

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

**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA  
ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE  
PROTECCIÓN CIVIL (SINAPROC) - 2021**

**ELABORADO POR:**

**YESSENIA EDELIA ARGÜELLES GIL**

**Trabajo de grado presentado como requisito  
para optar por el título de  
Magíster en Psicología Clínica**

**ASESORA:**

**MGTER. LEYRA SANTANA**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2023**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

Formulario de Inscripción Programa de Maestría en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Número de Código: CE-PI-327-14-07-20-61

Nombre de la Estudiante: Yessenia E. Argüelles

Cédula: 8-394-989

Título al que aspira: Maestría en Psicología Clínica

Tema de la Tesis: Terapia cognitiva conductual en la disminución de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) -2021.

Nombre del Asesor: Magíster Leyra Santana

Firma del Asesor: \_\_\_\_\_

Firma de la Estudiante: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Director(a) de Departamento/ Coordinador(a)  
del Programa

\_\_\_\_\_  
Director de Postgrado de la  
Vicerrectoría de Investigación y  
Postgrado

Firma del Decano: \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación de la VIP: 09 de julio de 2020

## DEDICATORIA

A *Dios* por ser mi guía y luz y permitirme llegar hasta este punto; por brindarme la oportunidad de poder resistir un año de mucha lucha en tiempos de la Pandemia de Covid-19, dándome la salud para lograr mis objetivos; por tu infinita bondad y amor como el sostén de mis días y mis noches.

A mis padres Senén Argüelles y Edelia Gil, por estar a mi lado en cada momento, por haberme ofrecido su amor incondicional, su confianza y ayuda para no desvanecer.

A mis hijos, Gustavo Enrique, Jorge Elías y Georgelies Edith, por ser esa voz insistente y perseverante para que culminara mis estudios, convirtiéndose en mi apoyo incondicional, siendo una de las motivaciones principales y así poder servirles de ejemplo y orgullo.

A Tomás Gabriel, por ser ese compañero incansable de paciencia, motivación, luchas y desvelos; pero sobre todo de amor incondicional.

A todos los docentes de la Universidad de Panamá, en especial a la Magíster Leyra Santana, por los conocimientos ofrecidos y guiar esta tesis por los senderos de la investigación científica. No puedo dejar de agradecer al magister Ricardo López, quien inicio conmigo el proyecto, y por motivos de salud no pudo continuar, un eterno agradecimiento para ambos profesores.

**Yessenia**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias le doy primeramente a Dios por haberme permitido vivir cada día con salud, entusiasmo y mente positiva, en especial, por darme la dicha de tener padres con tanta sabiduría para educarme con dedicación y guiarme para llegar hasta donde hoy estoy.

Gracias le doy a Dios, también por los hijos que me prestó, siendo ellos la fuerza para que continuara en esta lucha por los logros alcanzados y por ser ese motor inspirador para culminar exitosamente este proyecto de investigación.

Gracias a Dios por mi compañero de vida, mi esposo, quién estuvo junto a mí en todas las etapas de esta investigación, que, aunque no fue fácil, jamás dejó que me rindiera.

Gracias a mi profesora asesora por su paciencia y tiempo invertido en apoyarme a realizar este trabajo final bajo su supervisión.

***Yessenia***

## ÍNDICE GENERAL

|  |           |
|--|-----------|
| Formulario de Inscripción  | ii        |
| Dedicatoria  | iii       |
| Agradecimiento   | iv        |
| Resumen/Abstract   | 11        |
| Introducción   | 12        |
| <b>CAPÍTULO I</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>MARCO TEÓRICO</b> .....   | <b>17</b> |
| <b>1.1</b> Antecedentes .....  | <b>18</b> |
| <b>1.1.1.</b> Antecedentes Nacionales.....   | <b>18</b> |
| <b>1.1.2.</b> Antecedentes Internacionales .....   | <b>23</b> |
| <b>1.2</b> Ansiedad .....  | <b>29</b> |
| <b>1.3</b> Clasificación de los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5.....                  | <b>31</b> |
| <b>1.4</b> Grupos de trastornos del DSM-5.....   | <b>34</b> |
| <b>1.5</b> Clasificación de enfermedades relacionadas con la salud (CIE-11) .....        | <b>35</b> |
| <b>1.6</b> Terapia Cognitivo Conductual.....   | <b>44</b> |
| <b>1.7</b> Diferentes técnicas cognitivas conductuales para tratar la ansiedad.....      | <b>44</b> |
| <b>1.7.1</b> Técnicas cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad.....                | <b>44</b> |
| <b>1.7.2</b> Tratamiento del control del pánico de Barlow .....                          | <b>45</b> |
| <b>1.7.3</b> Terapia cognitiva de Clark .....  | <b>46</b> |
| <b>1.7.4</b> En las fobias específicas .....   | <b>47</b> |
| <b>1.7.5</b> Terapia de exposición.....  | <b>55</b> |
| <b>1.7.6</b> Terapia grupal .....  | <b>56</b> |
| <b>1.7.7</b> Trastorno de estrés postraumático (TEPT).....                               | <b>56</b> |
| <b>1.7.8</b> Terapia familiar .....  | <b>64</b> |
| <b>1.7.9</b> El afrontamiento de la ansiedad en la terapia cognitivo conductual<br>..... | <b>64</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO II.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>  | <b>66</b> |
| <br>  |           |
| 2.1 Naturaleza del Problema.....  | 67        |
| <br>  |           |
| 2.2 Planteamiento del Problema .....  | 70        |
| <br>  |           |
| 2.3 Justificación e impacto .....   | 71        |
| 2.4 Objetivos de la investigación.....  | 73        |
| 2.4.1 Objetivo general .....  | 73        |
| 2.4.2 Objetivos específicos .....   | 74        |
| 2.5 Hipótesis .....   | 75        |
| 2.5.1. Hipótesis de la investigación .....  | 75        |
| 2.5.2 Hipótesis estadística .....   | 75        |
| 2.6 Tipo de investigación .....   | 76        |
| 2.7 Diseño de la investigación .....  | 76        |
| 2.8 Variables de la investigación.....  | 76        |
| 2.8.1 Variable independiente: terapia cognitiva conductual .....  | 77        |
| 2.8.1.1 Definición conceptual .....   | 77        |
| 2.8.1.2 Definición operacional.....   | 77        |
| 2.8.2 Variable dependiente: ansiedad.....   | 78        |
| 2.8.2.1 Definición conceptual .....   | 78        |
| 2.8.2.2 Definición operacional.....   | 78        |
| 2.9 Población .....   | 78        |
| 2.10 Muestra .....  | 79        |
| 2.11 Tipo de Muestreo .....   | 79        |
| 2.11.1 Criterios de inclusión.....  | 79        |
| 2.11.2 Criterios de exclusión.....  | 80        |
| 2.12 Instrumentos de medición .....   | 80        |
| 2.12.1 Entrevista clínica.....  | 80        |
| 2.12.2 Escala de Ansiedad de Hamilton .....   | 80        |
| 2.13 Características del programa basado en la terapia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de |           |

|  |            |
|--|------------|
| Protección Civil (SINAPROC).....   | 83         |
| <b>2.13.1</b> Definición del programa.....   | 83         |
| <b>2.13.2</b> Duración del programa.....   | 84         |
| <b>2.13.3</b> Sesiones terapéuticas.....   | 84         |
| <b>2.14</b> Análisis estadístico.....  | 93         |
| <b>2.14.1</b> Estadística descriptiva.....   | 93         |
| <b>2.14.2</b> Estadística Inferencial.....   | 93         |
| <b>2.14.3</b> Tamaño del efecto.....   | 94         |
| <b>2.15</b> Procedimiento de la investigación.....   | 95         |
| <b>2.16</b> Consideraciones éticas.....  | 97         |
| <br>   |            |
| <b>CAPÍTULO III.....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>3.</b> Resultados descriptivos de la muestra.....   | <b>100</b> |
| <b>3.1</b> Datos sociodemográficos.....  | <b>100</b> |
| <b>3.2.</b> Resultados del Pretest en la escala de Ansiedad de Hamilton.....                   | <b>104</b> |
| <b>3.3</b> Resultados del Postest en la escala de Ansiedad de Hamilton.....                    | <b>106</b> |
| <b>3.4</b> Análisis inferencial.....   | <b>111</b> |
| <b>3.5</b> Resultados de la prueba pretest y postest de la escala de Ansiedad de Hamilton..... | <b>112</b> |
| <b>3.6</b> Tamaño del efecto.....  | <b>115</b> |
| <br>   |            |
| <b>CAPÍTULO IV DISCUSIÓN.....</b>  | <b>116</b> |
| <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>   | <b>121</b> |
| <b>5.1</b> Conclusiones.....   | <b>122</b> |
| <b>5.2</b> Recomendaciones.....  | <b>124</b> |
| Bibliografía.....  | 125        |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Distribución de frecuencia de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil, según el sexo  | 101 |
| <b>Tabla 2.</b> Distribución de frecuencia de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil, según la edad.   | 103 |
| <b>Tabla 3.</b> Cruce de variables entre el tipo de sexo y el nivel de ansiedad en el Pretest de la Escala de Ansiedad de Hamilton  | 105 |
| <b>Tabla 4.</b> Cruce de variables entre la edad y el nivel de ansiedad en el Pretest de la Escala de Ansiedad de Hamilton  | 106 |
| <b>Tabla 5.</b> Cruce de variables entre el tipo de sexo y el nivel de ansiedad en el Postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton  | 107 |
| <b>Tabla 6.</b> Cruce de variables entre la edad y el nivel de ansiedad en el Postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton  | 108 |
| <b>Tabla 7.</b> Comparación del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton             | 109 |
| <b>Tabla 8.</b> Estadístico descriptivo del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton | 110 |
| <b>Tabla 9.</b> Prueba de normalidad  | 112 |
| <b>Tabla 10.</b> Rangos   | 114 |
| <b>Tabla 11.</b> Estadísticos de prueba   | 115 |
| <b>Tabla 12.</b> La d de Cohen como tamaño de efecto del Pretest y Postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton   | 116 |

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Gráfica 1.</b> Distribución porcentual de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil, según el sexo                                 | 102 |
| <b>Gráfica 2.</b> Distribución porcentual de la muestra de trabajadores del del Sistema Nacional de Protección Civil, según la edad.                            | 104 |
| <b>Gráfica 3.</b> Comparación del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton | 111 |

## ÍNDICE DE ANEXO

|  |     |
|--|-----|
| <b>Anexo 1.</b> Modelo de consentimiento informado | 138 |
| <b>Anexo 2.</b> Modelo de carta de compromiso      | 139 |
| <b>Anexo 3.</b> Figura 1 - 2 y 3                   | 140 |

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC). El tipo de estudio fue explicativo, con un diseño cuasiexperimental, tomando un solo grupo y mediciones previas y posteriores a la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual. El programa constó de 12 sesiones de las cuales 10 fueron terapéuticas y dos para la aplicación del pretest y posttest. Cada sesión tuvo una duración de una hora. Para medir la ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton. La muestra estuvo conformada por 100 trabajadores de ambos sexos, seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados obtenidos demostraron que la Terapia Cognitiva Conductual fue efectiva en la disminución de la ansiedad en los trabajadores del SINAPROC.

**Palabras claves:** Ansiedad, terapia, cognitivo, conductual, Hamilton.

## ABSTRACT

This research aimed to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in reducing anxiety symptoms in workers of the National Civil Protection System (SINAPROC). The type of study was explanatory with a quasi-experimental design, with a single group and measurements before and after the application of Cognitive Behavioral Therapy. The program consisted of 12 sessions of which 10 sessions were therapeutic and 2 sessions for the application of the pretest and posttest. Each session lasted one hour. The Hamilton Anxiety Scale was used to measure anxiety. The sample consisted of 100 workers of both sexes, selected through non-probabilistic convenience sampling. The results obtained showed that Cognitive Behavioral Therapy was effective in reducing anxiety in SINAPROC workers.

**Keywords:** Anxiety, therapy, cognitive, behavioral, Hamilton.

## INTRODUCCIÓN

En Panamá los trabajadores que forman parte del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), tienen entre sus funciones, ayudar a proteger a la población de los daños ocasionados por desastres de cualquier origen. Entre sus trabajadores se encuentran los guardavidas que, para el año 2016, contaban con 280 funcionarios y 2 500 voluntarios brindando apoyo al país. Estos trabajadores enfrentan más de 4 000 amenazas y riesgos anuales. Sus funciones los ubica en playas, y,| cuando hay desastres naturales. También realizan apoyo en las diferentes actividades desarrolladas por el Estado como, por ejemplo, garantizando las medidas de bioseguridad en la operación Panavac-19 en los centros de vacunación. SINAPROC (2021).

El Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), creado mediante Ley N°22 del 15 de noviembre de 1982, es el ente de respuesta encargado de ayudar a proteger a la población de los daños ocasionados por desastres de cualquier origen. Para esto, coordina medidas destinadas a prevenir y reducir el impacto de las catástrofes, mitigar o neutralizar los daños que tales cataclismos pudiesen causar a personas y bienes, así como llevar a cabo acciones de respuesta a emergencias. (p.1).

El problema que se presenta en los trabajadores de SINAPROC es la ansiedad al momento de participar en los desastres naturales y sus actividades de búsqueda y rescate, así como también, la presión al momento de salvar vidas en las playas y balnearios. Esta ansiedad aumenta al enfrentarse con la realidad

de su función, al tener que integrarse activamente y como protagonista para salvar vidas en desastres naturales como derrumbes, crecidas de ríos, inundaciones, búsqueda de bañistas desaparecidos en ríos o playas y otras realidades que impliquen salvar vidas por situaciones naturales. Su función principal en la Institución es salvar vidas, de hecho, estos trabajadores reciben el nombre de guardavidas y por esta razón sus niveles de ansiedad son altos, es una gran responsabilidad que debe ser tratada con ayuda psicológica y psiquiátrica.

En tal sentido, la ansiedad siempre ha estado presente en los guardavidas de SINAPROC al estar presentes antes y durante los diferentes escenarios que ameritan salvar vidas, sin embargo, la ansiedad no ha sido tratada formalmente, ya que después de jornadas intensas de labores de búsqueda y rescate estos trabajadores necesitan ayuda psicológica inmediata para enfrentar la post ansiedad o estrés postraumático.

A pesar de que a estos guardavidas los capacitan para desarrollar esas funciones profesionalmente, estas se desvanecen en muchas circunstancias porque predomina el hecho de que son seres humanos y sus sentimientos generan aumento de la ansiedad, pues, después del evento, pueden presentar reacciones tales como: pesadillas recurrentes por hechos dantescos afectando su sueño; dolores de cabeza quedando expuestos a vivencias de muertes masivas o altas cuotas de sufrimiento humano, grandes demandas físicas y psicológicas que ponen a prueba su resistencia, coraje y capacidad técnica.

La ansiedad siempre estará presente en estos guardavidas, considerando que la ansiedad supone incertidumbre ante amenazas y ellos saben que al

momento de movilizarse ante un desastre natural sus vidas corren más peligro que aquellos que van a rescatar.

El problema es que no saben enfrentar la ansiedad; unos recurren a medicamentos como mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad, pero cuando este efecto pasa, se ven obligados a optar por otro tipo de ayuda como lo son las terapias con psicólogos o psiquiatras para minimizar su estado, por la culpabilidad de no haber podido salvar más vidas, o de duelo ante el fracaso de no haber salvado una vida en particular, o en su defecto, un momento crucial que su vida estuvo en peligro y fue rescatado por un guardavida o por otro.

Respecto a lo antes expuesto, Conde & Franch (1984), señalan que:

El trabajo con las personas más vulnerables, en este caso aquellas que se ven afectadas por una situación de emergencia que conlleva pérdidas humanas y materiales, se ven expuestos a expresiones de dolor, sentimientos de impotencia, sufrimiento, lo que se traduce a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en su bienestar personal, rendimiento en posteriores intervenciones y en su entorno social y familiar. (p.3).

Los trabajadores o guardavidas de SINAPROC presentan en diferentes niveles deterioro psicológico y emocional por la ansiedad que experimentan en sus labores de búsqueda y rescate y por situaciones vividas durante su intervención en desastres naturales, tales como: la búsqueda de desaparecidos en la comarca Ngäbe Buglé debido al deslizamiento de tierra por el paso del huracán ETA, lo mismo ocurrió en Cerro Punta Volcán Chiriquí cuando muchas personas quedaron atrapadas o incomunicadas producto de las inundaciones y deslizamiento de tierras, así como ocurrió con el paso del

Huracán IOTA.

(Barnhill, 2020) quien cita a Lifton (1967), fue uno de los primeros investigadores que se percataron del deterioro psicológico que se presentaba entre los integrantes de los equipos que intervenían en las operaciones de rescate, quien observó las reacciones emocionales duraderas destacando la impresión de la muerte, los sentimientos de culpa, en especial entre aquellos que ayudaron a las víctimas del bombardeo atómico de Hiroshima.

Es de suponer que los guardavidas de SINAPROC padecen de ansiedad severa y desbalances psicológicos porque no son revisados por especialistas para determinar los efectos postraumáticos de las experiencias de salvamento después de cada participación en diferentes eventos. Los resultados de estos chequeos permiten identificar diversos estímulos a los que se ven sometidos los equipos que responden a las emergencias y desastres para de esta manera poder entender los niveles de ansiedad y estrés presentes en los trabajadores.

Lo expuesto conduce a desarrollar un trabajo que se presenta en cinco capítulos, el primero corresponde al marco teórico en que se sostiene la investigación.

El capítulo segundo se muestra la metodología que se implementó para el logro de los objetivos. En el capítulo tercero se exponen y analizan los resultados obtenidos en el trabajo de campo. El cuarto capítulo corresponde a la discusión

de los resultados obtenidos. En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. Se finaliza el trabajo con las referencias bibliográficas que fueron de utilidad para llevar a cabo este estudio.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## **1. Marco Teórico**

### **1.1 Antecedentes**

La terapia cognitivo-conductual constituye un enfoque de tratamiento que intenta modificar las conductas y emociones disfuncionales influyendo sobre los procesos de evaluación e interpretación cognitiva del paciente.

Los antecedentes que a continuación se presentan, han sido agrupados de acuerdo con las variables del tema investigado.

#### **1.1.1. Antecedentes Nacionales**

Pineda (2019) llevó a cabo la investigación *“Intervención Psicológica en pacientes que laboran en la Policía Nacional de Panamá que asisten a la Clínica a la sección de psicología”*. El objetivo fue aplicar las intervenciones psicoterapéuticas a los miembros de la Policía Nacional que son referidos durante la labor de práctica.

La muestra estuvo conformada por cinco individuos, (tres masculinos y dos femeninas), en edades de 28 a 56 años, a los cuales se les ofreció atención por parte de la sección de psicología de la Policía Nacional. Se aplicó el MMPI-RF-2- reestructurado, un instrumento de evaluación de alto rango que mide las características psicopatológicas del individuo y su personalidad y el 16PF-5, considerada una de las pruebas más reciente que muestra una imagen profunda de la personalidad tanto en el área profesional, como personal.

Los resultados indicaron que el 29% de las atenciones están diagnosticadas por violencia doméstica, un 29% por ansiedad, depresión mayor un 14%, colopatía el 14% y situaciones de pareja el 14%. Partiendo de los diagnósticos, se les aplicó los siguientes tratamientos psicoterapéuticos acorde a las necesidades individuales de la población beneficiaria, como la terapia cognitiva conductual, de corte psicodinámico e intervenciones psicoeducativas a pacientes con problemas de violencia doméstica, depresión mayor, descontrol emocional. En la población atendida se observó, posteriormente cambios significativos en el estado del humor donde manifestaban estar más relajados y con pensamientos positivos, mejoras en las relaciones laborales y de pareja.

Vásquez (2019) llevó a cabo el estudio "*Manejo emocional en pacientes con problemas emocionales, a través de la terapia cognitiva - conductual con asimilación integrativa*". Este trabajo consistió en un programa de intervención psicológica a través de la Terapia Cognitiva Conductual con asimilación integrativa para el manejo de las emociones, buscando observar su efecto en personas con problemas emocionales. Se organizó en 12 sesiones y se utilizó intervenciones y técnicas de diversos modelos psicoterapéuticos, tomando como base el modelo cognitivo conductual. El tipo de estudio fue explicativo, con un diseño cuasiexperimental y un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, el Cuestionario de Malestar Sintomático SCL-90-R, y el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso como indicadores de la eficacia del programa y, como componente agregado, se elaboró un blog con

documentación del tratamiento que sirvió para registrar el progreso de los pacientes sesión por sesión, además de servir como fuente de documentación para la formación de los pacientes. A través del análisis estadístico se observó que, en el nivel de Ansiedad-Estado, es decir el nivel inicial de agitación que los pacientes presentaron al momento de realizar la prueba disminuyó, mientras que en el postest se pudo observar una disminución después del programa, situándose en un nivel de ansiedad-Estado bajo.

Por otro lado, se observó que en la ansiedad-Rasgo, los pacientes presentaron una puntuación que refleja un nivel de ansiedad alto en el comportamiento general. Al compararlo con el postest, se observó una disminución significativa, llegando a un nivel medio de ansiedad en el comportamiento general. Todo esto nos indica que el programa ayudó a disminuir los síntomas de la ansiedad en las respuestas conductuales.

