UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL BASADA EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD-ESTADO DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON TDAH DE LA FUNDACIÓN VALÓRATE, PROVINCIA DE PANAMÁ, 2023.

ELEBORADO POR:

MARIALEJANDRA DELGADO NAVARRO

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

ASESOR:

MGTR. DIMAS VILLARREAL

PANAMÁ 2023.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Formulario de Inscripción

Programa de Maestría: **Psicología Clínica**

Facultad de: **Psicología**

Numero de código: _____

Título al que aspira: **Maestría en Psicología Clínica**

Tema de Tesis: **"Intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual para disminuir los niveles altos de ansiedad estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Panamá Centro, 2023".**

Resumen Ejecutivo:

Nombre del estudiante: **Marialejandra Delgado Navarro**

Firma del estudiante: _____

Nombre del asesor: **Samuel Pinzón Bonilla**

Firma del asesor: _____

Aprobado por:

_____ Fecha: 21/4/2023.
Firma del Director (a) de Departamento / Coordinador de la Facultad

_____ Fecha: 20/04/2023
Firma del Director (a) de Investigación y Postgrado de la Unidad Académica

_____ Fecha: 21/4/2023
Firma del Decano de la Facultad

Fecha de Aprobación por la VIP: _____

Dedicatoria

Principalmente a Dios, por ser mi pilar y mi guía, por darme la sabiduría y la fortaleza de culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres Yiranett y Anel, que han sido mi más grande inspiración y el motor para seguir adelante, siempre motivándome a no rendirme y apoyándome en todo lo que necesite.

A mis hermanas Jearim y Marianela, por demostrarme su amor y cariño incondicional.

A mi abuela que, aunque ya no este conmigo, siempre me brindó su ejemplo de perseverancia, dedicación y responsabilidad, el cual marcó cada etapa de mi vida.

También quiero dedicar este esfuerzo a mi compañero incondicional Diego, por ser mi apoyo durante este proceso de culminación de mis estudios y por siempre decirme que puedo dar más de lo que yo misma me imagino.

Agradecimientos

Quiero agradecerle inmensamente a mi profesor asesor del proyecto final el Mgtr. Dimas Villarreal, por su tiempo, disposición y compromiso invertido en este proceso. Gracias por enseñarme la importancia de la vocación, el sentido de responsabilidad como profesional y a nunca dejar de estudiar.

A dos profesores que iniciaron este recorrido el Mgtr. Ricardo López y el Dr. Samuel Pinzón B, por atender cada una de mis preguntas, por brindarme las herramientas necesarias y ayudarme realizar este trabajo.

Al Mgtr. Régulo Sandoya, por siempre estar pendiente a cada una de mis dudas y sobre todo por ser una guía durante el Programa de Maestría.

A quien fue mi supervisora en la licenciatura, actual colega y socia la Mgtr. Laura Álvarez por su apoyo, guía y disposición durante todo el proceso de realización de este proyecto de investigación.

También le doy gracias a cada uno de los profesores de la Facultad de Psicología por enseñarme la importancia de nuestra profesión y brindarme sus conocimientos en cada una de sus clases.

Agradezco a mi familia y a mi novio, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

A mis compañeros, por hacer más fácil nuestra instancia en los salones de la universidad, definitivamente sin ustedes colegas, no fuese lo mismo.

Y a todas las madres (cuidadoras primarias) de la Fundación Valórate de Panamá que fueron partícipes de mi estudio, a la directora la Lcda. Yiniva Sánchez y a la Lcda. Lauren De La Hoz, por apoyarme durante mi proceso de aplicación y abrirme las puertas de este espacio.

Gracias a todos por su inmensa colaboración.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS 8

ÍNDICE DE FIGURAS 9

RESUMEN 10

SUMMARY 11

INTRODUCCIÓN 11

Capítulo 1 14

Marco Teórico 14

1.1. Antecedentes del Problema objeto de la investigación. 15

1.2. Bases teóricas de la Ansiedad Estado y la Terapia Grupal desde el enfoque Cognitivo-Conductual 19

1.2.1. Ansiedad 20

1.2.1.1. Definición 21

1.2.1.2. Trastorno de ansiedad 24

1.2.1.3. Síntomas de la ansiedad 26

1.2.1.4. Situaciones causantes de ansiedad 28

1.2.1.5. Epidemiología y curso de la ansiedad 29

1.3. Comorbilidad 30

1.3.1. Factores de riesgo de la ansiedad 31

1.4. Terapia de grupo 33

1.5. Desde el enfoque cognitivo-conductual 34

1.6. Aportes de Terapias Grupales desde el Enfoque Cognitivo-Conductual para sintomatología de Ansiedad 36

1.7. Ansiedad estado en cuidadores de niños con TDAH y Terapia de grupo 37

Capítulo 2 40

Metodología 40

2.1. Planteamiento del Problema 41

2.2. Justificación e impacto (novedad, aporte e importancia). 42

2.3. Objetivos Generales y Específicos. 44

2.4. Hipótesis o Preguntas de Investigación (si el investigador opta por no trabajar con hipótesis en las Ciencias Sociales). 45

2.4.1. Hipótesis de investigación 45
2.4.2. Hipótesis estadística 45
2.5. Preguntas de Investigación 46
2.6. Variables 46
2.6.1. Definición conceptual 47
2.6.2. Definición operacional 48
Variable Independiente 48
Variable Dependiente 48
2.7. Tipo de estudio 49
2.7.1. Diseño de investigación 49
2.8. Población 49
2.8.1. Muestra 50
2.9.Criterios de inclusión y exclusión 51
2.10. Procedimiento 52
2.11. Instrumentos 53
- **Entrevista Clínica** 53
- **Prueba Piloto sobre el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)** 53
- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)** 54

Capítulo 3 56
Análisis de Resultados 56
3.1. Análisis estadístico 57
3.2. Resultados de Investigación 57
A.Estadísticas Descriptivas 58
B. Estadísticas Inferenciales 69
C. Discusión de Resultados 72
Capítulo 4: Conclusiones 79
Capítulo 5: Recomendaciones 82
BIBLIOGRAFÍA 85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 58

Aspectos descriptivos de la muestra en general con base al sexo. Provincia de Panamá, 2023. 58

Tabla 2 59

Distribución de las frecuencias de la muestra con base a la ubicación sociodemográfica. Provincia de Panamá, 2023. 59

Tabla 3 59

Distribución de las frecuencias de la muestra según la edad. Provincia de Panamá, 2023. 59

Tabla 4 61

Distribución de las frecuencias de los puntajes correspondientes al nivel de Ansiedad-Estado de una muestra de 24 cuidadores primarios de la Fundación Valórate en el pretest. Provincia de Panamá, 2023. 61

Tabla 5 64

Distribución de las frecuencias de los puntajes correspondientes al nivel de Ansiedad-Estado de una muestra de 24 cuidadores primarios de la Fundación Valórate en el postest. Provincia de Panamá, 2023. 64

Tabla 6 69

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023. 69

Tabla 7 70

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023. 70

Tabla 8 71

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023. 71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 60

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango la prueba piloto del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Provincia de Panamá, 2023. 60

Figura 2 62

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el pretest, Provincia de Panamá, 2023. 62

Figura 3 63

Comparación de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el pretest y la edad de las cuidadoras primarias, Provincia de Panamá, 2023. 63

Figura 4 65

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el postest, Provincia de Panamá, 2023. 65

Figura 5 66

Comparación de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el postest y la edad de las cuidadoras primarias, Provincia de Panamá, 2023. 66

Figura 6 67

Comparación de las medias del pretest y postest correspondientes a la aplicación del Inventario de Ansiedad-Estado, Provincia de Panamá, 2023. 67

Figura 7 67

Comparación de los puntajes T antes y después de la Intervención psicoterapéutica Grupal, Provincia de Panamá, 2023. 67

Figura 8 68

Comparación de las medias del pretest y postest correspondientes a la aplicación del Inventario de Ansiedad-Rasgo, Provincia de Panamá, 2023…….68

RESUMEN

Se plantea una investigación cuantitativa de enfoque preexperimental de tipo explicativo con pretest-postest de un solo grupo, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual en la disminución de niveles altos de ansiedad estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Panamá Centro, 2023.

La Fundación Valórate cuenta con Programas psicoeducativos e intervención familiar; por lo que se trabajó con una muestra de 24 cuidadores primarios, mediante un tipo de muestreo probabilístico. Una vez que se corroboraron los datos de la aplicación del pretest a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), se coordinó la entrevista clínica de cada participante y posteriormente, se aplicó la intervención en donde se realizaron 8 sesiones grupales de 120 minutos y 2 sesiones adicionales de cierre, seguimiento y aplicación del postest.

Para el planteamiento estadístico se utilizó el programa de análisis de datos IBM SPSS Statistics 23, en donde se elaboraron tablas de frecuencia para los datos sociodemográficos, estadística descriptiva, tablas cruzadas para comparar la incidencia de los datos y estadística inferencial para indicar la efectividad de la intervención, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, prueba T para muestras relacionadas y se detalló, que de no resultar significativo, se usaría la prueba de Wilcoxon, a través de un nivel de significancia de .05 a dos colas y en términos de probabilidad .95 y .05, respectivamente, en donde se pudo constatar que el programa de terapia de grupo aplicado disminuyó los niveles altos de sintomatología de ansiedad-estado en las cuidadoras primarias.

