquirida del sujeto al momento de contestar el Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis con relación a 9 dimensiones primarias: Somatización, Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo (Casullo y Pérez, 2008). Son 7 síntomas extras, que no se añaden a las escalas primarias, pero son utilizados de forma individual como indicadores clínicos valiosos y se adicionan al cálculo de índices globales

2.5.3.2.6. **Inteligencia.** Es la respuesta que da la persona al Test de Matrices Progresivas de Raven Escala General, evaluando la capacidad para la comprensión y el manejo mental de las relaciones abstractas y el pensamiento lógico de acuerdo a los percentiles en las siguientes categorías: superior, superior al término medio, término medio, inferior al término medio y deficiente.

## **2.6. TIPO DE ESTUDIOS**

Se trata de un estudio explicativo donde se busca encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos. Su objetivo último es explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste. (Ander-Egg, E, 1995)

## **2.7. DISEÑOS**

### **2.7.1. Diseño de Investigación**

La investigación pospuesta corresponde a un diseño cuasiexperimental definida por Campbell y Stanley (1973) como "Aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la Variable Independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización, pero sí puede en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos"

En esta investigación se estableció un grupo experimental y otro control o en lista de espera. Se aplicó la preprueba tanto al grupo experimental como al control o grupo en espera. Se dividió intencionalmente para considerar listos los grupos y aplicar la variable independiente. Una vez se aplicó la prueba solo el grupo experimental fue sometido al tratamiento. Terminado la aplicación del tratamiento al grupo experimental se llevó a cabo una postprueba a ambos grupos (experimental y control).

### **2.7.2. Diseño Estadístico**

El diseño se puede escribir de la siguiente manera:

G <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
G <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	–	O <sub>4</sub>

Donde:

G1 Es el grupo experimental.

O1 Es la aplicación de la preprueba.

X Es el tratamiento.

O2 Es la aplicación de la postprueba después del tratamiento.

G2 es el grupo en lista de espera.

O3 Es la aplicación de la preprueba al grupo en lista de espera.

O4 Es la aplicación de la prueba al grupo en lista de espera que no fue sometido a tratamiento.

### **2.7.3. Prueba Estadística**

En esta investigación se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras relacionadas, para comparar las dos medidas muestrales que se extrajeron a partir de una población de distribución normal. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05. En términos de probabilidad 0.95 y 0.05, respectivamente está asociado a la verificación de una hipótesis, así mismo es una probabilidad de tomar una decisión de rechazar una hipótesis nula. El análisis estadístico se presentó a través de tablas y gráficas de Excel.

## **2.8. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE MUESTRA**

### **2.8.1. Definición de la Unidad de Análisis**

La unidad de análisis es una muestra de cuidadores primarios de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Oncológico Nacional, pertenecientes a ambos sexos, quienes marcaron altos niveles de ansiedad en el Inventario de Ansiedad de Beck concatenado a la presencia de malestar durante la entrevista inicial, pero que no lleguen a cumplir un trastorno de ansiedad según los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

### **2.8.2. Delimitación de la Población**

La población contó con 31 personas que son familiares y cuidadores primarios de pacientes del Instituto Oncológico Nacional (ION), quienes voluntariamente se inscribieron para participar en la investigación.

### **2.8.3. Selección de la Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 12 cuidadores primarios (11 mujeres y un hombre) de pacientes con cáncer que asisten al Instituto Oncológico Nacional que completaron la hoja de registro para participantes interesados en la terapia, cumplieron con los criterios de inclusión para formar parte de una terapia grupal, firmaron el consentimiento informado, además, dieron puntuaciones significativamente altas en el Inventario de Ansiedad de Beck y en el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, y realizaron las demás pruebas psicológicas para descartar otras patologías no relacionadas al tema de estudio.

Se utilizó una muestra no probabilística, ya que se escogió a los participantes, dependiendo si cumplían con características específicas para ser parte del grupo a estudiar.

#### **Criterio de Inclusión**

- Se cuidador(a) de pacientes de cáncer.
- Deben ser familiares y ser cuidador(a) principal de la persona diagnosticada con cáncer.
- Personas mayores de edad que presenten altos niveles de ansiedad.
- No haber recibido tratamiento psicológico un año antes, relacionado a los síntomas de ansiedad a estudiar.
- Contar con un nivel cognitivo promedio o superior.
- Contar con al menos una computadora o dispositivo que pueda conectarse al Internet para utilizar una plataforma de reunión virtual.

- Tener conocimiento en la utilización de aplicaciones como el Zoom y Google Meet.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- Personas que puedan participar en la terapia grupal en el horario establecido.

### **Criterio de Exclusión**

- No firmar el consentimiento informado
- Personas con ideas suicidas o antecedentes recientes de intentos suicidas.
- Tener diagnóstico de algún trastorno mental.
- Personas hostiles o disruptivas, lo que ocasiona que sean difíciles de controlar.
- Persona inflexible que vaya en contra del pensamiento lógico.
- Contar con poca capacidad intelectual (deficientes mentales)
- Personas inflexibles que estén en contra de la lógica y de la razón.
- Personas que mantengan una alta perturbación emocional.
- No contar con internet o con al menos un dispositivo digital con el que se pueda conectar a las reuniones virtuales.

## **2.9. INSTRUMENTOS**

### **2.9.1. Hoja de Registro para Participantes Interesados en la Terapia**

Tiene como finalidad obtener información de personas que voluntariamente desean participar en una intervención de Terapia Grupal Breve enfocada al cuidador primario de personas con cáncer que presenten rasgos de ansiedad, asociados al rol de cuidador.

### **2.9.2. Entrevista Clínica**

La entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología Clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, como se ha

visto, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento. (Bernstein & Nietzel, 1982)

Para obtener un historial clínico completo se entrevistará al cuidador primario.

### **2.9.3. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)***

Contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

### **2.9.4. *Consentimiento Informado***

Para garantizar que la persona ha expresado voluntariamente su participación en la investigación de tesis, después de habersele explicado y respondido cualquiera duda, comprendido la información que se le ha dado acerca del estudio a realizar, la duración, los beneficios, riesgos, las molestias, incentivos, las alternativas, sus derechos, responsabilidades y confidencialidad.

### **2.9.5. *Inventario de Ansiedad de Beck***

Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

Es un instrumento autoadministrado, fácil y rápido de aplicar. La escala cuenta 21 ítems, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Ficha Técnica

- Derecho de Autor: A. T. Beck, R. A. Steer

- Adaptación española: J. Sanz y Dpto I+D Pearson Clinic & Talent Assessment - noviembre 2011
- Aplicación: Individual
- Ámbito de aplicación: 13 años en adelante
- Duración: 5 a 10 minutos
- Validez: El BAI discrimina adecuadamente entre los grupos de pacientes con o sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas
- Confiabilidad: El BAI, como el resto de las escalas de Beck, aportan abundantes datos normativos de población española (a partir de una muestra de más de 1,400 sujetos). En combinación con el BDI-II permite evaluar la elevada comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión.
- Muestra alta consistencia interna (alfa superior a 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50.

#### **2.9.6. Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS)**

Por medio de esta escala podemos determinar las expectativas negativas que tenga una persona sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad de para afrontar las dificultades de forma positiva y el éxito en su vida.

Se utilizó como filtro para descartar posibles síntomas de depresión.

Es un instrumento autoadministrado, fácil y rápido de aplicar. La escala cuenta con 20 ítems, cada ítem puede valer 0 ó 1 punto, el total se obtiene sumando cada uno de ellos. La puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

#### Ficha Técnica

- Derecho de Autor: A. T. Beck, R. A. Steer, G. K. Brown

- Adaptación española: J. Sanz, C. Vázquez y Dpto I+D Pearson Clinic & Talent Assessment - noviembre 2011
- Aplicación: Individual
- Ámbito de aplicación: 17 años en adelante
- Duración: 5 a 10 minutos
- Validez: Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.
- Confiabilidad: El manual cuenta con abundante información psicométrica derivada de los estudios realizados con una muestra de más de 2,000 individuos con trastornos psicológicos, población general y estudiantes universitarios.

### **2.9.7. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory**

El cuestionario pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout, consta de 22 ítems que se distribuyen en tres escalas denominadas: realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). La escala de frecuencia recorre siete grados que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días).

#### Ficha Técnica

- Derecho de Autor: Cristina Maslach y Susan E. Jackson
- Adaptación española: estudios realizados a partir de 1986 hasta 1997. Primera adaptación con muestras españolas.
- Aplicación: Individual y colectiva
- Ámbito de aplicación: 17 años en adelante
- Duración: 10 a 15 minutos
- Validez: ha sido el instrumento más utilizado por la comunidad investigativa para la evaluación de síndrome de burnout en contextos asistenciales y ha sido

validado en diferentes contextos culturales y laborales (Carlotto y Câmara, 2006; Martínez, 2010; Olivares, Mena-Miranda, Macía, y Jélvez, 2014; Rostami, Abedi, Schaufeli, Ahmadi, y Sadeghi, 2014)

- Confiabilidad: tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones.

### **2.9.8. Identificación de Ideas Irracionales**

Es un cuestionario que tiene por objetivo identificar las ideas irracionales que tiene la persona, y que inconscientemente contribuyen a incrementar su nivel de estrés y en consecuencia vivenciar emociones negativas.

El cuestionario consta de 100 ítems, el cual se divide en diez ideas irracionales, y cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional.

#### Ficha Técnica

- Derecho de Autor: Albert Ellis
- Traducción: Davis Mc.Kay y Eshelman Robleto Navas
- Aplicación: Individual y colectiva
- Duración: 20 a 50 minutos
- Validez: Sember (2017) determina la validez del instrumento por medio del Coeficiente Ítem-Test Corregido en 604 estudiantes, obteniendo un criterio  $>0.20$  para todos los puntajes de los ítems en relación con el puntaje total del instrumento. Por otro lado, Abad (2018) ejecutó otro tipo de validez del inventario consiguiendo así en los ítems, valores entre 0.80 y 1. De la Cruz (2017) realizó otro tipo de validez ( $\chi^2=262,420$ ; g.l.=45;  $p<0,001$ ) con resultados eficientes.

- Confiabilidad: Sember (2017) obtiene una Confiabilidad aceptable del instrumento (0.977) a través del Coeficiente de Consistencia Interna de Alfa de Cronbach. Abad (2018) determina la Confiabilidad del instrumento a través del Coeficiente de Kurder Richardson (KR-20) alcanzando un valor aceptable (0.760) para la confiabilidad del test.

### **2.9.9. Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis**

Este inventario se desarrolló para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico. Cada uno de los ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se utilizó como filtro para descartar psicopatologías de relevancia.

Se lo evalúa e interpreta en función de:

**Dimensiones Primarias.** Somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo.

**Índices Globales de Malestar Psicológico.** Índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivo.

#### Ficha Técnica

- Derecho de Autor: L. R. Derogatis
- Procedencia: NCS Minnesota EE.UU.
- Adaptación española: J. L. González de Rivera, C. de las Cuevas, M. Rodríguez Buín y F. Rodríguez Pulido
- Aplicación: Individual y colectiva
- Ámbito de aplicación: 13 años en adelante

- Duración: 12 a 15 minutos
- Validez: La estructura factorial de la versión española del SCL-90-R aplicada a sujetos normales presenta unas dimensiones sintomáticas comparables, pero no idénticas con las demostradas por Derogatis (1983) en una muestra de pacientes psiquiátricos. Esta inconsistencia puede darse porque la muestra española está compuesta por sujetos en principio normales, no afectados de síndromes psiquiátricos específicos.
- Fiabilidad: La fiabilidad de las 9 dimensiones sintomáticas ha hallado como consistencia interna, por un lado, mediante la correlación de dos mitades del test (ítems pares e impares) y por otro lado mediante la correlación entre todos los ítems (coeficiente alfa, medida de la consistencia interna del test).
- La consistencia interna del SCL-90-R, tanto para el total de la escala como para cada una de sus nueve dimensiones, ha generado valores entre 0.7 y 0.9 en distintas muestras.
- La homogeneidad de los ítems de cada dimensión es alta con elevada correlación entre ellos

#### **2.9.10. Test de Matrices Progresivas de Raven**

Es un test para estimar la capacidad intelectual. Se aplica de forma individual o colectiva y consta de 60 matrices que debe completar el individuo.

Se utilizó como filtro para personas descartar a personas con un nivel intelectual bajo.

#### Ficha Técnica

- Derecho de Autor: John C. Raven
- Aplicación: Individual y colectiva
- Ámbito de aplicación: 12 a 65 años

- Duración: 30 a 60 minutos
- Fiabilidad y validez: los índices de fiabilidad y validez superan los valores estipulados para considerarse un test correcto, por lo que su puntuación es extrapolable a la población y mide exactamente aquello que pretende medir.
- La fiabilidad corresponde al 0.87-0.81 y su validez es de 0.86, según las fórmulas de Kuder-Richardson y con los criterios de Terman Merrill.

### ***2.9.11. Escala de Síntomas a Tratar***

Se confeccionará una escala que mida la incomodidad de los sujetos para darle una puntuación a la evolución de la sintomatología de cada persona, siendo 5=máxima incomodidad y 0= sin incomodidad, según describa cada escena. Esta escala debe contestarse inmediatamente después de terminada cada sesión.

## **2.10. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA BASADO EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LOS ALTOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAS QUE CUMPLAN EL ROL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES DE CÁNCER**

### ***2.10.1. Definición del Programa***

El programa consta del modelo de abordaje que se utiliza en un tipo de intervención, en este caso la técnica a utilizar como tratamiento es la TREC de Albert Ellis que se aplicará en un grupo de personas (grupo experimental) que ejerzan el rol de cuidador primario de un paciente de cáncer con el fin de reducir o eliminar los altos niveles de ansiedad.

### ***2.10.2. Duración del Programa***

El programa está basado en una intervención psicoterapéutica grupal breve con enfoque cognitivo de 10 sesiones para reducir o eliminar los altos niveles de ansiedad como

consecuencia de ser cuidador primario de un paciente oncológico. Las sesiones tuvieron una duración de dos horas, una vez por semana, es decir dos meses y una semana.

### **2.10.3. Estructura de las Sesiones del Programa**

Las sesiones del programa terapéutico se establecieron y presentaron de la siguiente manera:

#### **Sesión #1:**

- Establecer reglas básicas, detectar posibles conductas perjudiciales, y abordarla con eficacia desde un comienzo.
- Psicoeducación: TREC, Síndrome del cuidador y Salud Mental.
- Se cierra la terapia grupal con una retroalimentación
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

#### **Sesión #2:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Taller: identificar, comprender y aceptar las emociones
- Tarea: Cuadro de A-B-C
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

#### **Sesión #3:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal

- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Taller cognoscitivo: Música
- Tarea de adquisición de estrategias psicológicas y resolución de problemas de método cognoscitivo: Lectura
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

#### **Sesión #4:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Juegos de roles
- Se les asigna nueva tarea de adquisición de estrategias psicológicas y resolución de problemas de método cognoscitivo: Película
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

#### **Sesión #5**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Relajación Progresiva de Jacobson
- Tarea: Practicar técnica aprendida

- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

### **Sesión #6:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Hacer ejercicio de “imaginación racional emotiva”
- Tarea de adquisición de estrategias psicológicas y resolución de problemas de método cognoscitivo: Escritura
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

### **Sesión #7**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Taller: Identificación de creencias irracionales, alternativas a estas.
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

### **Sesión #8:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias encontradas.

- Ejercicios emotivos: imágenes racional emotivos
- Tarea de adquisición de estrategias psicológicas y resolución de problemas de método cognoscitivo: Escritura
- Se les prepara para el cierre del grupo terapéutico – 2 sesiones antes
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

### **Sesión #9:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Identificación de creencias irracionales. Refutación de creencias irracionales encontradas.
- Discusión de Vídeo
- Se les asigna nueva tarea
- Se les prepara para el cierre del grupo terapéutico – 1 sesión antes
- Cierre: Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

### **Sesión #10:**

- Bienvenida al grupo
- Inicio de intervención grupal
- Aportación grupal: experiencia, aprendizaje, cambios relevantes y positivos.
- Retroalimentación y el bucle autorreflexivo del aquí y el ahora
- Cierre y envío de «Escala de síntomas a tratar» al cerrar la sesión.