Acuña (2018) realizó la investigación titulada “*Terapia Cognitivo Conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa*”.

Es una investigación cuasi-experimental con diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo y estudio de caso; se realizó en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo con un muestreo intencional de cinco embarazadas primigestas entre 19 a 25 años que asistían a su control prenatal, todas pertenecientes al distrito de San Miguelito y con niveles de ansiedad clínicamente significativo, medido por el Inventario de Ansiedad rasgo — estado (IDARE); se

realizaron 8 sesiones terapéuticas: cinco sesiones individuales de terapia cognitivo conductual y tres sesiones grupales; cada una fue aproximadamente de 50 minutos.

Como resultado se obtuvo que sí se presentó efectividad, ya que se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y el Post-Test, es decir que, después del tratamiento, las participantes demostraron niveles de ansiedad significativamente menores que antes del tratamiento; en el Post-Test se destaca una disminución significativa de la puntuación que mide el estado de ansiedad, lo que sustenta la Hipótesis de que el tratamiento redujo significativamente los niveles de ansiedad.

Samaniego (2018) *llevó a cabo el estudio "Terapia de grupo orientada Cognitiva Conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la Región de Panamá Oeste, 2018"*. El tipo de estudio fue explicativo con diseño pre experimental, con pretest y posttest a un solo grupo, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de intervención grupal orientada cognitiva-conductualmente sobre los niveles de ansiedad estado en docentes de escuelas oficiales que residen en la región de Panamá Oeste. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y de forma voluntaria. La muestra estuvo conformada por doce (12) docentes (siete mujeres y cinco hombres), cuyas edades oscilaban entre los 30 años y 56 años, con distintas especialidades a saber: maestros de grado y profesores de premedia y media de asignaturas especiales (inglés, música, informática, contabilidad y física). Se midió la

ansiedad-estado a través del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Spielberger y se realizó una entrevista clínica a cada participante. Se efectuaron ocho (8) sesiones de terapia de grupo en donde, además de la conceptualización y empleo de técnicas cognitivas-conductuales, se enfatizó en el poder de la vinculación para superar dificultades y se integró con técnicas lúdicas.

Se analizaron los datos a través de estadísticas descriptivas para plasmar, cómo antes de la intervención terapéutica los docentes obtuvieron una puntuación T en el IDARE correspondiente a un nivel de ansiedad alto o muy alto, y después de la intervención obtuvieron puntajes T correspondiente a un nivel de ansiedad muy bajo o promedio. Desde las estadísticas inferenciales se utilizó la prueba de hipótesis t de Student para dos muestras dependientes obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ( $p$  valor=0.00) lo cual constata que el programa de terapia de grupo aplicado disminuyó el nivel de ansiedad-estado en los participantes.

Garzón (2015) presentó la investigación *“Arteterapia cognitiva conductual para el tratamiento de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos de la Asociación Nacional Contra el Cáncer, Capítulo de Veraguas”*. Tuvo como objetivo conocer los efectos de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos que acuden a la Asociación Nacional contra el Cáncer, capítulo de Veraguas. Esta responde a una investigación de tipo cuasiexperimental, diseño de pretest y

postest con grupo control. Para tal fin, se seleccionó una muestra de 16 pacientes, que después de ser evaluados mediante los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck, y constatar que presentaron los niveles considerables de las variables en estudio, fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos, control y experimental, de manera que 8 sujetos formaron el grupo control y ocho (8) el grupo experimental. Este último, sometido a un tratamiento de arteterapia cognitiva-conductual que se desarrolló en 11 sesiones aplicadas una vez por semana, con duración de dos horas cada una.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante la prueba t de Student para datos independientes a un nivel de significancia del 0.05. En el resultado de la prueba de ansiedad resultó que los niveles de ansiedad no disminuyeron de manera significativa. En la escala de depresión se concluyó que existe suficiente evidencia estadística para indicar que pacientes con cáncer disminuyeron sus niveles depresivos después del tratamiento. Los sujetos tuvieron una buena disposición a participar del tratamiento, puesto que para la mayoría era la primera vez que tenían contacto con materiales artísticos y la oportunidad de contar con un entorno de confianza para la expresión de pensamientos y emociones.

### **1.1.2. Antecedentes Internacionales**

López (2022) realizó en México la investigación titulada *“Intervención cognitivo — conductual en pacientes asistentes a psicoterapia: ansiedad,*

*depresión, autoestima, satisfacción con la vida y relaciones familiares*". El objetivo era valorar la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual, en la disminución de la sintomatología de ansiedad y depresión, así como el aumento de los niveles de autoestima, satisfacción con la vida y relaciones intrafamiliares. Se utilizó una muestra de dieciséis pacientes que se encontraban en tratamiento activo, atendidos en una clínica de psicología en modalidad ambulatoria. El diseño de intervención fue de un grupo muestreado por conveniencia, aplicando pruebas antes y posterior al tratamiento.

Para la medición de las variables, se utilizaron las pruebas BAI (Inventario de ansiedad de Beck), BDI-II (Inventario de depresión de Beck-2), escala de autoestima de Rosenberg, escala de satisfacción con la vida y el inventario de evaluación de las relaciones intrafamiliares. Los pacientes mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables a intervenir: ansiedad ( $z = 3.51$ ;  $p = .000$ ), depresión ( $z = 3.51$ ;  $p = .000$ ), autoestima ( $z = 3.51$ ;  $p = .000$ ), satisfacción con la vida ( $z = 3.18$ ;  $p = .001$ ), expresión familiar ( $z = 3.10$ ;  $p = .002$ ), unión familiar ( $z = 2.60$ ;  $p = .009$ ), y dificultades familiares ( $z = 2.44$ ;  $p = .015$ ). Los resultados de esta investigación indicaron que la terapia cognitiva conductual demostró eficacia en la muestra estudiada.

Velázquez, Bonilla y Padilla (2018) llevaron a cabo un estudio en México titulado "*Efectos de una intervención cognitivo conductual en la ansiedad y depresión en médicos internos de pregrado*". El objetivo de esta investigación fue

evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa y depresiva reportada por médicos internos de pregrado (MIP) de un Hospital General de tercer nivel de la ciudad de México. Se realizó un estudio cuasiexperimental, pretest/postest, donde participaron 40 sujetos, (55% hombres, 45% mujeres), en su mayoría solteros con un promedio de edad de 23.5 años, sin enfermedades reportadas, evaluados mediante los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

La intervención se desarrolló en 8 sesiones, una por semana, de 180 minutos cada una. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas y la r de Pearson. Mediante el análisis se determinó que la intervención tuvo efectos positivos sobre la sintomatología de ansiedad ( $t = -4.199$ ,  $gl=39$ ,  $p=.000$ ) y depresión ( $t=-7.703$ ,  $gl=39$ ,  $p=.000$ ). Se encontró una relación positiva entre la ansiedad y depresión ( $r_p = 0.602$ ,  $p < 0.05$ ). Los hallazgos permiten apuntar a la necesidad de atender diversos elementos de la salud mental de este sector de la población mediante un programa de prevención y detección psicológico.

Rodríguez (2017) llevó a cabo un estudio en España titulado "*Evaluación y tratamiento Cognitivo-conductual y Metacognitivo del trastorno de Ansiedad Generalizada y sus trastornos comórbidos*". El objetivo general de este trabajo consistió en conocer y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastornos comórbidos, tales como el trastorno depresivo mayor, distimia, la fobia social y la

hostilidad. Entre los instrumentos utilizados Anxiety Disorders Interview Schedule para el DSM-IV (ADIS-IV-L) de Di Nardo, Brown, y Barlow (1994), Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006). La muestra total estuvo conformada por 33 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, siendo mujeres un 63.6% y hombres el 36.4%. La edad media de los participantes fue de 39.1 (DT =11.6), con una moda de 29 y un rango de 19 a 66 años.

Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo de conveniencia, siguiendo los intereses de esta, aunque la asignación a cada uno de los grupos fue realizada de manera aleatoria. Se ha desarrollado un diseño cuasiexperimental con dos grupos, uno de tratamiento y un grupo control de lista de espera. Los controles metodológicos para poner en práctica en el diseño fueron los propios de un estudio de grupos. Los resultados de este estudio han permitido demostrar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la preocupación y la ansiedad. Además, su eficacia en la disminución de la intolerancia a la incertidumbre representa una aportación importante al enfoque transdiagnóstico y de transterapia en psicología. En este sentido el Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo propuesto en este trabajo es un programa de intervención que podría aplicarse a un amplio rango de trastornos diferentes.

Ventura (2015), llevó a cabo una investigación titulada "*Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno*

*de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco*”, España. El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo — Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales). Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue cuasiexperimental con mediciones pretest y postest. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo — Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

Nuevo y Montorio (2005) realizaron una investigación en España titulada *“Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores”*. Este estudio tuvo un diseño cuasiexperimental donde se analizó la efectividad de un programa psicoeducativo dirigido a la reducción de la preocupación excesiva en personas mayores mediante la discusión y práctica de habilidades de solución de problemas, relajación muscular, control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación.

Una muestra de 17 personas de entre 55 y 80 años asistió a ocho sesiones semanales de 90 minutos y 24 formaron el grupo control. La efectividad del

programa para reducir el nivel de preocupación excesiva en los participantes se valoró en dos momentos temporales (pre-post) mediante la aplicación de los siguientes instrumentos de autoinforme: una versión reducida a 11 ítems (tipo Likert, 1-5) del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) (Meyer et al., 1990), la Escala de Metapreocupación (MW) es una subescala del Inventario de Pensamientos Ansiosos (Wells, 1994) y Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (WAQ) (Dugas, Freestón, Lachauce, Provencher y Ladouceur, 1995).

Se evaluó preocupación-rasgo, severidad de la ansiedad generalizada y meta preocupación antes y después del programa. No hubo diferencias en las puntuaciones previas entre grupos ni en estas variables, y tampoco en variables sociodemográficas. Sin embargo, tras el programa, el grupo clínico obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en preocupación-rasgo y severidad de la ansiedad generalizada, pero no en metapreocupación.

El tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) fue aceptable para la preocupación rasgo ( $d = 0,75$ ) y para la severidad de la ansiedad generalizada ( $d = 0,59$ ) y reducido para la meta preocupación ( $d = 0,25$ ). El efecto prepost y el porcentaje de cambio fueron, en cambio, elevados para todas las variables en el grupo experimental y prácticamente nulos en el grupo control, de modo que el programa realizado resultó ser eficaz en la reducción de la preocupación excesiva en las personas mayores.

## 1.2 Ansiedad

La ansiedad es una parte de la existencia humana; todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo esta una respuesta adaptativa. Sierra, Ortega, & Zubeidat (2003), señalaron que la ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología, sin embargo, su incorporación es tardía, siendo tratado solo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan, ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Marks (1986), menciona que, si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de este en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

En 2015, según cifras entregadas por la Organización Mundial de la Salud

(OMS), en todo el planeta había unos 264 millones de personas afectadas por trastornos de ansiedad. En muchos casos, la ansiedad es una reacción normal, e incluso, justificada del organismo, pues sirve para protegernos del peligro. Un trastorno de ansiedad, sin embargo, se presenta en situaciones donde el peligro brilla por su ausencia.

Wagner (2019) indica que, desde el punto de vista meramente racional, la ansiedad en los casos patológicos carece de fundamento, aun así, afecta profundamente a los pacientes. Hay distintos tipos de trastornos de la ansiedad, entre los que se incluyen, por ejemplo, las fobias. Uno de los más complejos es el trastorno de ansiedad generalizada. Mientras en una fobia la ansiedad está relacionada con situaciones u objetos concretos (por ejemplo, el miedo a las arañas o a volar), en los trastornos de ansiedad generalizada la situación es mucho menos específica. Es como una compañía constante, una sombra que se esconde en cada esquina y que en cualquier momento.

(Wagner, 2019). Esto no significa que la gente que lucha contra esta enfermedad se encuentra en un estado de calamidad permanente, para muchos de los afectados, el estrés permanente es la norma y nada más. La probabilidad de que un paciente sufra un trastorno de ansiedad depende de varios factores. Por ejemplo, las mujeres tienen el doble de posibilidades de experimentar esta dolencia en comparación con los hombres. Algunas personas son incluso genéticamente más susceptibles al estrés y a la ansiedad. El entorno ambiental

y las experiencias traumáticas también pueden jugar un rol importante en el desarrollo de estos trastornos.

(Wagner, 2019). Los síntomas habituales incluyen fatiga, problemas para dormir y dificultades digestivas. Cualquier persona que sienta que no puede salir del marde preocupaciones y temores por más de seis meses, debería buscar la ayuda de un especialista. Además, algunos pequeños cambios en la vida cotidiana podrían volver a tener un efecto positivo a la hora de combatir los síntomas.

### **1.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5**

En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad.

Según Tortella (2014) las modificaciones que aparecen en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad (TA), con respecto a su edición previa (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), pueden condensarse en cinco grandes epígrafes:

- Primero: la inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban

en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. Este último diagnóstico, en la práctica, sigue reservado para edades tempranas, mientras que para la ansiedad por separación se reconoce que el trastorno puede darse en la edad adulta y tener su inicio después de los 18 años. Los aspectos centrales de los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos, aunque para el TA por separación, se ha adaptado su redacción para las presentaciones en la edad adulta y no únicamente en niños y adolescentes.

- Segundo: aunque sigue reconociéndose su estrecha relación con los TA, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo, han dejado de pertenecer a esta clase diagnóstica para ubicarse, el primero, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) y los últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.
- Tercero: centrándonos en los que se mantienen dentro de los TA las modificaciones más relevantes son: 3.a., las crisis de angustia, para las que se mantienen sus descriptores sin cambio alguno, se consideran una especificación potencialmente aplicable a cualquier TA y a muchos otros trastornos psicopatológicos. En cuanto a los tipos de crisis de angustia, se

han limitado dos tipos: crisis esperadas e inesperadas, en sustitución de las tres categorías contempladas en el DSM-IV (situacionales, predisuestas). 3. b., el Trastorno de Angustia y la Agorafobia se originan en diagnósticos independientes sin ligazón alguna, a diferencia de lo que contemplaba el DSM-V, donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes (Trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia). 3.c., tanto para el diagnóstico de Agorafobia como para los de Fobia específica y Trastorno de Ansiedad Social (denominada Fobiasocial, en la versión precedente del Manual). 3.d., por lo que respecta al Trastorno de Ansiedad Social, además de lo indicado en el epígrafe anterior, se ha eliminado la especificación “generalizada”, que ha sido reemplazada por la de “relacionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público.

- Cuarto: Los capítulos dedicados a cada uno de los TA específicos, además de detallar sus características clínicas y los criterios diagnósticos (que se resumen muy sucintamente en la tabla 1), incluyen información, como se ha hecho para todos los trastornos que contempla el DSM-5, sobre los factores de riesgo y relacionados con el pronóstico (temperamentales, ambientales y genéticos fisiológicos) y sobre el curso y evolución –incorporando observaciones más detalladas sobre las

diferencias que pueden encontrarse en sus manifestaciones según el momento del ciclo vital en que aparezca— que expanden notablemente la información sobre esas cuestiones respecto a lo que se venía haciendo en versiones previas del Manual.

- Quinto: como sucede también para otros trastornos psicopatológicos, el DSM-5 ha incorporado una serie de instrumentos de evaluación para la cuantificación de las manifestaciones clínicas. Aparecen con el nombre de “medidas emergentes” y se advierte que todavía deben ser objeto de más investigación para valorar su adecuación clínica. Se han incorporado con el objetivo, por una parte, de que la cuantificación por escalas ayude en la toma de decisiones diagnósticas y reduzca el peso del juicio clínico más subjetivo y, por otra parte, de avanzar hacia concepciones más dimensionales, o al menos, no exclusivamente categoriales, de las entidades psicopatológicas.

#### **1.4 Grupos de trastornos del DSM-5**

Para Silva & Jerez (2014), los grupos de trastornos de acuerdo con el DSM-5 son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.

6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafilicos.
18. Trastornos de personalidad.

### **1.5 Clasificación de Enfermedades relacionados con la salud (CIE-11)**

Según Gallego & Gómez (2021), en junio de 2018, la OMS aprobó su versión prefinal de la 11ª revisión de la clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Está establecida la fecha de su entrada en vigor el 1 de enero de 2022.

El Departamento de Salud Mental y de Uso de Sustancias de la OMS, se ha encargado de coordinar el desarrollo de cuatro capítulos de la CIE-11: trastornos mentales, conducta y neurodesarrollo; sueño-vigilia; enfermedades del sistema nervioso; y trastornos relacionados con la salud sexual (en conjunto con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones de la OMS).

Además, desarrolló para los profesionales de la salud mental las Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas (CDDG) de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la CIE-11, informalmente conocidas como el “libro azul”, que tienen como finalidad su uso clínico general educativo y de servicio.

Para cada trastorno se proporcionó una descripción de las principales manifestaciones clínicas y asociadas, seguida de guías diagnósticas más operacionalizadas que fueron diseñadas para ayudar a los profesionales clínicos de la salud mental a establecer un diagnóstico seguro. El Departamento publicará una versión equivalente a las CDDG para la CIE-11 lo más pronto posible después de la aprobación del sistema general por la Asamblea Mundial de la Salud.

Cabe destacar que una de las metas fue minimizar las diferencias aleatorias o arbitrarias entre la CIE-11 y el DSM-5, aunque se han permitido diferencias conceptuales justificadas. Uno de los principales cambios en el diagnóstico de la CIE-11 es que se evitan los umbrales arbitrarios y requisitos precisos relacionados con los números de síntomas y su duración. Este enfoque se ajusta más a la forma en que los profesionales clínicos establecen diagnósticos en la práctica habitual.

A continuación, se presentan las principales novedades apreciadas tras la lectura de la CIE-11 publicada en la página de internet de la OMS (WHO, 2020):

- Se incorporan nuevos grupos diagnósticos: los trastornos afectivos inducidos por sustancias y los síndromes secundarios del estado de ánimo.
- Se consideran trastornos afectivos inducidos por sustancias aquellos en los que se desarrollan síntomas durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia adictiva y su duración e intensidad son superiores a los trastornos del estado del ánimo característicos de la intoxicación por tal sustancia. No se pueden explicar por un proceso primario (no aparecen previamente al consumo de la sustancia ni duran tan prolongadamente después del consumo).
- Los síndromes secundarios no quedan excluidos de la clasificación de los trastornos afectivos. Antes entraban en el grupo de F06.3 (Trastornos del humor orgánicos) dentro del grupo trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. Estos síndromes se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio.
- Aparecen como subcategorías en los trastornos depresivos y bipolares los términos de remisión parcial y remisión total, dando importancia a la respuesta al tratamiento y evolución de dichos trastornos. En la remisión

parcial, ya no se cumplen todos los criterios que definen el trastorno, pero permanecen algunos síntomas.

- Desaparece la categoría diagnóstica de episodio maniaco fuera del trastorno bipolar. La presentación de un episodio maniaco es definitoria de trastorno bipolar, que en este caso habría de diagnosticarse de trastorno bipolar tipo I, episodio actual maniaco.
- Se incluye como división en la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares los tipos I y II. El tipo II se caracteriza por la existencia de episodios depresivos e hipomaniacos, nunca maniacos ni mixtos.
- Se crea la nueva categoría de trastorno mixto de ansiedad y depresión dentro de los trastornos depresivos. Este se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo.

La CIE-11 incorporó una serie de novedades importantes como las nuevas entidades como el trastorno mixto de ansiedad y depresión o el trastorno bipolar tipo 2. Se tiene en cuenta el factor de comorbilidad sobre todo con la

ansiedad, de curso (remisión parcial, remisión completa, ciclación rápida, persistencia) y de épocas especiales como el embarazo y el puerperio o la estacionalidad. Se amplían con grupos que anteriormente eran excluidos como los trastornos secundarios del estado de ánimo y los inducidos por sustancias.

Respecto a los criterios diagnósticos se deja atrás la rigidez de cumplir una serie de números de síntomas, lo que se aproxima más al diagnóstico clínico habitual; la gravedad está más centrada en el criterio de afectación de la funcionalidad y se sigue con la diferenciación entre bipolar y monopolar como división fundamental de estos trastornos.

- **El trastorno de pánico:** categorizado como tal en el DSM-5 (Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales), se caracteriza por la presencia de ataques de pánico imprevistos y recurrentes (2 o más). Además, la persona siente una preocupación continua por volver a padecerlos, o por las consecuencias de estos. Las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad que se utilizan en el caso de este trastorno incluyen dos terapias clásicamente conocidas: el tratamiento del control del pánico de Barlow y la terapia cognitiva de Clark.
- **La agorafobia:** es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por el miedo a estar en lugares públicos o en situaciones donde es difícil recibir ayuda en caso de padecer un ataque de pánico o “escapar”. Así, el miedo

aparece ante los lugares públicos, no abiertos, como se piensa popularmente.