SUMMARY

A quantitative research of pre-experimental approach of explanatory type with pretest-posttest of a single group is proposed, whose objective is to evaluate the effectiveness of the group psychotherapeutic intervention based on the cognitive behavioral approach in the decrease of high levels of state anxiety in primary caregivers of children with ADHD of the Valorate Foundation, Panama Centro, 2023.

The Valorate Foundation has psychoeducational programs and family intervention; therefore, we based our study on a sample of 24 primary caregivers, by means of a probabilistic sampling. Once the data from the pretest were corroborated through the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE), the clinical interview of each participant was coordinated and then the intervention was applied in which 8 group sessions of 120 minutes and 2 additional sessions of closure, follow-up and application of the posttest were carried out.

For the statistical approach, the IBM SPSS Statistics 23 data analysis program was used, where frequency tables were prepared for the sociodemographic data, descriptive statistics, cross tables to compare the incidence of the data and inferential statistics to indicate the effectiveness of the intervention, the Shapiro-Wilk normality test was applied, T-test for related samples and the Wilcoxon test was used if it was not significant, with a significance level of . 05 at two tails and in terms of probability .95 and .05, respectively, where it was found that the group therapy program applied decreased the high levels of anxiety-state symptomatology in the primary caregivers.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha podido observar la gran necesidad de contar con programas que brinden en sus sesiones, objetivos y metas que contribuyan al fortalecimiento del manejo adecuado de algunas situaciones que le pueden causar sufrimiento a la población que solicita atención psicológica, sin embargo, poco se contemplan poblaciones vulnerables como es el caso de los cuidadores primarios de niños con TDAH.

Si bien es cierto, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por una triada sintomatológica en torno a inatención, hiperactividad e impulsividad que inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas (escuela y hogar). El TDAH engloba problemas para mantener la atención, para controlar los impulsos y el nivel de actividad, estos problemas se reflejan en el deterioro de la capacidad del niño y/o adolescente para controlar su conducta a lo largo del tiempo.

Por ello, es fundamental que los cuidadores primarios de estos niños cuenten con un óptimo bienestar emocional para poder entonces sumergirse favorablemente en el compromiso, educación y apoyo de estos niños. En ocasiones, los padres de familia se enfrentan a continuas tensiones y frustraciones que van mermando su salud mental al generarse entre otras cosas estados de ansiedad que a su vez limitan su buen desempeño y soporte de su dinámica familiar, repercutiendo de forma negativa en el desarrollo y adaptación de sus hijos y de su propia familia, incrementando la probabilidad para desarrollar cuadros psicopatológicos como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somáticos, del sueño-vigilia, de disfunción sexual o problemas orgánicos como síndrome del

intestino irritable, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, entre otros. Por lo que se realizó la aplicación de un programa de intervención psicoterapéutico grupal que contribuyó a la sintomatología de ansiedad-estado, tratando así de evitar que se convirtiera en un problema cuando se encuentra fuera de control. Esto se debe a diversos factores uno de los más comunes, son los hábitos o conductas que se pueden haber convertido en involuntarias y aunque la causa del problema haya desaparecido se siguen realizando las mismas acciones. Por ende, es muy importante identificar cómo afrontar estas situaciones y cuáles son los métodos eficaces que se pueden aplicar.

La finalidad de esta investigación es determinar la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual para disminuir los niveles altos de ansiedad estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Panamá Centro, 2023.

Para realizar dicha investigación, se desarrolló un proceso de recolección de datos mediante la Entrevista Clínica, luego se realizó la aplicación del pretest de la prueba del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado), para continuar con la fase de intervención grupal a las cuidadoras primarias de la Fundación Valórate de Panamá y posterior a ello, se realizó la fase final de la aplicación del postest de la prueba del IDARE de tal manera que se pudiese comparar el antes y el después de sus resultados y determinar la efectividad de la terapia.

Se infiere, que en la medida en que cada cuidadora primaria se sienta mejor consigo misma y con mayor control de su vida, manejará de una forma más efectiva la sintomatología elevada de la ansiedad-estado.

Es importante señalar que este trabajo está constituido en 5 capítulos, en el primero se expone el Marco Teórico, en el cual se plantean los antecedentes, generalidades y aspectos relevantes del estudio; seguido de la Metodología que se implementó para el logro de los objetivos y el planteamiento de las hipótesis; en el capítulo tercero se presenta el Análisis y Discusión de los Resultados obtenidos en el trabajo de campo; en el cuarto capítulo se detallan las conclusiones derivadas de la investigación y en el capítulo quinto las recomendaciones que se sugieren a los nuevos investigadores y a la población en general incluidas las autoridades de salud mental de la República de Panamá.

Finalmente, se concluye este trabajo con la presentación de las referencias bibliográficas que aportaron al contenido de este estudio y en la sección de apéndice se encuentra los anexos, en la cual se incluye: el formato de consentimiento informado utilizado, la entrevista clínica, la prueba del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la guía de las sesiones de terapia de grupo realizadas.

Me siento complacida y segura de la magnitud de este estudio y el aporte que tendrá en la comunidad y el impacto para las futuras generaciones.

Capítulo 1
Marco Teórico

1.1. Antecedentes del Problema objeto de la investigación.

Hablar de ansiedad es sinónimo de una respuesta normal a una amenaza o una situación de estrés psicológico. Está relacionada con la sensación de miedo y cumple una importante función en la supervivencia. No obstante, cuando alguien tiene que afrontar una situación peligrosa, la ansiedad desencadena una respuesta de lucha o huida.

De hecho, la ansiedad es una comorbilidad que afecta tanto a los pacientes como a sus padres. Estos autores describen que, aunque la ansiedad es común en los niños con TDAH, sin embargo, esta se ha pasado por alto en los cuidadores, por lo que se han encontrado algunas investigaciones en la República de Panamá relacionadas a la sintomatología de ansiedad-estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH, entre las cuales se mencionan:

González (2019), desarrolló una investigación sobre el nivel de estrés de un grupo de madres y padres de familia con hijos que presentan necesidades educativas especiales, realizado en ciudad de Panamá; cuyo objetivo consistía en analizar el nivel de estrés que experimentan un grupo de madres y padres de familia con hijos que tienen N.E.E., el cual se desarrolló mediante un muestreo no probabilístico que estuvo compuesto por 25 padres y madres. Los participantes completaron dos cuestionarios llamados “Cuestionario sobre estrés de Solano-Beauregard (1991)” y “Cuestionario a madres y padres de familia”. Los resultados revelaron que la mayoría de la muestra estudiada presentaba un nivel de Estrés Severo con un 76%, de igual manera se identificó el nivel de afectación según tres áreas: Muscular, Pensamiento-conducta y Órganos internos.

Por su parte, Samaniego (2018), realizó un estudio explicativo con diseño preexperimental sobre la aplicación de la Terapia de Grupo orientada Cognitiva-Conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la región de Panamá Oeste, cuyo objetivo consistió en determinar la efectividad y validez del programa de intervención. La muestra presentada fue de tipo no probabilístico, el cual fue realizado por conveniencia y de forma voluntaria la muestra estuvo conformada por doce docentes desde 30 hasta 56 años con distintas especialidades. La evaluación de la ansiedad-estado se realizó a través, del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Spielberger, además de una entrevista clínica a cada participante. Se pudo comprobar con significancia estadística que la Terapia de Grupo disminuye los niveles de ansiedad- estado permitiendo una alternativa viable para ser utilizada en pacientes con ansiedad especialmente porque el tratamiento, también logro la reducción del nivel de ansiedad-rasgo.

Mientras que, Acuña (2018) elaboró un estudio cuasiexperimental con diseño preexperimental de preprueba y posprueba sobre la Terapia Cognitivo Conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa, elaborado en el Distrito de San Miguelito, Provincia de Panamá, cuyo objetivo consistía en disminuir los niveles de ansiedad y detectar la efectividad del tratamiento, a través de un muestreo intencional de cinco embarazadas primigestas entre 19 a 25 años que asistían a su control prenatal y con niveles de ansiedad clínicamente significativo medido por el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Como resultado se obtuvo que, si se presentó efectividad, ya que se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pretest y el Postest, es decir después del tratamiento las participantes demostraron niveles de ansiedad significativamente menores que antes del tratamiento, al igual que en el Postest.

Por otro lado, Melgar (2011) elaboró un estudio preexperimental sobre la Aplicación del Programa de Intervención Psicoterapéutica para la reducción de los niveles de ansiedad en un grupo de madres-tías de las Aldeas Infantiles SOS de la ciudad de Panamá, la cual tuvo como propósito principal determinar la efectividad de la aplicación y evaluación de un programa de intervención psicoterapéutica mixta para el manejo de la ansiedad clínicamente significativo en un grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles SOS, a través, del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) que disminuyan el mismo. Dicho estudio estaba conformado con una muestra de 3 participantes, las cuales fueron elegidas por conveniencia. La prueba administrada para la evaluación de las participantes fue IDARE (Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado), en la cual se concluye que a pesar de que los resultados finales no presentan cambios estadísticamente significativos por efectos del tratamiento aplicado. Se pudo resaltar que de las 3 participantes que continuaron el programa de entrenamiento en el manejo de la ansiedad muestran que todas lograron obtener en la posprueba puntajes que nos indican la reducción de los niveles de ansiedad.