## 2.11. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Los pasos que se cumplieron para llevar a cabo la investigación desarrollada se realizaron de la siguiente manera:

- Paso 1. Solicitar permiso al Director General del Instituto Oncológico Nacional
- Paso 2. Recibir autorización por parte de la jefa del departamento de Salud Mental del Instituto Oncológico Nacional para realizar la investigación.
- Paso 3. Hacer entrega del anteproyecto de tesis a la jefa de Salud Mental del Instituto Oncológico Nacional.
- Paso 4. Hacer llamado a las personas interesadas en participar en la investigación: en conjunto con el personal de salud mental, se hizo promoción de la investigación y se invitó a las personas a formar parte del estudio.
- Paso 5. Hacer entrega de Hoja de registro para participantes interesados en la terapia: como primer filtro, se entregó este documento para determinar si la persona cumplía con los requisitos básicos para formar parte de la intervención psicológica.
- Paso 6. Seleccionar a las personas que cumplieron con el primer filtro y se les invitó a participar en el estudio.
- Paso 7. Administración de pre-pruebas de forma grupal, y quienes calificaron con signos y síntomas significativamente alto, se escogieron para pasar al siguiente paso.
- Paso 8. Ejecución del proceso de evaluación y diagnóstico. Después de determinar el diagnóstico, se pudo concretar las sesiones a ofrecer.
- Paso 9. Selección de la muestra. Se dividió los grupos: grupo control y grupo experimental

- Paso 10. Firmar consentimiento informado donde se esclarece el porqué del estudio, la persona consienta su participación en el trabajo y deslinde a la investigadora de cualquier otro compromiso.
- Paso 11. Aplicación de tratamiento al grupo experimental, se dividió en 10 sesiones que corresponde a una terapia breve.
- Paso 12. Administración de post-pruebas a ambos grupos, y evaluación del tratamiento para determinar la efectividad de la terapia.
- Paso 13. Recopilación de datos y elaboración de cuadros, tablas y gráficas.
- Paso 14. Análisis y discusión de los resultados.
- Paso 15. Redacción del informe final de la investigación.

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

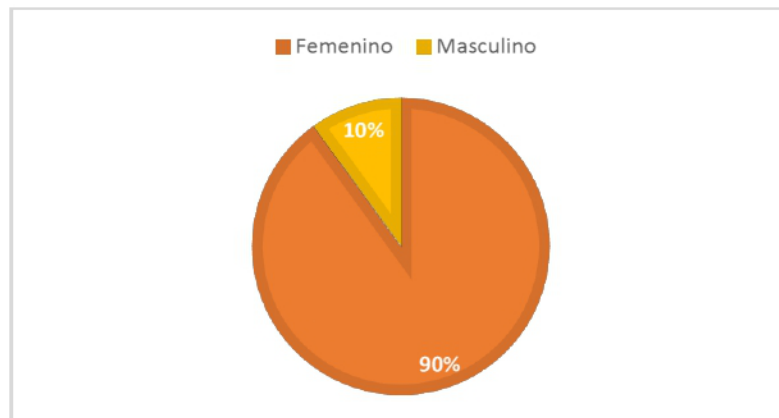
### 3.1. Análisis e Interpretación de los Resultados

#### 3.1.1. Análisis Descriptivo

##### 3.1.1.1. Datos Sociodemográficos

**Figura 1**

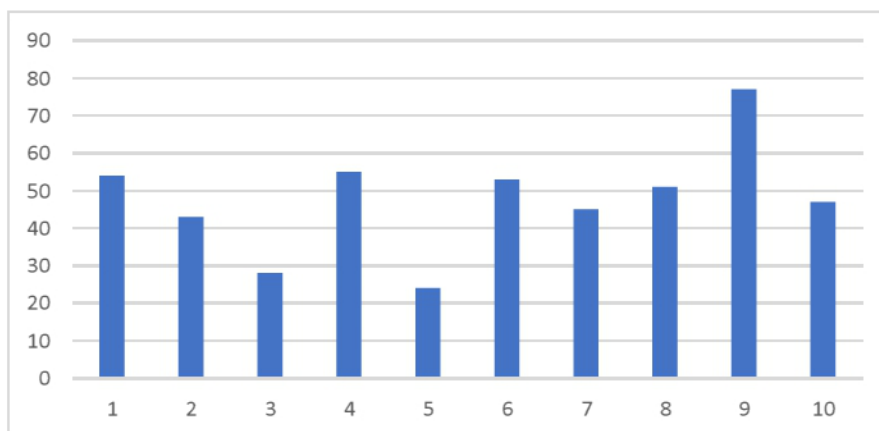
*Sexo de participantes*



*Nota.* El 90% de las personas que participaron en la Psicoterapia Breve Grupal (grupo experimental) eran del sexo femenino, correspondiéndole el 10% al sexo masculino.

**Figura 2**

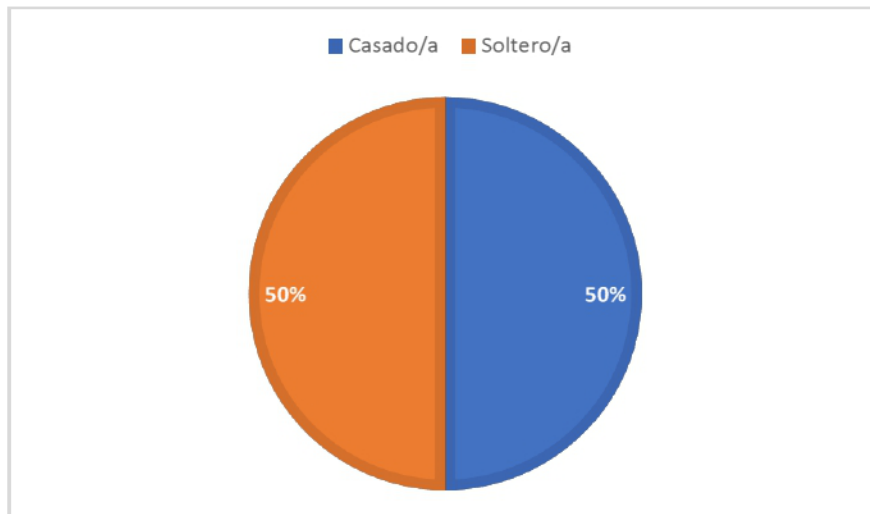
*Edad de participantes*



*Nota.* La edad promedio fue de 47.7, la edad mínima de 24 años y la edad máxima de 77 años.

**Figura 3**

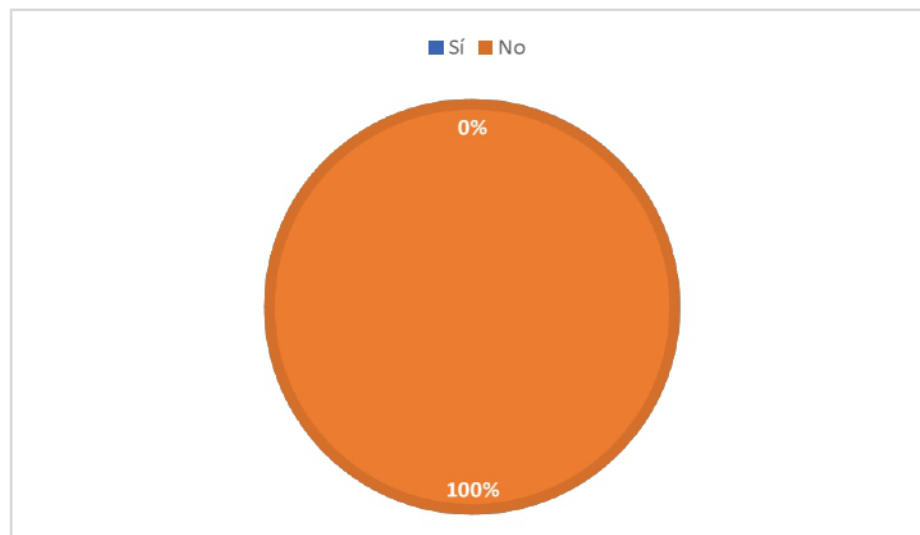
*Estado Civil*



*Nota.* El 50% de las personas participantes del grupo experimental estaban casadas y el otro 50% solteras.

**Figura 4**

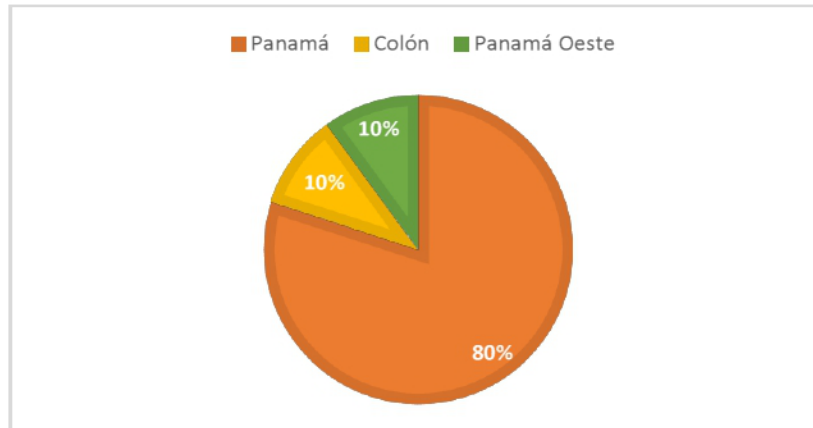
*Cuenta con hijos(as) menores de edad*



*Nota.* Ninguna de las personas que participaron en la investigación tenían hijos(as) menores de edad.

**Figura 5**

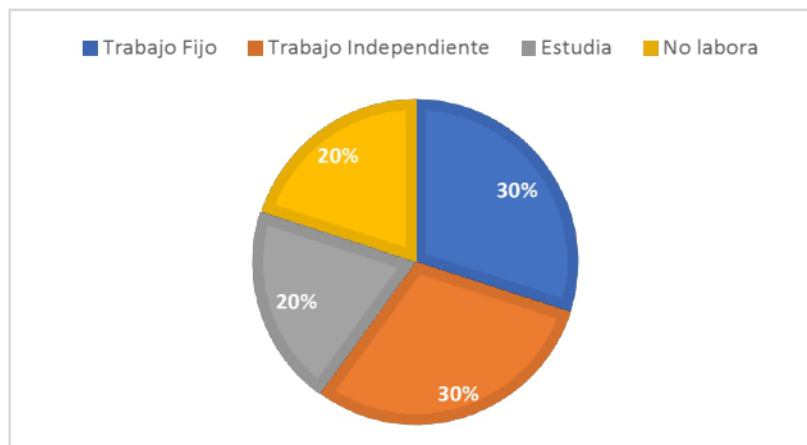
*Lugar de residencia*



*Nota.* Las personas que participaron y formaron parte del grupo experimental provenían principalmente de la provincia de Panamá (80%), mientras que el 10% de Panamá Oeste y el otro 10% de Colón.

**Figura 6**

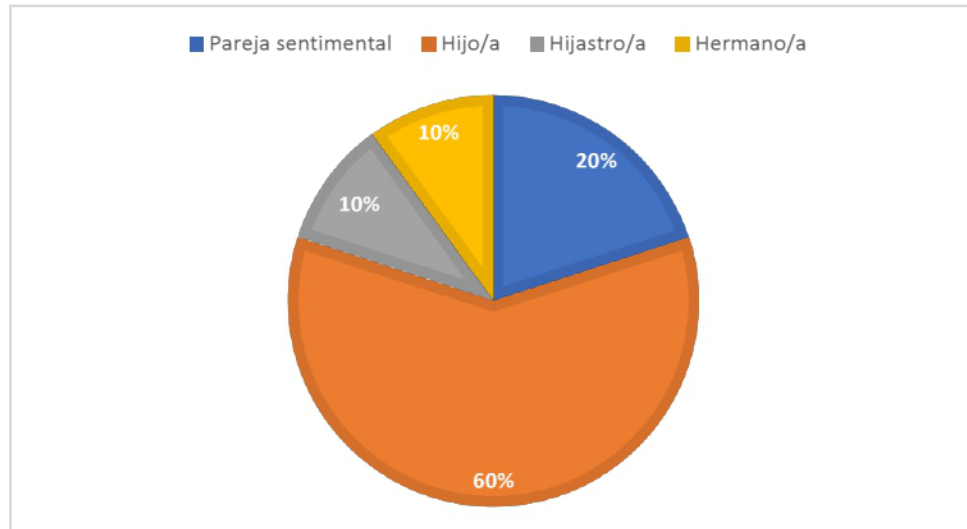
*Actividad a la que se dedica actualmente*



*Nota.* En el grupo experimental, la mayor parte de las personas participantes (60%) laboran, siendo la mitad independiente (trabajo informal) y el otro 30% cuentan con un trabajo con salario fijo, mientras que el 20% estudia y el 20% restante no trabaja ni estudia.

**Figura 7**

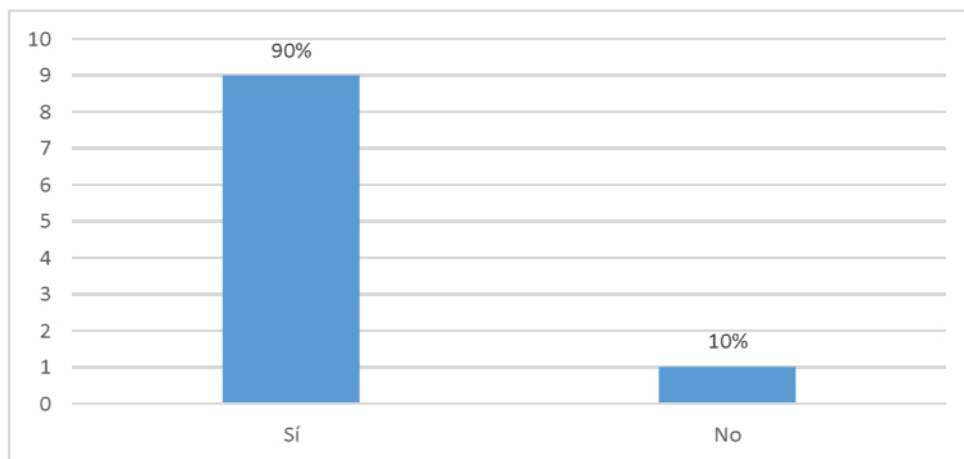
*Relación con el o la paciente*



*Nota.* En el grupo experimental el 60% de participantes se hacían cargo del cuidado de su madre/padre diagnosticado(a) con cáncer, el 20% de su pareja sentimental, el 10% de su abuelo(a) y el 10% restante de su padrastro/madrastra

**Figura 8**

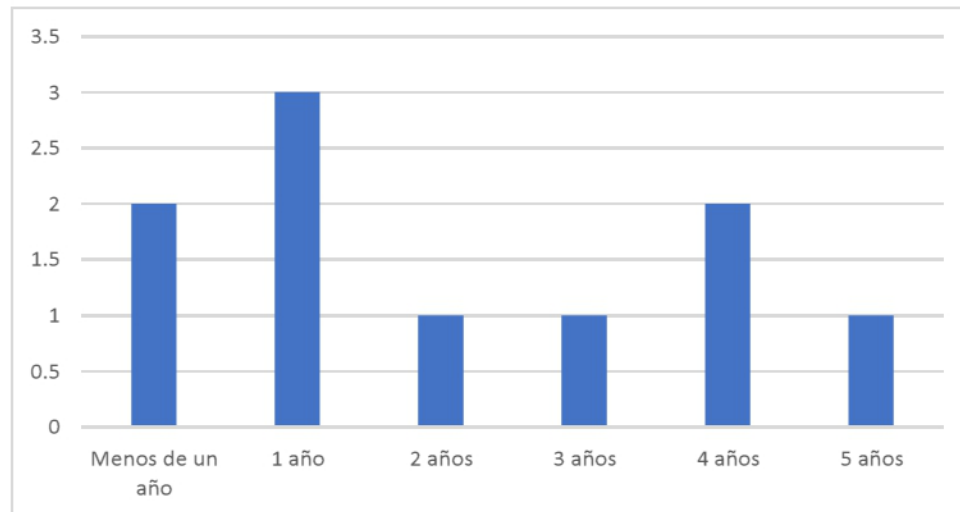
*Vive con el o la paciente*



*Nota.* El 90% residían con el/la paciente de cáncer. Es importante mencionar que, durante el tiempo de la terapia, hubo una cuidadora que se mudó de la casa, pero continuó su rol de cuidadora primaria. Esta información no se vio reflejada aquí.

**Figura 9**

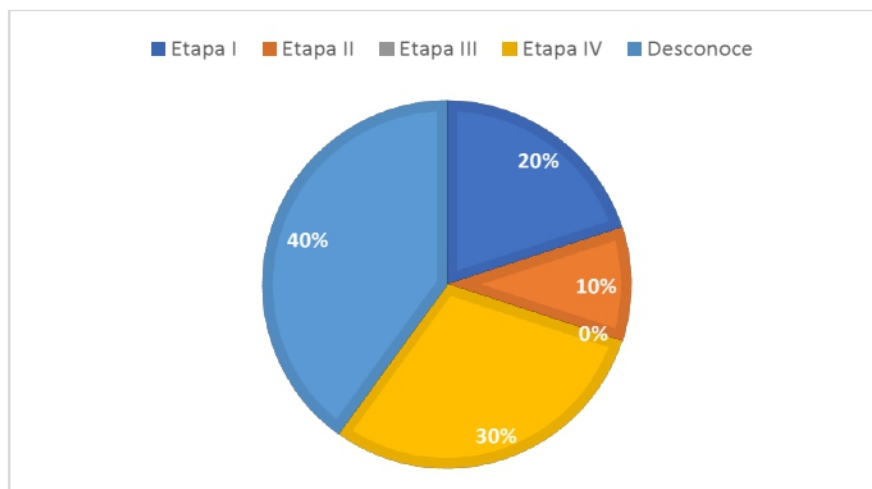
*Tiempo como cuidador(a) primario(a)*



*Nota.* El tiempo como cuidador primario mínimo fue de siete meses y el tiempo como cuidador máximo de cinco años. La moda corresponde a un año.