- **Las fobias específicas:** se caracterizan por el miedo excesivo e irracional a estímulos, objetos o situaciones “inofensivas”, o que no tendrían por qué causar tales niveles de miedo y ansiedad. Por ejemplo, sería la fobia para volar, la fobia a los insectos, a las serpientes, a los payasos, a la oscuridad, etc.
- **La fobia social:** implica una ansiedad excesiva ante situaciones sociales que impliquen exponerse a los demás, una interacción con otras personas, estar en fiestas, iniciar conversaciones, exponer un trabajo en público, etc.
- **El trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** consiste en la presencia de un estado de preocupación y nerviosismo excesivos en relación con diversas actividades o acontecimientos. Las personas afectadas sufren ansiedad la mayoría de los días durante un periodo de seis meses o más.

López (2020), señala que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva acerca de múltiples acontecimientos o actividades.

A esta preocupación la llamamos anticipación aprensiva porque consiste en anticipar supuestos acontecimientos adversos (que tienen una baja o muy baja probabilidad de ocurrir) además, la intensidad de la preocupación es desproporcionada al impacto real del supuesto suceso o a la probabilidad de que ocurra.

Sin embargo, la persona no es capaz de controlar dicha preocupación y el pensar en ella le interfiere en la realización de otras tareas inmediatas. De acuerdo con Ruíz (2018), el TAG implica una preocupación crónica, inespecífica y que en múltiples situaciones de la vida cotidiana aparece una especie de “ansiedad flotante”.

Este trastorno de ansiedad es el segundo más prevalente de los trastornos de ansiedad en la población general:

- La persona afectada está ansiosa y preocupada por diversos temas, actividades y situaciones, y no por un único tipo de asuntos.
- Para establecer el diagnóstico de este trastorno, la ansiedad ha de ir acompañada de otros síntomas, como, por ejemplo, tendencia a cansarse con facilidad, dificultad para concentrarse y tensión muscular.
- El tratamiento consiste en una combinación de fármacos (generalmente ansiolíticos y a veces antidepresivos) y psicoterapia.

El trastorno de ansiedad generalizada es un tipo frecuente de que presenta

una prevalencia anual cercana a un 3% de la población adulta. Las mujeres tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir este trastorno. A menudo comienza en la infancia o en la adolescencia, pero su inicio puede darse a cualquier edad. En la mayoría de las personas el trastorno tiene un curso fluctuante, con empeoramiento en periodos de estrés, y persiste a lo largo de muchos años. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan un estado de preocupación o malestar constante que les resulta difícil de controlar.

La intensidad, frecuencia o duración de la preocupación es mayor a la situación. Las preocupaciones son de carácter general y pueden referirse a diversos temas, si bien es frecuente que con el tiempo vayan pasando de un tema a otro. Entre las preocupaciones habituales se incluyen, según Barnhill (2020), las responsabilidades laborales y familiares, el dinero, la salud, la seguridad, las reparaciones del automóvil y las labores domésticas. En este mismo orden de ideas, las personas con Trastorno de ansiedad generalizada tienen la sensación de estar con los nervios de punta todo el tiempo, atrapados en un estrés que no desaparece o con una inquietud persistente. Esta ansiedad tiene las cualidades de ser excesiva, persistente e injustificada y puede aparecer por cuestiones cotidianas como el dinero, la familia, la salud, el trabajo o las relaciones. La ansiedad es persistente cuando no desaparece, es excesiva si es mayor que la que sentiría otra persona en la misma situación y es injustificada cuando no es proporcional.

López (2020), señala también que las personas con TAG pueden llegar a ser conscientes y reconocer la desproporción y exageración de su preocupación, pero no lo pueden evitar. Consideran que está fuera de su control y no saben cómo parar de preocuparse. Como bien sabemos, la psicología es aquella disciplina encargada de orientar y ayudar a las personas que se encuentran atravesando algún tipo de problema emocional, y la ansiedad es uno de los problemas más comunes que suelen aparecer. La Terapia Cognitivo-Conductual es una de las ramas de la psicología que ha demostrado tener más eficacia para la cura de la ansiedad y propone una serie de técnicas que tienen como objetivo eliminarla.

Por ejemplo, las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad utilizadas para el TAG, en concreto, son técnicas consideradas eficaces e incluyen algunos de los siguientes componentes: psicoeducación, técnicas de solución de problemas, cuestionamiento de que las preocupaciones sean peligrosas y de la utilidad de las preocupaciones, exposición en imaginación a los peores miedos, relajación aplicada y mantenimiento de los logros y prevención de recaídas.

## **1.6 Terapia Cognitivo Conductual**

El abordaje cognitivo—conductual ha alcanzado mayor porcentaje de resultados favorables en la atención y tratamiento del TEPT. Esta técnica conductual implica el trabajo con cogniciones, para modificar emociones, pensamientos y conductas. La terapia cognitivo-conductual consiste en la identificación y modificación de las ideas erróneas o pensamientos automáticos (aspectos cognitivos) y las conductas no deseadas, limitadas o condicionadas por la ansiedad o el temor (aspectos conductuales), que generan síntomas y circunstancias que propician el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad [CENTROIMA], 2003).

El tratamiento se caracteriza por su brevedad y focalización. El uso de tiempo es limitado y ajustado hacia el logro de los objetivos trazados; su duración está determinada de acuerdo con el diagnóstico, historia personal, evolución de la enfermedad, habilidades personales, etc. A la vez, precisa su atención al problema identificado, conforme a las causas y consecuencias existentes, brindando información acerca de técnicas en el manejo, control y disminución de los síntomas.

## **1.7 Técnicas Cognitivas Conductuales para tratar la Ansiedad**

### **1.7.1 Técnicas cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad**

Para Ruíz (2018), la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la

población mundial es muy alta, algunos estudios los consideran los trastornos mentales más prevalentes, y otros como los segundos. Las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad son de las más empleadas para este tipo de trastornos. Estos pueden ser de diferentes tipos e implicar desde la presencia de una ansiedad generalizada en el día a día (trastorno de ansiedad generalizada o TAG), hasta la presencia de ataques de pánico (trastorno de pánico) y el miedo constante a padecerlos y no poder recibir ayuda (agorafobia), o el miedo irracional a un estímulo, objeto o situación específica (fobia específica). Belloch, Sandín, & Ramos (2010) señalan que también se considera un trastorno de ansiedad la fobia a las situaciones sociales (fobia social).

Como vemos, existe una gran variedad de trastornos de ansiedad. Los tratamientos empleados para ellos también varían, y nos encontramos con opciones farmacológicas (ansiolíticos, antidepresivos...) y por supuesto, psicológicas. Los tratamientos psicológicos más frecuentemente empleados son, junto a las técnicas de relajación, las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad. Vamos a ver qué tipo de técnicas psicológicas de corte cognitivo-conductual se pueden emplear para cada tipo de trastorno.

#### **1.7.1.1 Tratamiento del control del pánico de Barlow**

Este tratamiento incluye un componente educativo destacado. En cuanto a sus características, el tratamiento incluye la exposición sistematizada a sensaciones interoceptivas (sensaciones que provienen de los órganos internos

del cuerpo), similares a las que se producen en un ataque de pánico. El tratamiento incluye también la técnica de reestructuración cognitiva, que tiene el objetivo de modificar las creencias erróneas del paciente acerca del pánico y de la ansiedad. Finalmente, incluye un entrenamiento en respiración y/o relajación, así como tareas para casa. Cabe mencionar que las técnicas de respiración y/o relajación que emplea no se ha demostrado que sean eficaces como componente aislado. En definitiva, técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad que propone Barlow en su terapia enfatizan la exposición a las sensaciones perceptivas (y de hecho es la característica que la diferencia de la terapia cognitiva de Clark).

#### **1.7.1.2 Terapia cognitiva de Clark**

También llamado programa de terapia cognitiva, en cambio, enfatiza el componente cognitivo. Esta terapia se centra en trabajar las cogniciones catastrofistas del paciente, tales como “no podré respirar”, o “me ahogaré”. También incluye el sometimiento a prueba, por parte del paciente, de sus interpretaciones catastrofistas, y el reemplazo por otras interpretaciones más realistas.

Por otro lado, incluye también la inducción de sensaciones temidas, a través de “experimentos” como la focalización de la atención, con el objetivo de mostrar las posibles causas de las sensaciones que tiene el paciente. Finalmente, en las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad de Clark, el

terapeuta recomienda al paciente que abandone las conductas de seguridad, como, por ejemplo, “ir siempre acompañado”, “llevar amuletos”, etc., con la finalidad de que desconfirme las predicciones negativas de las consecuencias de los síntomas que tiene.

Las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad utilizadas en el caso de la agorafobia incluyen la terapia cognitivo conductual (TCC), que, a su vez, suele incluir los siguientes componentes: educación sobre la ansiedad y el pánico (psicoeducación), respiración controlada, reestructuración cognitiva, autoexposición en vivo, exposición interoceptivo y registros. Su eficacia puede disminuir si se reduce el tiempo dedicado a la exposición en vivo. Este tipo de terapia suele producir que sientan menos abandono y menos recaídas en ataques de pánico, las técnicas de exposición en vivo aisladas. (Ruíz, 2018)

### **1.7.2 En las fobias específicas**

En el caso de estas fobias, las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad que se emplean incluyen algunos tratamientos, tales como la terapia racional emotiva (TRE) de Ellis, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia racional sistemática de Goldfried. Este tipo de terapia (TCC) para la fobiaespecífica, pretende que la exposición al estímulo fóbico se haga con la menor ansiedad anticipatoria posible, junto con atribuciones más adaptativas y realistasde las reacciones del paciente.

Las técnicas cognitivo-conductuales para la ansiedad utilizadas para la fobia social incluyen la clásica terapia cognitivo conductual, que generalmente, se combina con el empleo de antidepresivos. En esta terapia se aplican técnicas cognitivas junto con la exposición (elemento fundamental) a situaciones sociales, esto se hace tanto en las sesiones terapéuticas como en las tareas para casa.

Pérez, Fernández, Fernández, & Amigo (2010), señalan que los tratamientos específicos de corte cognitivo-conductual que podemos encontrar para el TAG son: el tratamiento de Brown & col., el tratamiento de Barlow, el de Dugas y el de Wells. Las terapias cognitivas buscan que el paciente cuestione sus propios pensamientos para luego establecer un modo para modificarlos; a diferencia de la terapia conductual, la cual busca modificar la conducta del individuo a través de técnicas de reforzamiento.

Para Blanco, Ornelas, Barrón, y Rodríguez (2017) los desórdenes psicológicos son universales y parecen incrementar con el ritmo de vida actual. Rodríguez, Kohn, & Aguilar, (2009) indicaron que en América Latina y el Caribe los trastornos mentales con mayor prevalencia en personas mayores de 15 años fueron la depresión, la distimia, el estrés postraumático y la ansiedad generalizada, según datos de la Organización Panamericana de la Salud.

La Investigación realizada por Ponce, Chacón, y Núñez (2021) titulada *“Terapia cognitivo - conductual computarizada, en pacientes ansiosos de 15 a 65*

*años del Centro de Salud San Sebastián — Cusco, 2020*”, utilizó una metodología de tipo descriptiva, no experimental de corte transversal, aplicando una entrevista a 100 pacientes entre 15 a 65 años que padecen de ansiedad. Los autores concluyeron que se evidenció datos significativamente parecidos a los obtenidos en el trabajo realizado por Steven Hollon (2016), quien encontró que los pacientes optimistas con estrategias de afrontamiento orientadas al abordaje podrían beneficiarse más de CCBT, mientras que CCBT & TAU podrían ser la opción más adecuada para aquellos con características de vulnerabilidad más severas. (p.1)

Los hallazgos de esta investigación indican que los niveles de ansiedad varían entre las edades, por ejemplo, entre 41 y 50 años son los que más padecen ansiedad. Por otra parte, Flores (2021), en su investigación titulada *“Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo”*, aporte práctico compuesto de 12 sesiones de 60 minutos, aplicando técnicas cognitivas conductuales bajo los principios de Aron Beck y Ellis, causa gran impacto y resultados positivos.

Los hallazgos se basan en que predomina en los adolescentes del nivel secundario, pensamientos irracionales o desadaptativos que les genera angustia y depresión, por lo tanto, se requiere la intervención mediante un programa cognitivo conductual que contribuya para manejar estas ansiedades.

Habigzang, Ferreira y Maciel (2019) en su investigación titulada "*Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples*". Participaron cuatro mujeres con historia de violencia conyugal y síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El proceso terapéutico fue descrito usando las técnicas y recortes clínicos provenientes de los registros de las sesiones, los síntomas fueron evaluados antes y después de la intervención.

Los resultados indican que las técnicas utilizadas se mostraron adecuadas para disminución de los síntomas. Los autores concluyeron en que el estudio corrobora la literatura, presentando evidencias iniciales de efectividad de un protocolo de TCC para el tratamiento de mujeres en situación de violencia conyugal (p.2).

Ordaz y Bennett (2019), en su investigación titulada "*Integración de la terapia cognitivo conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad*", evalúan la integración de la Terapia Cognitivo conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones para incrementar la autoestima y la asertividad en adultos de entre 40 y 60 años, mediante un taller de seis sesiones, a las que asistieron ocho personas (1 hombre y 7 mujeres), quienes eran empleados del espacio gubernamental donde se impartió este taller, con la finalidad de dar herramientas a los participantes de autoconocimiento, modificación de percepciones negativas, asertividad y

búsqueda de soluciones para un mejor rendimiento en sus actividades. Los resultados mostraron que el objetivo se cumplió, al tener un aumento en la autoestima y el asertividad. Los autores concluyeron en que la integración entre la Terapia Cognitivo Conductual y el Enfoque Centrado en Soluciones aplicado al aumento de la autoestima en adultos, revela un nuevo aporte, ya que existe poca evidencia de la efectividad que tiene. En esta investigación, la integración de ambas terapias funcionó (p.63)

La investigación desarrollada por García, Zapata, Rivas y Quevedo (2018) titulada "*Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores*", estudio cuasiexperimental, pre y post intervención, prospectivo y analítico, muestra aleatoria irrestricta de 40 cuidadores en dos grupos de 20, uno experimental y el otro control, utiliza un cuestionario sociodemográfico y el Test de Zarit. Se manejaron las pruebas estadísticas U de Mann Whitney y prueba T.

En cuanto a los resultados, al aplicarla terapia cognitivo-conductual hubo una reducción en la sobrecarga durante el postest con una significancia de  $p=.000$ . Los autores concluyeron que al aplicar la terapia cognitivo-conductual hubo una reducción en la sobrecarga durante el pos-test con una significancia de  $p=.000$ , a diferencia de los resultados obtenidos por Fialho, Santos y Barbosa donde no hubo significancia estadística ( $p=.187$ ) utilizando la misma terapia (p.12).

Hernández (2018), en su investigación titulada *“Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático”*, se interviene mediante la aplicación de técnicas de la terapia cognitivo conductual (TCC) con el componente de clarificación de valores de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la activación conductual (AC).

El autor concluye que, a partir de los resultados obtenidos, se aprecia que la combinación terapéutica (TCC+ACT+AC), fue eficaz al lograr la remisión de la sintomatología del TEPT y síntomas depresivos, agorafóbicos y de ansiedad social. De esta manera, se observa una mejora en la sintomatología general de la paciente y en su funcionamiento en las diferentes áreas vitales (p.29)

En la investigación realizada por Jiménez (2018) titulada *“Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo-conductual”*, la metodología empleada fue de tipo bibliográfico descriptivo, mediante la investigación de artículos científicos indexados de alto impacto.

El objetivo de la investigación fue evaluar y diagnosticar un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada, además de proponer un proceso de intervención en base a 14 sesiones de una hora, una vez por semana, en base a la teoría CognitivoConductual. Por medio de los resultados de esta se pretende caracterizar el tipo de alteración y proponer un modelo de intervención desde el

ámbito de la Psicología. Concluye el estudio en que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es una de las mayores afectaciones que se presentan hoy en día, la que causa malestar significativo y es necesario la atención de un especialista en salud mental para su tratamiento. Mediante la evaluación del caso práctico en base a la revisión bibliográfica de los manuales diagnósticos de clasificación DSM-V y CIE-11, se pudo constatar que la paciente presenta el trastorno anteriormente mencionado (p.13).

El estudio de Peñafiel y Echeverría (2017), titulado *“La terapia cognitivo conductual en adultos que padecen trastorno de ansiedad generalizada”*, tuvo como objetivo dar a conocer los beneficios que las personas adultas, que padecen trastorno de ansiedad generalizada pueden obtener al utilizar la terapia cognitiva conductual. Para ello se profundizó en la historia de esta terapia, analizando su evolución y separando las diferentes terapias similares que sirven de ayuda para otros tipos de trastornos. Las terapias cognitivas buscan que el paciente cuestione sus propios pensamientos para luego establecer un modo para modificarlos, a diferencia de la terapia conductual la cual busca modificar la conducta del individuo a través de técnicas de reforzamiento.

Los autores concluyeron que, para el TAG, los resultados señalan que la terapia recomendada es la cognitiva conductual, ya que es una combinación de la técnica cognitiva y la técnica conductual, creando un tratamiento completo. A diferencia de otras terapias, la TCC, tiene valor a largo plazo, de modo que el

paciente no presentara los síntomas con la misma fuerza a largo plazo. Terapia cognitiva conductual (p.1).

La investigación desarrollada por Del Campo, Romo, De la Hoz, Villamor y Fernández (2017) titulada "*La ansiedad y la depresión como predictores de los Trastornos musculoesqueléticos en los trabajadores sanitarios*", hacen uso de una metodología donde cuentan con 56 casos y 55 controles de trabajadoras sanitarias de un hospital terciario. Se valoraron nuevos episodios de TME de reciente aparición mediante el cuestionario validado Nórdico y el cuestionario validado de Goldberg contestado en su reconocimiento médico anterior, así como variables demográficas y laborales (incluyendo el puesto y área de trabajo, el turno y la asistencia a la movilización y/o deambulación de pacientes).

El riesgo de presentar TME fue analizado mediante regresión logística múltiple de las variables consideradas. Los resultados indican que el riesgo de nuevos episodios de TME fue cinco veces superior en las trabajadoras que presentaban ansiedad y/o depresión previamente en comparación con quienes no las presentaban (OR 5,01, IC 2,20-12,05,  $p < 0,01$ ). Los autores concluyeron que la ansiedad y/o la depresión percibida por las trabajadoras sanitarias del estudio han precedido a la aparición de nuevos episodios de TME (p.1).

López S. (2017), desarrolla una investigación que lleva por título

*“Utilización de técnicas cognitivo-conductuales para la disminución de ansiedad asociada a estrés laboral en los funcionarios de 45 a 55 años, que acuden al área de psicología del dispensario médico matriz Quito de la Empresa Pública Petroecuador durante el período de octubre 2016-marzo 2017”.*

El proyecto estuvo dirigido a seis trabajadores ubicados en el rango de 45 a 55 años, durante 10 a 12 sesiones. A través del test ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) (Miguel & Cano, 2007) se evaluó profundamente a los participantes, especificando el tipo de ansiedad y nivel de intensidad que predominaban, posibilitando así la elaboración de perfiles de respuestas de ansiedad que permitieron la selección de las técnicas más adecuadas. El autor concluyó que las técnicas que se emplearon para trabajar con los síntomas de ansiedad resultaron ser mejor ejecutadas y aprendidas cuando se usó un espacio que no generó ningún distractor visual o auditivo y que además cuenta con las herramientas necesarias para la realización de las diferentes técnicas. (p.43)

### **1.7.3 Terapia de Exposición**

Una de las técnicas extraordinariamente útiles en el tratamiento de los traumas es la terapia de exposición. Emplea de manera cuidadosa y repetida, la imaginación detallada del trauma (exposición), en un contexto seguro y controlado para ayudar a las víctimas a enfrentar el miedo y la ansiedad provocada por el trauma. En algunos casos, las memorias o los recuerdos de la

tragedia pueden ser enfrentados de una vez, mientras que, en otros individuos o traumas, es preferible trabajar de manera gradual, hasta el trauma más severo, utilizando técnicas de relajación e iniciando con técnicas de desensibilización.

#### **1.7.4 Terapia grupal**

Las técnicas grupales se constituyen en una modalidad terapéutica ideal, ya que las víctimas del trauma pueden compartir material traumático dentro de un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por otras víctimas. Como miembros del grupo, alcanzan una mayor comprensión y resolución de su trauma, y se sienten a menudo con más seguridad y confianza.

Mientras que analizan y comparten cómo hacerle frente a la vergüenza, culpa, miedo, dudas, y auto condenación relacionadas con el trauma, se preparan para centrarse en el presente más que en el pasado. Contar la historia de cada uno ("la narrativa del trauma") y enfrentar directamente el sufrimiento, ansiedad y culpa concerniente al trauma, les permite encarar sus propios síntomas, recuerdos y otros aspectos de sus vidas. De igual forma pueden provocar respuestas de ansiedad; ocurriendo debido a la generalización del estímulo y del condicionamiento de segundo orden.