Otros estudios internacionales vinculados a la sintomatología de ansiedad-estado en cuidadores primarios de niños con TDAH demostraron lo siguiente:

Zambrano (2018), desarrolló un estudio sobre la correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo con el subtipo clínico, el cual fue realizado en México, con el objetivo de analizar la relación entre los niveles de ansiedad de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por subtipo clínico y los de sus padres, elaborado en la Ciudad de México D.F. Se

evaluaron 302 niños de 7 a 12 años, a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) y a los padres se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). Los resultados mostraron correlaciones entre Ansiedad Fisiológica en niños con TDAH-C y sus padres, (p = .01). En el cuestionario Ansiedad se observaron diferencias significativas entre los padres con hijos con TDAH-C y los padres con hijos control, en los rubros: Tensión, (p=0.05), Estado Ansioso (p = .05). Además, se identificaron correlaciones en los niveles de ansiedad entre padres e hijos con TDAH-C y TDAH-H y un incremento significativo en los niveles de ansiedad de los padres con hijos con TDAH a comparación de los padres del grupo control. Finalmente, se identificó el incremento en los niveles de ansiedad de padres de niños con TDAH como un factor importante que contribuye a la baja en la calidad de vida de la familia. Además, que los niños con TDAH pueden mostrar deficiencias en los factores Vida Familiar y Relacional y Rendimientos.

Por su parte, Vargas (2015) ejecutó un estudio descriptivo sobre el nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales, desarrollado en la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala. El cual tenía como finalidad, comprobar el nivel de ansiedad presentaban las madres al observar los problemas que presentan sus hijos con capacidades diferentes. Se trabajó con una muestra de 45 madres de familia de un universo de 50, de las que sólo veinticuatro personas presentaron problemas de ansiedad alta evaluadas por medio del Cuestionario Autoevaluativo STAI 82. Además, fueron comprobadas cualitativa y cuantitativamente en las escalas de ansiedad estado y rasgo. En donde se comprueba, que las madres no presentan alto grado de ansiedad, aun así, se hace necesario la importancia de una propuesta que permita disminuir los niveles de ansiedad en las madres por medio de los tratamientos psicoterapéuticos que se efectuará en varias sesiones con el fin que las

personas puedan integrarse a una vida feliz y placentera en bienestar de la familia.

Finalmente, Grau (2007) realizó un análisis sobre el contexto familiar en niños con TDAH, desarrollado en la ciudad de Valencia, España. Cuyo objetivo consistió en evaluar el contexto familiar de niños con TDAH, la cual estaba conformado por un total de 167 familias divididas en dos grupos, el grupo que tienen hijos con TDAH y el grupo control con hijos sin este trastorno. En donde se aplicó una entrevista estructurada, además de la Escala de Paternidad (Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker, 1993; adaptación Grau y Miranda 2003) y Índice de Estrés Parental. PSI (Abidin, 1990; adaptación Grau y Miranda 2004). En la que se concluyó que existe un nivel elevado de estrés en las familias con hijos con TDAH, aspecto que debería ser abordado cuanto antes, de cara a prevenir la posible aparición de problemas psicoemocionales en los padres.

1.2. Bases teóricas de la Ansiedad Estado y la Terapia Grupal desde el enfoque Cognitivo-Conductual

Dentro de este apartado, se describirá que es la ansiedad estado, sus generalidades y la intervención grupal a los cuidadores primarios de niños con TDAH que presentan síntomas elevados de ansiedad estado, a través de las revisiones bibliográficas realizadas sobre estos temas, además de la relación que según las investigaciones existe entre ellas.

1.2.1. Ansiedad

Sentir ansiedad en algún momento es parte normal de la vida. Sin embargo, las personas que presentan trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones, nervios, miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones cotidianas.

Coleman (1975) menciona que “el miedo y la ansiedad están estrechamente relacionados, ambos son variables complementarias” (p.74). El miedo, se caracteriza por la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar; es la respuesta a una situación real de la vida. Por otro lado, la ansiedad, consiste en un estado ampliamente diferente y difuso de aprehensión.

Caracterizadas sensaciones de invasión, sentimiento de peligro que proviene de fuentes desconocidas. El cual es acompañado de una sensación de cambio junto con la incapacidad para manejarlo, evitarlo o huir del mismo. Sin embargo, el miedo, la ansiedad activa consiste en una serie de reacciones que se combinan, que algunas veces son irreversibles y habitualmente son incontrolables. La normalidad entre una amenaza y la reacción a la misma acostumbra a guardar equilibrio, pero cuando la ansiedad es grave, se destruye este equilibrio y deja de existir una relación razonablemente buena entre la intensidad de la causa y la fuerza de la reacción.

Jarne *et al.,* (2006) refieren que la ansiedad es una definición muy popular, pero no siempre es bien entendida. La ansiedad consiste en un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto o incómodo. Se trata, de una reacción que aparece cuando la persona se siente amenazada por un peligro, que puede ser externo o interno. La

respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos.

Cabe destacar, que la ansiedad no siempre es perjudicial, puede ser la clave para dar una buena impresión ante una persona o situación. No obstante, Vallés y Vallés (2011), expresan que “no debe olvidarse que un elevado nivel de ansiedad, en combinación con factores predisponentes puede producir repercusiones fisiológicas, comportamentales y trastornos psicológicos” (p.23). Es decir que la ansiedad puede generar cualquiera de los diferentes tipos que existe.

1.2.1.1. Definición

En el siglo XX se consideró como la edad de la ansiedad por muchos autores de distintas disciplinas tales como psicólogos, sociólogos, filósofos, médicos y poetas. Ellos argumentaban el aumento de la ansiedad en ese siglo por el incremento de la incertidumbre y la interferencia de los gobiernos en los esfuerzos del individuo hacia el autorreconocimiento y la autorrealización hecho evidenciado en las consultas psicológicas donde gran parte de los pacientes acudían por dicho padecimiento. Por ejemplo, Auden (1947) describía los sentimientos de soledad e incapacidad para amar como indicadores de ansiedad. Camus y Kierkegaard citado en Reynolds (2011) realizaron estudios donde identificaron la ansiedad como un componente clave en muchos padecimientos psicológicos.

Mientras que, Spielberger (1975) refería que la ansiedad estado es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y a través del tiempo va a depender tanto

de los agentes recibidos por el individuo como de la interpretación que haga el sujeto de ellos amenazadores o peligrosos.

Fernández (1976 citado en Cañizales 1987) planteó el concepto de ansiedad-estado como un sentimiento de intranquilidad vago preocupación activación somática, pero sin corresponder necesariamente a un objeto en la realidad lo vio más bien como una reacción subjetiva a una amenaza percibida una previsión sin haberse dado en la realidad. Distinguió la angustia de la ansiedad en que la primera es más visceral física y sus reacciones son de inhibición y sobrecogimiento y la segunda es más psíquica y sus reacciones son de inquietud y sobresalto.

Por su parte Griest y Jefferson (s.f. citado en Moschos 1995), planteaban que la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar y que con frecuencia se presentaba con síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento.

Por su parte Vielmann (1997), señaló que la ansiedad estado es un indicador sensitivo de nivel de ansiedad transitoria experimentada por las personas y puede usarse como signo de cambios de intensidad en distintas situaciones y que a la vez se acompaña por sensaciones de preocupación, tensión, nerviosismo y aprensión.

La ansiedad-estado se manifiesta directamente en la conducta y puede ser caracterizada como aguda. Además, incluye sensaciones subjetivas de incertidumbre, nerviosismo, temor y preocupación. La ansiedad baja a moderada se refleja en incertidumbre temor y nerviosismo. Los niveles moderados a altos

pueden denotarse en inquietud, temblores, aprehensión, respiración acelerada, sudor en las manos, tics y tensiones musculares y, los niveles muy altos de ansiedad, se caracterizan por miedo intenso y comportamientos de pánico.

Sin embargo, Lazarus (2000 citado De los Reyes 2009) define a la ansiedad como "una emoción existencial" ya que la veía como una reacción ante amenazas a nuestra identidad como personas, a nuestra vida, hacia quienes somos y representamos, hacia nuestra seguridad personal, nuestro lugar en el mundo y a la forma en que somos vistos por los demás.

Hackford y Wenkmezger (2006 citado en Hernández 2009) definieron la ansiedad-estado como un sentimiento percibido conscientemente como inadecuado y de tensión acompañado por un aumento de la actividad (aurosal) en el sistema nervioso autónomo, es decir, una condición emocional temporaria del organismo humano que varía de intensidad y de estabilidad en el correr del tiempo. Lo consideraron como una respuesta.

Para Reynolds (2011), los niveles altos de ansiedad pueden interferir con los procesos de pensamiento racional lo que convierte a la ansiedad en un problema clínico que necesita terapia profesional para resolverse.

En este estudio se adopta la postura de Spielberger en cuanto la concepción de la ansiedad estado, entendiéndola como un estado desagradable transitorio acompañado por manifestaciones fisiológicas, psicoemocionales y de conducta que variara en intensidad dependiendo del nivel de amenaza que se perciba y de la predisposición del organismo para generar estados de ansiedad teniendo

presente también que la cronicidad de un estado de ansiedad puede repercutir vulnerando la estructura y/o acarreando otros problemas de salud y por ello, merece atención psicológica para prevenir la instalación de trastornos.