**Figura 10**

*Etapa de cáncer del o la paciente*



*Nota.* El 40% de las personas participantes de la investigación desconocen la etapa de cáncer del o la paciente. El 30% cumplen el rol como cuidador(a) de un(a) paciente en la etapa IV, el 20% en etapa I y el 10% en etapa II.

**Tabla 1***Datos obtenidos en la Entrevista Clínica*

N°	Nivel de ansiedad <sup>a</sup>	Vive con paciente	Tiempo cuidado	Etapa de cáncer <sup>b</sup>	Tiene apoyo	Nivel de apoyo
1	V	Sí	7 meses	-	No	Poco
2	II	Sí	5 años	E IV	No	Poco
3	I	No	3 meses	-	Sí	Adecuado
4	III	Sí	1 a   2 m	-	Sí	Adecuado
5	I	No	3 años	E I	No	Ninguno
6	I	Sí	1 a   7 m	E IV	Sí	Adecuado
7	II	Sí	4 años	-	Sí	Regular
8	I	Sí	2 años	E II	Sí	Regular
9	IV	Sí	10 m	E IV	No	Ninguna
10	I	Sí	1 año	-	Sí	Adecuado
11	II	Sí	1 año	E IV	Sí	Poco
12	IV	Sí	4 años	E I	Sí	Poco

*Nota.* <sup>a</sup>Niveles de ansiedad: normal (I), leve perturbación del estado de ánimo (II), estados de ansiedad intermitente (III), ansiedad moderada (IV), ansiedad grave (V) y ansiedad extrema (VI). <sup>b</sup>Etapa de cáncer se según invasión: tumor pequeño sin penetración a la capa mucosa (E I), tumor dentro de la pared muscular (E II), tumor afecta los ganglios linfáticos cercanos (E III) y el cáncer se ha diseminado a órganos lejanos (E IV). Los espacios en blanco en la fila de Etapa de cáncer indica que la persona desconoce la etapa del diagnóstico del paciente.

Resultados del Pretest del Grupo Control y Grupo Experimental

### **3.1.1.2. Pre-test de la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

**Tabla 2***Pre-test del BHS - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Puntaje	Resultado
1	38 puntos	Depresión severa
2	17 puntos	Depresión clínica límite
3	7 puntos	Normal
4	17 puntos	Depresión clínica límite
5	2 puntos	Normal
6	38 puntos	Depresión severa
7	24 puntos	Depresión moderada
8	24 puntos	Depresión moderada
9	12 puntos	Leve perturbación del ánimo
10	15 puntos	Leve perturbación del ánimo
11	25 puntos	Depresión moderada
12	27 puntos	Depresión moderada

*Nota.* Se puede observar en los resultados la presencia de Depresión severa (2), Depresión moderada (4), Depresión clínica límite (2), Leve perturbación del ánimo (2) y Normal (2). Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### **3.1.1.3. Post-Test de la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

**Tabla 3***Post-test del BHS – Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Puntaje	Resultado
1	19 puntos	Depresión clínica límite
2	3 puntos	Normal
3	-	No participó en el post-test
4	39 puntos	Depresión severa
5	2 puntos	Normal

Sujeto	Puntaje	Resultado
6	22 puntos	Depresión moderada
7	19 puntos	Depresión clínica límite
8	23 puntos	Depresión moderada
9	11 puntos	Leve perturbación del ánimo
10	19 puntos	Depresión clínica límite
11	-	No participó en el post-test
12	20 puntos	Depresión clínica límite

*Nota.* Se puede observar en los resultados la presencia de Depresión severa (1), Depresión moderada (2), Depresión clínica límite (4), Leve perturbación del ánimo (1) y Normal (2). Dos personas no participaron en el post-test.

### 3.1.1.4. Pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control

**Tabla 4**

*Pre-test del BAI – Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Puntaje	Resultado
1	31 puntos	Ansiedad grave
2	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
3	1 punto	Normal
4	19 puntos	Estados de ansiedad intermitente
5	2 puntos	Normal
6	18 puntos	Estados de ansiedad intermitente
7	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
8	10 puntos	Normal
9	24 puntos	Ansiedad moderada
10	10 puntos	Normal
11	12 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
12	21 puntos	Ansiedad moderada

*Nota.* Se puede observar en los resultados la presencia de Ansiedad grave (1), Ansiedad moderada (2), Estados de ansiedad intermitente (2), Leve perturbación del

estado de ánimo (3) y Normal (4). Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control. Valores de referencia: normal (1-10), leve perturbación del estado de ánimo (11-16), estados de ansiedad intermitente (17-20), ansiedad moderada (21-30), ansiedad grave (31-40) y ansiedad extrema (+40)

### 3.1.1.5. Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control

**Tabla 5**

*Post-test del BAI - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Puntaje	Resultado
1	17 puntos	Estados de ansiedad intermitentes
2	3 puntos	Normal
3	-	No participó en el post-test
4	30 puntos	Ansiedad moderada
5	2 puntos	Normal
6	8 puntos	Normal
7	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
8	13 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
9	26 puntos	Ansiedad moderada
10	24 puntos	Ansiedad moderada
11	-	No participó en el post-test
12	17 puntos	Estados de ansiedad intermitente

*Nota.* Se puede observar en los resultados la presencia de Ansiedad moderada (3), Estados de ansiedad intermitente (2), Leve perturbación del estado de ánimo (2) y Normal (3). Dos personas no participaron en el post-test. Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### 3.1.1.6. Pre-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control

**Tabla 6***Pre-test Cuestionario Maslach - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	Despersonalización <sup>b</sup>	Realización Personal <sup>c</sup>
1	42 puntos	17 puntos	33 puntos
2	51 puntos	7 puntos	32 puntos
3	8 puntos	4 puntos	35 puntos
4	24 puntos	2 puntos	27 puntos
5	8 puntos	4 puntos	35 puntos
6	45 puntos	6 puntos	41 puntos
7	31 puntos	15 puntos	26 puntos
8	14 puntos	2 puntos	44 puntos
9	49 puntos	7 puntos	47 puntos
10	0 puntos	0 puntos	48 puntos
11	42 puntos	6 puntos	33 puntos
12	49 puntos	18 puntos	28 puntos

*Nota.* <sup>a</sup>Bajo (0-18), medio (19-26) y alto (27-54), <sup>b</sup>Bajo (0-5), medio (6-9) y alto (10-30), <sup>c</sup>Bajo (0-33), medio (34-39) y alto (40-56). Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### **3.1.1.7. Post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control**

**Tabla 7***Post-test Cuestionario Maslach - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
1	46 puntos	9 puntos	37 puntos
2	37 puntos	0 puntos	41 puntos
3	No participó en el post-test		
4	25 puntos	1 punto	24 puntos
5	1 puntos	0 puntos	13 puntos

Sujeto	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
6	36 puntos	5 puntos	40 puntos
7	33 puntos	15 puntos	34 puntos
8	9 puntos	4 puntos	46 puntos
9	41 puntos	14 puntos	45 puntos
10	2 puntos	0 puntos	42 puntos
11	No participó en el post-test		
12	48 puntos	22 puntos	33 puntos

*Nota.* En los resultados se observa que, en Cansancio Emocional 6 participantes presentaron indicio de Burnout alto, 1 Burnout medio y 3 sin presencia de Burnout; en Despersonalización 3 participantes presentaron indicio de Burnout alto, 1 Burnout medio y 6 sin presencia de Burnout; en Realización Personal 5 participantes presentaron indicio de realización personal alta, 2 media y 3 baja. Dos personas no participaron en el post-test.

### 3.1.1.8. Pre-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales

#### Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control

**Tabla 8**

*Pre-test Ideas Irracionales - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	Nº1 <sup>a</sup>	Nº2 <sup>b</sup>	Nº3 <sup>c</sup>	Nº4 <sup>d</sup>	Nº5 <sup>e</sup>	Nº6 <sup>f</sup>	Nº7 <sup>g</sup>	Nº8 <sup>h</sup>	Nº9 <sup>i</sup>	Nº10 <sup>j</sup>
1	8	6	1	6	4	8	6	6	3	8
2	3	3	5	2	4	5	7	6	0	7
3	3	2	3	4	3	4	3	6	4	6
4	4	5	6	3	4	9	8	7	3	6
5	2	2	5	3	3	6	4	6	5	2
6	5	6	5	3	5	8	6	6	5	7
7	3	5	5	5	3	6	5	5	4	7
8	5	4	3	3	3	8	4	5	6	6
9	1	4	4	3	1	1	1	2	5	5
10	4	6	2	5	5	8	4	3	8	7
11	1	6	3	5	3	5	6	4	4	3
12	2	7	3	5	2	4	4	4	3	6

*Nota.* <sup>a</sup>Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. <sup>b</sup>Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. <sup>c</sup>Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. <sup>d</sup>Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. <sup>e</sup>Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones. <sup>f</sup>Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. <sup>g</sup>Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. <sup>h</sup>Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. <sup>i</sup>El pasado tiene más influencia en la determinación del presente. <sup>j</sup>La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido. Los resultados con menos de 5 se refieren a Creencias Racionales, 5 o 6 puntos es indicativo de una Creencia Irracional que limita en determinadas circunstancias, mientras que 7 o más puntos, indica una Creencia Irracional limitante en muchas áreas de su vida. Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### 3.1.1.9. Post-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales

#### Aplicado tanto al Grupo Experimental como al Grupo Control

**Tabla 9**

*Post-test Ideas Irracionales - Grupo Experimental y Grupo Control*

Sujeto	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
1	8	6	1	4	2	9	3	6	2	8
2	2	4	7	2	3	1	6	4	4	7
3	No participó en el post-test									
4	4	4	8	4	6	10	8	6	6	8
5	2	5	3	5	5	4	5	6	5	6
6	5	5	3	3	6	8	6	7	3	6
7	2	5	5	3	1	4	5	5	1	7
8	2	6	5	4	5	7	6	7	2	5
9	2	4	5	5	1	2	2	3	3	3
10	3	5	3	5	4	6	5	3	3	7
11	No participó en el post-test									

Sujeto	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10	
	12	3	4	3	4	4	6	1	5	4	5

*Nota.* <sup>a</sup>Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. <sup>b</sup>Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. <sup>c</sup>Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. <sup>d</sup>Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. <sup>e</sup>Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones. <sup>f</sup>Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. <sup>g</sup>Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. <sup>h</sup>Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. <sup>i</sup>El pasado tiene más influencia en la determinación del presente. <sup>j</sup>La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido. Los resultados con menos de 5 se refieren a Creencias Racionales, 5 o 6 puntos es indicativo de una Creencia Irracional que limita en determinadas circunstancias, mientras que 7 o más puntos, indica una Creencia Irracional limitante en muchas áreas de su vida. Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### 3.1.1.10. Pre-test del inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis aplicado tanto al grupo experimental como al grupo control

**Tabla 10**

*Pre-test SCL-90-R por Participante*

Sujeto	Dimensiones de Síntomas									Índices Globales		
	Somatizaciones (SOM) Ptje.T	Obsesiones y compulsiones (OBS) Ptje.T	Sensitividad Interpersonal (SI) Ptje.T	Depresión (DEP) Ptje.T	Ansiedad (ANS) Ptje.T	Hostilidad (HOS) Ptje.T	Ansiedad fóbica (FOB) Ptje.T	Ideación Paranoide (PAR) Ptje.T	Psicoticismo (PSIC) Ptje.T	Índice de Severidad Global (IGS) Ptje.T	Total de Síntomas Positivos (TSP) Ptje.T	Malestar de Síntomas Positivos (IMSP) Ptje.T
1	65	80	80	70	75	65	70	70	70	80	80	70
2	30	50	30	50	40	40	0	35	0	45	45	50
3	35	35	35	30	30	35	45	40	40	30	35	30
4	60	55	50	60	60	40	55	50	60	50	63	50
5	30	40	40	30	40	40	50	45	45	35	40	30

Sujeto	Dimensiones de Síntomas									Índices Globales		
	Somatizaciones (SOM) Ptje.T	Obsesiones y compulsiones (OBS) Ptje.T	Sensitividad Interpersonal (SI) Ptje.T	Depresión (DEP) Ptje.T	Ansiedad (ANS) Ptje.T	Hostilidad (HOS) Ptje.T	Ansiedad fóbica (FOB) Ptje.T	Ideación Paranoide (PAR) Ptje.T	Psicoticismo (PSIC) Ptje.T	Índice de Severidad Global (IGS) Ptje.T	Total de Síntomas Positivos (TSP) Ptje.T	Malestar de Síntomas Positivos (IMSP) Ptje.T
6	60	60	65	63	70	60	60	60	63	65	63	65
7	45	50	55	60	35	55	45	50	45	50	50	50
8	45	50	50	55	45	50	50	50	55	50	55	40
9	55	35	35	40	40	40	30	40	40	40	45	30
10	55	60	45	50	45	50	30	40	55	50	50	55
11	30	55	50	63	50	50	45	50	35	50	50	55
12	50	50	50	50	50	55	60	50	60	50	50	55

*Nota.* Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados. El Puntaje T alto en Total de Síntomas Positivos (71 en varones, 75 en mujeres) indica el intento de exagerar los síntomas. El puntaje alto en el índice de Severidad Global muestra la severidad actual del malestar en general. Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### 3.1.1.11. Post-test del inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis aplicado tanto al grupo experimental como al grupo control

**Tabla 11**

*Post -Test SCL-90-R por Participante*

Sujeto	Dimensiones de Síntomas									Índices Globales		
	Somatizaciones (SOM) Ptje.T	Obsesiones y compulsiones (OBS) Ptje.T	Sensitividad Interpersonal (SI) Ptje.T	Depresión (DEP) Ptje.T	Ansiedad (ANS) Ptje.T	Hostilidad (HOS) Ptje.T	Ansiedad fóbica (FOB) Ptje.T	Ideación Paranoide (PAR) Ptje.T	Psicoticismo (PSIC) Ptje.T	Índice de Severidad Global (IGS) Ptje.T	Total de Síntomas Positivos (TSP) Ptje.T	Malestar de Síntomas Positivos (IMSP) Ptje.T
1	70	80	70	63	63	55	60	55	60	65	70	65
2	30	30	35	30	30	40	30	40	40	30	30	30
3	No participó en el post-test											
4	65	80	55	70	63	55	60	50	65	65	65	65
5	30	35	50	55	40	45	30	35	45	30	45	45
6	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	50	45
7	30	30	30	50	35	30	30	50	45	45	35	45

Sujeto	Dimensiones de Síntomas									Índices Globales		
	Somatizaciones (SOM) Ptje.T	Obsesiones y compulsiones (OBS) Ptje.T	Sensitividad Interpersonal (SI) Ptje.T	Depresión (DEP) Ptje.T	Ansiedad (ANS) Ptje.T	Hostilidad (HOS) Ptje.T	Ansiedad fóbica (FOB) Ptje.T	Ideación Paranoide (PAR) Ptje.T	Psicoticismo (PSIC) Ptje.T	Índice de Severidad Global (IGS) Ptje.T	Total de Síntomas Positivos (TSP) Ptje.T	Malestar de Síntomas Positivos (IMSP) Ptje.T
8	60	50	50	50	40	50	50	50	55	50	50	45
9	55	45	30	30	40	40	30	30	45	45	45	35
10	65	50	35	55	40	60	50	45	50	50	50	50
11	No participó en el post-test											
12	65	55	65	55	55	63	70	55	65	63	70	50

*Nota.* Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados. El Puntaje T alto en Total de Síntomas Positivos (71 en varones, 75 en mujeres) indica el intento de exagerar los síntomas. El puntaje alto en el índice de Severidad. Global muestra la severidad actual del malestar en general. Los sujetos 1, 2,3, 6, 9 y 10 pertenecen al grupo experimental. Los sujetos 4, 5,7, 8, 11 y 12 pertenecen al grupo control.

### 3.1.1.12. Resultados de la Prueba de Inteligencia RAVEN

**Tabla 12**

*Resultados Prueba de Raven*

Sujeto	Puntaje	Percentil	Rango	Resultado
1	46	50	III	Término medio
2	46	50	III	Término medio
3	39	25	IV+	Inferior al Término medio
4	59	95	I	Superior
5	42	25	IV+	Inferior al Término medio
6	57	95	I	Superior
7	56	95	I	Superior
8	48	50	III	Término medio
9	38	25	IV+	Inferior al Término medio
10	21	5	V	Deficiente
11	50	75	II-	Superior al Término medio
12	35	10	IV-	Inferior al Término medio

*Nota.* La Prueba de Inteligencia Raven solo se aplicó como requisito de ingreso (inicio), por ello, no se realizó comparación de antes y después.