#### **1.7.5 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

En cuanto a la extinción de la respuesta condicionada, esta desaparece a medida que el estímulo incondicionado original se extingue, como ocurre en los modelos tradicionales de condicionamiento clásico. El condicionamiento

operante permite comprender cómo se desarrollan y permanecen los síntomas de evitación del TEPT a largo plazo, pese a que el estímulo incondicionado (EI) o estímulo estresante haya desaparecido. Este condicionamiento se presenta de la siguiente manera: como el recuerdo del trauma (EC) impulsa estados de ansiedad extremos (RC), los que son evitados para lograr su disminución.

Este reforzamiento negativo impide que la asociación entre el recuerdo traumático y los estados de ansiedad desaparezcan, lo que se constituye en una limitación para superar el trauma, ya que el individuo está incapacitado para aprender que estos recuerdos no son tan peligrosos como los percibe, aumentándose la probabilidad de que los síntomas del trastorno se cronifiquen.

La teoría del procesamiento emocional explica la aparición del TEPT a través de la formación de una estructura de temor que contiene, tanto recuerdos del suceso traumático, como emociones y maniobras de escape, provocados por la exposición a los estímulos estresantes traumáticos. Otros autores señalan que este trastorno surge a partir del desarrollo de una estructura de temor interna, que origina la conducta de escape y evitación, la que se activa al enfrentarse el individuo a situaciones, experiencias u objetos que se asocien al trauma, provocando así las conductas antes mencionadas (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989, citado en Caballo, 1997).

Las estructuras de temor se activan constantemente y los acontecimientos traumáticos son interpretados como exageradamente peligrosos (Chemtob et al., 1998, citado en Caballo, 1997). En cuanto a la disminución del temor y ansiedad, esta teoría propone que, de presentarse una exposición repetida al recuerdo traumático en condiciones de seguridad, pueden producirse una habituación del temor y transformaciones subsiguientes en cuanto a la estructura de temor, lo que provoca disminución de la emoción, en la percepción de elementos que consideraban significativos, en las auto verbalizaciones y disminución en la generalización. La teoría del procesamiento de la información propone que, además de experimentar temor, los sujetos que padecen el TEPT, también exhiben otras manifestaciones como la vergüenza, ira o tristeza, que no solo se originan de la experiencia traumática, sino también de las interpretaciones que hacen las víctimas de esta.

A pesar de que se basaron en la teoría del aprendizaje, plantearon una teoría más cognitiva, que establece la codificación, almacenamiento y recuperación de la información en la memoria, a través de la existencia de estructuras cognitivas o mapas genéricos (Resick y Schnicke, 1992, 1993, Hollon y Garber, 1988 citado en Caballo, 1997). Al llegar información nueva, esta es procesada sin ninguna dificultad, siempre que esté en conformidad con las creencias ya existentes acerca de sí mismo y del mundo. Como las experiencias traumáticas requieren la modificación de estos esquemas para ser integradas en la memoria, pues son incongruentes con las creencias que poseen, en algunos

sujetos este proceso se evita, porque los componentes afectivos asociados al trauma son muy fuertes y, además, la transformación de las creencias conlleva a una vulnerabilidad frente a posibles eventos traumáticos.

El fenómeno que ocurre es una deformación del trauma, para poder incorporarlo sin que las creencias sufran alteración alguna. Esta teoría facilita la comprensión de la evitación, reexperimentación y aumento de la activación que caracterizan al TEPT, puesto que los afectos asociados con una experiencia traumática, por ser de gran magnitud, no pueden evitarse del todo, por lo tanto, continúan emergiendo en el estado de vigilia a través de recuerdos retrospectivos (flashbacks) o estímulos recordatorios invasores y durante el sueño por medio de pesadillas, así también las respuestas emocionales y los estados activados.

Estas tres teorías son la base fundamental de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento del trauma. Otros aspectos para considerar en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en conjunto con la terapia de exposición son los siguientes:

- Aprendizaje de habilidades para hacerle frente a la ansiedad, tal como reentrenamiento en respiración o biofeedback, y a los pensamientos negativos (reestructuración cognitiva).
- Control de la ira.
- Preparación para enfrentar las reacciones del estrés (inoculación al estrés).
- Manejo de los síntomas futuros del trauma.
- Canalización de los impulsos para usar drogas o alcohol cuando los síntomas

del trauma ocurren (prevención de la recaída).

- Establecimiento de comunicación y relaciones efectivas con las personas (entrenamiento en habilidades sociales o terapia marital).

Las técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales que se utilizan con mayor efectividad en el tratamiento para individuos con TEPT son las siguientes:

- Técnicas para el control de la ansiedad (entrenamiento en inoculación de estrés).
- Técnicas de exposición
- Terapia de procesamiento cognitivo.

El entrenamiento en inoculación de estrés (EJE), es una técnica cognitivo conductual basada en la teoría del aprendizaje, cuyos constructos hipotéticos se basan en que la generación del TEPT está fundamentada en los condicionamientos clásicos y operantes. Fueron desarrolladas por Meichenbaum (1974, citado en Caballo, 1997) para el control de la ansiedad.

El objetivo principal del eje es desarrollar la comprensión y control sobre las reacciones de miedo relacionadas al trauma. Las fases de esta terapia comprenden los siguientes aspectos: educación, adquisición de habilidades y aplicación.

La fase educativa contiene la presentación del tratamiento, información sobre el desarrollo de las respuestas de temor (basada en la teoría del aprendizaje) y sobre la activación del sistema nervioso simpático. Se utilizan técnicas de relajación muscular y se le instruye para que distinga los signos que desencadenan sus reacciones de temor.

La segunda fase de tratamiento integra habilidades de afrontamiento, tales como la respiración diafragmática, que promueve la relajación del paciente a través de una serie de situaciones provocadoras de ansiedad; detención del pensamiento para controlar los pensamientos invasivos y obsesivos que estimulan la presencia de la ansiedad; el ensayo encubierto que aborda la evitación conductual; el diálogo con uno mismo fingido, el cual permite el reconocimiento de patrones de pensamientos irracionales, erróneos o desadaptativos, para sustituirlos por pensamientos positivos y adaptativos y la representación de papeles (Kilpatrick et al., 1982, Resick & Newton, 1992, Resick & Jordan, 1988, citado en Caballo, 1997).

En la fase final, el individuo debe aplicar las habilidades aprendidas a situaciones de la vida real que provocan ansiedad. Los pasos de la inoculación al estrés integran los siguientes aspectos:

- Valorar la posibilidad de que el acontecimiento temido aparezca.
- Utilizar la detención del pensamiento y el reflejo tranquilizante para ejercer control sobre la conducta de evitación.
- Controlar la crítica hacia uno mismo por medio del auto diálogo dirigido y la reestructuración cognitiva.
- Realizar a cabo la conducta temida manejando las habilidades de solución de problemas y las habilidades aprendidas por medio de la representación de papeles y el modelado encubierto.

Luego de recurrir a las habilidades frente a la situación temida, reforzarse a sí mismo es conveniente considerarlo antes de finalizar el tratamiento; el

terapeuta debe apoyar al paciente en la elaboración de una jerarquía de situaciones temidas sin resolver para que aplique y continúe utilizando las habilidades aprendidas.

Las técnicas de exposición están basadas en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional, ya que permiten el procesamiento de emociones relacionadas con el trauma, a fin de que el individuo se habitúe y sea capaz de procesar los recuerdos y memorias traumáticas que eran evitadas anteriormente. Entre las que podemos mencionar se encuentran, la inundación o exposición prolongada, denominada exposición terapéutica directa, y variantes de la desensibilización sistemática. El objetivo de estas consiste en disminuir las respuestas de temor condicionadas en el momento del trauma, a través del enfrentamiento a los estímulos estresantes traumáticos. La inundación o exposición prolongada, integra una serie de exposiciones al trauma, de manera directa, repetida y prolongada (inundación en vivo) o bien indirecta a través de la imaginación (inundación en vitro o exposición en la imaginación).

La desensibilización sistemática consiste en una exposición progresiva directa (en vivo) o indirecta (en vitro), a una sucesión de estímulos que incitan ansiedad y miedo, donde el sujeto aprende a asociar una respuesta de relajación al estímulo estresor, lo que traerá como consecuencia una disminución de los síntomas. El estímulo asociado a una respuesta de temor y ansiedad llega a asociarse, en este caso, con una respuesta de relajación. La terapia de

procesamiento cognitivo fue desarrollada a fin de facilitar la expresión del afecto y la adaptación adecuada del acontecimiento traumático a los esquemas más generales sobre uno mismo y el mundo (Resick & Schnicke, 1993, citado en Caballo, 1997).

Basada en la teoría del procesamiento de la información, esta técnica fue elaborada inicialmente para ser utilizada con víctimas de violación y de delitos; sin embargo, fueron adaptadas a partir de técnicas cognitivas básicas planteadas por Beck & Emery (1985, citado en Caballo, 1997) y han sido aplicables, además, para casos de excombatientes, víctimas de delitos, robos a bancos y de desastres. Chard, Weaver & Resick (1996), citado en Caballo (1997), realizaron una adaptación para utilizarla con víctimas de abusos sexuales en la infancia, aunque todavía se realizan investigaciones con grupos control de dicha adaptación.

Se requiere que exista expresión de los afectos, ya que al tener acceso a estas emociones que antes fueron evitadas, desaparecerán rápidamente, de modo que la información traumática sea procesada para incorporarla a los esquemas.

### **1.7.6 Terapia Familiar**

Semejante a las técnicas grupales, la terapia familiar centra su interés fundamental en la interacción entre las personas, sin embargo, existen diferencias en cuanto a los siguientes aspectos:

- La familia cuenta en común con un pasado, una historia y un futuro, mientras que a nivel grupal las experiencias son individuales, y es este elemento el que favorece el éxito en la terapia familiar.
- Existen diferencias entre los roles terapéuticos. El rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo, mientras que el rol ejercido por el terapeuta de grupo es de facilitador de procesos y dinamizador del grupo.
- El objetivo final del terapeuta familiar es fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que, a sus miembros individuales, mientras que, para la terapeuta grupal, será la resolución de los conflictos a nivel individual, lo cual producirá la disolución del grupo. La terapia familiar por sí sola no se constituye en una técnica terapéutica para el tratamiento del TEPT, más bien es considerada como un complemento útil en la realización de otras estrategias terapéuticas que atienden directamente la sintomatología.

### **1.7.7 El afrontamiento de la ansiedad en la terapia cognitivo conductual**

Cuando Van Riper propuso su terapia, la técnica de afrontamiento de la ansiedad que había demostrado de forma más fehaciente su eficacia se llamaba desensibilización sistemática y de ella tomó su nombre la fase que se describe.

Sin embargo, en el proceso de avance de la terapia cognitivo conductual se han ido matizando los elementos que hacían que esa técnica funcionase y se ha demostrado que lo fundamental es la exposición a los estímulos temidos, según García (2020). Por eso, actualmente, se utiliza menos la palabra desensibilización y más la de exposición.

Según Marks (1991) existe una autopista para el manejo de la ansiedad que es la exposición (desensibilización) a la situación temida y otras vías secundarias como son la relajación, la tensión muscular en algunos casos, la respiración, etc. Por tanto, el objetivo principal en esta fase es que el tartamudo realice una exposición terapéutica a las conductas identificadas en la fase anterior que están implícitas en su forma de tartamudear, porque, aunque han nacido para evitar el tartamudeo, como no lo consiguen se convierte en fuente de ansiedad. Por supuesto, también tiene que exponerse a tartamudear en las situaciones que teme, no quiere decir que tartamudee a propósito, sino que se arriesgue a que ocurra sin hacer nada por evitarlo. (Ibid. 2020)

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

## 2.1 Naturaleza del Problema

La ansiedad patológica o razonable puede manifestarse en los trabajadores por razones personales o laborales y en muchos casos por la combinación de ambas. Estas manifestaciones pueden ser temor por cometer errores, perder el empleo, acoso laboral, trabajo bajo alta presión, deficientes competencias para el cargo que ejerce, horarios excesivos, deficiencias en las relaciones interpersonales con los superiores entre otras.

Todas estas manifestaciones condensan en el trabajador sentimientos de inquietud y miedo, originando síntomas en la salud como dolores de cabeza, tensiones musculares, agotamiento, trastornos osteomusculares que afectan la conducta y productividad del trabajador en sus funciones dentro de la organización, inclusive, cuando la ansiedad persiste y se intensifica al no ser tratada por un psiquiatra o psicólogo, afecta la conducta integral del trabajador recurriendo a drogas y el alcohol y de estos se derivan otros problemas colaterales. Para Sum (2015), la ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de incomodidad o inseguridad, tensión, no existe el placer, y es común que el sujeto experimente estos síntomas. Ante lo que se vive como una amenaza, a esto también se le suman los trastornos que las personas pueden desencadenar como una crisis de angustia o trastorno de angustia, agorafobia, fobias, trastornos obsesivos compulsivos. (p.1)

A nivel mundial, la ansiedad es causada por el estrés laboral. Por citar un

ejemplo, México, con un 75% ocupa el primer lugar con más estrés laboral (OMS, 2020), seguido por China con el 73%, y Estados Unidos con el 59%. Para Forbes (2017), ~~es~~ la depresión y la ansiedad que genera el trabajo, de la mano con los accidentes laborales, provocan pérdidas anuales equivalentes al 4% del Producto Interno Bruto (PIB) global, de acuerdo con estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)". (p.2). Al respecto, la ansiedad no es una enfermedad mortal, pero sí puede incentivar al trabajador a la muerte. Es oportuno evocar que la ansiedad es un trastorno psiquiátrico de alta importancia a nivel mundial con el que coexisten más de 264 millones de personas en el planeta (OMS, 2020).

Por lo señalado, se evidencia el impacto negativo de la ansiedad en los trabajadores, convirtiéndolos en pacientes con ansiedad, muchos de ellos acuden para su tratamiento mediante la ingesta de medicamentos psicoterapias sometiéndose a procedimientos psíquicos o psicológicos o, en su defecto, la combinación para atenuar las inquietudes emocionales y conductas.

Los niveles de ansiedad en los trabajadores en Panamá no son tan alarmantes en comparación con otros países de la región. Para la Caja del Seguro Social (2019), "en el 2013 se registraron un total de 3 323 casos de depresión en la república de Panamá, siendo mucho más prevalente en las mujeres" (p.3).

En las mujeres la ansiedad está asociada al postparto, y en los hombres, al consumo de alcohol y las drogas. Por otra parte, según una encuesta realizada por el MINSA en todo el país en el año 2007 sobre salud y calidad de vida, el 5,3% de los encuestados había tenido un diagnóstico de depresión.

Los trabajadores que forman parte del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) en Panamá, tienen como función ayudar a proteger a la población de los daños ocasionados por desastres de cualquier origen. Entre sus trabajadores se encuentran los guardavidas que para el año 2016, sumaban 280 funcionarios y 2 500 voluntarios brindando apoyo al país. Estos trabajadores se enfrentan a más de 4 000 amenazas y riesgos anuales. Por sus funciones, deben estar en playas y en la atención de desastres naturales. También realizan apoyo en las diferentes actividades desarrolladas por el estado, como, por ejemplo, garantizando las medidas de bioseguridad en la operación Panavac-19 en los centros de vacunación.

El Sistema Nacional de Protección Civil SINAPROC (2021) fue creado mediante Ley N°22 del 15 de noviembre de 1982, y es el ente de respuesta encargado de ayudar a proteger a la población de los daños ocasionados por desastres de cualquier origen. Para esto, coordina medidas destinadas a prevenir y reducir el impacto de las catástrofes, mitigar o neutralizar los daños que tales cataclismos pudiesen causar a personas y bienes, así como llevar a cabo acciones de respuesta a emergencias. (p.1).

## 2.2 Planteamiento del Problema

La ansiedad siempre ha estado presente en los guardavidas de SINAPROC antes y durante los diferentes escenarios que ameriten salvar vidas, sin embargo, la ansiedad no ha sido tratada formalmente, ya que después de jornadas intensas de labores de búsqueda y rescate, estos trabajadores necesitan inmediata ayuda psicológica para enfrentar la post ansiedad o estrés postraumático.

A pesar de que a estos guardavidas los capacitan para desarrollar esas funciones profesionalmente, estas se desvanecen en muchas circunstancias porque prevalece que son seres humanos y sus sentimientos generan aumento de la ansiedad, ya que después del evento pueden presentar reacciones tales como, pesadillas recurrentes por hechos dantescos afectando su sueño, pueden presentar dolores de cabeza quedando expuestos a vivencias de muertes masivas o altas cuotas de sufrimiento humano, grandes demandas físicas y psicológicas que ponen a prueba su resistencia, coraje y capacidad técnica.

Fundamentados en lo expuesto sobre la naturaleza del problema y su relevancia, se determina el problema de la investigación mediante la siguiente interrogante: ¿La terapia cognitiva conductual disminuirá la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)?

### **2.3 Justificación e Impacto**

El problema que se presenta en los trabajadores de SINAPROC es la ansiedad al momento de participar en los desastres naturales y sus actividades de búsqueda y rescate, así como también la presión al momento de salvar vidas en las playas y balnearios.

Esta ansiedad aumenta al enfrentarse con la realidad de su función al tener que participar activamente y como protagonista para salvar vidas en desastres naturales como derrumbes, crecidas de ríos, inundaciones, búsqueda de bañistas desaparecidos en ríos o playas y otras realidades que impliquen salvar vidas por situaciones naturales.

Su función principal en la Institución es salvar vidas, de hecho, estos trabajadores reciben el nombre de guardavidas y por esta razón sus niveles de ansiedad son altos, es una gran responsabilidad que debe ser tratada con ayuda psicológica y psiquiátrica.

Los trabajadores o guardavidas de SINAPROC presentan en diferentes niveles, deterioro psicológico y emocional por la ansiedad que experimentan en sus labores de búsqueda y rescate y por situaciones vividas durante su intervención en desastres naturales en todo el territorio nacional, tales como la búsqueda de desaparecidos en la comarca Ngäbe Buglé por el deslizamiento de tierra durante el paso del huracán ETA.

Lo mismo ocurrió en Cerro Punta, Volcán, provincia de Chiriquí, cuando muchas personas quedaron atrapadas o incomunicadas producto de las inundaciones y deslizamientos de tierras, así como ocurrió con el paso del Huracán IOTA. Barnhill (2020) quien cita a Lifton (1967), fue uno de los primeros investigadores que se percataron del deterioro psicológico que se presentaba entre los integrantes de los equipos que intervenían en las operaciones de rescate, quien observó las reacciones emocionales duraderas destacando la impresión de la muerte, los sentimientos de culpa, en especial entre aquellos que ayudaron a las víctimas del bombardeo atómico de Hiroshima.

Es evidente que los guardavidas de SINAPROC padecen de ansiedad severa y desbalances psicológicos porque no son examinados por especialistas para determinar los efectos postraumáticos de las experiencias de salvamento después de cada participación en diferentes eventos. Los resultados de estos controles permiten identificar diversos estímulos a los que se ven sometidos los equipos que responden a las emergencias y desastres para de esta manera poder comprender los niveles de ansiedad y estrés presentes en los trabajadores en estudio.

Lo expuesto conduce a considerar como objetivo de este estudio proponer una terapia cognitiva conductual para disminuir la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), considerando que la ansiedad debe ser tratada para evitar mayores consecuencias y se convierta en

un trastorno permanente afectando a los trabajadores en su operatividad y a la Institución por no disponer de personal apto psicológicamente.

La terapia cognitiva conductual mediante las terapias incide positivamente en la ansiedad de los trabajadores, tales como, los sentimientos, comportamientos y pensamientos provocados por las funciones que ejercen.

Estas terapias fortalecen la mente humana reviviendo escenas o sucesos que los atormentan para enfrentarlos y dejarlos ir para siempre. La terapia cognitiva conductual es excelente para tratar la ansiedad y es de carácter no farmacológico para minimizar los síntomas presentes en los trabajadores.

El estudio beneficia, en primer lugar, a los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), dado a que permite un mejor manejo ante las situaciones que le generen ansiedad, mejorando su desenvolvimiento personal, familiar y laboral, de esta forma se logra reafirmar la eficacia de la terapia cognitiva conductual en los casos de ansiedad en el personal seleccionado para el desarrollo de esta investigación.

De esta manera, también se aporta metodológicamente, siendo de utilidad y referencia como para otros profesionales en psicología y/o estudiantes investigadores, que pretendan abordar casos psicológicos en ansiedad.

## **2.4 Objetivos de la investigación**

### **2.4.1 Objetivo general**

- Evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en la disminución de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).

### **2.4.2 Objetivos específicos**

1. Medir los niveles de ansiedad a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton antes del programa de tratamiento cognitivo conductual en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).
2. Aplicar el programa de tratamiento cognitivo conductual individual para el manejo adecuado de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).
3. Identificar los niveles de ansiedad a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton después del programa de tratamiento cognitivo conductual de los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).
4. Analizar los niveles de ansiedad que presentan los trabajadores que participan en el programa terapéutico cognitivo conductual.
5. Comparar los resultados del pretest y el posttest de la Escala de Ansiedad de Hamilton en la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil, haciendo uso de las herramientas estadísticas.