1.2.1.2. Trastorno de ansiedad

Para comprender este estudio es necesario reconocer los tipos de trastornos que existen, según Puchol (2003), los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales con mayor incidencia en la actualidad, debido a que engloban toda una serie de cuadros clínicos, como la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Según el American Psychological Association, DSM-5 (2014), los trastornos de ansiedad se dividen en:

- Trastorno de ansiedad por separación: se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo en la que el individuo se encuentra, concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente un apego.
- Mutismo selectivo: consiste en que los sujetos afectados, en determinados contextos o situaciones, pueden llegar a inhibirse, como si estuviesen mudos, a pesar de poder hablar normalmente en momentos en las que se sienten tranquilos y relajados.
- Fobia específica: caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar como consecuencia comportamientos evitativos.

- Trastorno de ansiedad social o fobia social: consiste en un miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el sujeto está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
- Trastorno de pánico: consiste en la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos.
- Agorafobia: se caracteriza por la ansiedad o comportamiento de evitación en lugares y situaciones donde escapar puede resultar difícil, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia y síntomas similares a la misma.
- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracterizada por la ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprehensiva), durante al menos 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades (familiar, laboral, social o escolar). La cual se caracteriza por síntomas que incluyen preocupación excesiva por eventos del futuro, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, entre otros síntomas que deterioran las distintas áreas de funcionamiento en las personas.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos: caracterizado por la presencia de síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o toxico.
- Trastorno de ansiedad debido a una afección médica: caracterizado por la presencia de síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a enfermedades o afecciones médicas.
- Otro trastorno de ansiedad especificado: en esta categoría la persona presenta síntomas de ansiedad, sin embargo, el médico opta por comunicar el motivo específico, ya que no cuenta con los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado: esta categoría la persona presenta síntomas de ansiedad, sin embargo, el médico por no especificar, el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, debido

a que en ocasiones no existe la suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

1.2.1.3. Síntomas de la ansiedad

Baeza y Balaguer (2008), refieren que los síntomas de la ansiedad son muy variados, y que pueden clasificarse en diferentes grupos (físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y sociales):

- Físicos: entre ellos se encuentran taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. En ocasiones más grave se presentan alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- Psicológicos: presentan generalmente inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.
- Conductuales: esta categoría se reflejan síntomas de hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- Intelectuales o cognitivos: se presentan afectaciones como dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso

de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

- Sociales: presentan generalmente irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, verborrea, bloqueos, también pueden quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Sin embargo, Carson y Butcher (1992), agregan un factor causal adicional, este es: la cultura; y clasifican las causas de la ansiedad en tres grandes áreas predisponentes:

- Causas biológicas: el factor de heredabilidad juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunas investigaciones han demostrado que existe una tendencia de predisposición de la ansiedad en grupos familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética.
- Causas psicosociales: las causas generalmente se deben a factores de traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo, así como las relaciones interpersonales. Además, se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado.
- Causas socioculturales: esta categoría no ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Uno de los factores claves en esta categoría es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se desarrolla.

Para este estudio, a partir de los síntomas y los tipos de trastornos de ansiedad, nos centraremos específicamente en la ansiedad social o fobia social que se vive en las escuelas por los estudiantes de bachillerato a partir de los factores predisponentes que pueden generar la misma.

1.2.1.4. Situaciones causantes de ansiedad

A partir de los síntomas categorizados anteriormente, los acontecimientos o situaciones que contribuyen al trastorno de ansiedad social se presentarán a continuación.

Bados (2009), presenta las clasificaciones de situaciones o acontecimientos temidos, las cuales se describirán por intervenciones que afecten al sujeto. Las cuales son:

- Intervención pública: este tipo de situación se reflejan en los sujetos que temen hablar o actuar en público, dar una exposición ante el grupo o brindar una presentación en grupos pequeños de compañeros de clase.
- Intervención informal: esta categoría generalmente no dependerá de la escolaridad o trabajo, sino a la vida social, entre las situaciones temidas se encuentran comenzar o mantener una conversación especialmente con personas desconocidas, hablar de temas personales, ofrecer halagos, relacionarse con personas del sexo opuesto, tener relaciones íntimas, asistir a fiestas o recibir críticas.
- Relaciones interpersonales (asertividad): esta categoría se relaciona cuando nos gusta que alguien cambie su comportamiento, hacer un reclamo, devolver algún artículo, expresar desacuerdos, mantener opiniones e interactuar con figura de autoridad (profesores).

- Ser observado: en esta situación la persona teme a que los demás lo miren, ya sea realizando cualquier actividad cotidiana, ya sea comiendo, escribiendo, trabajando o hablando.

En conclusión, Caballo (2007) recomienda que las situaciones sociales que en su mayoría son las más temidas, refieren a; iniciar una conversación, una cita con alguien, fiestas, hablar con figuras de autoridad, dar exposiciones en público, contacto visual con alguien, ser observado en diferentes actividades.

1.2.1.5. Epidemiología y curso de la ansiedad

Cabe destacar que en este punto se explicará el porcentaje de personas que sufren de ansiedad, según el sexo, edad y niveles educativos.

Baños (2003). La ansiedad generalmente oscila entre 3 y 13%, este porcentaje de personas no se refleja en clínica, debido a que las personas no buscan ayuda, y otra de las razones es debido a que se confunden con el Trastorno de Ansiedad Social o fobia social.

Mc Carthy (2019). De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud, cerca de 1 de cada 3 adolescentes entre las edades de 13 y 18 puede tener un trastorno de ansiedad. Entre el 2007 y el 2012, los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aumentaron un 20 %.

Frecuentemente, la situación de ansiedad se da en edades de 15 a 20 años, mientras que otros autores refieren que su inicio es a edades tempranas.

Bendayán (2012). La edad de aparición de la fobia social generalizada suele ser a final de la adolescencia y principios de la edad adulta, entre los 15 y los 21 años; la fobia específica suele aparecer más tarde.

Según el DSM-5 (2016), refiere que la edad de inicio para la evolución de la sintomatología oscila entre los 8 y 15 años.

Para Brados (2009), generalmente las mujeres son las que presentan más sintomatología de ansiedad (3 mujeres de cada 2 hombres); así mismo en adolescentes el 70% de la población de adolescentes con mayor incidencia de cuadros de ansiedad se refleja en el sexo femenino.

Tobal (1994), concluyó que el 15% de los estudiantes españoles de secundaria padece graves trastornos de ansiedad. En la actualidad, según investigaciones se ha demostrado que existe una relación muy directa entre ansiedad y depresiones o adicciones, por ejemplo, a lo que cabe añadir un cuadro amplio de fobias o “problemas de adaptación".

Quiñonez *et al.,* (2015). La ansiedad en adolescentes de bachillerato se ha convertido en un problema de salud pública, que de no intervenirse incapacitará a los habitantes que la presentan.

1.3. Comorbilidad

La ansiedad es un trastorno que generalmente no se presenta solo. Para Baños (2003), este trastorno suele ir acompañado entre un 70 y 80% con otros trastornos

como agorafobia, fobias específicas, ansiedad generalizada, TOC, depresión, dificultades en habilidades sociales, consumo de sustancias y baja autoestima.

1.3.1. Factores riesgo de la ansiedad

- Dinámica familiar: es la familia la principal fuente de apoyo para los niños y jóvenes en la sociedad, por lo tanto, su comportamiento y actitudes influirán en la aparición de la ansiedad social u otros trastornos comórbidos. Es frecuente en la sociedad, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia.

Durante los primeros años de la vida del niño, y en los comienzos de su escolaridad la familia constituye uno de los ámbitos que más influye en su desarrollo cognitivo, personal, emocional y socioafectivo (Covadonga, 1999). Dentro de este ámbito, algunos investigadores han encontrado relación entre ansiedad ante los exámenes y determinados patrones de interacción padres-hijos (Rosario *et al.,* 2008).

La influencia de la interacción familiar se mantiene a lo largo de toda la vida, pero es en estos primeros años cuando juega un papel fundamental porque el grupo familiar proporciona al niño todas las señales iniciales de afecto, valoración, aceptación o rechazo, éxito o fracaso (Burns, 1990 citado por Covadonga, 1999).

(Duskin, *et, al.,* 2009). Los adolescentes seguros tienen relaciones sólidas y sustentadoras con sus padres, además alientan y permiten su independencia proporcionando un puerto seguro de estrés emocional, por lo que es de esperar

que en casos contrarios los adolescentes tiendan a ser más inseguros y a sufrir cuadros de estrés emocional.

Vallés y Vallés (2011). Hacen referencia a los estilos de crianza que se ven estrechamente relacionados a la ansiedad social, y entre las conductas que se pueden mencionar están: sobreprotección, o padres ausentes dentro de la crianza a sus hijos, al igual que el modelado de conductas negativas y los estilos de aprendizaje vicario, tal como lo señala Bandura en sus teorías.

- Influencia de los pares. Vallés y Vallés (2009). Señalan la relación de las relaciones interpersonales con la ansiedad social y la incidencia en muchos casos como: el no ser aceptado por el grupo, acoso escolar, ser ignorados, los cuales se convierten comportamientos predisponentes de ansiedad social.
- Personalidad. Para Vallés y Vallés (2011), la inhibición social es considerada como temperamento, caracterizada por timidez, retraimiento, aislamiento, evitación y malestar social y que, al presentar estos factores durante la niñez como personalidad premórbida, se pueden convertir en el factor predisponentes de desarrollar cuadros de ansiedad social en las etapas posteriores del desarrollo.