### 3.1.1.13. Resultados de Escala de Síntomas a Tratar del Grupo Experimental

**Tabla 13**

*Escala de Síntomas a Tratar | Participante MPC-CP-2021-001*

Participante	MPC-CP-2021-001									
Sesión N°	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Fecha	09/10	16/10	23/10	30/10	06/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
Ítems N°1 <sup>a</sup>	3	3	2	2	2	2	2	3	2	-
Ítems N°2 <sup>b</sup>	5	3	3	3	5	5	4	3	3	-
Ítems N°3 <sup>c</sup>	1	2	1	1	1	1	1	1	1	-
Ítems N°4 <sup>d</sup>	4	2	4	3	5	5	3	2	3	-
Ítems N°5 <sup>e</sup>	4	5	5	5	5	5	4	3	3	-
Ítems N°6 <sup>f</sup>	4	5	5	5	4	4	4	3	3	-
Ítems N°7 <sup>g</sup>	5	5	5	5	5	4	4	3	3	-
Ítems N°8 <sup>h</sup>	5	5	4	5	4	4	4	2	2	-
Ítems N°9 <sup>i</sup>	5	5	3	5	5	4	4	3	3	-
Ítems N°10 <sup>j</sup>	5	5	5	5	5	4	4	3	4	-
Ítems N°11 <sup>k</sup>	5	5	5	5	5	5	4	2	3	-
Ítems N°12 <sup>l</sup>	3	3	3	3	3	3	3	4	3	-
Ítems N°13 <sup>m</sup>	3	5	4	4	4	4	4	2	3	-
Ítems N°14 <sup>n</sup>	5	5	5	5	5	5	5	5	4	-
Ítems N°15 <sup>o</sup>	3	3	2	1	3	2	3	1	1	-

*Nota.* Descripción de los Ítems de la Escala de Síntomas a Tratar: <sup>a</sup>Es la persona que atiendo más importante que yo. <sup>b</sup>Debo sacrificarme por quien amo. <sup>c</sup>Lo que sucede depende de un ente externo y no de mí. <sup>d</sup>Siento culpa por el trato que tengo hacía la/el paciente. <sup>e</sup>Tiendo a estar mucho a la defensiva. <sup>f</sup>Me causa ansiedad el futuro. <sup>g</sup>Agotamiento físico. <sup>h</sup>Siento que duermo, pero no descanso. <sup>i</sup>Frustración. <sup>j</sup>Agotamiento emocional. <sup>k</sup>Lloro con facilidad. <sup>l</sup>Tiempo que me dedico. <sup>m</sup>Me autoreprocho. <sup>n</sup>Siento que debo y puedo dar más de mí. <sup>o</sup>La cura del o la paciente depende solo de mí. Se utilizó la escala tipo Likert donde 1 representaba “nada” y 5 “mucho”. La columna de la sesión 10 aparece incompleta por la ausencia del o la participante.

**Tabla 14**

*Escala de Síntomas a Tratar | Participante MPC-CP-2021-003*

Participante	MPC-CP-2021-003									
Sesión N°	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Fecha	09/10	16/10	23/10	30/10	06/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
Ítems N°1 <sup>a</sup>	4	4	3	3	3	2	2	2	1	-
Ítems N°2 <sup>b</sup>	4	3	3	3	3	2	1	2	1	-
Ítems N°3 <sup>c</sup>	4	3	3	4	3	3	4	4	5	-
Ítems N°4 <sup>d</sup>	4	4	2	2	3	2	2	2	1	-
Ítems N°5 <sup>e</sup>	3	3	2	2	2	3	3	3	2	-
Ítems N°6 <sup>f</sup>	4	3	2	2	2	3	2	2	1	-
Ítems N°7 <sup>g</sup>	5	4	3	4	3	4	4	3	2	-
Ítems N°8 <sup>h</sup>	5	5	4	4	5	4	3	4	3	-
Ítems N°9 <sup>i</sup>	5	5	4	4	5	5	4	4	4	-
Ítems N°10 <sup>j</sup>	4	5	4	5	5	5	5	4	4	-
Ítems N°11 <sup>k</sup>	3	2	1	1	1	1	2	3	1	-
Ítems N°12 <sup>l</sup>	2	2	3	3	3	3	3	2	4	-
Ítems N°13 <sup>m</sup>	3	3	2	2	2	3	3	3	2	-
Ítems N°14 <sup>n</sup>	5	4	4	4	5	5	5	4	4	-
Ítems N°15 <sup>o</sup>	3	1	1	2	1	1	1	1	1	-

*Nota.* Descripción de los Ítems de la Escala de Síntomas a Tratar: <sup>a</sup>Es la persona que atiendo más importante que yo. <sup>b</sup>Debo sacrificarme por quien amo. <sup>c</sup>Lo que sucede depende de un ente externo y no de mí. <sup>d</sup>Siento culpa por el trato que tengo hacia la/el paciente. <sup>e</sup>Tiendo a estar mucho a la defensiva. <sup>f</sup>Me causa ansiedad el futuro. <sup>g</sup>Agotamiento físico. <sup>h</sup>Siento que duermo, pero no descanso. <sup>i</sup>Frustración. <sup>j</sup>Agotamiento emocional. <sup>k</sup>Lloro con facilidad. <sup>l</sup>Tiempo que me dedico. <sup>m</sup>Me autoreprocho. <sup>n</sup>Siento que debo y puedo dar más de mí. <sup>o</sup>La cura del o la paciente depende solo de mí. Se utilizó la escala tipo Likert donde 1 representaba “nada” y 5 “mucho”. La columna de la sesión 10 aparece incompleta por la ausencia del o la participante.

**Tabla 15**

*Escala de Síntomas a Tratar | Participante MPC-CP-2021-020*

Participante	MPC-CP-2021-020									
Sesión N°	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Fecha	09/10	16/10	23/10	30/10	06/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
Ítems N°1 <sup>a</sup>	4	3	3	3	3	3	3	3	-	-
Ítems N°2 <sup>b</sup>	4	4	4	4	4	5	4	3	-	-
Ítems N°3 <sup>c</sup>	4	4	4	2	4	4	3	4	-	-
Ítems N°4 <sup>d</sup>	2	1	2	1	2	1	1	1	-	-
Ítems N°5 <sup>e</sup>	4	3	3	3	3	3	2	2	-	-
Ítems N°6 <sup>f</sup>	5	4	3	3	3	2	2	3	-	-
Ítems N°7 <sup>g</sup>	5	3	3	5	2	3	3	2	-	-
Ítems N°8 <sup>h</sup>	5	4	4	5	2	4	3	3	-	-
Ítems N°9 <sup>i</sup>	5	3	4	2	2	4	1	3	-	-
Ítems N°10 <sup>j</sup>	5	3	3	2	3	4	1	2	-	-
Ítems N°11 <sup>k</sup>	5	4	2	1	3	2	1	3	-	-
Ítems N°12 <sup>l</sup>	3	3	3	3	5	4	4	4	-	-
Ítems N°13 <sup>m</sup>	5	3	3	3	3	2	3	1	-	-
Ítems N°14 <sup>n</sup>	4	3	3	3	2	2	3	2	-	-
Ítems N°15 <sup>o</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-

*Nota.* Descripción de los Ítems de la Escala de Síntomas a Tratar: <sup>a</sup>Es la persona que atiendo más importante que yo. <sup>b</sup>Debo sacrificarme por quien amo. <sup>c</sup>Lo que sucede depende de un ente externo y no de mí. <sup>d</sup>Siento culpa por el trato que tengo hacía la/el paciente. <sup>e</sup>Tiendo a estar mucho a la defensiva. <sup>f</sup>Me causa ansiedad el futuro. <sup>g</sup>Agotamiento físico. <sup>h</sup>Siento que duermo, pero no descanso. <sup>i</sup>Frustración. <sup>j</sup>Agotamiento emocional. <sup>k</sup>Lloro con facilidad. <sup>l</sup>Tiempo que me dedico. <sup>m</sup>Me autoreprocho. <sup>n</sup>Siento que debo y puedo dar más de mí. <sup>o</sup>La cura del o la paciente depende solo de mí. Se utilizó la escala tipo Likert donde 1 representaba “nada” y 5 “mucho”. Las columnas de las sesiones 9 y 10 aparecen incompletas por la ausencia del o la participante.

**Tabla 16**

*Escala de Síntomas a Tratar | Participante MPC-CP-2021-026*

Participante	MPC-CP-2021-026									
Sesión N°	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Fecha	09/10	16/10	23/10	30/10	06/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
Ítems N°1 <sup>a</sup>	4	4	5	4	4	4	4	-	3	-
Ítems N°2 <sup>b</sup>	4	5	4	4	4	4	4	-	4	-
Ítems N°3 <sup>c</sup>		1	5	1	4	1	4	-	5	-
Ítems N°4 <sup>d</sup>	5	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Ítems N°5 <sup>e</sup>	5	4	2	3	2	3	3	-	3	-
Ítems N°6 <sup>f</sup>	5	5	4	4	2	4	3	-	5	-
Ítems N°7 <sup>g</sup>	5	5	4	4	4	5	4	-	5	-
Ítems N°8 <sup>h</sup>	5	5	5	4	4	5	4	-	4	-
Ítems N°9 <sup>i</sup>	5	5	3	4	3	4	4	-	4	-
Ítems N°10 <sup>j</sup>	5	5	4	4	4	4	3	-	4	-
Ítems N°11 <sup>k</sup>	3	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Ítems N°12 <sup>l</sup>	1	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Ítems N°13 <sup>m</sup>	5	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Ítems N°14 <sup>n</sup>	5	5	4	1	4	4	4	-	5	-
Ítems N°15 <sup>o</sup>	1	1	1	1	2	1	1	-	1	-

*Nota.* Descripción de los Ítems de la Escala de Síntomas a Tratar: <sup>a</sup>Es la persona que atiendo más importante que yo. <sup>b</sup>Debo sacrificarme por quien amo. <sup>c</sup>Lo que sucede depende de un ente externo y no de mí. <sup>d</sup>Siento culpa por el trato que tengo hacia la/el paciente. <sup>e</sup>Tiendo a estar mucho a la defensiva. <sup>f</sup>Me causa ansiedad el futuro. <sup>g</sup>Agotamiento físico. <sup>h</sup>Siento que duermo, pero no descanso. <sup>i</sup>Frustración. <sup>j</sup>Agotamiento emocional. <sup>k</sup>Lloro con facilidad. <sup>l</sup>Tiempo que me dedico. <sup>m</sup>Me autoreprocho. <sup>n</sup>Siento que debo y puedo dar más de mí. <sup>o</sup>La cura del o la paciente depende solo de mí. Se utilizó la escala tipo Likert donde 1 representaba “nada” y 5 “mucho”. La columna de las sesiones 8 aparece incompleta por la ausencia del o la participante, mientras que la columna 10 es porque no se realizó la escala de síntomas.

**Tabla 17***Escala de Síntomas a Tratar | Participante MPC-CP-2021-027*

Participante	MPC-CP-2021-027									
Sesión N°	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Fecha	09/10	16/10	23/10	30/10	06/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11
Ítems N°1 <sup>a</sup>	5	4	-	4	4	4	4	4	-	-
Ítems N°2 <sup>b</sup>	5	5	-	5	5	5	5	5	-	-
Ítems N°3 <sup>c</sup>	3	3	-	5	5	4	5	5	-	-
Ítems N°4 <sup>d</sup>	1	1	-	1	3	3	4	1	-	-
Ítems N°5 <sup>e</sup>	3	1	-	2	3	3	4	2	-	-
Ítems N°6 <sup>f</sup>	1	3	-	5	5	4	3	4	-	-
Ítems N°7 <sup>g</sup>	1	1	-	1	3	1	1	1	-	-
Ítems N°8 <sup>h</sup>	3	3	-	5	4	4	4	4	-	-
Ítems N°9 <sup>i</sup>	1	1	-	4	3	1	1	3	-	-
Ítems N°10 <sup>j</sup>	1	1	-	4	1	3	1	3	-	-
Ítems N°11 <sup>k</sup>	3	3	-	4	4	3	4	4	-	-
Ítems N°12 <sup>l</sup>	1	1	-	3	3	2	2	3	-	-
Ítems N°13 <sup>m</sup>	1	1	-	1	2	1	1	1	-	-
Ítems N°14 <sup>n</sup>	5	4	-	4	4	4	4	4	-	-
Ítems N°15 <sup>o</sup>	1	4	-	1	4	4	4	4	-	-

*Nota.* Descripción de los Ítems de la Escala de Síntomas a Tratar: <sup>a</sup>Es la persona que atiendo más importante que yo. <sup>b</sup>Debo sacrificarme por quien amo. <sup>c</sup>Lo que sucede depende de un ente externo y no de mí. <sup>d</sup>Siento culpa por el trato que tengo hacia la/el paciente. <sup>e</sup>Tiendo a estar mucho a la defensiva. <sup>f</sup>Me causa ansiedad el futuro. <sup>g</sup>Agotamiento físico. <sup>h</sup>Siento que duermo, pero no descanso. <sup>i</sup>Frustración. <sup>j</sup>Agotamiento emocional. <sup>k</sup>Lloro con facilidad. <sup>l</sup>Tiempo que me dedico. <sup>m</sup>Me autoreprocho. <sup>n</sup>Siento que debo y puedo dar más de mí. <sup>o</sup>La cura del o la paciente depende solo de mí. Se utilizó la escala tipo Likert donde 1 representaba “nada” y 5 “mucho”. La columna de la sesión 9 aparece incompleta por la ausencia del o la participante, mientras que las columnas 3 y 10 están vacías porque no realizó la escala de síntomas.

### 3.1.1.14. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Experimental

**Tabla 18**

*Resultados del Pre-test y Post-test del BAI del GE*

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
1	31 puntos	Ansiedad grave	17 puntos	Estados de ansiedad intermitentes
2	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo	3 puntos	Normal
3	18 puntos	Estados de ansiedad intermitente	8 puntos	Normal
4	24 puntos	Ansiedad moderada	26 puntos	Ansiedad moderada
5	10 puntos	Normal	24 puntos	Ansiedad moderada

*Nota.* En la tabla se observa que en tres participantes la puntuación bajó y el diagnóstico cambió en el post-test. En otro participante subió su puntaje en el post-test, pero se mantuvo el mismo diagnóstico, y en el restante el puntaje aumentó y el diagnóstico cambió de normal a ansiedad moderada.

### 3.1.1.15. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Control

**Tabla 19**

*Resultados del Pre-test y Post-test del BAI del GC*

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
1	19 puntos	Estados de ansiedad intermitente	30 puntos	Ansiedad moderada
2	2 puntos	Normal	2 puntos	Normal

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
3	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
4	10 puntos	Normal	13 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo
5	21 puntos	Ansiedad moderada	17 puntos	Estados de ansiedad intermitente

*Nota.* En la tabla se observa que en dos participantes la puntuación aumentó y el diagnóstico cambió en el post-test. En dos participantes el puntaje y diagnóstico en el pre-test y post-test se mantuvieron igual, y en el último el puntaje disminuyó y el diagnóstico cambió de ansiedad moderada a estados de ansiedad intermitente.

### 3.1.1.16. Resultados de la Prueba Pre-test y Post-test de la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Experimental

**Tabla 20**

*Resultados Pre-test y Post-test del BHS del GE*

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
1	38 puntos	Depresión severa	19 puntos	Depresión Clínica Límitrofe
2	17 puntos	Depresión clínica límite	3 puntos	Normal
3	38 puntos	Depresión severa	22 puntos	Depresión moderada
4	12 puntos	Leve perturbación del ánimo	11 puntos	Leve perturbación del ánimo
5	15 puntos	Leve perturbación del ánimo	19 puntos	Depresión clínica límite

*Nota.* En la tabla se observa que en tres participantes la puntuación bajó y el diagnóstico cambió en el post-test. En un participante el puntaje en el post-test bajó, pero se mantuvo el

mismo diagnóstico que en el pre-test, y en el restante el puntaje aumentó y el diagnóstico cambió de leve perturbación del ánimo a depresión clínica límite.

### 3.1.1.17. Resultado del Pre-test y Post-test de la escala de desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del grupo control

**Tabla 21**

*Resultados Pre-test y Post-test del BHS del GC*

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
1	17 puntos	Depresión clínica límite	39 puntos	Depresión severa
2	2 puntos	Normal	2 puntos	Normal
3	24 puntos	Depresión moderada	19 puntos	Depresión clínica límite
4	24 puntos	Depresión moderada	23 puntos	Depresión moderada
5	27 puntos	Depresión moderada	20 puntos	Depresión clínica límite

*Nota.* En la tabla se observa que un participante aumentó de puntuación y el diagnóstico cambió de depresión clínica límite a depresión severa. Uno mantuvo el mismo puntaje y diagnóstico tanto en el pre-test como en el post-test. Otro bajó su puntuación en el post-test, pero mantuvo el mismo diagnóstico que en el pre-test. Dos bajaron su puntaje en el post-test y el diagnóstico cambió de depresión clínica límite.