## 2.5 Hipótesis

### 2.5.1. Hipótesis de la investigación

Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual, en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

### 2.5.2 Hipótesis estadística

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

$$H_1: Me_{pretest} \neq Me_{posttest}$$

**H<sub>0</sub>:** No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

$$H_0: Me_{pre} = Me_{post}$$

## **2.6 Tipo de Investigación**

El tipo de investigación es explicativa, ya que de acuerdo con Hernández Sampieri (2014), los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar la ocurrencia de un fenómeno, así como las condiciones en que se manifiesta, y la relación de las variables del estudio.

## **2.7 Diseño de la investigación**

El tipo de diseño utilizado es el cuasiexperimental. De acuerdo con Hernández Sampieri (2014), los diseños cuasiexperimentales tienden a manipular deliberadamente, al menos una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes. En este estudio, el grupo de tratamiento sirvió como propio grupo control, es decir, se da la aplicación del pretest antes del programa de intervención psicológica, luego se da la aplicación del tratamiento de intervención psicológica y después se realiza la aplicación del posttest, para comprobar la funcionalidad del tratamiento aplicado.

## **2.8 Variables de la Investigación**

Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

Variable Dependiente: Ansiedad

## **2.8.1 Variable Independiente: Terapia Cognitiva Conductual**

### **2.8.1.1 Definición conceptual**

La Terapia Cognitiva Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o, en este caso, la depresión. Y como su nombre lo indica, surgió por la unión de dos grandes teorías de la psicología. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración de este y sus allegados. (Sánchez ,2008)

### **2.8.1.2 Definición Operacional**

La Terapia Cognitiva Conductual, se observa a través del programa que está basado en una intervención psicoterapéutica individual con enfoque cognitivo conductual de doce sesiones para reducir o eliminar los altos niveles de ansiedad como consecuencia de ser trabajador o guardavidas del SINAPROC. Las sesiones tuvieron una duración de una hora, una vez por semana, es decir dos meses y dos semanas.

## **2.8.2 Variable Dependiente: Ansiedad**

### **2.8.2.1 Definición conceptual**

Ansiedad es una respuesta adaptativa, según Ortega (2013) menciona que “es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, más frecuente en el ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera” (p.14-15), de tal manera que la ansiedad suele aflorar ante diversas circunstancias y con diferente sintomatología causando malestar al individuo que la posee.

### **2.8.2.2 Definición operacional**

Los niveles de ansiedad fueron medidos a través de la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton, la cual es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems que permiten determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente. Este instrumento consiente obtener dos puntuaciones: una que corresponde a la ansiedad psíquica (ítems:1,2,3,4,5,6 y 14) y una a la ansiedad somática (ítems: 7,8,9,10,11,12 y 13). La puntuación total es el resultado de la suma de todos los ítems, y su rango va entre 0 y 56 puntos. Una mayor puntuación indica elevada intensidad de la ansiedad. Los puntos de corte sugeridos son: entre 0 - 5 puntos = No Ansiedad; 6 - 14 = Ansiedad Menor, y 15 puntos o más = Ansiedad Mayor.

## **2.9 Población**

La población objeto de estudio son los 330 trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) ubicados en 78 bases a nivel nacional. De esta población se selecciona como muestra a aquellos que presentaron la

ansiedad clínicamente significativa.

## **2.10 Muestra**

La muestra quedó conformada por 100 trabajadores guardavidas que laboran en el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), que marcaron un mayor índice de ansiedad clínicamente.

## **2.11 Tipo de Muestreo**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, es decir, que la muestra fue seleccionada por la investigadora en base al cumplimiento de los criterios de inclusión en la unidad de análisis.

### **2.11.1 Criterios de Inclusión**

- Ser panameño, hombre o mujer, mayor de edad y trabajador permanente de búsqueda y rescate del SINAPROC.
- Firmar la carta de compromiso y consentimiento informado.
- Haber marcado ansiedad clínicamente significativa, en el pretest ansiedad.
- No haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previamente.
- Asistir a todas las sesiones puntualmente.
- Mantener la confidencialidad de la investigación.

### **2.11.2 Criterios de Exclusión**

- No ser panameño.
- No ser trabajador permanente del SINAPROC.
- Negarse a firmar la carta de compromiso.
- No cumplir con los puntajes del test de selección.
- Faltar a las sesiones.

## **2.12 Instrumentos de medición**

### **2.12.1 Entrevista Clínica**

Se utilizó durante la entrevista un instrumento ad hoc, el cual estaba constituido por una ficha de recolección de datos, con preguntas semiestructuradas que permitieron recolectar información de aspectos sociodemográficos de cada uno de los participantes del estudio.

### **2.12.2 Escala de Ansiedad de Hamilton**

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959 por M. Hamilton, en un inicio constaba de 15 ítems, en donde cuatro de ellos se condensaron en dos reduciéndose a 13 ítems. Consecuentemente en 1969 se dividió el ítem de síntomas somáticos generales en dos existiendo en la actualidad la presencia de 14 ítems. En 1986 fue adaptado a una versión española realizada por Carrobles y colaboradores.

La Escala de Hamilton para la Ansiedad, es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto (Hamilton, A rating scale for depression, 1960). Por lo tanto, no es un instrumento diagnóstico, sino que valora los montos de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados como ansiosos. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. Es una escala heteroaplicada. Se han creado instrucciones sencillas para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad inter evaluadores.

Se debe seleccionar para cada ítem la puntuación que corresponda, según la experiencia que describe el paciente durante la aplicación, las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Se debe marcar en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. El ítem 14 se puntúa de acuerdo con el estado como el paciente se presenta durante la entrevista. Todos los ítems deben ser puntuados. (Hamilton, A rating scale for depression, 1960).

## **Confiabilidad**

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Chronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización, la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

## **Corrección e interpretación**

La Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados.

La escala proporciona una medida global de ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntajes oscilan de 0 a 56 puntos. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad en la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento, lo cual lo hace un instrumento óptimo para evaluar cambios luego del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, o combinado. Si bien no existen puntos de corte, este no es un instrumento estandarizado, por lo que se recomiendan los siguientes puntos de corte: 0 - 5: no ansiedad; 6 - 14: ansiedad leve;  $\geq$  - 15: ansiedad moderada/grave. (Hamilton, A rating scale for depression, 1960).

Sobre la terminación de la evaluación, se compila un total, es decir, un puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems,

individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación pueden ser interpretados como sigue: una puntuación de 17 o menos indica leve severidad de ansiedad; una puntuación entre 18 y 24 indica leve a moderada severidad de ansiedad; y una puntuación de 24 a 30 indica de moderada a severa.

## **2.13 Características del programa basado en la terapia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)**

### **2.13.1 Definición del programa**

De acuerdo con Genise (2017), la terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia basada en la idea de que los estados disfuncionales como depresión, ansiedad o ira, son mantenidos o exacerbados por pensamientos disfuncionales, por lo tanto, observa la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Su premisa principal es que la interpretación de los acontecimientos tiene un efecto en el modo en que nos comportamos y sentimos, y esta interpretación está determinada por creencias nucleares, esquemas, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

### **2.13.2 Duración del programa**

El programa de tratamiento basado en la terapia cognitiva conductual es estructurado en cuanto al tiempo, y diseñado para producir sus efectos en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) que

presentaron niveles de ansiedad severa, en este caso fueron 100 funcionarios los que participaron en el mismo.

La terapia constó de 12 sesiones con una duración de un año y dos meses, la atención fue desarrollada de la siguiente manera:

Durante las primeras semanas se trabajó dos veces a la semana de cuatro a cinco horas y se atendía a razón de 1 hora por persona de forma individual por sesión. Los últimos meses se atendió durante tres y cuatro días a la semana, de cuatro, cinco y hasta 8 horas hasta completar la atención de cada uno de los participantes.

Es importante señalar que institución asignaba los participantes mediante listados que proporcionaban por semana de 4, 5 y 8 participantes; las primeras semanas se inició trabajando con pocas personas, luego fueron aumentando los participantes y las horas.

El inicio de las terapias se da el 24 de agosto de 2020 y se completan las 12 sesiones en un año con dos meses, completándolas en octubre de 2021.

### **2.13.3 Sesiones Terapéuticas**

#### **Sesión N° 1**

Las sesiones están basadas en el programa de intervención Cognitivo Conductual para el manejo de la ansiedad.

#### **Objetivos Terapéuticos**

- Establecer las pautas de la investigación entre la terapeuta y el grupo.

- Ofrecer técnicas de relajación y estrategias de control de la ansiedad para afrontar de forma exitosa las situaciones estresantes que se le presentan.
- Informar sobre la ansiedad y sus síntomas.
- Conocer las respuestas fisiológicas ante situaciones estresantes.
- Aprender a identificar y describir emociones y sentimientos, las neutras y las ansiógenas que se producen en diferentes situaciones, y poder diferenciarlas.
- Ser capaces de bloquear los pensamientos detonantes y sustituirlos por pensamientos positivos.

### **Desarrollo de la sesión**

- Presentación de la terapeuta al grupo.
- Establecer reglas del grupo y las sesiones.
- Aplicación del Pre-Test Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Educación sobre la TCC.
- Lectura de las metas de la investigación.
- Verificar asistencia.
- Asignación de tareas.
- Verificar lo aprendido durante la sesión.
- Cabe señalar que en esta primera sesión se presentó el programa a todos los participantes juntos.

### **Sesión N° 2**

#### **Objetivos Terapéuticos**

- Brindar conocimientos sobre técnicas de relajación.

- Informar la conexión entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Desarrollar una buena comunicación o alianza terapéutica.
- Repasar las tareas asignadas, compartir con el grupo su experiencia con la técnica de la respiración en casa y en lo cotidiano para relajarse.
- Normalizar la experiencia de temor y ansiedad.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

### **Sesión N°3**

#### **Objetivos Terapéuticos**

- Brindar la oportunidad de expresar acontecimientos traumáticos y de la forma como la terapia ayuda a la adaptación ante el mismo.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas y compartir con el grupo su experiencia.
- Educar sobre el proceso del pensamiento.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que

estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N° 4**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Ayudar a la comprensión de la conexión que existe entre nuestros pensamientos y sentimientos.
- Identificar puntos de bloqueos de los participantes.
- Enseñar a identificar las sensaciones somáticas asociadas a la ansiedad incluyendo tensión muscular.
- Practicar el dialogo interno de afrontamiento.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Desarrollar una buena comunicación o alianza terapéutica.
- Repasar las tareas asignadas, compartir con el grupo su experiencia con la técnica de la respiración en casa y en lo cotidiano para relajarse.
- Normalizar la experiencia de temor y ansiedad.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N° 5**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Introducir conceptos de pensamientos automáticos (diálogos internos).

- Los diálogos internos en situaciones de ansiedad (diálogo interno ansioso).
- Saber diferenciar el diálogo interno ansioso del dialogo interno de afrontamiento.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Educar sobre la Teoría de la Restructuración Cognitiva, Pensamientos Automáticos.
- Practicar relajación muscular profunda.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

### **Sesión N°6**

#### **Objetivos Terapéuticos**

- Identificar puntos de bloqueos mentales.
- Aplicar lo aprendido en la vida diaria.

#### **Desarrollo de la sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Relatar un proceso traumático y poder identificar los puntos de bloqueo.

- Simular situaciones o experiencias que le producen ansiedad.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N° 7**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Expresar sentimientos experimentados en sucesos traumáticos.
- Lograr expresión verbal y corporal de los sentimientos que le producen ansiedad.
- Estimular la identificación de pensamientos erróneos y creencias irracionales.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Practicar pensamientos erróneos y creencias irracionales.
- Hablar en grupo sobre situaciones vividas en sucesos traumáticos y puntos de bloqueo.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N°8**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Verificar la claridad del grupo en cuanto a puntos de bloqueos mentales, creencias irracionales y pensamientos erróneos.
- Identificación de los propios y de los miembros del grupo.
- Repasar técnicas de relajación respiratoria, muscular y de pensamientos.

### **Desarrollo de la sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Realizar ejercicio con el grupo de lo aprendido sobre las técnicas y herramientas para controlar la ansiedad.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
  
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N°9**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Realizar ejercicios de relajación física, estimulación de la expresión verbal de sensaciones percibidas, posterior a la ejercitación.
- Repasar lo aprendido en las sesiones anteriores y aclarar dudas.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Se realiza ejercicio con el grupo sobre todo lo aprendido en las sesiones anteriores.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

### **Sesión N°10**

#### **Objetivos Terapéutico**

- Introducir el concepto de auto evaluación.
- Promover la autoestima por la tarea realizada.
- Promover el autocuidado.

### **Desarrollo de la Sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Se realiza ejercicio con el grupo sobre los conceptos (autoevaluación, autoestima y autocuidado).
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.

- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N°11**

### **Objetivos Terapéuticos**

- Verificar que el grupo tiene claro los conceptos de autoestima, autoevaluación y autocuidado.
- Identificación de los propios y de los miembros del grupo.
- Hacer prácticas con los miembros del grupo, sobre estos conceptos.

### **Desarrollo de la sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Se realiza ejercicio con el grupo sobre todo lo aprendido con los conceptos de autoevaluación, autoestima y autocuidado.
- Asignación de tareas en casa.
- Evaluación de la sesión.
- Se hace aclaración de que se atendió de manera individual 3 días a la semana a veces se atendía 4 días por semana, 4 o 5 horas a los participantes que estaban en la lista, a razón de una hora por participante.

## **Sesión N°12**

### **Objetivos Terapéutico**

- Aplicar el post test a los participantes de la investigación.
- Repasar y resumir el programa de tratamiento de la investigación.
- Cierre de las sesiones terapéuticas.

## **Desarrollo de la sesión**

- Verificar asistencia.
- Repasar las tareas asignadas.
- Se realiza ejercicio con el grupo sobre todo lo aprendido las técnicas y herramientas para controlar la ansiedad.
- Explicar la forma como, entre ellos, pueden identificar si están ansiosos, reforzarle y recordarle lo aprendido, y, sobre todo, si no puede manejarlo por sí solo, orientarlo a la búsqueda de ayuda profesional.
- Cada uno expresa lo que significó participar en la investigación.
- Despedida y cierre de las sesiones terapéuticas.
- Cabe señalar que en esta última sesión de cierre del programa se realizó con todos los participantes juntos.

## **2.14 Análisis Estadístico**

### **2.14.1 Estadística descriptiva**

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo calculándose la media ( $\bar{X}$ ), desviación estándar (DS) y se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

### **2.14.2 Estadística inferencial**

Luego de la aplicación del programa y obtenidos los datos, se aplicó la prueba de normalidad para conocer la distribución de los datos de la muestra,. Para ello se utilizó la Kolmogórov-Smirnov para muestras grandes (>50 individuos), la cual mostró los resultados para las pruebas menores a 0.05 por lo

cual se concluye que la muestra no se distribuye normalmente, realizándose la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, ya que se está comparando la misma muestra antes y después de la aplicación de un programa.

Al aplicar la prueba estadística correspondiente a la muestra, se utilizó un nivel de significancia de  $\alpha$  0.05 como criterio para definir si las diferencias son significativas o no. 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.

### **2.14.3 Tamaño del efecto**

Para corroborar la eficacia del grupo único de tratamiento en cada una de las variables estudiadas, se ha empleado el índice del tamaño del efecto de la diferencia media tipificada ( $d$ ) como complemento de las pruebas estadísticas utilizadas.

De acuerdo con Cárdenas (2014), el uso de pruebas de significación estadística es una estrategia que se encuentra muy arraigada en la investigación psicológica. Sin embargo, se han sobrevalorado las bondades de dichas pruebas al considerarlas como un indicador suficiente de la veracidad de una hipótesis, omitiendo la cuantificación de las diferencias encontradas.

Entre las recomendaciones que ha venido brindando la American Psychological Association (APA, 1994, 2008, 2011), se encuentra: a) la utilización como práctica habitual de los intervalos de confianza (IC; límites probables entre

los que se encuentra la verdadera diferencia entre dos medias); b) la exposición de los valores de las medias y desviaciones típicas (*DT*) de cada grupo; c) la entrega de los valores exactos de probabilidad (y no los tradicionales  $p < .05$  o  $p < .01$ ); d) informar la potencia estadística de la prueba o diseño utilizado; y d) realizar el cálculo complementario del tamaño del efecto que cuantifica la magnitud de la diferencia entre dos medias (Wilkinson, 1999).

El tamaño del efecto se calcula a partir de la *Z* que nos devuelve la función *wilcox\_test()* con la fórmula

Donde:

*r* = Tamaño del efecto

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

*Z* = es un estadístico de prueba para las pruebas *Z* que mide la diferencia entre un estadístico observado y su parámetro hipotético de población en unidades de la desviación estándar. El signo no importa, así que se comunica el valor absoluto de *r*.

*N* = tamaño total de la muestra

Los resultados obtenidos a través de los análisis descriptivos e inferenciales se presentan por medio de tablas y gráficas para facilitar su comprensión.

Para los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 23.0, así como también las herramientas de Excel.

## **2.15 Procedimiento de la investigación**

Para llevar a cabo esta investigación se siguió el siguiente procedimiento:

Paso 1. Elaboración del anteproyecto al asesor de tesis

Paso 2. Aprobación del proyecto por la Vicerrectoría de Investigación y Postrado de la Universidad de Panamá.

Paso 3. Presentar y solicitar permiso al director del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) para la ejecución del proyecto.

Paso 4. Hacer llamado a las personas interesadas en participar en la investigación, es decir, el personal del Sistema Nacional de Protección Civil

Paso 5. Firmar consentimiento informado donde se esclarece el porqué de la investigación; la persona consiente su participación en el trabajo y deslinda a la investigadora de cualquier otro compromiso, garantizando el derecho a la información y la libre decisión.

Paso 6. Administración de pretest de forma grupal a 330 trabajadores, y quienes calificaron con signos y síntomas significativamente altos, se escogieron para pasar al siguiente paso. La forma de aplicación de los instrumentos fue personal y virtual debido a la pandemia, cabe señalar que en éstos pasos se tomó desde agosto del 2020 hasta finales de 2021. A finales del 2022 termino de armar la investigación y darle forma; pues al final fueron 3 años trabajados en esta

investigación.

Paso 7. Selección de la muestra la cual correspondió a 100 trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión.

Paso 8. Aplicación de tratamiento al grupo único, se dividió en 12 sesiones que correspondieron a una terapia individual, con una duración de diez semanas. Durante las cinco primeras semanas se iba a la institución dos a tres veces a la semana, de cuatro a cinco horas y se atendía a cuatro o cinco personas, una hora por paciente. Las últimas cinco semanas, también se iba a la institución tres o cuatro días e igual de cuatro a cinco horas hasta completar con todos los participantes.

Paso 9. Administración de post pruebas al grupo y evaluación del tratamiento para determinar la efectividad de la terapia. Se utilizó el mismo instrumento de la preprueba (Escala de Ansiedad de Hamilton).

Paso 10. Recopilación de datos y elaboración de tablas y gráficas.

Paso 11. Análisis y discusión de los resultados.

Paso 12. Redacción del informe final de la investigación.

## **2.16 Consideraciones éticas**

En la presente investigación se tomó en cuenta los siguientes principios éticos, la protección de las personas que laboran en el Servicio Nacional de Protección Civil (SINAPROC) manteniéndose en privacidad y confidencialidad los nombres del personal que participó en la evaluación, asimismo se les respetó sus derechos fundamentales.

Se tuvo en cuenta no causar algún tipo de daño a ningún integrante del personal de dicha Institución, por el contrario, se aseguró el bienestar de los implicados en la investigación, cumpliendo de esta manera con el principio de beneficencia y no maleficencia.

Se brindó un trato equitativo y de justicia, siendo tolerante y tratando a todos por igual, poniendo en práctica la asertividad y la empatía, sin generar prácticas injustas.

En todo momento se mantuvo presente la integridad científica cumpliendo adecuadamente con cada procedimiento para realizar la investigación.

Además de declarar los conflictos de interés que pudieran afectar el curso del estudio.

Se contó con la previa autorización del director del Sistema Nacional de Protección Civil, se presentó un documento de consentimiento informado para la respectiva evaluación al personal, explicándole lo referente a la aplicación del instrumento y desde el inicio se recalcó que la información obtenida sería exclusivamente para fines de investigación y no serían expuestos con fines de perjuicio.

**CAPÍTULO III**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS**  
**RESULTADOS**

### 3. Resultados Descriptivos de la muestra

#### 3.1 Datos sociodemográficos

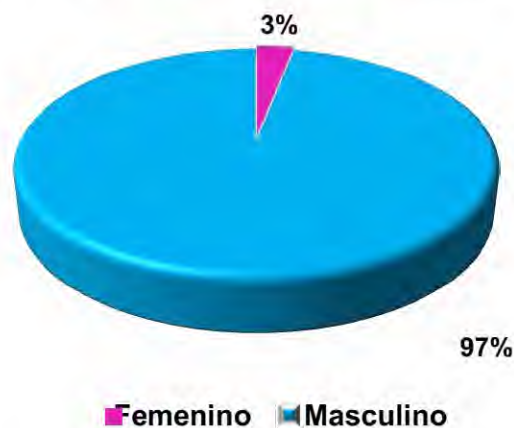
**Tabla 1: Distribución de frecuencia de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil de acuerdo con el sexo**

| Sexo      | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino  | 3          | 3.0        |
| Masculino | 97         | 97.0       |
| Total     | 100        | 100.0      |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 1 se observa que en la variable sexo se encontró que la muestra de participantes del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) estuvo integrada por un 97% de hombres, mientras que las mujeres solo le corresponden el 3%.