Coca-Vila, (2013). En su estudio de evaluación de factores de personalidad de los progenitores y ansiedad en los hijos, concluyó que las conductas de los padres inciden el comportamiento de los hijos para el desarrollo de la ansiedad social.

- Factores educativos: Jadue (2001). Toda demanda del entorno que crea un estado de tensión o amenaza y que requiere de cambio o adaptación provoca ansiedad en algunos individuos. La presión que sienten los alumnos por

obtener un buen rendimiento escolar puede provocar en ellos una exacerbación de la ansiedad.

1.4. Terapia de grupo

El objetivo esencial es que el grupo sea el instrumento que potencie el cambio deseado. La terapia de grupo es tan eficaz porque las personas sienten que no están a la deriva con su problema, se rompe el aislamiento al que muchos se habían sometido. Además, está la posibilidad de compartir sus emociones y pensamientos sin miedo a la crítica fomenta un elevado nivel de cohesión grupal que conduce a cambios psicológicos más estables a lo largo del tiempo.

Por su parte Sarason y Sarason (1996), en su libro Psicología Anormal definieron la terapia de grupo como un medio para ampliar la aplicación de los conceptos psicoterapéuticos siendo menos costoso y con la característica activa de que los pacientes pueden aprender tanto por medio de la observación de los intentos adaptados e inadaptados de resolver los problemas personales de los otros miembros del grupo a través, de la comparación de su propia relación con el terapeuta y la relación del terapeuta con los otros miembros del grupo. También afirman que son especialmente efectivos porque al permitir el ensayo de habilidades sociales mediante el modelado es más probable que las extrapolen a su vida diaria fenómeno que a veces es más lento en la psicoterapia individual.

Según los mismos autores, las características de una terapia grupal son autorrevelación (oportunidad de hablar acerca de los problemas personales) aceptación y apoyo (fomento de sentimientos de pertenencia y de ser valorado que facilitan la autoaceptación) aclaración de las normas (se aprende que no es la única persona con problemas y que sus problemas no son únicos o más graves) aprendizaje social (nueva forma de relacionarse de manera constructiva y

adaptada) aprendizaje vicario (la posibilidad de aprender sobre sí mismo a partir de la observación de otros miembros y del terapeuta) y la comprensión de sí mismo (a través del autodescubrimiento mediante la interacción con el otro).
Otro tipo especial de terapia de grupo es la Terapia de Grupo de Tiempo Limitado (Baduman y Gurman, 1988 citado en TrulI, 2003) donde existe un número de sesiones predeterminado y se caracteriza por los siguientes aspectos; se selecciona a los participantes atendiendo a su problemática y su capacidad para poder aportar y beneficiarse de esta modalidad (a través, de una entrevista individual previa) se establece un foco de trabajo el cual es compartido por los integrantes y ayuda a concentrarse en el tratamiento de esa dificultad (p ej. problemas para manejar la 42 ansiedad) resulta imprescindible la cohesión grupal y se cuidan las reacciones a los límites de tiempo (preparación a la terminación y la activación subyacente de temas de perdidas anteriores y posibles frustraciones). Desde la corriente cognitiva-conductual en los grupos terapéuticos se llevan a cabo psicodramas para trabajar situaciones difíciles de los miembros del grupo.

Por otro lado, el reforzamiento es una técnica frecuente y el rol del terapeuta es activo guiando el proceso de trabajo en equipo de modo que no solo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuadas, sino que se aprendan comportamientos más satisfactorios y constructivos de manera que los integrantes lleguen a interesarse en los sentimientos expectativas motivos y necesidades de otros (Rotter, 1970 citado en TrulI, 2003).

1.5. Desde el enfoque Cognitivo-Conductual

El enfoque cognitivo-conductual incluye intervenciones tanto conductuales (conciben el cambio modificando al comportamiento) como cognitivas (dirigida a

modificar pensamientos que mantienen el malestar) ambas sugieren que todas las consecuencias desadaptadas corresponden a aprendizajes erróneos anteriores y que se puede reducir el malestar percibido (síntomas) al desaprender lo aprendido o al obtener nuevas experiencias que le permitan estructurar nuevos esquemas por ejemplo etiquetando las situaciones de forma más realista. La perspectiva cognoscitiva de los problemas clínicos recalca la función del pensamiento en la etiología y el mantenimiento de los problemas y se basa en evidencias empíricas.

En el caso de la terapia cognitiva, su objetivo se enfoca en los pensamientos y emociones que condicionan el comportamiento y la terapia conductual en cambiar o extinguir comportamientos no deseados en conjunto han sido útiles para trabajar con síntomas físicos y cognoscitivos asociados a un estado de ansiedad. Con respecto a la ansiedad el enfoque sostiene que tiene su origen en las distorsiones cognitivas que surgen en el proceso de preocupación y que al ayudar a los consultantes a reconocer sus pensamientos ansiosos reemplazándolos por pensamientos alternos más racionales a la preocupación y aplicándolos en la realidad se puede romper el ciclo de pensamientos negativos y de preocupaciones los cuales también se ponen en control al combinar técnicas de relajación y técnicas cognitivas.

Según Urbano (2016), la propuesta desde la psicoterapia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad se basa en el entrenamiento para aprender a no magnificar dramatizar o personalizar sobre asuntos de la vida, aprender a no focalizar sobre aspectos concretos de la vida y tener una visión más amplia centrada en el presente y, aprender a identificar los verdaderos problemas reinterpretándolos desde nuestro adulto interior, relativizando buscando soluciones tomando decisiones y siendo proactivos, todo ello valiéndose, también de técnicas de relajación respiración profunda, etc. De esta manera la Terapia Cognitiva-Conductual se sostiene en cuatro pilares fundamentales; el aprendizaje

clásico, el aprendizaje operante, el aprendizaje social y el aprendizaje cognoscitivo que interactúan y permiten reestructurar esquemas inadaptados. La premisa fundamental es que no son los acontecimientos los que nos perturban sino la interpretación que hacemos de ellos, es decir, nuestros sentimientos y acciones están muy ligados a la forma en que pensamos.

Esta característica integrativa permite ambientar el grupo lúdicamente Caldwell en su apartado “Grupos de Terapia de Juego con Adultos” expresó que participar en grupos de terapia de juego aumenta nuestra supervivencia como individuos por ser una especie social (es decir el beneficio de estar juntos es mayor al costo de manejar las relaciones sociales) y como seguimos aprendiendo toda la vida podemos correlacionar el aprendizaje con el juego.

1.6. Aportes de Terapias Grupales desde el Enfoque Cognitivo-Conductual para sintomatología de Ansiedad

Actualmente, el Beck Institute for Cogntive Behavior Therapy (2022), realiza la aplicación de la Terapia Cognitiva Orientada a la Recuperación (TC-R) y está diseñada para aquellos profesionales de la salud mental que estén interesados en utilizar esta corriente terapéutica en el formato grupal ya sea dentro o fuera de unidades psiquiátricas, en servicio público o privado. En apoyo del modelo "contextual" de psicoterapia de Wampold (2001), plantean los hallazgos que respaldan la opinión de que el beneficio de los mecanismos terapéuticos grupales se debe a factores comunes (Orfanos, 2015), uno de los factores comunes es la experiencia de conexión con otros y la TC-R plantea que los beneficios de dicha conexión se pueden fortalecer mediante el descubrimiento guiado.

Otros estudios plantean la validez de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en formato grupal para numerosos problemas, trastornos e indicadores de sintomatología vinculada a afectaciones en el estado de ánimo. La mayoría de las intervenciones en este modelo se basan en fines preventivos, por lo que la metodología grupal posee una gran aceptación dado que no solo están dirigidas a personas que tienen un diagnóstico o que presenten algún problema en específico, sino que evalúa y toma en cuenta los signos y síntomas que muestre el paciente (Seligman, 2007).

De igual manera otra de las propuestas que analiza el formato grupal es el de prevenir recaídas en pacientes ya libres de síntomas por indicador de un trastorno o al menos de la mayoría de ellos, tal como se plantea en la Terapia Basada en la Conciencia Plena. (Segal *et al.,* 2006).

Así mismo, algunas investigaciones lideradas por Heimberg y sus colaboradores han dado lugar a interesantes programas de intervención, a través del tratamiento cognitivo conductual que contemplan el formato grupal. Este incluye herramientas esenciales de la TCC como lo son: role-play, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y psicoeducación. Se administra en forma de 12 sesiones una vez a la semana, con una duración de una hora y media (Botella *et al*., 2003).

1.7. Ansiedad estado en cuidadores de niños con TDAH y Terapia de grupo

Las funciones de la intervención clínica incluyen el desarrollo prevención tratamiento y rehabilitación y posee los siguientes atributos orientada hacia un fin fundamentada teóricamente viable de comprobación empírica y con actuación profesional. Los estados elevados de ansiedad pueden conducir a las personas a buscar ayuda profesional con psicología o psiquiatría especialmente cuando las

fuentes de dichos estados corresponden a pensamientos y/o sentimientos reprimidos irracionales que no se corresponden con situaciones objetivas.
La literatura apoya la idea de considerar la ansiedad como un síntoma clave para la consolidación de diversos trastornos mentales, por tanto, su tratamiento temprano evita la instalación de patologías más severas (psicológicas o de inmunosupresión) y también por considerarla como un síntoma que en sí mismo requiere atención pues influye directamente en la forma de acercarnos a nuestra realidad por ejemplo en la forma de vernos a nosotros mismos y a nuestras relaciones con los demás.