### 3.1.1.18. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Experimental

**Tabla 22**

*Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach del GE*

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
1	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	42 puntos	46 puntos
	Despersonalización <sup>b</sup>	17 puntos	9 puntos

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
1	Realización Personal <sup>c</sup>	33 puntos	37 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	51 puntos	37 puntos
2	Despersonalización <sup>b</sup>	7 puntos	0 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	32 puntos	41 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	45 puntos	36 puntos
3	Despersonalización <sup>b</sup>	6 puntos	5 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	41 puntos	40 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	49 puntos	41 puntos
4	Despersonalización <sup>b</sup>	7 puntos	14 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	47 puntos	45 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	0 puntos	2 puntos
5	Despersonalización <sup>b</sup>	0 puntos	0 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	48 puntos	42 puntos

*Nota.* El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory cuenta con tres subescalas: <sup>a</sup>Cansancio Emocional que se divide en bajo (0-18 puntos), medio (19-26 puntos) y alto (27 a 54 puntos); <sup>b</sup>Despersonalización que se divide en bajo (0-5 puntos), medio (6-9 puntos) y alto (10-30); y <sup>c</sup>Realización Personal que se divide en bajo (0-33 puntos), medio (34-39 puntos) y alto (40-56).

### 3.1.1.19. Resultados del Pre-test y Post-test del cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Control

**Tabla 23**

Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach del GC

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	24 puntos	25 puntos
1	Despersonalización <sup>b</sup>	2 puntos	1 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	27 puntos	24 puntos
2	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	8 puntos	1 puntos
	Despersonalización <sup>b</sup>	4 puntos	0 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	35 puntos	13 puntos

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	31 puntos	33 puntos
3	Despersonalización <sup>b</sup>	15 puntos	14 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	26 puntos	34 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	14 puntos	9 puntos
4	Despersonalización <sup>b</sup>	2 puntos	4 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	44 puntos	46 puntos
	Cansancio Emocional <sup>a</sup>	49 puntos	48 puntos
5	Despersonalización <sup>b</sup>	18 puntos	22 puntos
	Realización Personal <sup>c</sup>	28 puntos	33 puntos

*Nota.* El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory cuenta con tres subescalas: <sup>a</sup>Cansancio Emocional que se divide en bajo (0-18 puntos), medio (19-26 puntos) y alto (27 a 54 puntos); <sup>b</sup>Despersonalización que se divide en bajo (0-5 puntos), medio (6-9 puntos) y alto (10-30); y <sup>c</sup>Realización Personal que se divide en bajo (0-33 puntos), medio (34-39 puntos) y alto (40-56).

### 3.1.1.20. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Experimental

**Tabla 24**

*Pre-test y Post-test de Ideas Irracionales del GE*

Creencia Irracional	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
No. 1 <sup>a</sup>	8	8	3	2	5	5	1	2	4	3
No. 2 <sup>b</sup>	6	6	3	4	6	5	4	4	6	5
No. 3 <sup>c</sup>	1	1	5	7	5	3	4	5	2	3
No. 4 <sup>d</sup>	6	4	2	2	3	3	3	5	5	5
No. 5 <sup>e</sup>	4	2	4	3	5	6	1	1	5	4
No. 6 <sup>f</sup>	8	9	5	1	8	8	1	2	8	6
No. 7 <sup>g</sup>	6	3	7	6	6	6	1	2	4	5
No. 8 <sup>h</sup>	6	6	6	4	6	7	2	3	3	3

Creencia Irracional	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
No. 9 <sup>i</sup>	3	2	0	4	5	3	5	3	8	3
No. 10 <sup>j</sup>	8	8	7	7	7	6	5	3	7	7

*Nota.* <sup>a</sup>Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. <sup>b</sup>Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. <sup>c</sup>Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. <sup>d</sup>Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. <sup>e</sup>Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones. <sup>f</sup>Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. <sup>g</sup>Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. <sup>h</sup>Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. <sup>i</sup>El pasado tiene más influencia en la determinación del presente. <sup>j</sup>La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido. Los resultados con menos de 5 se refieren a Creencias Racionales, 5 o 6 puntos es indicativo de una Creencia Irracional que limita en determinadas circunstancias, mientras que 7 o más puntos, indica una Creencia Irracional limitante en muchas áreas de su vida.

### 3.1.1.21. Resultados del Pre-test y Post-test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Control

**Tabla 25**

*Pre-test y Post-test de Ideas Irracionales del GC*

Creencia Irracional	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
No. 1 <sup>a</sup>	4	4	2	2	3	2	5	2	2	3
No. 2 <sup>b</sup>	5	4	2	5	5	5	4	6	7	4
No. 3 <sup>c</sup>	6	8	5	3	5	5	3	5	3	3
No. 4 <sup>d</sup>	3	4	5	5	5	3	3	4	5	4

Creencia Irracional	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
No. 5 <sup>e</sup>	4	6	3	5	3	1	3	5	2	4
No. 6 <sup>f</sup>	9	10	6	4	6	4	8	7	4	6
No. 7 <sup>g</sup>	8	8	4	5	5	5	4	6	4	1
No. 8 <sup>h</sup>	7	6	6	6	5	5	5	7	4	5
No. 9 <sup>i</sup>	3	6	5	5	4	1	6	2	3	4
No. 10 <sup>j</sup>	6	8	2	6	7	7	6	5	6	5

*Nota.* <sup>a</sup>Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. <sup>b</sup>Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. <sup>c</sup>Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. <sup>d</sup>Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. <sup>e</sup>Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones. <sup>f</sup>Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. <sup>g</sup>Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. <sup>h</sup>Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. <sup>i</sup>El pasado tiene más influencia en la determinación del presente. <sup>j</sup>La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido. Los resultados con menos de 5 se refieren a Creencias Racionales, 5 o 6 puntos es indicativo de una Creencia Irracional que limita en determinadas circunstancias, mientras que 7 o más puntos, indica una Creencia Irracional limitante en muchas áreas de su vida.

### **3.1.1.22. Resultados del Pre-test y Post-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Experimental**

**Tabla 26***Resultados del Pre-test y Post-test del SCL-90-R del GE*

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
1	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	65	70
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	80	80
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	80	70
	Depresión ( <b>DEP</b> )	70	63
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	75	63
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	65	55
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	70	60
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	70	55
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	70	60
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	80	65
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	80	70
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	70	65
Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
2	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	30	30
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	50	30
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	30	35
	Depresión ( <b>DEP</b> )	50	30
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	40	30
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	40	40
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	0	30
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	35	40
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	0	40
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	45	30
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	45	30
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	50	30

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
3	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	60	30
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	60	30
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	65	30
	Depresión ( <b>DEP</b> )	63	30
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	70	30
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	60	30
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	60	30
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	60	30
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	65	30
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	63	50
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	65	45

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
4	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	55	55
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	35	45
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	35	30
	Depresión ( <b>DEP</b> )	40	30
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	40	40
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	40	40
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	30	30
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	40	30
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	40	45
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	40	45
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	45	45
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	30	35

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
5	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	55	65
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	60	50
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	45	35

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
5	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	60	50
	Depresión ( <b>DEP</b> )	50	55
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	45	40
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	50	60
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	30	50
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	40	45
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	55	50
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	50	50
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	50	50
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	55	50

*Nota.* Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados, lo que indica una persona en riesgo.

### 3.1.1.23. Resultados de la Prueba Pre-test y Post-test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Control

**Tabla 27**

*Resultados del Pe-test y Post-test del SCL-90-R del GC*

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
1	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	60	65
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	55	80
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	50	55
	Depresión ( <b>DEP</b> )	60	70
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	60	63
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	40	55
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	55	60
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	50	50

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
1	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	60	65
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	50	65
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	63	65
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	50	65
Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
2	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	30	30
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	35	40
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	50	40
	Depresión ( <b>DEP</b> )	55	30
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	40	40
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	45	40
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	30	50
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	35	45
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	45	45
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	30	35
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	45	40
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	45	30
	Sujeto	Dimensiones	Puntaje T
Pre			Post
3	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	45	30
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	50	30
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	55	30
	Depresión ( <b>DEP</b> )	60	50
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	35	35
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	55	30
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	45	30
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	50	50
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	45	45
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	50	45
Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	50	35	

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
3	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	50	45

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
4	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	45	60
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	50	50
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	50	50
	Depresión ( <b>DEP</b> )	55	50
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	45	40
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	50	50
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	50	50
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	50	50
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	55	55
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	50	50
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	55	50
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	40	45

Sujeto	Dimensiones	Puntaje T	
		Pre	Post
5	Somatizaciones ( <b>SOM</b> )	50	65
	Obsesiones y compulsiones ( <b>OBS</b> )	50	55
	Sensitividad Interpersonal ( <b>SI</b> )	50	65
	Depresión ( <b>DEP</b> )	50	55
	Ansiedad ( <b>ANS</b> )	50	55
	Hostilidad ( <b>HOS</b> )	55	63
	Ansiedad fóbica ( <b>FOB</b> )	60	70
	Ideación Paranoide ( <b>PAR</b> )	50	55
	Psicoticismo ( <b>PSIC</b> )	60	65
	Índice de Severidad Global ( <b>IGS</b> )	50	63
	Total de Síntomas Positivos ( <b>TSP</b> )	50	70
	Malestar de Síntomas Positivos ( <b>IMSP</b> )	55	50

*Nota.* Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados, lo que indica persona en riesgo.

### 3.2. Análisis Inferencial

#### 3.2.1. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo

##### *Experimental*

**Tabla 28**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	31	17	14
2	11	3	8
3	18	8	10
4	24	26	-2
5	10	24	-14

*Nota.* La tabla muestra una diferencia de -2 en el sujeto 4, pero esta no implica cambio de diagnóstico desfavorable o positivo, mientras que en el sujeto 5 la diferencia es de -14 cambiando el diagnóstico.

**Tabla 29**

*Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BAI del GE*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	18.8	15.6
Varianza	78.7	99.3
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0.28732388	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	0.63444127	
P(T<=t) una cola	0.28013267	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.56026533	

Valor crítico de t (dos colas)

2.77644511

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.2. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo

#### **Control**

**Tabla 30**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	19	30	-11
2	2	2	0
3	11	11	0
4	10	13	-3
5	21	17	4

*Nota.* La tabla muestra que, de las cinco personas participantes solo una dio un puntaje positivo como diferencia entre el pre-test y el post-test.

**Tabla 31**

*Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BAI del GC*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	12.6	14.6
Varianza	58.3	104.3
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.84061331	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	-0.79681907	
P(T<=t) una cola	0.23508777	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.47017554	

Valor crítico de t (dos colas) 2.77644511

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

**3.2.3. Resultados del Pre-Test y Post-Test de la Escala De Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Experimental**

**Tabla 32**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	38	19	19
2	17	3	14
3	38	22	16
4	12	11	1

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
5	15	19	-4

*Nota.* La tabla muestra que, de las cinco personas participantes, solo una puntuó más alto en el post-test.

**Tabla 33**

*Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BHS del GE*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	24	14.8
Varianza	166.5	60.2
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0.62427314	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	2.03991632	
P(T<=t) una cola	0.05547709	

Valor crítico de t (una cola)	2.13184679
P(T<=t) dos colas	0.11095417
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.4. Resultado del Pre-Test y Post-Test de la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Control

**Tabla 34**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	17	39	-22

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
2	2	2	0
3	24	19	5
4	24	23	1
5	27	20	7

*Nota.* La tabla muestra que una de las personas participantes aumentó su sintomatología con una diferencia de -22; tres disminuyeron sus síntomas y una no presentó cambio alguno.

**Tabla 35**

*Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del BHS del GC*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	18.8	20.6
Varianza	101.7	173.3
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0.52463996	

Diferencia hipotética de las medias	0
Grados de libertad	4
Estadístico t	-0.34551554
P(T<=t) una cola	0.37355632
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679
P(T<=t) dos colas	0.74711263
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.5. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Maslach Burnout

#### *Inventory del Grupo Experimental*

**Tabla 36**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas				
Dimensión: Cansancio Emocional & Despersonalización				
Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Cansancio Emocional & Despersonalización	59	55	4
2	Cansancio Emocional & Despersonalización	58	37	21
3	Cansancio Emocional & Despersonalización	51	41	10
4	Cansancio Emocional & Despersonalización	56	55	1
5	Cansancio Emocional & Despersonalización	0	2	-2

*Nota.* Aunque en la diferencia del sujeto 5 dio como resultado -2, no implica desmejoramiento en el área o cambio de diagnóstico.

**Tabla 37***Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del Maslach del GE*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	44.8	38
Varianza	636.7	471
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.935871	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	1.67201881	
P(T<=t) una cola	0.08491911	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.16983821	
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511	

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula**Tabla 38***Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas				
Dimensión: Realización Personal				
Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Realización Personal	33	37	4
2	Realización Personal	32	41	9
3	Realización Personal	41	40	-1
4	Realización Personal	47	45	-2
5	Realización Personal	48	42	-6

*Nota:* En este cuadro se puede observar la presencia de tres diferencias negativas, pero en este caso no es indicativo de pérdida, pues según los valores de referencia las personas se mantienen en el rango alto de realización personal

### 3.2.6. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Maslach Burnout

#### *Inventory del Grupo Control*

**Tabla 39**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas				
Dimensión: Cansancio Emocional & Despersonalización				
Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Cansancio Emocional	26	26	0
	Despersonalización			
2	Cansancio Emocional	12	1	11
	Despersonalización			
3	Cansancio Emocional	46	48	-2
	Despersonalización			
4	Cansancio Emocional	16	13	3
	Despersonalización			
5	Cansancio Emocional	67	70	-3
	Despersonalización			

*Nota.* La diferencia muestra los cambios de los puntajes entre el pre-test (antes de la intervención) y el post-test (después de la intervención)

**Tabla 40**

*Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del Maslach del GC*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	33.4	31.4
Varianza	525.8	756.3
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.99253652	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	

Estadístico t	0.71487132
P(T<=t) una cola	0.25709685
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679
P(T<=t) dos colas	0.5141937
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 41**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas				
Dimensión: Realización Personal				
Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Realización Personal	27	24	3
2	Realización Personal	35	13	22
3	Realización Personal	26	34	-8
4	Realización Personal	44	46	-2
5	Realización Personal	28	33	-5

*Nota:* En este cuadro se puede observar la presencia de 1 diferencia positiva significativa, pero en este caso es indicativo de disminución de la Realización Personal.

### 3.2.7. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Identificación de Ideas

#### *Irracionales del Grupo Experimental*

**Tabla 42**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de Ideas Irracionales del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	56	49	7
2	42	40	2
3	56	52	4
4	27	30	-3

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
5	52	44	8

*Nota:* En este cuadro se puede observar que el sujeto 4 tiene una diferencia de -3, esta diferencia no cambia el valor de interpretación final

**Tabla 43**

*Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas de Ideas Irracionales del GE*

Prueba t para medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	46.6	43
Varianza	152.8	74
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.97568711	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	1.83235175	
P(T<=t) una cola	0.0704213	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.14084261	
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511	

*Nota.* Se acepta la hipótesis nula

### **3.2.8. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Control**

**Tabla 44**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de los Resultados de Ideas Irracionales del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	55	64	-9
2	40	46	-6
3	48	38	10
4	47	49	-2
5	40	39	1

*Nota:* En este cuadro se puede observar que el sujeto 3 tiene una diferencia de 10.

**Tabla 45**

*Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas de Ideas Irracionales del GC*

Prueba t para medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	46	47.2
Varianza	39.5	109.7
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.72538992	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	-0.36616692	
P(T<=t) una cola	0.36639264	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.73278528	
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.9. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L.

#### *Derogatis del Grupo Experimental*

**Tabla 46**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GE*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Índice de Severidad Global (IGS)			
Sujeto	Pre-test	Pos-test	Diferencia
1	80	65	15
2	45	30	15
3	65	30	35
4	40	45	-5
5	50	50	0

*Nota:* En este cuadro se puede observar que el sujeto 4 tiene una diferencia de -5, pero no cambia el diagnóstico final comparando el pre-test con el post-test.

**Tabla 47**

*Prueba t de Student para Medias de dos Muestras Emparejadas del SCL-90-R del GE*

Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	56	44
Varianza	267.5	217.5
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.49749615	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	1.71428571	
P(T<=t) una cola	0.08081379	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.16162758	
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula.

### 3.2.10. Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L.

#### *Derogatis del Grupo Control*

**Tabla 48**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas Índice de Severidad Global (IGS)			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	50	65	-15
2	30	35	-5
3	50	45	5
4	50	63	-13
5	55	50	5

*Nota:* Los sujetos 1 y 4 presentaron psicopatología en el post-test; mientras que los sujetos 2, 3, 5 se mantuvieron ausentes de psicopatología en ambos test.