**Gráfica 1**  
**Distribución porcentual de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil de acuerdo con el sexo**



Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de trabajadores perteneciente al sexo masculino, en relación con el sexo femenino. Esto indica que hay una considerable presencia del género masculino en el Sistema Nacional de Protección Civil.

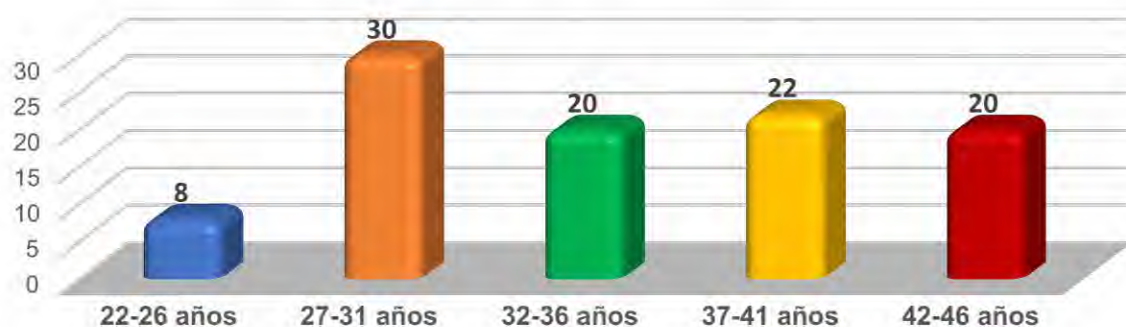
**Tabla 2: Distribución de frecuencia de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil de acuerdo con la edad.**

| Rango de edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| 22-26         | 8          | 8          |
| 27-31         | 30         | 30         |
| 32-36         | 20         | 20         |
| 37-41         | 20         | 20         |
| 42-46         | 22         | 22         |
| Total         | 100        | 100        |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 2 y Gráfica 2 se presenta la distribución de la muestra según la edad. El 30% de la muestra se encuentra en el rango de 27-31 años, el 22% en el rango de 42 a 46 años, los rangos de 32-36 años y de 37 a 41 años representan el 20% equitativamente, y el menor porcentaje (8%) de la muestra de trabajadores tienen edades que oscilan entre 22 y 26.

**Gráfica 2**  
**Distribución porcentual de la muestra de trabajadores del del Sistema Nacionalde Protección Civil de acuerdo con la edad.**



Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

Con relación a la edad de las personas encuestadas, se aprecia que las edades comprendidas entre 27 –31 años constituyen un 30%, donde se concentra la mayor cantidad de personas.

**Tabla 3: Cruce de variables entre el tipo de sexo y el nivel de ansiedad en el Pretest dela Escala de Ansiedad de Hamilton**

|       |             | Nivel de ansiedad<br>Pretest |        |       |
|-------|-------------|------------------------------|--------|-------|
|       |             |                              | Severo | Total |
| Sexo  | Femenino    | Recuento                     | 3      | 3     |
|       |             | % del total                  | 3.0%   | 3.0%  |
|       | Masculino   | Recuento                     | 97     | 97    |
|       |             | % del total                  | 97.0%  | 97.0% |
| Total | Recuento    | 100                          | 100    |       |
|       | % del total | 100.0%                       | 100.0% |       |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

La Tabla 3 presenta las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton de hombres y mujeres en el pretest. Podemos observar que el 3% de las mujeres presentan nivel de ansiedad severo y el 97% de los hombres, el 100% presentó niveles altos de ansiedad. Podemos señalar que antes de iniciar la Terapia Cognitivo Conductual ambos grupos presentaron ansiedad severa.

**Tabla 4: Cruce de variables entre la edad y el nivel de ansiedad en el Pretest de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

|       |            |             | Nivel de ansiedad pretest |        |
|-------|------------|-------------|---------------------------|--------|
|       |            |             | Severa                    | Total  |
| Edad  | 22-26 años | Recuento    | 8                         | 8      |
|       |            | % del total | 8.0%                      | 8.0%   |
|       | 27-31 años | Recuento    | 30                        | 30     |
|       |            | % del total | 30.0%                     | 30.0%  |
|       | 32-36 años | Recuento    | 20                        | 20     |
|       |            | % del total | 20.0%                     | 20.0%  |
|       | 37-41 años | Recuento    | 22                        | 22     |
|       |            | % del total | 22.0%                     | 22.0%  |
|       | 42-46 años | Recuento    | 20                        | 20     |
|       |            | % del total | 20.0%                     | 20.0%  |
| Total |            | Recuento    | 100                       | 100    |
|       |            | % del total | 100.0%                    | 100.0% |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 4, se observan las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton de acuerdo con el rango de edad en el pretest. El mayor porcentaje (30%) se deja notar en el rango de 27 a 31 años, seguido con el 22% en el rango

de edad de 37 a 41 años. Entre los rangos 32 a 36 años y 42 a 46 años, están representados por el 20% cada uno. El rango menor, 8%, se encuentra entre 22 y 26 años. De acuerdo con estos datos obtenidos, antes de iniciar la Terapia Cognitiva conductual la muestra presentó niveles de ansiedad severo y los rangos de edad más alto lo encontramos a partir de los 27 años.

### 3.3 Resultados del Postest en la Escala de Ansiedad de Hamilton

**Tabla 5: Cruce de variables entre el tipo de sexo y el nivel de ansiedad en el Postest dela Escala de Ansiedad de Hamilton**

|       |           |             | Nivel de ansiedad postest |                   | Total  |
|-------|-----------|-------------|---------------------------|-------------------|--------|
|       |           |             | Ansiedad leve             | Ansiedad moderada |        |
| Sexo  | Femenino  | Recuento    | 3                         | 0                 | 3      |
|       |           | % del total | 3.0%                      | 0.0%              | 3.0%   |
|       | Masculino | Recuento    | 54                        | 43                | 97     |
|       |           | % del total | 54.0%                     | 43.0%             | 97.0%  |
| Total |           | Recuento    | 57                        | 43                | 100    |
|       |           | % del total | 57.0%                     | 43.0%             | 100.0% |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

La Tabla 5 presenta las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton de hombres y mujeres en el postest. Se puede apreciar que el 3% de las mujeres presentaron después de la terapia cognitiva conductual un nivel de ansiedad leve, mientras que en los hombres se observa que el 54% presentaron niveles de ansiedad leve y un 43% niveles de ansiedad moderada. Cabe señalar que después de la Terapia Cognitivo Conductual ambos grupos presentaron ansiedad entre leve y moderada.

**Tabla 6: Cruce de variables entre la edad y el nivel de ansiedad en el Postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

|       |             | Nivel de ansiedad |               |                   |        |
|-------|-------------|-------------------|---------------|-------------------|--------|
|       |             | postest           |               |                   |        |
|       |             |                   | Ansiedad leve | Ansiedad moderada | Total  |
| Edad  | 22-26 años  | Recuento          | 8             | 0                 | 8      |
|       |             | % del total       | 8.0%          | 0.0%              | 8.0%   |
|       | 27-31 años  | Recuento          | 15            | 15                | 30     |
|       |             | % del total       | 15.0%         | 15.0%             | 30.0%  |
|       | 32-36 años  | Recuento          | 11            | 9                 | 20     |
|       |             | % del total       | 11.0%         | 9.0%              | 20.0%  |
|       | 37-41 años  | Recuento          | 14            | 8                 | 22     |
|       |             | % del total       | 14.0%         | 8.0%              | 22.0%  |
|       | 42-46 años  | Recuento          | 9             | 11                | 20     |
|       |             | % del total       | 9.0%          | 11.0%             | 20.0%  |
|       |             | Recuento          | 57            | 43                | 100    |
| Total | % del total |                   | 57.0%         | 43.0%             | 100.0% |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 6 se observan las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton de acuerdo con el rango de edad en el postest. El mayor porcentaje (30%) se ubica en el rango de 27 a 31 años, de los cuales el 15 % presentó, después de aplicada a la Terapia Cognitiva Conductual, un nivel leve, y el otro 15% presentó niveles de ansiedad moderado. El 22% de la muestra cayó en el rango de edad de 37 a 41 años, de los cuales el 14% presentó niveles de ansiedad leve y el 8% niveles de ansiedad moderada. Un 20% de la muestra se encuentra los rangos de 32 a 36 años, de los cuales el 11% presentó niveles de ansiedad leve y el 9% niveles de ansiedad moderada. El otro 20% se encuentra

entre 42 a 46 años, de los cuales 11% presentó niveles de ansiedad moderada y el 9% niveles de ansiedad leve. El rango menor, 8% se ubica entre 22 y 26 años y presentó niveles de ansiedad leve. De acuerdo con estos datos obtenidos, después de culminar la Terapia Cognitiva Conductual, la muestra presentó niveles de ansiedad leve (57%) y moderado (43%).

**Tabla 7: Comparación del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton**

| Nivel    | Pretest    |            | Postest    |            |
|----------|------------|------------|------------|------------|
|          | frecuencia | Porcentaje | frecuencia | Porcentaje |
| Leve     | 0          | 0          | 57         | 57         |
| Moderada | 0          | 0          | 43         | 43         |
| Severa   | 100        | 100        | 100        | 0          |
| Total    | 100        | 100        | 100        | 100        |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

La Tabla 7 compara las puntuaciones obtenidas en la de Ansiedad de Hamilton por los participantes del grupo Experimental en el pretest y postest. Se distingue que en el pretest los participantes lograron niveles de ansiedad severo (100%). Después de aplicado el programa basado en la terapia cognitiva conductual, los participantes lograron niveles de leves (57%) y moderado (43). Estos resultados se pueden apreciar en la Gráfica 15.

**Tabla 8: Estadístico descriptivo del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton**

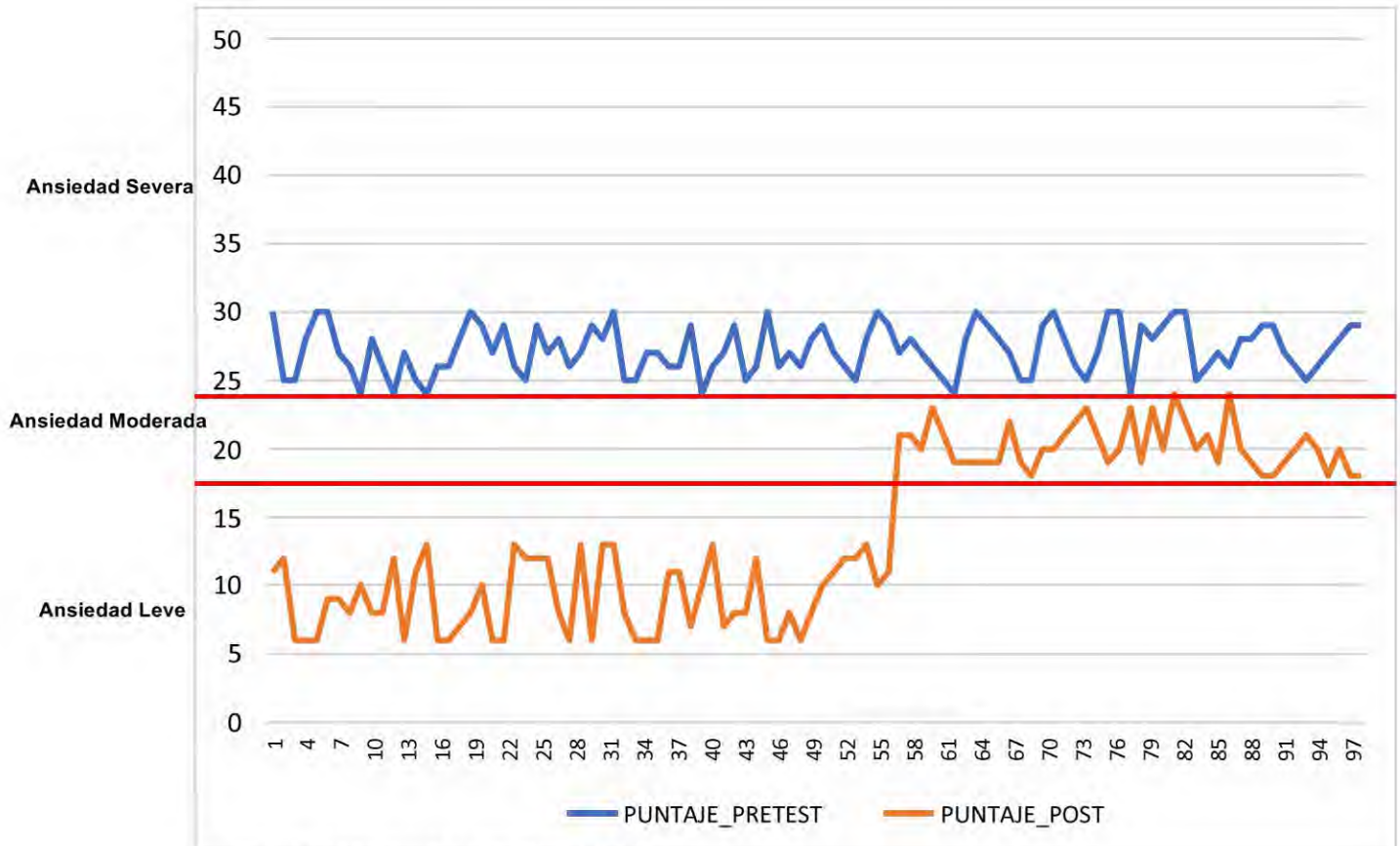
|         | N   | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|-----|-------|---------------------|--------|--------|
| Pretest | 100 | 27.21 | 1.80                | 24     | 30     |
| Postest | 100 | 13.88 | 5.98                | 6      | 24     |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 8 se exponen los estadísticos descriptivos del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los trabajadores en el pretest lograron una puntuación mínima de 24 puntos y una puntuación máxima de 30 puntos. La puntuación media fue de 27.21 con una desviación estándar de 1.80. Después de aplicada la terapia, se les volvió a aplicar el mismo instrumento, obteniendo una puntuación mínima de 6 y la máxima de 24 puntos. La puntuación media alcanzada fue de 13.88 y la desviación estándar de 5.98. Estos resultados indican que la muestra en el pretest presentó niveles de ansiedad severa y después de la terapia los niveles disminuyeron a ansiedad leve.

Gráfica 3

Comparación del pretest y postest de la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil en la Escala de Ansiedad de Hamilton



Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Gráfica 3 se muestran las medidas de la evaluación mediante la Escala e Ansiedad de Hamilton antes y después del tratamiento. En el gráfico se representa tanto la media normativa, como la puntuación de la muestra de los 100 trabajadores antes del tratamiento y una vez finalizado éste. Con relación a los datos de la Escala de Ansiedad de Hamilton se observa una mejoría del pretratamiento al postratamiento, ya que después de la intervención

la puntuación de la muestra se aproxima a la media normativa, mientras que en el pretratamiento la puntuación en ansiedad se encontraba muy por encima de la media normativa.

### 3.4 Análisis Inferencial

Respecto a las variables estudiadas en esta investigación, se desea comprobar si la valoración que dieron los participantes a dicha escala sigue una distribución normal, por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

#### Hipótesis

$H_0$  = Los datos provienen de una distribución normal.

$H_1$  = Los datos no provienen de una distribución normal.

Prueba Estadística: Prueba Kolmogorov-Smirnov

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

Región de Rechazo:

P-valor  $>$   $\alpha$  0.05 Aceptar  $H_0$

P-valor  $\leq$   $\alpha$  0.05 Aceptar  $H_1$

#### Resultados

**Tabla 9: Prueba de normalidad**

|                 | Kolmogorov-Smirnov |     |      |
|-----------------|--------------------|-----|------|
|                 | Estadístico        | gl  | Sig. |
| Puntaje pretest | .139               | 100 | .000 |
| Puntaje postest | .185               | 100 | .000 |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

Para la variable de pretest, su nivel de significación es de 0.000 ( 0.000 <0.05). En la variable de post test, su nivel de significación es de 0.000 ( 0.000 <0.05).

**Decisión:**

Los resultados obtenidos en la tabla, muestra el nivel de significancia de ambos datos son mayores a 0.05, lo que significa que el conjunto de datos muestra una distribución normal. Por lo tanto, se aplicará pruebas paramétricas, para demostración de la hipótesis general y específica de prueba Wilcoxon para muestras relacionadas.

**3.5 Resultados de la prueba pretest y post-test de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

**Hipótesis**

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

$$H_0: Me_{pretest} = Me_{posttest}$$

H<sub>1</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

$$H_1: Me_{pretest} \neq Me_{posttest}$$

Prueba estadística: Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

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

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

## Resultados:

Tabla 10

| <i>Rangos</i>                      |                  |                  |                | Suma      |
|------------------------------------|------------------|------------------|----------------|-----------|
|                                    |                  | N                | Rango promedio | de rangos |
| Puntaje_Postest y Puntaje_Prestest | Rangos negativos | 100 <sup>a</sup> | 50.50          | 5050.00   |
|                                    | Rangos positivos | 0 <sup>b</sup>   | 0.00           | 0.00      |
|                                    | Empates          | 0 <sup>c</sup>   |                |           |
| Total                              |                  | 100              |                |           |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la tabla titulada “Rangos” se observa que se analizaron 100 pares (los 100 trabajadores que participaron). Hubo cien rangos negativos; no hubo rangos positivos ni tampoco empate.

**Tabla 11**

***Estadísticos de prueba***

|                             | Puntaje_postest -<br>Puntaje_pretest |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Z                           | -8.685 <sup>b</sup>                  |
| Sig. asintótica (bilateral) | .000                                 |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la Tabla 10 titulada “Estadísticos de pruebas” se observa la fila significancia asintótica bilateral y su valor de 0.000. Se puede decir que, como el valor de p (Significancia asintótica (bilateral)) es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para indicar que existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

### 3.6 Tamaño del Efecto

**Tabla 12: La d de Cohen como tamaño de efecto del Pretest y Postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Z                 | -8.685 |
| N                 | 100    |
| Valor d de Cohen  | 0.8685 |
| Tamaño del Efecto | Grande |

Fuente: Elaborado por Arguelles (2023)

En la tabla 11 se presenta el tamaño del efecto como complemento al análisis estadístico establecido (Prueba Wilcoxon para muestras dependientes o relacionadas). La **d** de Cohen fue de  $d_{Cohen}=0.8685$  cuyo resultado se interpreta como un efecto grande, es decir, hay diferencias grandes en los resultados en el pretest y postest del grupo único, lo que nos corrobora la hipótesis alterna de que existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

# **CAPÍTULO IV**

## **DISCUSIÓN**

Esta investigación se enfoca en la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).

El Programa de Salud de Mental de la Caja de Seguro Social (CSS) señala que la COVID-19 ha desestabilizado la salud mental de una gran parte de la sociedad, ha hecho que personas vulnerables o con predisposición padezcan trastornos de este tipo, de los cuales los más atendidos durante la pandemia han sido: la ansiedad, depresión y el trastorno ansioso-depresivo.

Por otra parte, con los resultados ya expuestos en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en la muestra de estudio, tanto en el pretest como en el postest, se logra cumplir el primer y segundo objetivo específico que es identificar los niveles de ansiedad a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil. Cumpliéndose entonces los objetivos de que la Escala de Ansiedad de Hamilton establecen los niveles de ansiedad severa (pretest) y entre leve y moderada (postest) en los trabajadores que formaron parte de la muestra.

Los resultados con respecto al desarrollo del programa de tratamiento fueron bastante favorables, cumpliéndose el objetivo el cual fue aplicar programa de tratamiento cognitivo conductual para el manejo adecuado de los síntomas de ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC). Este objetivo se cumplió a través del desarrollo de las 12 sesiones programadas, en donde los trabajadores lograron un manejo adecuado

de síntomas de ansiedad mediante las diferentes técnicas psicoterapéuticas aprendidas.

De esta manera, se cumplió con el objetivo general que fue el de evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en la disminución de la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC). El cumplimiento de este objetivo se demuestra a través de los resultados de las diferencias porcentuales del pretest y postest en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en la Escala de Ansiedad de Hamilton. Con base en ello, en el pretest se obtuvo un 100% de la puntuación máxima (severa) que se pudiera obtener, y en el postest un 57% (ansiedad leve) y 43% (ansiedad moderada), dando como resultado una reducción en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad.

Con respecto a los resultados obtenidos al comparar estadísticamente los puntajes del pretest y el postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton, podemos señalar que este objetivo también se cumplió. Esta disminución se ve reflejada en los niveles de ansiedad de esta escala, debido a que en el pretest toda la muestra se ubicó en el nivel de ansiedad severa con un 100%, mientras que en el post test la mayor parte de la muestra se ubicó en nivel leve de ansiedad con un 57% y 43% con un nivel moderado. Resultados que también observamos en las medias tanto de la preevaluación ( $\bar{X}=27.21$ ) y la post evaluación ( $\bar{X}=13.88$ ), donde se calculó una diferencia de 13.33. Esto también se respalda con la

estadística inferencial aplicada utilizando el estadígrafo Wilcoxon cuyos resultados demostraron que, como el valor de  $p$  (Significancia asintótica (bilateral) es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para indicar que existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.