Mientras que, algunos estudios plantean que los cuidadores, en general, presentan alteraciones en determinadas dimensiones de la calidad de vida y no presentan sintomatología psicológica (depresión, ansiedad, estrés o sobrecarga).

Por otro lado, hay estudios que sostienen que el cuidado de un niño con TDAH puede ser un desafío para toda la familia. Los padres pueden resultar heridos por el comportamiento de su hijo, así como por la forma en que otras personas responden a él. El estrés de lidiar con el TDAH puede llevar a un conflicto matrimonial. Estos problemas pueden verse agravados por la carga financiera que el TDAH puede suponer para las familias.

Los hermanos de un niño con TDAH también pueden tener dificultades especiales. Pueden verse afectados por un hermano que es exigente o agresivo, y también pueden recibir menos atención porque el niño con TDAH requiere mucho tiempo de los padres.

Lo cual se relaciona a lo que sostiene Spielberger (1980), en donde explicó que los tratamientos para reducir la ansiedad se pueden dividir en dos grandes categorías los destinados a reducir directamente los estados de ansiedad y los que intentan modificar las evaluaciones de las situaciones que provocan ansiedad de manera que parezcan menos amenazadoras. Esta intervención integraría ambas perspectivas de tratamiento y, además al realzar el factor vincular (fundamentado en nuestra naturaleza social) que permite la corregulación emocional y la reconstrucción de esquemas inadaptados podemos predecir que una modalidad grupal de terapia potenciase los efectos de la intervención con orientación cognitiva-conductual.

Se estima que el tratamiento ayudará a los participantes a lograr mayor autonomía, adquirir estrategias asertivas para resolver conflictos, tener una visión más amplia (pensamiento alternativo), aprender a controlar pensamientos distorsionados ansiosos, regular las manifestaciones somáticas a través de la respiración y a concebir un locus de control interno. De esta manera, los participantes asumirán una sensación de control saludable que les permitirá percibir recursos psicológicos suficientes para hacerle frente a la ansiedad (Caballo 2007), y lo harían desde la corregulación emocional a través, del trabajo entre pares en una terapia grupal con componentes lúdicos lo cual potenciara sus sentimientos de autoeficacia al percibirse también útil para otro.

Capítulo 2
Metodología

2.1. Planteamiento del Problema

La OMS (2022), alerta sobre la incidencia mundial de ansiedad y depresión, la cual aumentó en un 25% desde el primer año de pandemia, indicando que ha afectado a gran parte de la población desde distintas perspectivas. Algunas investigaciones plantean que se ha observado que algunos padres inciden en el manejo del trastorno, pudiendo incentivar la aparición de algunas conductas disfuncionales o mediante la orientación adecuada, contribuir a su modificación. Por lo que se considera que, al convivir con niños con TDAH, sus padres y familiares se ven afectados.

Tal como sostiene Barkley (1999), “nadie puede apreciar completamente el trastorno, sus causas, su deterioro, su curso y sus consecuencias sin recurrir al entorno social y a la interacción del niño con él” (p.84).

Por lo tanto, si iniciamos desde la premisa que todo comportamiento normal o patológico surge de la forma en que interpretamos los acontecimientos y que existe una relación muy estrecha entre los afectos, la conducta, la emoción y los pensamientos podemos determinar que los síntomas de ansiedad-estado están estrechamente vinculados con la forma en que las personas perciben y afrontan sus realidades e infieren en las mismas si estas reciben el plan de intervención psicoterapéutico para un afrontamiento favorable sobre las tensiones y el estrés generado, los niveles de ansiedad-estado tendrían la posibilidad de disminuir. Por consiguiente, el interés por valorar este supuesto se basa en lo siguiente:

¿Qué efecto tiene la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Provincia de Panamá, 2023?

2.2. Justificación e impacto

En la actualidad el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha ido en aumento debido al múltiples factores que afectan el desarrollo de los niños, así mismo la intervención psicológica que conlleva requiere del compromiso, educación y crianza de los cuidadores primarios que formen parte de su día a día, ya que permitirá que el paciente logre un mejor funcionamiento académico, conductual y social.

Sin embargo, esta situación genera mucha demanda para estos cuidadores porque al principio, es posible que los padres no sepan que estos comportamientos forman parte del TDAH, el mismo puede ir acompañado de síntomas de ansiedad, estrés, ira y/o frustración. Pueden estar avergonzados sobre lo que los demás puedan pensar sobre el comportamiento de su hijo, incluso que lleguen a preguntarse si han hecho algo que lo haya podido causar.

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación es poder determinar cómo influye la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo conductual en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate de Panamá, el mismo estará orientado, a través de un plan tratamiento que ya ha sido aplicado y ha tenido resultados en otro contexto.

La ansiedad se trata de una respuesta adaptativa del ser humano, siempre que esta sea proporcionada al estímulo que la desencadena. Es una señal de alarma que, si se prolonga en el tiempo sin motivo aparente, está avisando que tenemos algo que revisar en nuestra vida.

Ahora, tomando en cuenta la vulnerabilidad a la que puedan estar sometidas estas personas, hace que el proceso sea más difícil, debido a la presión en el trabajo, familia y lidiar día a día con la situación de estos niños, sin tomar en cuenta que todo lo que puedan sentir, el niño es capaz de percibirlo.

Por ende, el objetivo que se persigue con la psicoeducación y apertura que brindará la investigación es lograr mayor relevancia a la atención psicológica de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH, basado en evidencias sustentadas en diversas investigaciones científicas y en la que se tome en cuenta no sólo desde la perspectiva del paciente, sino también de los familiares que los acompañan.

La APA (2022), plantea que través de la terapia cognitiva-conductual, los pacientes aprenden a entender cómo la interpretación de sus pensamientos contribuye a los síntomas o trastornos de ansiedad y cómo modificar aquellos patrones para reducir la probabilidad de ocurrencia y la intensidad de la reacción. La conciencia cognitiva aumentada del paciente se combina a menudo con técnicas conductuales para ayudar a la persona a enfrentar y tolerar gradualmente situaciones de temor en un entorno controlado y seguro.

Todos los beneficios que se aportaron desde este estudio no solo generaron aportes a la Fundación Valórate, centros educativos, hospitales o universidades, sino a la población en general para que con los resultados obtenidos, se impulsen nuevas investigaciones en estudiantes, entidades

gubernamentales y otros organismos, de tal manera que cada vez más se pueda emplear en el país información sobre las herramientas adaptadas a este tipo de población, teniendo en cuenta las diferencias culturales, la individualización de los procesos y el apoyo social que necesitan las personas que forman parte de la vida de estos niños

2.3. Objetivos Generales y Específicos.

Objetivo general

- Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual en la sintomatología de ansiedad-estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Provincia de Panamá, 2023.

Objetivos específicos

- Describir la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023.
- Identificar los niveles de ansiedad- estado presentados en el instrumento de evaluación IDARE antes y después de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el Cognitivo-Conductual en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023.
- Comparar estadísticamente los niveles de ansiedad- estado presentados en el instrumento de evaluación IDARE antes y después de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el Cognitivo-Conductual en los cuidadores primarios de niños que presentan TDAH de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023.

- Validar estadísticamente el efecto de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023.

2.4. Hipótesis o Preguntas de Investigación (si el investigador opta por no trabajar con hipótesis en las Ciencias Sociales).

2.4.1. Hipótesis de investigación

La intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual influye en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Provincia de Panamá, 2023.

2.4.2. Hipótesis estadística

H0: Hipótesis Nula

Hi: Hipótesis Alterna

2 colas .05

M1: Medición del Pre-Test del Grupo Experimental

M2: Medición del Post-Test del Grupo Experimental

$H_{0:}$ No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test del IDARE, luego de que fuera aplicada la intervención de psicoterapia grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual, en una muestra cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Provincia de Panamá, 2023.

H_0: M2 = M1

H_i: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test del IDARE, luego de que fuese aplicada la intervención de psicoterapia grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual, en una muestra cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Provincia de Panamá, 2023.

Hi: M2 ≠ M1

2.5. Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son los factores que contribuyen a la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios participantes del estudio y como los manejan?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad estado en los cuidadores primarios antes y después del tratamiento y como se relaciona con el tipo de pensamiento que manifiestan?
3. ¿Cuál es la diferencia en la media de ansiedad-estado de los cuidadores primarios que participaron del estudio antes y después de la intervención?
4. ¿Cuánto tiempo de terapia de grupo basada en el enfoque cognitivo-conductual fue necesario para disminuir los altos niveles de ansiedad-estado de los cuidadores primarios?
5. ¿De qué manera se puede impulsar el uso de esta intervención grupal en la práctica clínica, centros de salud y fundaciones?

2.6. Variables

- Independiente: Intervención Psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual.

- Dependiente: Sintomatología de ansiedad-estado.