**Tabla 49**

*Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GC*

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas		
	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Media	47	49
Varianza	95	117.5
Observaciones	5	5
Coeficiente de correlación de Pearson	0.66156073	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	-1.07944349	
P(T<=t) una cola	0.1705666	
Valor crítico de t (una cola)	2.13184679	
P(T<=t) dos colas	0.34113319	
Valor crítico de t (dos colas)	2.77644511	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula.

**3.2.11. Comparación de los Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Ansiedad de Beck del Grupo Experimental y el Grupo Experimental**

**Tabla 50**

*Muestras Diferenciadas Pre-Test de BAI*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	31	1	19	12
2	11	2	2	9
3	18	3	11	7
4	24	4	10	14
5	10	5	21	-11

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 51**

*Prueba t para dos muestras Pre-Test de BAI*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	18.8	12.6
Varianza	78.7	58.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	68.5	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	1.18444912	
P(T<=t) una cola	0.13511438	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.27022875	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 52***Muestras Diferenciadas Post-Test de BAI*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	17	1	30	-13
2	3	2	2	1
3	8	3	11	-3
4	26	4	13	13
5	24	5	17	7

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control.

**Tabla 53***Prueba t para dos muestras Post-Test de BAI*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	15.6	14.6
Varianza	99.3	104.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	101.8	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.15670979	
P(T<=t) una cola	0.43967811	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.87935622	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.12. Comparación de los Resultados del Pre-Test y Post-Test del e la Escala De

#### *Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS) del Grupo Experimental y el Grupo Experimental*

**Tabla 54**

*Muestras Diferenciadas Pre-Test de BHS*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	38	1	17	21
2	17	2	2	15
3	38	3	24	14
4	12	4	24	-12
5	15	5	27	-12

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 55**

*Prueba t para dos muestras Pre-Test de BHS*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	24	18.8
Varianza	166.5	101.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	134.1	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.710000998	
P(T<=t) una cola	0.248936902	
Valor crítico de t (una cola)	1.859548038	
P(T<=t) dos colas	0.497873803	
Valor crítico de t (dos colas)	2.306004135	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 56***Muestras Diferenciadas Post-Test de BHS*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	19	1	39	-20
2	3	2	2	1
3	22	3	19	3
4	11	4	23	-12
5	19	5	20	-1

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental menor que el del grupo control

**Tabla 57***Prueba t para dos muestras Post-Test de BHS*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	14.8	20.6
Varianza	60.2	173.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	116.75	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-0.84873	
P(T<=t) una cola	0.210350233	
Valor crítico de t (una cola)	1.859548038	
P(T<=t) dos colas	0.420700467	
Valor crítico de t (dos colas)	2.306004135	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

### **3.2.13. Comparación de los Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory del Grupo Experimental y el Grupo Experimental**

**Tabla 58***Muestras Diferenciadas Pre-Test del Cuestionario de Maslach*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	59	1	26	33
2	58	2	12	46
3	51	3	46	5
4	56	4	16	40
5	0	5	67	-67

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 59***Prueba t para dos muestras Pre-Test del Cuestionario de Maslach*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	44.8	33.4
Varianza	636.7	525.8
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	581.25	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.74764145	
P(T<=t) una cola	0.23803799	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.47607597	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 60***Muestras Diferenciadas Post-Test del Cuestionario de Maslach*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	55	1	26	29
2	37	2	1	36
3	41	3	48	-7
4	55	4	13	42
5	2	5	70	-68

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 61***Prueba t para dos muestras Post-Test del Cuestionario de Maslach*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	38	31.6
Varianza	471	764.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	617.65	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.4071728	
P(T<=t) una cola	0.34727905	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.6945581	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

### 3.2.14. Comparación de los Resultados del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de

#### Identificación de Ideas Irracionales del Grupo Experimental y el Grupo

#### Experimental

**Tabla 62**

*Muestras Diferenciadas Pre-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	56	1	55	1
2	42	2	40	2
3	56	3	48	8
4	27	4	47	-20
5	52	5	40	12

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 63**

*Prueba t para dos muestras Pre-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales*

	Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	46.6	46
Varianza	152.8	39.5
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	96.15	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.09674903	
P(T<=t) una cola	0.46265278	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.92530556	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 64***Muestras Diferenciadas Post-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	49	1	64	-15
2	40	2	46	-6
3	52	3	38	14
4	30	4	49	-19
5	44	5	39	5

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental menor que el del grupo control

**Tabla 65***Prueba t para dos muestras Post-Test del Cuestionario de Ideas Irracionales*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	43	47.2
Varianza	74	109.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	91.85	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-0.6929146	
P(T<=t) una cola	0.25398783	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.50797567	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**3.2.15. Comparación de los Resultados del Pre-Test y Post-Test del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del Grupo Experimental y el Grupo Experimental**

**Tabla 66**

*Muestras Diferenciadas Pre-Test de SCL-90-R*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Índice de Severidad Global (IGS)				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	80	1	50	30
2	45	2	30	15
3	65	3	50	15
4	40	4	50	-10
5	50	5	55	-5

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

**Tabla 67**

*Prueba t para dos muestras Pre-Test de SCL-90-R*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	56	47
Varianza	267.5	95
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	181.25	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	1.0569964	
P(T<=t) una cola	0.1606919	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.32138379	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

**Tabla 68***Muestras Diferenciadas Post-Test de SCL-90-R*

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	65	1	65	0
2	30	2	35	-5
3	30	3	45	-15
4	45	4	50	-5
5	50	5	50	0

*Nota:* Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental menor que el del grupo control

**Tabla 69***Prueba t para dos muestras Post-Test de SCL-90-R*

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Grupo Experimental	Grupo Control
Media	44	49
Varianza	217.5	117.5
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	167.5	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-0.61084722	
P(T<=t) una cola	0.27912625	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.5582525	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

*Nota:* Se acepta la hipótesis nula

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Luego de haber descrito los resultados y elaborado la comparación entre el grupo experimental (recibió el tratamiento) y el grupo control, se concluyó que la intervención no resultó estadísticamente significativa.

Sin embargo, es propicio mencionar que tal como mencionó Rose y Hara (2006), las personas que se les asignaba el rol de cuidador primario eran quienes vivían con el paciente.

En este estudio las mujeres representaron el 97% de cuidador primario, lo que se asemeja a la información obtenida de la encuesta CIEPS (2019) que señalaba que las mujeres representan el 70.6% de las personas que se hacen cargo del cuidado de personas adultas y de enfermos.

Durante las sesiones terapéuticas se logró universalidad de la vivencia, cohesión grupal, catarsis y obtención de información relevante, que es acorde a lo mencionado por Yalom (2005)

Los resultados de dos de los participantes del grupo experimental no fueron los esperados en algunas pruebas, diferencia de las otras tres personas, quienes lograron cambios a beneficio de su salud mental

Según los datos obtenidos mediante el Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal y la Entrevista Psicológica dirigida a cada participante de la investigación realizada, se observó que mientras menos tiempo tiene como cuidador primario el apoyo recibido es mayor que las personas que llevan ejerciendo el rol por más de dos años (ver tabla 1: Datos obtenidos en la entrevista clínica).

En relación a los resultados del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory mostraron algunos cambios positivos (ver tabla 36), en el grupo experimental, en especial en el área de

Realización Personal (ver tabla 38) donde hubo un aumento en esta área y en otros casos se mantuvieron a un nivel adecuado, a diferencia del grupo control en donde se evidenció una disminución o se mantuvo un nivel bajo.

Se pudo observar que, en los resultados del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales, las principales correspondían a: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” y “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”, revelando la reducción de esta idea irracional del grupo experimental (ver tabla 42), el cual dista de los resultados que obtuvo el grupo control (ver tabla 44).

De acuerdo con la comparación pretest-postest de la Escala de Desesperanza de Beck del grupo experimental (ver tabla 32), se demostró una reducción en la sintomatología en excepción de un participante. En el caso del grupo experimental, los resultados mostraron un aumento (negativo) o continuaron con un resultado que amerita intervención terapéutica, sin embargo, se presentó un caso que se mantuvo constante y adecuado (ver tabla 34).

En el caso del Inventario de Ansiedad de Beck de manera general se reflejó un cambio positivo en el grupo experimental exceptuando dos participantes (ver tabla 28), mientras que el grupo control difirió al anterior manteniendo los mismos resultados o aumentando los niveles de ansiedad, excluyendo un caso particular (ver tabla 30).

Es importante destacar que, al ser una muestra aleatoria, la división de los grupos fue al azar, por esta razón se puede observar repetidamente que el grupo experimental presentaba mayor psicopatología que el grupo control, apreciándose mejor en la tabla 50 cuyas diferencias (sumadas) en el pre-test entre los grupos es de 31, mientras que en el post-test la diferencia (sumadas) quedó en 5 (ver tabla 52). Esto quiere decir que desde el pretest ya existía una diferencia significativa entre los grupos en desventaja al grupo experimental, y el hecho de

haber logrado bajar los niveles psicopatológicos del grupo experimental, casi igual al control, aunque no se evidencia un cambio estadístico positivo, se presentó cambios cualitativos de los resultados, por ejemplo, en el Cuestionario de Maslach de Burnout Inventory en las áreas de despersonalización y realización personal (ver tabla 22), como en el test de las creencias irracionales donde se puede observar racionalización en creencias como: “El pasado tiene más influencia en la determinación del presente” o “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”. (ver tabla 24).

Se incluyó un análisis independiente de los dos casos del grupo experimental que fueron resultados de factores ambientales, sociales y económicos; es necesario mencionar que se omitió el análisis del resultado de la persona participante, el cual fue distinto dentro del grupo al que pertenecía (grupo control), pues no se le realizó otra intervención que fuera de ayuda para realizar una adecuada inferencia, ya que su única función era de comparación estadística.

## 4.2. LIMITANTES

En la investigación se presentaron algunas limitantes que son importantes mencionar, estas fueron:

- Algunos participantes no pudieron asistir al pre-test, por lo que se le cambio la fecha y lugar, pero en un caso particular se tuvo que realizar virtual, lo que posiblemente influyó en los primeros resultados.
- Falla en el Internet de algunos participantes en las sesiones.
- En las tres últimas sesiones un participante se le presentó un inconveniente con una institución del gobierno que, aunque tenía relación con el paciente, no la tenía directamente con el cuidador del paciente, pero fue un factor estresante relevante en el aspecto socioeconómico.

## CONCLUSIONES

Las personas que participaron en esta investigación, presentaron altos niveles de ansiedad debido al rol que ejercían como cuidadores primarios.

Se diseñó un programa de intervención psicoterapéutica que ayudó a disminuir o eliminar los altos niveles de ansiedad y modificar las ideas irracionales, promoviendo el cuidado de su salud mental.

Las características de cada participante no fueron variables que intervinieron en los resultados del tratamiento, pero sí lo fue el factor ambiental, social y económico, ya que hubo dos participantes que no evidenciaron mejoría; en el primer caso aumentó su nivel de ansiedad, mientras que el otro se mantuvo. En ambos, hubo factores externos que interfirieron en los resultados finales tales como: ambos llevaban poco tiempo ejerciendo el rol de cuidador primario, en uno de los casos el apoyo recibido era escaso y en el otro se suma la dificultad en el uso de los medios tecnológicos.

Es conveniente mencionar que, el factor que influyó negativamente en los resultados del primer caso fue la evaluación inicial que corresponde a un factor ambiental y las barreras de comunicación que se presentaron por el uso tecnológico al evaluar; en el segundo se debió a factores externos de nivel social y económico que en las últimas dos semanas afectó considerablemente a uno de los participantes, impidiendo que lograra los resultados esperados; En el caso mencionado, el participante mostró evoluciones positivas en cada sesión, deteniéndose los avances en el último momento por factores que no tenían relación con el rol de cuidador primario.

La efectividad del tratamiento psicoterapéutico grupal en personas adultas que presentaron altos niveles de ansiedad no se pudo comprobar estadísticamente, pero sí a nivel cualitativo, por eso se realizó un análisis individual.

Según la t de Student no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck, del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Ideas Irracionales, de la Escala de Desesperanza de Beck y del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del grupo experimental y Grupo Control.

En los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck se constató que la intervención terapéutica redujo la sintomatología en 3 de los 5 sujetos del grupo experimental; Dos de ellos bajaron dos diagnósticos y uno bajó uno (ver tabla 18) mientras que los sujetos del grupo control 4 de los 5 sujetos presentaron altos niveles de ansiedad, de los cuales 3 subieron de diagnóstico y el último mantuvo el mismo nivel diagnóstico en el pre-test como en el post-test.

De acuerdo con la comparación pretest-postest de la Escala de Desesperanza de Beck la diferencia entre ambos es variada, que podría deberse a que la intervención no fue dirigida a reducir los síntomas de depresión.

En esta línea de comparación de grupos del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, 4 de los 5 sujetos del grupo experimental mostraron algunos cambios positivos en la Dimensión: Cansancio Emocional & Despersonalización (tabla 36) y en cuadro de realización personal (ver tabla 38), aunque haya variabilidad estadística (menor, igual o mayor) los resultados de todo el grupo fue satisfactoria en el post-test, a diferencia del grupo control en donde se mantuvieron altos niveles de burnout y baja realización personas (ver tabla 23)

Se pudo observar que, en los resultados del **Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales** reveló la reducción de ideas irracionales del grupo experimental (ver tabla 42), el cual dista de los resultados que obtuvo el grupo control con un desmejoramiento (ver tabla 44).

Finalmente, en el **Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis** se apreció disminución de los síntomas psicopatológicos en 4 de los 5 sujetos del grupo experimental (ver

tabla 46), en comparación del grupo control quienes no tenían presencia de psicopatología en el pre-test, pero en el post-test 2 sujetos del grupo control presentaron psicopatología (tabla 48).

Aunque estadísticamente no hubo diferencia significativa, individualmente se pudo apreciar cambios relevantes en los niveles de ansiedad y creencias irracionales que son necesarios seguir siendo evaluados en futuras investigaciones.

## RECOMENDACIONES

- Brindar seguimiento por psicología a las personas que cumplen el rol de cuidador primario, principalmente en el primer año tomando en cuenta la psicoeducación de la condición médica del o la paciente.
- Identificar y buscar estrategias para aquellas personas que tienden a asumir toda la responsabilidad del cuidado del paciente con el apoyo de Trabajo Social, con el fin de que otros miembros de la familia puedan ayudarles, disminuyendo así el desgaste físico y psicológico del cuidador primario.
- Brindar Psicoeducación al paciente y a sus cuidadores primarios en la protección y cuidado de la Salud Mental.
- Enseñar a identificar las alarmas físicas y psicológicas que indican un desgaste en su salud mental.
- Establecer las alternativas de apoyo que ofrecen el personal de Salud Mental y Trabajo Social en entidades gubernamentales, privadas y organizaciones sin fines de lucro.
- Crear grupos de apoyo y autoayuda, para familiares que se encargan del cuidado y apoyo constante de pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Realizar psicoterapias grupales que permitan acompañar a la persona encargada del cuidado del paciente en los diferentes procesos clínicos: inicio de la enfermedad, cambio de diagnóstico por extensión del tumor y posible muerte del paciente.

A pesar de que la investigación se realizó con cuidadores cuyos familiares son pacientes del ION, las realidades presentadas pueden asemejarse a las esperadas en la Caja del Seguro Social, clínicas y hospitales privados, con sus variables a nivel socioeconómico u otras, por lo que las recomendaciones son de utilidad, beneficiando a las familias de pacientes con cáncer a nivel nacional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

- Altrows, I. F. (2009). Terapia Racional Emotiva y Conductual en delincuentes masculinos adultos. *Revista de Toxicomanías.*, 6-18.
- American Cancer Society. (16 de febrero de 2020). *Tratamiento y apoyo*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento.html>
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5 ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Argentina por Trastornos de Ansiedad. (15 de marzo de 2019). *Trastornos de Ansiedad Generalizada*. Obtenido de [http://www.aata.org.ar/pac\\_tag.html](http://www.aata.org.ar/pac_tag.html)
- Bahamón, M. J. (2010). Intervención cognitiva conductual en un caso de ludopatía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19-38.
- Barrón Ramírez, B. S., & Alvarado Aguilar, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Instituto Nacional de Cancerología de México*, 39-46. Obtenido de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Beltrán Sánchez, L. Y., Calderón Rodríguez, A., & Rodríguez Escobar, M. E. (2021). *Caracterización de cuidadores de pacientes pediátricos oncológicos de la Fundación Hospital pediátrico La Misericordia*. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2021). *Enciclopedia médica*. Obtenido de Mediplus: <https://medlineplus.gov/spanish/sitemap.html>

Boyra, A., Maruottolo, C., Mascaró, A., & Guimón, J. (2007). Resultados de la psicoterapia grupal breve dinámica en pacientes borderline. *Revista Internacional On-line*.

Cameron, N. A. (1990). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología: Un enfoque psicodinámico*. México: Trillas.