A partir de todos los resultados expuestos, se evidencia que se logró minimizar los síntomas de ansiedad a través de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual. Estos resultados concuerdan con las investigaciones planteadas por Pineda (2019), Vásquez (2019), Acuña (2018), Samaniego (2018), López (2022) donde los resultados de estas indicaron que la terapia cognitiva conductual demostró eficacia en las muestras estudiadas. También se encontraron resultados parecidos en las investigaciones de Velázquez, Bonilla y Padilla (2018), Rodríguez (2017) cuyos resultados permitieron demostrar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la preocupación y la ansiedad.

Otro estudio que coincide con los resultados encontrados fueron los de Ventura (2015) que concluye que el Programa de intervención Grupal Cognitivo – Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

Los estudios de Nuevo y Montorio (2005) también concuerda con los hallazgos de este estudio, donde resultó ser eficaz en la reducción de la preocupación excesiva en las personas mayores.

Estudio que no concuerda con esta investigación es el de Garzón (2015), donde los resultados señalaron que los niveles de ansiedad no disminuyeron de manera significativa después de haber implementado la intervención.

Podemos decir que en el análisis de resultados se vio una tendencia importante hacia la significación estadística en ansiedad en la muestra de trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil. Se observa al respecto cómo una vez aplicada la intervención se puede apreciar diferencias entre los niveles de ansiedad evaluados al comienzo de la intervención y al término de esta. Ello indica que el programa de intervención psicológico ha incidido sensiblemente en la disminución de los niveles de ansiedad en las personas que participaron en la intervención.

# **CAPÍTULO V**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

Al finalizar la investigación y basados en los resultados obtenidos se concluye en lo siguiente:

- Se logró identificar los niveles de ansiedad a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil, donde se determinó niveles de ansiedad severa en el pretest y entre leve y moderada en el postest.
- Los resultados con respecto al desarrollo del programa de tratamiento fueron favorables, cumpliéndose el objetivo propuesto en la investigación, logrando a través de las sesiones aplicadas, que los trabajadores logaran un manejo adecuado de síntomas de ansiedad a través de las diferentes técnicas psicoterapéuticas aprendidas.
- Se cumplió con el objetivo general que fue evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual para disminuir la ansiedad en los trabajadores del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).
- Al comparar estadísticamente los resultados del pretest y el postest de la Escala de Ansiedad de Hamilton, se ve reflejado la reducción en los niveles de ansiedad de esta escala, debido a que en el pretest toda la muestra se ubicó en el nivel de ansiedad severa con un 100%, mientras que en el postest la mayor parte de la muestra se ubicó en nivel leve de ansiedad con un 57% y 43% con un nivel moderado.

- Los resultados de las puntuaciones medias obtenidos en la preevaluación ( $\bar{X}=27.21$ ) y la post evaluación ( $\bar{X}=13.88$ ), alcanzaron una diferencia de 13.33 puntos.
- El diseño cuasiexperimental con pretest y post test permitió evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención terapéutica utilizando el estadígrafo Wilcoxon cuyos resultados demostraron que, cómo el valor de p (Significancia asintótica (bilateral)) es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para indicar que existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test de la Escala de Ansiedad de Hamilton, luego de que fuera aplicada la intervención del Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual en una muestra de trabajadores de SINAPROC.
- Se evidencia que las sesiones Terapéuticas fueron efectivas para reducir los niveles de ansiedad en los trabajadores de SINAPROC.
- Se revalida que la Terapia Cognitiva Conductual es un enfoque efectivo para el manejo de la ansiedad en los trabajadores de búsqueda y rescate del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) que participaron en la investigación.

## 5.2 Recomendaciones

En base a las conclusiones emitidas, se recomienda:

- Realizar estudios de esta temática en diferentes instituciones del país, donde sus trabajadores, por el tipo de labor que realizan, son sometidos a niveles de ansiedad diaria.
- Incorporar programas de intervención con abordajes multidisciplinarios en esta institución, SINAPROC, y en otras similares.
- Fomentar la necesidad de la prevención de la ansiedad mediante abordajes psicológicos cada cierto tiempo y así poder mantener al personal con buena salud mental.
- Dar seguimiento a los participantes para poder determinar si se mantienen los cambios obtenidos.
- Proveer de información y dar herramientas para que puedan enfrentar situaciones adversas en su trabajo.
- En futuras investigaciones incluir un análisis cualitativo que permita identificar factores relacionados con esta problemática de la ansiedad clínicamente significativa.

## Bibliografía

- Acuña Castillo, Francia Jeannette (2018) Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa. Maestría tesis, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.  
<http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1317>
- Arias, F. (1999). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Arias, F. (2004). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Episteme.
- Barnhill, J. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Manual MSD*, <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada>.
- Beck, A. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. Editorial Nat Med.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2010). Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Blanco, J., Ornelas, M., Barron, J., & Rodriguez, J. (2017). Estructura Factorial del Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada en Universitarios Mexicanos. *Revista Form. Univ. vol.10 no.5 La Serena 2017. versión Online ISSN 0718-5006*,  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-50062017000500008&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-50062017000500008&script=sci_arttext&tlng=en).

- Carballo, M., & Guelmes, E. (2016). Algunas consideraciones acerca de las variables en las investigaciones que se desarrollan en educación. *Revista Universidad y Sociedad* vol.8 no.1 Cienfuegos ene.-abr. 2016, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202016000100021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000100021).
- Cárdenas Castro, M., & Arancibia Martini, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad* , 5 (2), 210-224.
- Castillero, O. (2020). *Escala de Depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona*. Obtenido de Psicología y mente <https://psicologiaymente.com/clinica/escala-depresion-de-hamilton>
- CETECIC. (2020). *¿Cómo es un tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual?* Obtenido de Centro de Terapia Cognitivo conductual y ciencias del comportamiento: <https://www.cetecic.com/terapeutas/como-es-un-tratamiento-de-tcc/>
- Chávez, L., Benítez, C., & Ontiveros, U. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Revista Salud Mental*, 37(2), 111-117. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-332520140](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-332520140).
- Conde, V., & Franch, L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Editorial Laboratorios Upjohn.

- Copeland, M. (1993). *Venza la depresión. Un manual práctico para ayudarle a convivir con la depresión y la manía depresiva*. Barcelona: Editorial Robin Book.
- CSS. (2019). ¡CUIDADO CON EL ESTRÉS LABORAL, CONLLEVA A LA DEPRESIÓN. *Repositorio Revista Caja del Seguro Social Panamá*, <http://www.css.gob.pa/web/3-julio-2019an.html>.
- Del Campo, M., Romo, P., De la Hoz, R., Villamor, J., & Fernández, I. (2017). La ansiedad y la depresión como predictores de los trastornos músculo-esqueléticos en los trabajadores sanitarios. *Revista Arch. prev. riesgos labor. (Ed. impr.) ; 20(3): 177-178, jul.-sept. 2017.*, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/ibc-164858>.
- Fernández, A., & Fernández, A. (2018). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica ISSN 1136-5420,22(2), 157-169. doi:doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720.*
- Fidias, G. (2006). *El proyecto de investigación (5ta Edición)*. Caracas: Editorial Episteme.
- Fierro, M. (2011). El desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 40(3), 519-533.*, <http://www.redalyc.org/pdf/806/80622315011.pdf>.
- Flores, A. (2021). Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo. *Revista Repositorio Universidad señor de Sipan*, <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8303>.
- Flores, A. (s/f). Escala de Ansiedad de Hamilton. *Repositorio Servicio Andaluz de Salud Consejería de salud*.

Forbes. (2017). Mexicanos, los más estresados del mundo por su trabajo. *Revista Forbes*, <https://www.forbes.com.mx/mexicanos-los-mas-estresados-del-mundo-por-su-trabajo/>.

Gallego, J., & Gómez, L. (2021). "Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos". *Revista de Psiquiatría.com – ISSN: 1137-3148*.

García, I., Zapata, R., Rivas, V., & Quevedo, E. (2018). Efectos de la terapiacognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultosmayores. *Revista Horiz. sanitario vol.17 no.2 Villahermosa ene./abr.2018.versión On-line ISSN 2007-7459versión impresa ISSN 1665-3262*,  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000200131](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200131).

García, J. (2020). La desensibilización y la exposición en la terapia cognitivo conductual. *Revista Psicoterapeutas.com*,  
<http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/desensibilizacion.htm>.

Garrido, J. (2020). *Medir la ansiedad con el Inventario de Beck*. Obtenido de Psicopedia: <https://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>

Garzón Y. (2015) Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología clínica Santiago de Veraguas, Panamá  
<https://dokumen.tips/download/link/santiago-de-veraguas-panama-tesis-presentada-para-vicerrectoria-de-investigacion.html>

González, J., & Rodríguez, M. (1998). Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual. *Revista Psiquis*, 1998; 19 (7): 259264

[http://www.psicoter.es/\\_arts/98\\_004\\_157.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/98_004_157.pdf).

Genise, G. (2017). Fonzo está furioso. Terapia Cognitiva Conductual para el control de la ira (Fichas de trabajo). Editorial Akadia

Habigzang, L., Ferreira, M., & Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Revista Cienc. Psicol. vol.13 no.2 Montevideo dic. 2019 Epub 01-Dic-2019*, [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212019000200249&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212019000200249&script=sci_arttext).

Hamilton, M. (1959). *Escala de Clasificación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)*. *Br Journal of Medicine Psychol*, 32, 50-55  
<https://doi.org/10.1145/363332.363339>.

Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression*. *Editorial J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23: 56-62.

Hernández, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Revista Análisis y Modificación de Conducta.2018, Vol. 44, Nº 169-170, 11-35.ISSN: 0211-7339*, <https://pdfs.semanticscholar.org/3630/69d072d102c1603350830bf98bb9d7f800d4.pdf>.

Hernández, J. (2007). *Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Editorial Amertown International.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc.Graw-Hill.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6a. ed. --)*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Hurtado, J. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: Editorial Fundacion Sypal.
- Ibañez, T., & Manzanera, E. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Revista Elsevier Vol. 38. Núm. 6.*, <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>.
- Jiménez, J. (2018). Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo-conductual. *Revista Repositorio Digital de la UTMACH Trabajos de Pregrado de la Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología Clínica*, <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12199>.
- Llardi, S., & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factor n cognitive-behavior therapy for depression. *Magazine Clinical Psychology: Science and Practice. 1: 38 – 55*.
- López, D. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada. *Revista MenteAMente*, <https://www.menteamente.com/ansiedad-generalizada>.
- López Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 208-230. doi:10.36677/rpsicologia.v11i23.18056

- López, S. (2017). Utilización de técnicas cognitivo-conductuales para la disminución de ansiedad asociada a estrés laboral en los funcionarios de 45 a 55 años, que acuden al área de psicología del dispensario médico matriz Quito de la Empresa Pública Petroecuador durante e. *Revista Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana*, <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/14399>.
- Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Nuevo Benítez, R., & Montorio Cerrato, I. (2005). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* , 5 (2),215-226.
- OMS. (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. *Repositorio Revista Organización Mundial de la Salud*.
- Ordaz, K., & Bennett, M. (2019). Integración de la terapia cognitivo conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 22, (2), 2019 .Vol. 22 No. 2.Universidad Nacional Autónoma de México, <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art17.pdf>.
- Ortega, V. (2013). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. ARTIGOS, 14-15.
- Pérez, A., & Cruz, J. (2003). Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados Interdisciplinaria,. *Revista Interdisciplinaria*

ISSN: 0325-8203. vol. 20, núm. 2, 2003, pp. 205-227,  
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18020204.pdf>.

Peñañiel, C., & Echeverría, S. (2017). La terapia cognitivo conductual en adultos que padecen trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Repositorio digital de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo*, <http://repositorio.uees.edu.ec/handle/123456789/2326>.

Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Amigo, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Editorial Pirámide.

Pineda, D. (2019) "Intervención Psicológica en pacientes que laboran en la Policía Nacional de Panamá que asisten a la Clínica a la sección de psicología. Universidad Especializada de las Américas (Tesis de Maestría). <http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/231>

Ponce, R., Chacón, V., & Núñez, H. (2021). Terapia cognitivo - conductual computarizada, en pacientes ansiosos de 15 a 65 años del Centro de Salud San Sebastián — Cusco, 2020. *Revista repositorio Universidad Autónoma de Ica*, <http://repositorio.autonomaieica.edu.pe/handle/autonomaieica/1001>.

Psiquis. (2010). PSQUIATRÍA PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. *Revista Alpe Editores. Madrid*, <http://dice.cindoc.csic.es/revista.php?rev=0210-8348>.

Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de*

la Facultad de Ciencias de la Salud  
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>.

Purriños, M. (s/f). Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDDRS). *Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. Servizo de Epidemioloxía.*

Rodríguez, E. (1992). Que es el análisis experimental de la conducta. *Revista Repositorio Universidad Autónoma de Santo Domingo.*

Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *PanAmerican Health Organization, Washington, USA.*

Rodríguez Martín, S. (2017) Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/25573>

Ruíz, L. (2018). ¿Cuáles son las técnicas cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad? *Revista Psicología y mente*  
<https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales-ansiedad>.

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación. (3era Edición)*. Caracas: Editorial Panapo

Samaniego Quintero, Damaris Janeth (2018) *Terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la Región de Panamá Oeste, 2018*. Maestría tesis, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1355>

- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica 1ra edición*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Revista Clínica y Salud vol.25 no.1 Madrid mar. 2014 Universidad Complutense de Madrid, España. versión On-line ISSN 2174-0550versión impresa ISSN 1130-5274*, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742014000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100004).
- Sanz, L., & Álvarez, C. (2012). *Evaluación en Psicología Clínica*. Madrid: Manual CEDE de Preparación PIR. 05. CEDE.
- Segal, Z., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive therapy in major depression: changes with pharmacotherapy. *Revista J Nerv Ments Dis.108: 3 – 10*.
- Sevilla, J. (1996). *Tratamiento psicológico de la depresión. 4st ed*. Valencia: Editorial Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA / V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR. 2003.ISSN: 1518-6148*, <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.
- Silva, H., & Jerez, S. (2014). DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría Indexada en LILACS y Scielo - Año 68, VOL 52, Suplemento N° 1, MARZO 2014 -*.
- SINAPROC. (2021). *Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)*. <https://www.mingob.gob.pa/sistema-nacional-proteccion-civil-sinaproc/>

- Skinner, B. (1969). *Contingencies of Reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Editorial Appleton Century Crofts.
- Sum, M. (2015). "Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del Organismo Judicial de la Cabecera Departamental De Huehuetenango.". *Repositorio Universidad Rafael Landívar*, <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/43/Sum-Maria.pdf>.
- Tamayo, & Tamayo. (2012). *El Proceso de la Investigación Científica*. (5° ed.). México: Editorial Limusa S.A.
- Timm, P. (2007). *La Terapia Cognitivo-Conductual*. Editorial Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists
- Tortella, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología*.
- Vásquez O. (2019) Manejo emocional en pacientes con problemas emocionales, a través de la Terapia Cognitiva Conductual con asimilación integrativa. <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-panama/tesis/otniel-vasquez-programa-de-maestria-en-psicologia-clinica/32846104>
- Velázquez L, Bonilla M. y Padilla A. (2018 ) Efectos de una intervención cognitivo conductual en la ansiedad y depresión en médicos internos de pregrado. *Revista Psicología Sin Fronteras*, 2 ( 3), 5-40
- Wagner, S. (2019). Psicología: ¿Qué son los trastornos de ansiedad? *Revista Made for Minds*, <https://www.dw.com/es/psicolog%C3%ADa-da-qu%C3%A9-son-los-trastornos-de-ansiedad/a-48406479>.

WHO. (20 de 11 de 2020). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

Wilkinson, L. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54(8), 594-604.

# **ANEXOS**

**Anexos 1: Modelo de consentimiento informado**

La presente Investigación conducida por la Licenciada Yessenia Argüelles Gil, psicóloga de profesión, está realizando un estudio cuyo objetivo es verificar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual, para disminuir la ansiedad clínicamente significativa en los funcionarios de búsqueda y rescate del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC). La participación fue estrictamente voluntaria. Los resultados de la investigación serán de uso exclusivo del equipo de investigación y no se emplearán para ningún otro propósito fuera de los planteados en el estudio; los nombres y datos de los participantes se mantendrán en todo momento de forma confidencial.

Si está de acuerdo con participar en la investigación, se le solicita firme al final de la página.

Atentamente,

---

Atentamente Yo.....mayor de edad, acepto

participar de forma voluntaria en la investigación dirigida por la Psicóloga Yessenia Argüelles Gil.

He sido informado(a) sobre el objetivo del estudio es analizar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en la disminución de la ansiedad; se me ha explicado en qué consiste cada paso del estudio y se me explicó que la información que proporcione es estrictamente confidencial y que no será utilizada para ningún otro fin que no sea el de la investigación, sin mi autorización. He sido informado(a) y puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que también puedo retirarme de la misma si así lo decido.

.....  
..... Firma del participante

## **Anexos 2:Modelo de carta de compromiso**

Compromiso por parte de los participantes en la investigación sobre disminuir la ansiedad clínicamente significativa mediante la Terapia Cognitiva Conductual. Por este medio los participantes y la Psicóloga Yessenia Argüelles Gil, responsable de la investigación enfocada en la disminución de la ansiedad clínicamente significativa se comprometen a:

El participante acepta las siguientes condiciones:

1. Asistir a todas las sesiones
2. Llegar a tiempo a las sesiones
3. Realizar y utilizar las herramientas o recursos psicológicos que se le indiquen practicar en casa o vida diaria.
4. Mantener un adecuado comportamiento durante las sesiones
5. Mantener respeto hacia los demás participantes del estudio y a la psicóloga.