2.6.1. Definición conceptual

Variable Independiente

- **Intervención Psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual**

Según Samaniego (2018), es una modalidad terapéutica que permite la comprensión de sí mismo a través de la interacción con otros, el ensayo de conductas pensamientos y sentimientos más adaptativos ante las situaciones y la formación de una base social segura desde donde superar las dificultades. Al estar orientada cognitiva-conductualmente se entiende a los procesos patológicos como resultados de esquemas mentales y conductas distorsionadas desadaptadas. Por lo tanto, la manera de mejorar el malestar del individuo es reestructurando dichos esquemas y/o modificando conductas a través del reaprendizaje.

Variable Dependiente

- **Sintomatología de ansiedad-estado**

La ansiedad-estado según Spielberger (1972), es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

2.6.2. Definición operacional

Variable Independiente

- **Intervención Psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual Intervención**

Consiste en un conjunto de ocho (8) sesiones terapéuticas grupales (grupo de tiempo limitado) de 120 minutos cada una en donde se aplicarán técnicas de respiración, relajación progresiva de Jacobson, visualización e imágenes racionales emotivas, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones, entrenamiento en habilidades sociales, ensayos modelamiento, técnica de actuar como si psicodrama y cinematerapia todo en un ambiente vinculante y lúdico. Además, se agregarán 2 sesiones finales una de cierre y otra de seguimiento 15 días después de la última sesión, haciendo un total de 10 sesiones.

Para evaluar que efectivamente se estaba aplicando la intervención correctamente nos apegamos al manual de Terapia de Grupo para Disminuir la Ansiedad Estado de Samaniego (2018), también se realizaron evaluaciones de proceso a los participantes durante el transcurso de la intervención para valorar que el mensaje transmitido se estuviera interpretando adecuadamente y para mantener una constante realimentación.

Variable Dependiente

- **Sintomatología de ansiedad-estado**

Las respuestas obtenidas por los cuidadores primarios de niños con TDAH (en dirección a la ansiedad-estado) a los ítems presentado en el Inventario de Ansiedad-Rasgo /Estado de Spielberger (IDARE). Además, se realizó una entrevista clínica a cada participante para valorar cualitativamente la problemática y entender su contexto.

2.7. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo explicativo porque mediante una intervención buscaba establecer una relación de causa y efecto entre intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual y la reducción de la sintomatología de ansiedad estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH (teniendo presente las limitaciones del diseño). Además, puede clasificarse como una investigación cuantitativa de tipo explicativa (Hernández, 2010).

2.7.1. Diseño de investigación

El tipo de diseño corresponde al preexperimental con un solo grupo y pretest – postest, ya que se aplicó una intervención y se midió su efecto sobre la variable dependiente (ansiedad estado). La muestra se seleccionó al azar y no hubo grupo de comparación, con excepción de la prueba piloto para ver la efectividad de la herramienta de recopilación de datos (Hernández, 2010).

2.8. Población

La Fundación Valórate a través de sus programas de atención, brinda apoyo a la comunidad y ayuda a niños con TDA-H para que puedan ejercer plenamente su derecho a la educación integral.

Anualmente, recibe alrededor de 120 a 150 niños y de 175 a 200 padres y/o cuidadores primarios que son directamente beneficiados en temas educativos y familiares en talleres escolares. Sin embargo, luego de la pandemia la cantidad de padres que asisten a la fundación ha disminuido, ya que mensualmente en

ocasiones asisten entre 20 a 25 padres aproximadamente, por lo que no se puede determinar una cifra exacta de la cantidad de participantes que puedan ser parte del estudio. La población estará constituida por los cuidadores primarios de niños con TDAH pertenecientes a la Fundación Valórate.

Unidad de Análisis cuidadores primarios de ambos sexos de niños con TDAH que han experimentado sintomatología de ansiedad-estado (puntuación > 45 en el IDARE, además de los datos de la entrevista clínica).

2.8.1. Muestra

Tomando en cuenta la fiabilidad e impacto de este estudio se establece un tipo de muestreo probabilístico, el cual se basa en una técnica en la que un investigador establece una selección de criterios y elige al azar a los miembros de una población. Todos los miembros tienen la misma oportunidad de formar parte de la muestra con este parámetro de selección (Hernández, 2010).

Además, para la selección de la muestra se contempló la cantidad de padres que asisten mensualmente a la fundación entre 20 a 25, de tal manera que se le pueda dar continuidad al estudio y se evitaría las ausencias y/o abandonos durante el proceso de intervención.

Es decir, que luego de aplicar la fórmula de selección la muestra quedó constituida por 24 cuidadores primarios, la cual se observa a continuación:

N: Tamaño de la población**.**
d: Límite aceptable del error muestral 5%

p: Proporción de la población que posee las características del estudio (Si no se conoce se usa el .5)**.**

q: Variación negativa o proporción de los individuos que no poseen estas características.

q = 1 - p

q = .5

Z: Nivel de confianza asignado 95% (1.96)

Fórmula:

$$n = N \times Z^2 \times p \times Q \div d^2 \ (N-1) + (Z^2 \times p \times q)$$

2.9. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Ser cuidadores primarios de los niños con TDAH.
- Formar parte de la Fundación Valórate.
- Puede ser de cualquier sexo (hombre o mujer).
- Obtener una puntuación > 45 en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Criterios de exclusión

- No haber firmado el consentimiento informado.
- Que no sean los cuidadores primarios de los niños con TDAH.
- Cuidadores primarios de niños con otro diagnóstico.
- Que no formen parte de la Fundación Valórate.
- Obtener una puntuación < 45 en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

(IDARE).

- Estar recibiendo algún proceso de terapia psicológica o tratamiento psiquiátrico en la actualidad.

2.10. Procedimiento

Lo que se propone inicialmente en esta propuesta de investigación, en la que luego de ser aprobada con los permisos y autorizaciones pertinentes se abordará lo siguiente:

- En primera instancia se realizó la elaboración de un Google Forms (Prueba Piloto: IDARE) y aplicación de una prueba piloto que permitió analizar cómo funcionan los instrumentos de evaluación y determinar el entendimiento de esta. Esta se aplicó a un grupo de personas que de manera voluntaria manifestó querer participar del estudio.
- Se les brindó una psicoeducación acerca de este proyecto de investigación en donde se explicó a detalle la Terapia Psicoterapéutica Grupal, su duración y modalidad, luego se hizo la entrega de los consentimientos informados y una vez obtenido, se realizó la aplicación del pretest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- Una vez que se corroboraron los datos de los cuidadores primarios que califican para la fase de tratamiento, se coordinó la entrevista clínica de cada cuidador, para luego organizar el inicio de las sesiones, en donde se realizaron 8 sesiones grupales de 120 minutos y 2 sesiones adicionales de cierre y seguimiento. En esta fase se propone establecer la intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual enfatizando en el factor vinculante e incluyendo aspectos lúdicos, fortaleciendo el rapport, siguiendo con el contrato psicológico, las explicaciones conceptuales y la aplicación de las técnicas mencionadas con anterioridad. Los participantes

pudieron aprender las técnicas para auto aplicárselas y otras técnicas para emplearlas en sus hogares con los niños.

- Posteriormente, se dejó una semana libre, de tal manera que se pudiera garantizar el tiempo apropiado entre el tratamiento y la medida postest. Durante el periodo de evaluación se realizó una sesión de 60 minutos, la cual consta de dos partes aplicación del postest y brindis (como agradecimiento por su colaboración).
- Culminando el trabajo de campo se procedió a analizar e integrar toda la información recopilada por las distintas fuentes y de esta manera levantar el informe preliminar para su corrección. Una vez fue aprobado se redactó el trabajo final para la defensa en la sustentación.

2.11. Instrumentos

- **Entrevista Clínica**

Inicialmente, se realizó una entrevista clínica individual a cada cuidador primario para conocer las particularidades psíquicas y sociodemográficas de cada uno. En las distintas fases del estudio se observó a los participantes para luego contrastar su conducta con los otros datos recopilados y así poder establecer un análisis integrado de los resultados.

- **Prueba Piloto sobre el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**

Previamente, se empleó una encuesta o prueba piloto sobre los indicadores del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) con la finalidad de disminuir los sesgos que puedan presentarse al momento de la aplicación del pretest y postest de estudio. Este se aplicó a una muestra de voluntarios que desearon realizar la encuesta mencionada. Además, se desarrolló, a través de software de Google Forms, con el objetivo de facilitar la disponibilidad y flexibilidad de los participantes.

Tal como define Malhotra (2004), la prueba piloto consiste en la aplicación de un cuestionario a una pequeña muestra de encuestados para identificar y eliminar los posibles problemas de la elaboración de un cuestionario.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**

El instrumento que se utilizó para medir la variable (ansiedad-estado) es el Inventario de Ansiedad Rasgo/ Estado versión en español de Charles Spielberger, el cual permitió investigar los fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, estudiantes de secundaria o bachillerato y en pacientes neuropsiquiátricos médicos y quirúrgicos. Está conformado por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).

Cada escala consta de 20 ítems que puntúan en cuatro puntos dando un total entre 20 a 80 puntos (puntuación directa) posteriormente son transformados a puntuación T la escala Estado esta balanceada con 10 ítems directos y 10 inversos. Spielberger y Martínez (2002), señala que las calificaciones se reflejan dependiendo a los puntajes obtenidos se convierten a puntuaciones estandarizadas, para luego obtener según los baremos el nivel de ansiedad, en la cual la persona se encuentra, que oscilan de la siguiente manera: nivel de ansiedad bajo (< 30), medio (30 - 44) y alto (> 45).