Campo Redondo, M. S. (agosto de 2004). Epistemología y Psicoterapia. *Redalyc*, 20(44), pp. 120-137. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/310/31004407.pdf>

Cárdenas Cañizales, E. I. (2021). Programa de educación emocional basado en la terapia racional emotiva conductual de una muestra de niños de 9 a 10 años que presentan deficiencia en el control y la expresión apropiada de la ira, en el Centro Educativo Básico General República de México. (*Tesis de Maestría*). Universidad de Panamá, Panamá.

Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales AIP - Panamá. (25 de noviembre de 2020). *CIEPS*. Obtenido de <https://cieps.org.pa/la-desigualdad-vista-desde-la-economia-de-los-cuidados-en-panama/>

Cheme-Villamar, M., & Giniebra-Urra, R. (2022). Eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva para afrontamiento de riesgos Psicosociales por teletrabajo. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 20-37.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad. Ciencia y Práctica*. New York: Editorial Desclée deBrouwer, S.A.,.

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Clínica de la Ansiedad. (s.f.). *¿Cuáles son los síntomas de ansiedad?* Recuperado el 2021, de Clínica de la Ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuales-son-los-sintomas-de-la-ansiedad/>
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en el paciente con cáncer*. Madrid: Síntesis S.A.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93-107.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Díaz Zúñiga, B. D. (07 de mayo de 2021). *UPAO*. Obtenido de [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7513/1/REP\\_BRIAN.D%C3%8DAZ\\_CREENCIAS.IRRACIONALES.Y.CONDUCTAS.ANTISOCIALES.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7513/1/REP_BRIAN.D%C3%8DAZ_CREENCIAS.IRRACIONALES.Y.CONDUCTAS.ANTISOCIALES.pdf)
- Echeverri Tobón, H. (2018). *Morir sin miedo y sin dolor: Una guía para acompañar al paciente terminal*. Bogotá: Nomos, S.A.
- Espinosa Gil, R. M., Campillo Cascales, M. J., Garriga Puerto, A., & Martín García-Sancho, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en Atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 383-386.
- Estadístico, E. T. (2021). *Prueba t de Student [PARA MUESTRAS RELACIONADAS] en Excel 2019*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=e8WZbDReQm8>
- Expósito Concepción, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de Pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

- Ferreira-Santos, E. (2013). *Psicoterapia breve. Abordagem sistematizada de situações de crise*. São Paulo: Editorial Ágora.
- Fiorini, H. J. (1982). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- García Pickmann, C. A. (2022). Terapia Racional Emotiva Conductual en una usuaria si aceptación incondicional. (*Tesis de maestría*). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 39-58.
- González Flores, D. I. (s.f.). Intervención terapéutica grupal con modelo integrativo para niños de 7 a 12 años con rasgos de ansiedad clínicamente significativa. (*Tesis de maestría*). Universidad de Panamá, 2019.
- González Nuñez, J. J. (1999). *Psicoterapia de Grupos: Teoría y técnicas a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México D.F.: El manual moderno.
- González, P. (09 de febrero de 2011). *Biografía de Albet Ellis*. Obtenido de Terapia Racional Emotiva: <http://priscilla-gonzalez.blogspot.com/2011/02/biografia-de-albert-ellis.html>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación científica. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Instituto Nacional de Cancerología de México. (22 de julio de 2019). *El síndrome de desgaste del cuidador primario*. Obtenido de Infocáncer Médixo: <https://www.infocancer.org.mx/>
- Instituto Oncológico Nacional. (2019). *Registro Hospitalario de Cáncer*. Panamá.

La Segunda Online. (22 de marzo de 2011). *¿Qué es el Síndrome del Cuidador?* Obtenido de <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2011/03/634724/Que-es-el-sindrome-del-cuidador>

López Gironés, M., & Polo Usaola, C. (2014). Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un Centro de Salud Mental. *Clínica Contemporánea*, 29-39.

Manso Pinto, J. F. (2006). Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. *Psicología Científica*.

Martínez Alonzo, J. M. (2018). *Terapia Racional Emotiva Conductual para Ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC*. Panamá: Universidad de Panamá.

Martínez Ramos, A. (28 de julio de 2015). *Psicopatología y Humanismo*. Obtenido de El espacio docente de Adriana: <http://impo-adriana.blogspot.com/2011/04/psicopatologia-y-humanismo.html>

Martínez-González, A. E., & Piqueras-Rodríguez, J. A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Rev Neurol* 2010; 50 (3): , 167-178. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.5003.2009195>

Mas González, M. E. (2017). Efectos de la terapia racional emotiva conductual sobre la regulación emocional de personas adultas con edades entre 25 a 45 años. (*tesis de maestría*). Universidad de Panamá, Panamá.

MedyPsi. (16 de febrero de 2016). *Enciclopedia Salud*. Obtenido de MedyPsi Medicina y Psicología: <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/>

- Mente Plus. (2022). *Pensamiento Lógico: ¿Qué es? Características e Importancia*. Obtenido de  
Mente Plus: <https://menteplus.com/psicologia/pensamiento-logico>
- Montaño, J. (14 de mayo de 2021). *Investigación cuasi experimental*. Obtenido de lifeder:  
<https://www.lifeder.com/>
- Montero, C. X. (s.f.). Efectos en la aplicación de psicoterapia grupal sobre la autoestima de  
pacientes con trastornos alimenticios. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Gabriela  
Mistral, Santiago.
- Morga Rodríguez, L. E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Tlalnepantla, México: Red  
Tercer Milenio, S.C.
- Morris, C. G., & Maysto, A. A. (2005). *Introducción a la Psicología*. México D.F.: Pearson.
- Novoa Rojas, M. C. (2020). Programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento  
del miedo al COVID-19 en personal policial de una comisaría en Trujillo. (*Tesis de  
maestría*). Universidad César Vallejo, Lima.
- Obst Camerini, J. A. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de julio de 2019). *Cáncer*. Obtenido de  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Padilla Torres, D., & Jiménez arriero, M. Á. (2014). Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal  
Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales. *Clínica Contemporánea*, 53-  
68.
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P.  
(2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck  
Anxiety Inventory) en población general de México. *Elsevier*, 181-187.

- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., & López Palomar, M. d. (2015). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. *Ciencia & trabajo*.
- Pasantes, H. (2003). *De neuronas, emociones y motivaciones* (2a ed. ed.). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 2022
- Pedroza Flores, R. (2015). Reeducción cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*.
- Piox Anzueto, J. C. (2016). Terapia Racional Emotiva y síntomas de depresión. (*Tesis de grado*). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Quintero Gutiérrez del Amo, F. J., Fernández Pérez, C., & Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J. (2019). Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área de Vallecas. (*Tesis doctoral*). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Ramos Torio, R., Alemán Déniz, J. M., Ferrer Román, C., Miguel González, G., Prieto Cabras, V., & Rico Ferrán, C. (2013). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. España: Consejo General de la Psicología.
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Asociación de Academias de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/nosograf%C3%ADa?m=form>
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 275-287.
- Rose, S., & Hara, R. (2006). *Los cuidados a los amigos y familiares con cáncer*. Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers International.

- Sánchez García, M. (2003). Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. *Clínica y Salud*, 14(2), 183-201. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617969003.pdf>
- Santiago , J., Etchebarne, I., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (6 de septiembre de 2011). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*(14), 197-219. Obtenido de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/ROUSSOS.SAP14.pdf>
- Santrock, J. W. (2007). *Desarrollo Infantil*. México D.F.: McGraw-Hill .
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.
- Sierra Uribe, G. (2006). *Para vivir los duelos: cartografía emocional para la sanación de las pérdidas*. Bogotá: San Pablo.
- Tamayo Toro, M. A. (2019). Creencias Irracionales en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de Lima Metropolitana, según el Nivel de Estudios, Sexo y Lugar de Origen. *Acta de investigación psicológica*.
- Treviño Rodríguez, J. G. (22 de junio de 2019). *Etimología de cáncer*. Obtenido de Etimologías de Chile: <http://www.etimologias.dechile.net/?ca.ncer>
- Turner, R. (2007). Programa de terapia racional emotiva conductual aplicada al manejo de la ira de los adolescentes. (*Tesis de Maestría*). Universidad de Panamá, Panamá.
- Vásquez, J. (23 de junio de 2018). Panamá América. *Denuncian alta incidencia de cáncer por tubería de asbesto cemento en Remedios*.

Velasco Ramírez, J. F., Grijalva, M. G., & Pedraza Avilés, A. G. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146-151. doi:10.1016/j.medipa.2015.01.001

Wikipedia . (26 de julio de 2019). *Albert Ellis*. Obtenido de La enciclopedia libre. :  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Albert\\_Ellis](https://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Ellis)

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. (2008). *Mirar al sol: La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires: Planeta S.A.I.C.

Yalom, I. D., & Vinogradov, S. (2005). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Carta de aprobación del Comité de Bioética (CBUP)



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)



Panamá, 6 de septiembre de 2021  
Nota N° CBUP/422/2021

Investigadora  
**Vivian Rivera**  
Maestría en Psicología Clínica  
Facultad de Psicología  
Universidad de Panamá

Respetada investigadora:

El Comité de Bioética de la Universidad de Panamá en su reunión ordinaria del 12 de agosto, aprobaron la versión 2 de su protocolo y los documentos correspondientes a su investigación titulada: **Efectos de un programa de psicoterapia grupal breve de tipo cognitivo conductual en la disminución de niveles de ansiedad asociada al rol del cuidador primario de pacientes con cáncer**, cuya tutora es la Dra. Melba Stanzola.

Le recordamos que deben entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente,

Dra. Claude Vergès  
Presidente del Comité de Bioética  
Universidad de Panamá

cc. Dra. Norma de Andrade,  
Directora de Postgrado

## Anexo 2

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 1/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

#### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

El presente documento tiene como finalidad obtener información de personas que voluntariamente desean participar en una intervención de Terapia Grupal Breve enfocada al cuidador(a) primario(a) de personas con cáncer que presenten rasgos de ansiedad, asociados al rol de cuidador(a).

**\*Obligatorio**

1. Coloque su número de registro, enviado a su correo electrónico \*

\_\_\_\_\_

2. ¿Comprende que este registro es para participar en una investigación de Maestría en Psicología Clínica que brindará atención psicológica grupal a cuidadores(as) primarios(as) de personas diagnosticada con cáncer? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

3. ¿Usted es la cuidadora o cuidador principal del/de la paciente? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

4. ¿Reside usted en la República de Panamá (pais)? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí *Ir a la pregunta 5*  
 No

## Anexo 3

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 2/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

#### DATOS GENERALES DEL O LA PARTICIPANTE

5. Fecha de nacimiento \*

Ejemplo: 7 de enero de 2019

6. Edad \*

7. Sexo \*

Marca solo un óvalo.

- Femenino  
 Masculino

8. Nivel educativo \*

Marca solo un óvalo.

- Sin escolaridad  
 Primaria  
 Secundaria  
 Técnico  
 Universidad  
 Postgrado

## Anexo 4

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 3/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

9. Relación con el/la paciente; ejemplo: soy la hija, soy el nieto del paciente \*

Marca solo un óvalo.

- Soy hijo(a) de paciente
- Soy hermano (a) de paciente
- Soy madre/padre de paciente
- Soy abuelo(a) de paciente
- Soy pareja sentimental de paciente
- Soy nieto(a) de paciente

#### DATOS DEL/ DE LA PACIENTE DE CÁNCER

10. Fecha de nacimiento \*

\_\_\_\_\_  
*Ejemplo: 7 de enero de 2019*

11. Edad \*

\_\_\_\_\_

12. Sexo \*

Marca solo un óvalo.

- Masculino
- Femenino

## Anexo 5

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 4/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

13. Nivel educativo \*

Marca solo un óvalo.

- Sin escolaridad
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Universidad
- Postgrado

14. Hospital en el que se atiende \*

---

15. Diagnóstico \*

---

16. Año en que se diagnosticó \*

---

17. Etapa del cáncer \*

Marca solo un óvalo.

- Etapa I
- Etapa II
- Etapa III
- Etapa IV
- No sé

## Anexo 6

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 5/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

18. ¿Trabaja? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 Contrato suspendido

19. ¿Tiene seguro social? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

20. En estos momentos ¿Cuál es el pronóstico de la condición médica del/de la paciente? \*

\_\_\_\_\_

21. ¿Reside usted en la misma casa, cerca o distante del/de la paciente? \*

Marca solo un óvalo.

- Con el o la paciente  
 Cerca del o la paciente  
 Distante del o la paciente

22. ¿Cuánto tiempo lleva usted desempeñando el rol de cuidador(a) primario(a)? \*

\_\_\_\_\_

## Anexo 7

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 6/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

23. ¿Cada qué tanto tiempo debe usted acompañar al/a la paciente a sus citas o tratamientos médicos? \*

---

24. ¿Tiene hijo(s)?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No Ir a la pregunta 26

25. Sus hijos(as) son:

Marca solo un óvalo.

- Niños(as)  
 Adolescentes  
 Adultos(as)

#### DATOS DE DISPONIBILIDAD

26. Actualmente ¿usted labora? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

## Anexo 8

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 7/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

27. ¿Estaría de acuerdo en asistir a terapia grupal con otras personas que también son cuidadores(as) primarios(as)? \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

28. ¿Podría asistir una vez a la semana a las terapias grupales de dos horas aproximadamente? \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

#### Medios de comunicación

29. ¿Elija los medios electrónicos que tiene para participar en la terapia grupal? \*

Marca solo un óvalo.

Computadora de escritorio

Laptop

Tableta

Celular

Otros: \_\_\_\_\_

30. ¿Tiene Internet en su casa? \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

## Anexo 9

### Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal – Pág. 8/9

15/3/22, 1:38

Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal

31. ¿Cuenta con una cuenta de Zoom? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

32. ¿Sabe utilizar Zoom? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

33. ¿Cuenta con una habitación en donde puede estar a solas, sin distractores, con buena iluminación para utilizarla al menos por 2 horas una vez a la semana? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

34. ¿Cuenta con audifonos para utilizar durante las sesiones? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

Comentarios

Esta sección no es obligatoria

35. ¿Tiene algún comentario o pregunta para la especialista?

[https://docs.google.com/forms/d/1WfhwKIX\\_Qw4X\\_lI9eRviY1NMPQ8MOdWgOxHlmbImOAv4/edit](https://docs.google.com/forms/d/1WfhwKIX_Qw4X_lI9eRviY1NMPQ8MOdWgOxHlmbImOAv4/edit)

8/9

Anexo 10

Certificado de Buenas Prácticas



## Anexo 11

### Consentimiento Informado Pág. 1/5

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Maestría en Psicología Clínica**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

"EFECTOS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE DE TIPO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DISMINUCIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD ASOCIADA AL ROL DE CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON CÁNCER."

Investigadora principal: **Vivian T. Rivera M.**

Número de contacto: **+507 6518-0097**

Documento de Consentimiento Informado para: \_\_\_\_\_

*Este formulario de Consentimiento Informado se dirige \_\_\_\_\_, con cédula de identidad/pasaporte N° \_\_\_\_\_ con altos niveles de Ansiedad, y que se le invita a participar en la investigación "Efectos de un programa de psicoterapia grupal breve de tipo cognitivo conductual en la disminución de niveles de ansiedad asociada al rol de cuidador primario de pacientes con cáncer."*

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento del o la participante (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará copia de documento completo de Consentimiento Informado.

#### **PARTE I: INFORMACIÓN**

##### **INTRODUCCIÓN**

Soy psicóloga de profesión, y estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá. Estoy investigando el efecto de la terapia cognitivo conductual en personas con niveles altos de ansiedad y ejerza el rol de cuidadora de pacientes diagnosticados con cáncer.

Los cuidadores de personas con alguna enfermedad crónica, muchas veces deben entregar todo su tiempo, recursos y esfuerzo por cuidarlos, y cuando es alguien a quien se tiene un vínculo afectivo, es la mayor satisfacción, pero ésta responsabilidad también conlleva consecuencias negativas en nuestra salud física (sueño, cansancio, dolor, presión alta y otros) y emocionales (frustración,



## Anexo 12

### Consentimiento Informado Pág. 2/5

irritabilidad, sentimientos de culpa, susceptibilidad, especialmente ante las críticas, incertidumbre, entre otros.), convirtiéndose en una desventaja para poder proveer un cuidado amoroso, responsable y de calidad; al no satisfacer nuestras necesidades básicas, afectando también de forma negativa a la persona que se encuentra bajo nuestro cuidado.

Por lo antes mencionado, este estudio está dirigido a cuidadores de pacientes diagnosticados con cáncer, con la finalidad de buscar su estabilidad emocional, brindándole herramientas de apoyo para que puedan continuar las atenciones al paciente con cáncer.

Si usted presenta alguno o todos estos síntomas, le invito a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo(a) sobre la investigación.

Puede que haya unas palabras que no entienda. Por favor, no dude en preguntarme de inmediato.