Por su parte la Psicóloga Yessenia Argüelles Gil se compromete a:

1. Guardar la confidencialidad de los participantes y de los problemas tratados en las sesiones.
2. Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante
3. Utilizar los resultados y las evaluaciones exclusivamente con fines investigativos.
4. Los resultados de la investigación serán revelados de forma que la identidad de los participantes se mantenga protegida.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Psic. Yessenia Argüelles Gil

CIP 8- 394-989

Código 3212

**Anexos 3: Figura 1,2,3**

*Figuras 1*

*Presentación del programa en la base Panamá Pacifico*



*Fuente: Elaborado por Argüelles (2023)*

*Figuras 2*

*Aplicación de pruebas en la base de SINAPROC de Colón*



*Fuente: Elaboración por Argüelles (2023)*

*Figuras 3*

*Foto con equipo de la base de SINAPROC de Amador*



*Fuente: Elaboración por Argüelles (2023)*

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON****Para sacar población a trabajar**

| Participante | Edad | Sexo | Tipo de Ansiedad (muy baja,Moderada , Severo) |
|--------------|------|------|---|
| 1            | 20   | F    | Baja  |
| 2            | 25   | F    | Severo  |
| 3            | 23   | F    | Baja  |
| 4            | 29   | F    | Severo  |
| 5            | 23   | F    | Baja  |
| 6            | 26   | F    | Baja  |
| 7            | 21   | F    | Baja  |
| 8            | 33   | F    | Moderada                                      |
| 9            | 30   | F    | Severo  |
| 10           | 22   | F    | Baja  |
| 11           | 25   | F    | Baja  |
| 12           | 29   | F    | Baja  |
| 13           | 31   | F    | Severo  |
| 14           | 38   | F    | Severo  |
| 15           | 24   | F    | Moderada                                      |
| 16           | 24   | F    | Baja  |
| 17           | 21   | F    | Baja  |
| 18           | 27   | F    | Moderada                                      |
| 19           | 27   | F    | Moderada                                      |
| 20           | 32   | F    | Moderada                                      |
| 21           | 28   | F    | Moderada                                      |
| 22           | 26   | F    | Moderada                                      |
| 23           | 30   | F    | Moderada                                      |
| 24           | 29   | F    | Moderada                                      |
| 25           | 27   | F    | Moderada                                      |
| 26           | 22   | M    | Severo  |
| 27           | 28   | M    | Severo  |
| 28           | 23   | M    | Severo  |
| 29           | 25   | M    | Severo  |
| 30           | 28   | M    | Severo  |
| 31           | 27   | M    | Severo  |
| 32           | 29   | M    | Severo  |
| 33           | 30   | M    | Severo  |
| 34           | 40   | M    | Severo  |
| 35           | 41   | M    | Severo  |

|    |    |   |          |
|----|----|---|----------|
| 36 | 43 | M | Severo   |
| 37 | 24 | M | Severo   |
| 38 | 27 | M | Severo   |
| 39 | 25 | M | Severo   |
| 40 | 32 | M | Severo   |
| 41 | 22 | M | Baja     |
| 42 | 27 | M | Severo   |
| 43 | 30 | M | Baja     |
| 44 | 37 | M | Severo   |
| 45 | 45 | M | Baja     |
| 46 | 21 | M | Baja     |
| 47 | 23 | M | Moderada |
| 48 | 31 | M | Severo   |
| 49 | 26 | M | Baja     |
| 50 | 32 | M | Baja     |
| 51 | 33 | M | Baja     |
| 52 | 34 | M | Baja     |
| 53 | 36 | M | Baja     |
| 54 | 40 | M | Severo   |
| 55 | 23 | M | Baja     |
| 56 | 31 | M | Severo   |
| 57 | 42 | M | Severo   |
| 58 | 50 | M | Baja     |
| 59 | 28 | M | Baja     |
| 60 | 30 | M | Baja     |
| 61 | 27 | M | Baja     |
| 62 | 25 | M | Baja     |
| 63 | 21 | M | Baja     |
| 64 | 20 | M | Baja     |
| 65 | 32 | M | Moderada |
| 66 | 26 | M | Baja     |
| 67 | 28 | M | Baja     |
| 68 | 31 | M | Baja     |
| 69 | 43 | M | Baja     |
| 70 | 44 | M | Baja     |
| 71 | 46 | M | Baja     |
| 72 | 41 | M | Severo   |
| 73 | 46 | M | Severo   |
| 74 | 23 | M | Baja     |
| 75 | 26 | M | Baja     |
| 76 | 33 | M | Baja     |
| 77 | 44 | M | Severo   |

|     |    |   |          |
|-----|----|---|----------|
| 78  | 20 | M | Baja     |
| 79  | 22 | M | Baja     |
| 80  | 41 | M | Baja     |
| 81  | 30 | M | Baja     |
| 82  | 28 | M | Baja     |
| 83  | 31 | M | Moderada |
| 84  | 35 | M | Moderada |
| 85  | 37 | M | Severo   |
| 86  | 42 | M | Severo   |
| 87  | 40 | M | Severo   |
| 88  | 31 | M | Baja     |
| 89  | 29 | M | Baja     |
| 90  | 36 | M | Baja     |
| 91  | 40 | M | Severo   |
| 92  | 43 | M | Severo   |
| 93  | 20 | M | Baja     |
| 94  | 21 | M | Baja     |
| 95  | 24 | M | Baja     |
| 96  | 25 | M | Baja     |
| 97  | 28 | M | Baja     |
| 98  | 39 | M | Baja     |
| 99  | 37 | M | Baja     |
| 100 | 36 | M | Baja     |
| 101 | 25 | M | Baja     |
| 102 | 27 | M | Baja     |
| 103 | 22 | M | Baja     |
| 104 | 28 | M | Baja     |
| 105 | 30 | M | Baja     |
| 106 | 31 | M | Baja     |
| 107 | 26 | M | Baja     |
| 108 | 22 | M | Baja     |
| 109 | 24 | M | Baja     |
| 110 | 27 | M | Baja     |
| 111 | 31 | M | Baja     |
| 112 | 45 | M | Baja     |
| 113 | 50 | M | Baja     |
| 114 | 37 | M | Baja     |
| 115 | 23 | M | Baja     |
| 116 | 41 | M | Baja     |
| 117 | 48 | M | Baja     |
| 118 | 30 | M | Baja     |
| 119 | 31 | M | Baja     |

|     |    |   |        |
|-----|----|---|--------|
| 120 | 36 | M | Baja   |
| 121 | 30 | M | Baja   |
| 122 | 28 | M | Baja   |
| 123 | 26 | M | Baja   |
| 124 | 32 | M | Baja   |
| 125 | 40 | M | Baja   |
| 126 | 41 | M | Baja   |
| 127 | 33 | M | Baja   |
| 128 | 38 | M | Baja   |
| 129 | 26 | M | Baja   |
| 130 | 35 | M | Baja   |
| 131 | 21 | M | Baja   |
| 132 | 20 | M | Baja   |
| 133 | 32 | M | Baja   |
| 134 | 39 | M | Baja   |
| 135 | 38 | M | Baja   |
| 136 | 26 | M | Baja   |
| 137 | 25 | M | Baja   |
| 138 | 33 | M | Baja   |
| 139 | 45 | M | Baja   |
| 140 | 26 | M | Baja   |
| 141 | 27 | M | Severo |
| 142 | 22 | M | Baja   |
| 143 | 40 | M | Severo |
| 144 | 21 | M | Baja   |
| 145 | 33 | M | Severo |
| 146 | 36 | M | Severo |
| 147 | 23 | M | Baja   |
| 148 | 20 | M | Baja   |
| 149 | 30 | M | Severo |
| 150 | 37 | M | Severo |
| 151 | 40 | M | Severo |
| 152 | 50 | M | Baja   |
| 153 | 51 | M | Baja   |
| 154 | 45 | M | Severo |
| 155 | 39 | M | Severo |
| 156 | 40 | M | Baja   |
| 157 | 50 | M | Baja   |
| 158 | 28 | M | Severo |
| 159 | 26 | M | Severo |
| 160 | 31 | M | Severo |
| 161 | 33 | M | Severo |

|     |    |   |          |
|-----|----|---|----------|
| 162 | 35 | M | Severo   |
| 163 | 28 | M | Baja     |
| 164 | 49 | M | Baja     |
| 165 | 42 | M | Severo   |
| 166 | 36 | M | Severo   |
| 167 | 32 | M | Severo   |
| 168 | 25 | M | Baja     |
| 169 | 47 | M | Baja     |
| 170 | 46 | M | Baja     |
| 171 | 35 | M | Severo   |
| 172 | 33 | M | Baja     |
| 173 | 29 | M | Severo   |
| 174 | 33 | M | Severo   |
| 175 | 25 | M | Severo   |
| 176 | 34 | M | Baja     |
| 177 | 52 | M | Baja     |
| 178 | 44 | M | Severo   |
| 179 | 42 | M | Severo   |
| 180 | 50 | M | Baja     |
| 181 | 23 | M | Baja     |
| 182 | 41 | M | Severo   |
| 183 | 43 | M | Severo   |
| 184 | 50 | M | Baja     |
| 185 | 43 | M | Severo   |
| 186 | 42 | M | Severo   |
| 187 | 40 | M | Severo   |
| 188 | 43 | M | Severo   |
| 189 | 35 | M | Severo   |
| 190 | 30 | M | Moderada |
| 191 | 31 | M | Moderada |
| 192 | 42 | M | Severo   |
| 193 | 26 | M | Baja     |
| 194 | 22 | M | Moderada |
| 195 | 40 | M | Moderada |
| 196 | 36 | M | Severo   |
| 197 | 22 | M | Baja     |
| 198 | 21 | M | Baja     |
| 199 | 41 | M | Severo   |
| 200 | 21 | M | Baja     |
| 201 | 23 | M | Moderada |
| 202 | 24 | M | Moderada |
| 203 | 37 | M | Severo   |

|     |    |   |          |
|-----|----|---|----------|
| 204 | 21 | M | Baja     |
| 205 | 22 | M | Moderada |
| 206 | 23 | M | Baja     |
| 207 | 20 | M | Baja     |
| 208 | 39 | M | Severo   |
| 209 | 22 | M | Baja     |
| 210 | 38 | M | Severo   |
| 211 | 46 | M | Baja     |
| 212 | 47 | M | Baja     |
| 213 | 40 | M | Severo   |
| 214 | 44 | M | Baja     |
| 215 | 40 | M | Baja     |
| 216 | 42 | M | Severo   |
| 217 | 23 | M | Baja     |
| 218 | 24 | M | Baja     |
| 219 | 21 | M | Baja     |
| 220 | 22 | M | Baja     |
| 221 | 43 | M | Baja     |
| 222 | 21 | M | Severo   |
| 223 | 44 | M | Baja     |
| 224 | 20 | M | Baja     |
| 225 | 45 | M | Severo   |
| 226 | 21 | M | Baja     |
| 227 | 26 | M | Baja     |
| 228 | 30 | M | Baja     |
| 229 | 32 | M | Baja     |
| 230 | 41 | M | Baja     |
| 231 | 50 | M | Baja     |
| 232 | 33 | M | Baja     |
| 233 | 51 | M | Severo   |
| 234 | 47 | M | Baja     |
| 235 | 43 | M | Baja     |
| 236 | 34 | M | Baja     |
| 237 | 26 | M | Severo   |
| 238 | 21 | M | Baja     |
| 239 | 23 | M | Baja     |
| 240 | 43 | M | Baja     |
| 241 | 20 | M | Baja     |
| 242 | 21 | M | Baja     |
| 243 | 29 | M | Severo   |
| 244 | 23 | M | Moderada |
| 245 | 20 | M | Baja     |

|     |    |   |        |
|-----|----|---|--------|
| 246 | 25 | M | Baja   |
| 247 | 28 | M | Severo |
| 248 | 24 | M | Baja   |
| 249 | 22 | M | Baja   |
| 250 | 29 | M | Severo |
| 251 | 22 | M | Baja   |
| 252 | 30 | M | Severo |
| 253 | 29 | M | Severo |
| 254 | 23 | M | Baja   |
| 255 | 20 | M | Baja   |
| 256 | 22 | M | Baja   |
| 257 | 24 | M | Baja   |
| 258 | 31 | M | Severo |
| 259 | 23 | M | Baja   |
| 260 | 28 | M | Severo |
| 261 | 24 | M | Baja   |
| 262 | 32 | M | Severo |
| 263 | 23 | M | Baja   |
| 264 | 26 | M | Baja   |
| 265 | 21 | M | Baja   |
| 266 | 27 | M | Baja   |
| 267 | 29 | M | Severo |
| 268 | 27 | M | Severo |
| 269 | 30 | M | Baja   |
| 270 | 25 | M | Baja   |
| 271 | 25 | M | Baja   |
| 272 | 28 | M | Baja   |
| 273 | 26 | M | Baja   |
| 274 | 28 | M | Severo |
| 275 | 22 | M | Baja   |
| 276 | 28 | M | Severo |
| 277 | 21 | M | Baja   |
| 278 | 20 | M | Baja   |
| 279 | 29 | M | Severo |
| 280 | 21 | M | Baja   |
| 281 | 20 | M | Baja   |
| 282 | 33 | M | Severo |
| 283 | 21 | M | Baja   |
| 284 | 45 | M | Severo |
| 285 | 20 | M | Baja   |
| 286 | 36 | M | Severo |
| 287 | 35 | M | Severo |

|     |    |   |          |
|-----|----|---|----------|
| 288 | 23 | M | Baja     |
| 289 | 30 | M | Baja     |
| 290 | 40 | M | Severo   |
| 291 | 34 | M | Baja     |
| 292 | 26 | M | Baja     |
| 293 | 27 | M | Baja     |
| 294 | 42 | M | Severo   |
| 295 | 23 | M | Baja     |
| 296 | 30 | M | Baja     |
| 297 | 24 | M | Baja     |
| 298 | 23 | M | Baja     |
| 299 | 22 | M | Baja     |
| 300 | 21 | M | Baja     |
| 301 | 37 | M | Severo   |
| 302 | 20 | M | Baja     |
| 303 | 21 | M | Baja     |
| 304 | 32 | M | Severo   |
| 305 | 31 | M | Severo   |
| 306 | 26 | M | Baja     |
| 307 | 30 | M | Baja     |
| 308 | 33 | M | Baja     |
| 309 | 24 | M | Baja     |
| 310 | 28 | M | Baja     |
| 311 | 29 | M | Baja     |
| 312 | 28 | M | Baja     |
| 313 | 30 | M | Severo   |
| 314 | 45 | M | Baja     |
| 315 | 31 | M | Severo   |
| 316 | 40 | M | Baja     |
| 317 | 37 | M | Baja     |
| 318 | 40 | M | Moderada |
| 319 | 36 | M | Baja     |
| 320 | 37 | M | Baja     |
| 321 | 30 | M | Baja     |
| 322 | 28 | M | Baja     |
| 323 | 26 | M | Moderada |
| 324 | 25 | M | Baja     |
| 325 | 23 | M | Baja     |
| 326 | 22 | M | Baja     |
| 327 | 28 | M | Baja     |
| 328 | 30 | M | Moderada |
| 329 | 32 | M | Baja     |

|     |    |   |      |
|-----|----|---|------|
| 330 | 35 | M | Baja |
|-----|----|---|------|

| Pre Test Escala de Hamilton |      |      |                                 |
|-----------------------------|------|------|---------------------------------|
| Participante                | Sexo | Edad | Ansiedad (Leve moderada severa) |
| 1                           | F    | 25   | Severa                          |
| 2                           | F    | 29   | Severa                          |
| 3                           | F    | 38   | Severa                          |
| 4                           | M    | 22   | Severa                          |
| 5                           | M    | 28   | Severa                          |
| 6                           | M    | 23   | Severa                          |
| 7                           | M    | 25   | Severa                          |
| 8                           | M    | 28   | Severa                          |
| 9                           | M    | 27   | Severa                          |
| 10                          | M    | 29   | Severa                          |
| 11                          | M    | 30   | Severa                          |
| 12                          | M    | 40   | Severa                          |
| 13                          | M    | 41   | Severa                          |
| 14                          | M    | 43   | Severa                          |
| 15                          | M    | 24   | Severa                          |
| 16                          | M    | 27   | Severa                          |
| 17                          | M    | 17   | Severa                          |
| 18                          | M    | 32   | Severa                          |
| 19                          | M    | 27   | Severa                          |
| 20                          | M    | 37   | Severa                          |
| 21                          | M    | 31   | Severa                          |
| 22                          | M    | 40   | Severa                          |
| 23                          | M    | 42   | Severa                          |
| 24                          | M    | 31   | Severa                          |
| 25                          | M    | 32   | Severa                          |
| 26                          | M    | 41   | Severa                          |
| 27                          | M    | 46   | Severa                          |
| 28                          | M    | 33   | Severa                          |
| 29                          | M    | 37   | Severa                          |
| 30                          | M    | 42   | Severa                          |
| 31                          | M    | 40   | Severa                          |

|    |   |    |        |
|----|---|----|--------|
| 32 | M | 43 | Severa |
| 33 | M | 40 | Severa |
| 34 | M | 27 | Severa |
| 35 | M | 40 | Severa |
| 36 | M | 33 | Severa |
| 37 | M | 36 | Severa |
| 38 | M | 30 | Severa |
| 39 | M | 37 | Severa |
| 40 | M | 40 | Severa |
| 41 | M | 45 | Severa |
| 42 | M | 39 | Severa |
| 43 | M | 28 | Severa |
| 44 | M | 26 | Severa |
| 45 | M | 31 | Severa |
| 46 | M | 33 | Severa |
| 47 | M | 35 | Severa |
| 48 | M | 42 | Severa |
| 49 | M | 36 | Severa |
| 50 | M | 32 | Severa |
| 51 | M | 36 | Severa |
| 52 | M | 29 | Severa |
| 53 | M | 33 | Severa |
| 54 | M | 25 | Severa |
| 55 | M | 44 | Severa |
| 56 | M | 42 | Severa |
| 57 | M | 41 | Severa |
| 58 | M | 43 | Severa |
| 59 | M | 43 | Severa |
| 60 | M | 42 | Severa |
| 61 | M | 40 | Severa |
| 62 | M | 43 | Severa |
| 63 | M | 35 | Severa |
| 64 | M | 42 | Severa |
| 65 | M | 36 | Severa |
| 66 | M | 41 | Severa |
| 67 | M | 37 | Severa |
| 68 | M | 39 | Severa |
| 69 | M | 38 | Severa |
| 70 | M | 40 | Severa |
| 71 | M | 42 | Severa |
| 72 | M | 43 | Severa |
| 73 | M | 44 | Severa |

|     |   |    |        |
|-----|---|----|--------|
| 74  | M | 45 | Severa |
| 75  | M | 33 | Severa |
| 76  | M | 34 | Severa |
| 77  | M | 29 | Severa |
| 78  | M | 28 | Severa |
| 79  | M | 29 | Severa |
| 80  | M | 30 | Severa |
| 81  | M | 29 | Severa |
| 82  | M | 31 | Severa |
| 83  | M | 28 | Severa |
| 84  | M | 32 | Severa |
| 85  | M | 29 | Severa |
| 86  | M | 27 | Severa |
| 87  | M | 28 | Severa |
| 88  | M | 28 | Severa |
| 89  | M | 29 | Severa |
| 90  | M | 90 | Severa |
| 91  | M | 33 | Severa |
| 92  | M | 45 | Severa |
| 93  | M | 35 | Severa |
| 94  | M | 40 | Severa |
| 95  | M | 42 | Severa |
| 96  | M | 37 | Severa |
| 97  | M | 32 | Severa |
| 98  | M | 31 | Severa |
| 99  | M | 30 | Severa |
| 100 | M | 31 | Severa |

| <b>Post Test luego de 12 Sesiones de TCC Evaluada en la Escala de Hamilton</b> |             |             |  |
|--|-------------|-------------|--|
| <b>Participante</b>  | <b>Sexo</b> | <b>Edad</b> | <b>Ansiedad (Leve moderada severa)</b> |
| 1  | F           | 25          | Leve                                   |
| 2  | F           | 29          | Leve                                   |
| 3  | F           | 38          | Leve                                   |

|    |   |    |      |
|----|---|----|------|
| 4  | M | 22 | Leve |
| 5  | M | 28 | Leve |
| 6  | M | 23 | Leve |
| 7  | M | 25 | Leve |
| 8  | M | 28 | Leve |
| 9  | M | 27 | Leve |
| 10 | M | 29 | Leve |
| 11 | M | 30 | Leve |
| 12 | M | 40 | Leve |
| 13 | M | 41 | Leve |
| 14 | M | 43 | Leve |
| 15 | M | 24 | Leve |
| 16 | M | 27 | Leve |
| 17 | M | 17 | Leve |
| 18 | M | 32 | Leve |
| 19 | M | 27 | Leve |
| 20 | M | 37 | Leve |
| 21 | M | 31 | Leve |
| 22 | M | 40 | Leve |
| 23 | M | 42 | Leve |
| 24 | M | 31 | Leve |
| 25 | M | 32 | Leve |
| 26 | M | 41 | Leve |
| 27 | M | 46 | Leve |
| 28 | M | 33 | Leve |
| 29 | M | 37 | Leve |
| 30 | M | 42 | Leve |
| 31 | M | 40 | Leve |
| 32 | M | 43 | Leve |
| 33 | M | 40 | Leve |
| 34 | M | 27 | Leve |
| 35 | M | 40 | Leve |
| 36 | M | 33 | Leve |
| 37 | M | 36 | Leve |
| 38 | M | 30 | Leve |
| 39 | M | 37 | Leve |
| 40 | M | 40 | Leve |
| 41 | M | 45 | Leve |
| 42 | M | 39 | Leve |
| 43 | M | 28 | Leve |
| 44 | M | 26 | Leve |
| 45 | M | 31 | Leve |

|    |   |    |          |
|----|---|----|----------|
| 46 | M | 33 | Leve     |
| 47 | M | 35 | Leve     |
| 48 | M | 42 | Leve     |
| 49 | M | 36 | Leve     |
| 50 | M | 32 | Leve     |
| 51 | M | 36 | Leve     |
| 52 | M | 29 | Leve     |
| 53 | M | 33 | Leve     |
| 54 | M | 25 | Leve     |
| 55 | M | 44 | Leve     |
| 56 | M | 42 | Leve     |
| 57 | M | 41 | Leve     |
| 58 | M | 43 | Moderada |
| 59 | M | 43 | Moderada |
| 60 | M | 42 | Moderada |
| 61 | M | 40 | Leve     |
| 62 | M | 43 | Moderada |
| 63 | M | 35 | Moderada |
| 64 | M | 42 | Leve     |
| 65 | M | 36 | Moderada |
| 66 | M | 41 | Moderada |
| 67 | M | 37 | Moderada |
| 68 | M | 39 | Moderada |
| 69 | M | 38 | Leve     |
| 70 | M | 40 | Moderada |
| 71 | M | 42 | Moderada |
| 72 | M | 43 | Moderada |
| 73 | M | 44 | Moderada |
| 74 | M | 45 | Moderada |
| 75 | M | 33 | Moderada |
| 76 | M | 34 | Moderada |
| 77 | M | 29 | Moderada |
| 78 | M | 28 | Moderada |
| 79 | M | 29 | Moderada |
| 80 | M | 30 | Moderada |
| 81 | M | 29 | Moderada |
| 82 | M | 31 | Moderada |
| 83 | M | 28 | Moderada |
| 84 | M | 32 | Moderada |
| 85 | M | 29 | Moderada |
| 86 | M | 27 | Moderada |
| 87 | M | 28 | Moderada |

|     |   |    |          |
|-----|---|----|----------|
| 88  | M | 28 | Moderada |
| 89  | M | 29 | Moderada |
| 90  | M | 90 | Moderada |
| 91  | M | 33 | Moderada |
| 92  | M | 45 | Moderada |
| 93  | M | 35 | Moderada |
| 94  | M | 40 | Moderada |
| 95  | M | 42 | Moderada |
| 96  | M | 37 | Moderada |
| 97  | M | 32 | Moderada |
| 98  | M | 31 | Moderada |
| 99  | M | 30 | Moderada |
| 100 | M | 31 | Moderada |