#### **PROPÓSITO DEL PROYECTO:**

El propósito de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal breve con enfoque racional emotiva conductual (terapia que busca resolver conflictos emocionales o conductuales mediante el cambio de pensamientos vinculado a sus emociones y conductas), enseñándole a organizar y disciplinar su mente para que pueda mantener una estabilidad emocional, reduciendo o eliminando los síntomas de ansiedad, y así continuar brindando un cuidado adecuado al paciente con cáncer.

**¿QUÉ SE HARÁ?:** Si acepta participar en este estudio:

- Se realizará una entrevista individual a distancia (virtual), sin remuneración económica alguna, cuya duración y fecha de realización se le indicará al aceptar la participación en el estudio.
- Además del pretest, se aplicará un cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales, que contribuyen inconscientemente a incrementar su nivel de estrés y en consecuencia, a vivenciar emociones negativas.

#### **Tipo de investigación:**

Es una investigación experimental con pre-prueba y post-prueba, que busca evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal breve con enfoque racional emotiva conductual.

#### **Selección de participantes:**

Personas adultas que presenten altos niveles de Ansiedad, que sean cuidadores de pacientes de cáncer.



## Anexo 13

### Consentimiento Informado Pág. 3/5

#### Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado la invitación.

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Se aplicará un pre-test, un cuestionario de ideas irracionales, entrevista clínica con la psicóloga, también se realizarán preguntas sobre su salud en general y antecedentes clínicos. El tratamiento se llevará a cabo en 10 sesiones grupales.

#### **Duración:**

La investigación durará 10 semanas. Una sesión semanal. Cada sesión consta de dos horas. Durante ese tiempo asistirá a las sesiones virtuales en el horario establecido por la psicóloga investigadora.

\* Las últimas 3 sesiones podrían variar previo consenso entre terapeuta y participantes.

#### **Lugar:**

La terapia grupal se realizará vía Zoom, si surge algún inconveniente se utilizará Google Meet.

#### **Participantes:**

Se seleccionará a 24 personas. Doce participantes corresponderán al *grupo control* (recibirán el tratamiento primero) y doce participantes al *grupo experimental* quienes recibirán el tratamiento terminado la atención al grupo control.

#### **Materiales y espacio-ambiente necesarios para participar en la terapia grupal de modo virtual:**

- Debe contar con servicio de Internet, computadora de escritorio o laptop, micrófono, cámara y audífonos.
- Contar y saber utilizar la aplicación Zoom, si por alguna razón esta aplicación falla, se utilizará Google Meet, por lo cual también debe ser descargada en su computador.
- Contar con una habitación que pueda estar a solas con el mayor control posible de los factores externos, además de contar con una buena iluminación.



## Anexo 14

### Consentimiento Informado Pág. 4/5

#### **RIESGOS:**

Su participación en la investigación no implica ningún riesgo que afecte su integridad física o mental. Durante la entrevista se le harán preguntas de índole personal, no obstante, tal y como se aclara más adelante la información que usted brinde será confidencial y se le garantiza su anonimato en todo momento.

#### **BENEFICIOS:**

Como resultado de su participación en esta investigación, no obtendrá ningún beneficio económico, pero sí en su salud mental al brindarle herramientas de apoyo y el aprender a realizar profilaxis psicológicas. Además, será participe de cooperar en la eficacia de la psicoterapia aplicada en personas con altos niveles de ansiedad.

#### **INCENTIVOS:**

Calidad de vida sana, estabilidad emocional y herramientas de apoyo para continuar las atenciones al paciente con cáncer. No se dará dinero o regalos por formar parte de esta investigación.

#### **CONFIDENCIALIDAD:**

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Por la parte investigativa no se compartirá la identidad de quien participe en la investigación. La información que recoja por parte de este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera del alcance y nadie sino la investigadora, tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de un nombre. Sólo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información encerrada. No será compartida ni entregada a nadie excepto la Doctora Melba Stanzola Psicóloga Clínica, de años de experiencia, quien es mi asesora de tesis de la Maestría en Psicología Clínica.

#### **COMPARTIENDO LOS RESULTADOS**

No se compartirá información confidencial, ni datos personales que identifique al participante. Finalizada las sesiones, se recolectarán los datos y se realizará análisis de la investigación; los resultados se publicarán en una tesis de maestría para que otras personas interesadas puedan aprender de la efectividad de la intervención psicoterapéutica.



## Anexo 15

### Consentimiento Informado Pág. 5/5

#### PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL O LA PARTICIPANTE

He sido invitado(a) a participar en la investigación de una psicoterapia para reducir o eliminar los altos de niveles de ansiedad. Entiendo que deberé asistir a 10 sesiones en un horario preestablecido donde debo acudir de forma constante. Si falto a tres sesiones o quebranto la confidencialidad de otro(a) beneficiaria de la investigación, mi participación será desestimada.

Soy consciente que queda totalmente prohibido grabar por audio o vídeo las sesiones grupales y no se permite la participación de personas ajenas a la investigación; cometer alguno de estos actos conllevará al cese de mi participación.

He sido informado(a) que no implica ningún riesgo mi participación. Sé que no obtendré beneficios para mi persona y que no se me recompensará monetariamente. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el nombre, celular y universidad a la que pertenece.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del o la participante: \_\_\_\_\_

Firma del o la participante: \_\_\_\_\_

Cédula del o la participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Anexo 16**

*El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis 1-24*

**EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta: NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas; todas cuentan. No deje frases sin responder

		Nada	Muy	Poco	Bastante	Mucho
1.	Dolores de cabeza					
2.	Nerviosismo.					
3.	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4.	Sensación de mareo o desmayo.					
5.	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6.	Criticar a los demás.					
7.	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8.	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa					
9.	Tener dificultad para memorizar cosas.					
10.	Estar preocupado/a por la falta de ganas para hacer algo.					
11.	Sentirme enojado/a o enojado/a.					
12.	Dolores en el pecho.					
13.	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14.	Sentirme con muy pocas energías.					
15.	Pensar en matarme la vida.					
16.	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17.	Temblores en mi cuerpo.					
18.	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19.	No tener ganas de comer.					
20.	Llorar por cualquier cosa.					
21.	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22.	Sentirme atrapado/a, o encerrado/a.					
23.	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24.	Explotar y no poder controlarme.					







## Anexo 19

### Test - Inventario de Ansiedad de Beck Pág. 1/2

#### Test - Inventario de Ansiedad de Beck

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado, en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una casilla para cada ítem):

0. En absoluto
1. Levemente, no me molestó mucho
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
3. Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1 Hormigueo o entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensación de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Temblor en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Incapacidad para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Miedo a que suceda lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Palpitaciones o taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sensación de inestabilidad o inseguridad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Terrores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Temblor de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Temblores generalizados o estremecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Miedo a morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Sobresaltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Anexo 20**

Test - Inventario de Ansiedad de Beck Pág. 2/2

18	Molestias digestivas o abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sudoración (no debida al calor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NO REPRODUCIR**



**Anexo 21**

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 1/3*

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
 Ocupación ..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego, marque el número de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

N°	ÍTEMS	#
1	<b>Tristeza</b> 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	
2	<b>Pesimismo</b> 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para el futuro y que sólo puede empeorar.	
3	<b>Fracaso</b> 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	
4	<b>Pérdida de Placer</b> 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
5	<b>Sentimientos de Culpa</b> 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	
6	<b>Sentimientos de Castigo</b> 0 Me siento como si estuviera siendo castigado. 1 Siento que a veces puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.	



**Anexo 22**

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 2/3*

7	<p><b>Disconformidad con uno mismo.</b>                  0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.                  1 He perdido la confianza en mí mismo.                  2 Estoy decepcionado conmigo mismo.                  3 No me gusto a mí mismo.</p>	
8	<p><b>Autocrítica</b>                  0 No me critico ni me culpo más de lo habitual                  1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser                  2 Me critico a mí mismo por todos mis errores                  3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>	
9	<p><b>Pensamientos o Deseos Suicidas</b>                  0 No tengo ningún pensamiento de matarme.                  1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría                  2 Querría matarme                  3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>	
10	<p><b>Llanto</b>                  0 No lloro más de lo que solía hacerlo.                  1 Lloro más de lo que solía hacerlo                  2 Lloro por cualquier pequeñez.                  3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>	
11	<p><b>Agitación</b>                  0 No estoy más inquieto o tenso que de lo habitual.                  1 Me siento más inquieto o tenso que de lo habitual.                  2 Estoy tan inquieto o agitado que a veces me es difícil quedarme quieto                  3 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	
12	<p><b>Pérdida de Interés</b>                  0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.                  1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.                  2 He perdido casi todo mi interés en otras personas o cosas.                  3. Me es difícil interesarme por nada.</p>	
13	<p><b>Indecisión</b>                  0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.                  1 Me resulta más difícil de costumbre tomar decisiones                  2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.                  3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	
14	<p><b>Desvalorización</b>                  0 No siento que yo mismo sea valioso                  1 No me siento tan valioso y útil como solía considerarme                  2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.                  3 Siento que soy algo nada.</p>	
15	<p><b>Pérdida de Energía</b>                  0 Tengo tanta energía como siempre.                  1. Tengo menos energía que la que solía tener.                  2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado                  3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	



**Anexo 23**

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Pág. 3/3*

16	<p><b>Cambios en los Hábitos de Sueño</b>                      0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.                      1ª. Duermo un poco más que lo habitual.                      1b. Duermo un poco menos que lo habitual.                      2a Duermo mucho más que lo habitual.                      2b. Duermo mucho menos que lo habitual                      3ª. Duermo la mayor parte del día                      3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>	
17	<p><b>Irritabilidad</b>                      0 No estoy tan irritable que lo habitual.                      1 Estoy más irritable que lo habitual.                      2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.                      3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>	
18	<p><b>Cambios en el Apetito</b>                      0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.                      1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.                      1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.                      2a. Mi apetito es mucho menor que lo habitual.                      2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual                      3ª. No tengo apetito en absoluto.                      3b. Quiero comer todo el día.</p>	
19	<p><b>Dificultad de Concentración</b>                      0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.                      1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente                      2 Me es difícil mantenerme atento en algo por mucho tiempo.                      3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>	
20	<p><b>Cansancio o Fatiga</b>                      0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.                      1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.                      2 Estoy demasiado cansado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer, hacer.                      3 Estoy demasiado cansado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>	
21	<p><b>Pérdida de Interés en el Sexo</b>                      0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.                      1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.                      2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.                      3 He perdido completamente el interés en el sexo</p>	
P	<b>TOTAL</b>	



## Anexo 24

### Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 1/3

#### IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia, a vivenciar emociones negativas.

#### INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SÍ, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo señale la casilla NO.
- Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- Conteste a todos los ítems.

	SÍ	No	P
1 Para mí es importante recibir la aprobación de los demás. A			A
2 Odio equivocarme en algo.			A
3 La gente que se equivoca, logra lo que se merece.			A
4 Generalmente acepto los acontecimientos de la filosofía.			B
5 Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.			B
6 Temo a las cosas que, a menudo, me son objeto de preocupación.			A
7 Normalmente aplazo las decisiones importantes.			A
8 Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.			A
9 "Una cebra no puede cambiar sus colores".			A
A 10 Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			A
11 Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.			B
12 Evito las cosas que no me salen bien.			A
13 Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.			A
14 Las frustraciones no me desaniman.			B
15 A la gente no le importan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.			B
16 Me producen preocupación los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.			B
17 Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.			B
18 En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			A
19 Es casi imposible superar la influencia del pasado.			A
20 Me gusta disponer de muchos recursos			B
21 Quiero gustar a todo el mundo.			A
22 No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.			B



## Anexo 25

### Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 2/3

23 Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			A
24 Las cosas deberían ser distintas a como son.			A
25 Yo provoco mi propio mal humor.			B
26 A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.			A
27 Evito enfrentarme a los problemas.			A
28 Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de culpa.			A
29 Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no tiene que decir que tenga que ser igual en el futuro.			B
30 Me siento mas satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			B
31 Puedo gustarme a mi mismo aun cuando no guste a los demás.			B
32 Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			B
33 La inmoralidad debería castigarse severamente.			A
34 A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			A
35 Las personas desgraciadas, normalmente, se deben estar dando a si mismas.			B
36 No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.			B
37 Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.			B
38 Hay determinadas personas de las que depende mi felicidad.			A
39 La gente sobrevalora la influencia del pasado.			B
40 Lo que mas me divierte es realizar algún proyecto creativo.			B
41 Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.			B
42 Para mi es muy importante alcanzar el éxito con todo lo que hago.			A
43 Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.			B
44 Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.			B
45 Nadie esta mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.			B
46 No puedo soportar correr riesgos.			A
47 La vida es demasiado corta para hablar haciendo cosas que a uno no le gustan.			A
48 Me gusta valerme por mi mismo.			B
49 Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser mas como me gustaría ser.			A
50 Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			A
51 Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			A
52 Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.			B
53 El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			A
54 Si las cosas me desagravan, es mejor que las ignora.			B
55 Cuanto mas problemas tiene una persona, menos feliz es.			A
56 Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.			B
57 Raramente aplazo las cosas.			B
58 Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			B
59 Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			B
60 Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.			B
61 Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.			B
62 Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			A
63 Todo el mundo es, esencialmente, bueno.			A



## Anexo 26

### Identificación de Ideas Irracionales. Pág. 3/3

64 Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.			B
65 Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo que lo interpretamos.			B
66 Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.			A
67 Me resulta difícil hacer las tareas desagradable.			A
68 Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.			B
69 Somos esclavos de nuestro pasado.			A
70 A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.			A
71 A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			A
72 Me trastorna cometer errores.			A
73 No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto".			A
74 Yo disfruto honradamente de la vida.			B
75 Debería haber mas personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			A
76 Algunas veces me resulta imposible apartar de mí mismo el miedo a algo.			A
77 Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensador.			B
78 Pienso que es fácil buscar ayuda.			A
79 Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguiré haciéndolo siempre.			A
80 Me encanta estar tumbado.			A
81 Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.			A
82 Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			A
83 Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.			B
84 La gente es mas feliz cuando tiene retos y problemas que resolver.			A
85 Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.			B
86 Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.			B
87 No me gustan las responsabilidades.			B
88 No me gusta depender de los demás.			B
89 La gente nunca cambia básicamente.			A
90 La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.			A
91 Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.			B
92 No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.			B
93 Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.			B
94 Raramente me inculpo por los errores de los demás.			B
95 El hombre construye su propio infierno interior.			B
96 Muchas veces estoy pensando planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.			A
97 Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.			B
98 He aprendido a no estar pendiente de nada que no este relacionado con mi bienestar.			B
99 No miro atrás con resentimiento.			B
100 No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.			A



**Anexo 27**

*Cuestionario de Maslach Burnout Inventory*

**Cuestionario de Maslach Burnout Inventory**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con la que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por cuidar a alguien.	
2	Me siento cansado al final de la atención o de la persona a quien cuido.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me preparo para mi trabajo de atención me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender cómo siente la persona a quien cuido.	
5	Creo que estoy tratando a quien cuido como si fuera un objeto impersonal.	
6	Siento que cuidar todo el día a una persona con una enfermedad, supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha energía los problemas de quien cuido.	
8	Siento que mi brindar cuidado a una persona me está desgastando. Me siento quemado por atender a quien cuido.	
9	Creo que con mis cuidados estoy influyendo positivamente en la vida de quien atiendo.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente.	
11	Pienso que este atender al cuidar de alguien, me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con poca energía cuando debo cuidar a la persona.	
13	Me siento frustrado al tener que cuidar a alguien.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a quien cuido.	
16	Trabajar directamente con la persona a quien cuido me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable para la persona a quien cuido.	
18	Me siento cansado después de cuidar íntimamente a la persona.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas cuidando u brindando atención.	
20	Me siento cansado si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	Siento que en mis deberes, los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	Creo que la persona a quien cuido, me culpa de algunos de sus problemas.	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



Anexo 28

Protocolo de Prueba de Raven

FROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN  
ESCALA GENERAL

Instituto, Escuela o Clínica \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Forma de aplicación \_\_\_\_\_ Prueba Nº \_\_\_\_\_

Fecha de nac.:	Motivos de la apl.:
Edad: ____ años ____ meses ____ Grado:	Fecha de hoy: _____
Distrito: _____ Escuela: _____	Hora de inici.: _____ Duración: _____
Localidad: _____	Hora de fin.: _____

A		B		C		E	
1		1		1		1	
2		2		2		2	
3		3		3		3	
4		4		4		4	
5		5		5		5	
6		6		6		6	
7		7		7		7	
8		8		8		8	
9		9		9		9	
10		10		10		10	
11		11		11		11	
12		12		12		12	
Punt. par:		Punt. par:		Punt. par:		Punt. par:	

ACTITUD DEL SUJETO Forma de trabajo		DIAGNOSTICO	
Reflexiva	Autiva	Edad cron.	Puntaje D.
Rápida	Lenta	T/minut.	Percent.
Inteligente	Torpe	Discrep.	Rango
Concentrada	Dispersa	Diagnóstico	
Disponible	Fatigada		
Interesada	Desinteresada		
Segura	Intranquila		
	Perseverante		
Uniforme	Irregular	Examinador	