El coeficiente alfa de Cronbach es de .83 a .92 (dependiendo los tipos y grados de tensión al que fueron sometidos los sujetos en los estudios de confiabilidad). La puntuación T tiene una media de 50 y una desviación de 10.

Valderrama (2019), menciona que estamos frente a una prueba que tiene suficiente grado de validez en la utilización para nuestro país y así mismo otros

autores evidencian lo mencionado anteriormente, para ello se demostrará a continuación:

Castro (2016), establece que la validez se realizó mediante juicio de expertos del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y fue establecida por nueve jueces. Los resultados se muestran en Ansiedad estado y rasgo que la mayoría de los ítems tienen un porcentaje de acuerdos, tanto en claridad como en relevancia.

Gorsuch (1996), señala que el IDARE provee medidas operacionales de ansiedad estado-rasgo, que permite el estudio a poblaciones adolescentes, lo cual demuestra su validez y fiabilidad durante estas etapas del desarrollo, evidenciado en poblaciones americanas y europeas.

La escala Estado puede referirse a un momento específico, por lo tanto, decidimos expresar la siguiente instrucción: “¿cómo se siente en este momento?” para especificar los niveles de ansiedad estado en torno a la problemática que está experimentando en ese instante.

Capítulo 3
Análisis de Resultados

3.1. Análisis estadístico

Tratándose de una investigación cuantitativa de enfoque preexperimental de tipo explicativo, se utilizó el programa de análisis de datos IBM SPSS Statistics 23, del cual se obtuvieron:

- Análisis de tablas de frecuencia para los datos sociodemográficos considerados.
- Análisis de tablas frecuencia para la dimensión de Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE).
- Estadística descriptiva, la misma incluye: Medidas de Tendencia Central, para comparar los resultados obtenidos entre las participantes.
- Análisis comparativo de las variables generales y los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba antes y después de la intervención.
- Estadística inferencial en donde se comparará el pretest y el postest para indicarnos la efectividad de la intervención psicoterapéutica. Como se trabajó con una muestra de aproximadamente 24 sujetos, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en donde se explicó que, de resultar significativo los resultados que se vayan a obtener, se emplearía la prueba T para muestras relacionadas y de no resultar significativo se usaría la prueba de Wilcoxon. A través de un nivel de significancia de .05, a dos colas. En términos de probabilidad, .95 y .05, respectivamente, está asociada a la verificación de una hipótesis, así mismo sería una probabilidad de tomar una decisión de rechazar una hipótesis nula.

3.2. Resultados de Investigación

Los resultados se presentan mediante el diseño estadístico Diferencias de Medias Dependientes entre el antes y después del grupo intervenido. Este apartado quedo dividido de la siguiente manera:

A. Estadísticas Descriptivas

- El primer paso consistió en presentar los resultados de las variables generales y sociodemográficas de los participantes, de tal manera que se pudiese observar un panorama amplio de los resultados de la investigación.
- Posteriormente, se realizó el análisis de nuestros resultados fue ordenar los puntajes obtenidos por los cuidadores primarios en el pretest y postest en tablas de frecuencias y se les calculó la media y la desviación estándar, de cada medición.
- Luego, estos resultados se proyectaron a gráficas para facilitar su comprensión. Además, presenta la significancia clínica de los puntajes T obtenidos en el IDARE en cada medición.

Tabla 1

Aspectos descriptivos de la muestra en general con base al sexo. Provincia de Panamá, 2023.

Grado	**Total**		**Sexo**			
	F	**Porcentaje**	**Femenino**		**Masculino**	
			f	**Porcentaje**	**f**	**Porcentaje**
Cuidadores Primarios	24	100%	24	100%	0	0%
Total	24	100%	24	100%	0	0%

Nota. Elaborado por Delgado (2023).

En la tabla anterior se puede observar que todos los valores son válidos (24 sujetos), por lo que no se refleja ningún error o pregunta sin responder, por lo tanto, todos los sujetos participantes corresponden al sexo femenino.

Tabla 2

Distribución de las frecuencias de la muestra con base a la ubicación sociodemográfica. Provincia de Panamá, 2023.

	Ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Ubicación	Panamá Centro	11	46.0
	Panamá Este	9	38.0
	Panamá Oeste	1	12.0
	Panamá Norte	3	4.0
Total		24	100.00

Nota. Elaborado por Delgado (2023).

Según análisis de frecuencias de la tabla anterior, se obtuvo un total de 24 sujetos que están distribuidos principalmente en la zona de Panamá Centro con un 46%, seguido del área de Panamá Este con un 38%, luego Panamá Norte con un 12% y finalmente Panamá Oeste con un 1%, considerando este último, ya que la Fundación Valórate brinda sus servicios no solo a la provincia de Panamá, sino también a la provincia de Colón y Panamá Oeste.

Tabla 3

Distribución de las frecuencias de la muestra según la edad. Provincia de Panamá, 2023.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Edad	28	2	8
	32	2	8
	34	1	4
	35	2	8
	36	1	4
	39	2	8
	40	2	8
	41	2	8
	42	3	13
	48	4	17
	53	3	13
Total		24	100.00

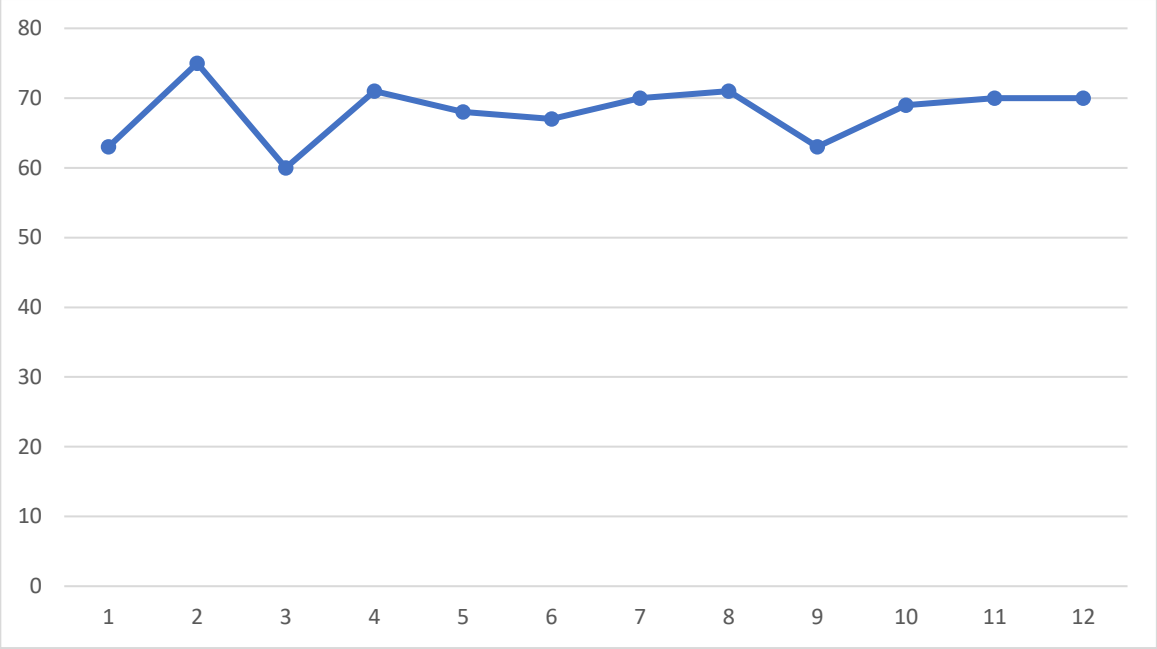
Nota. Elaborado por Delgado (2023).

A través de las tablas de frecuencias anteriores, se pudo obtener el análisis de datos estadísticos con los valores de frecuencias simples y porcentuales.

Según estos datos, la muestra se encuentra distribuida de la siguiente manera: 4 sujetos entre 28 a 32 años, 3 sujetos entre 34 a 38 años, 9 sujetos entre 39 a 42 años y 7 sujetos entre 48 a 53 años.

Figura 1

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango la prueba piloto del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Provincia de Panamá, 2023.



Fuente: Prueba piloto del IDARE. Elaborado por Delgado (2023).

Con respecto a la figura anterior, se realizó la aplicación de la prueba piloto del IDARE a 12 participantes de manera voluntaria, para corroborar la eficacia y

flexibilidad de la prueba. La mayoría de los sujetos se ubicaron en un nivel de Ansiedad Estado Alto, con un 66.6% correspondientes a 8 participantes, seguido de un 25% con Ansiedad Estado muy Alto y un 9% con Ansiedad Estado Promedio. Indicando buena comprensión de la prueba, ya que no se manifestaron dudas al momento de la aplicación.

Tabla 4

Distribución de las frecuencias de los puntajes correspondientes al nivel de Ansiedad-Estado de una muestra de 24 cuidadores primarios de la Fundación Valórate en el pretest. Provincia de Panamá, 2023.

I	**f**	**Rango**	**f**	**Categoría descriptiva**
60-64	17	←29-39	0	Ansiedad muy baja y baja
65-68	4	40-60	0	Ansiedad Promedio
69-72	2	61-70	21	Ansiedad Alta
73-76	1	71 →	3	Ansiedad muy Alta
∑	24		24	
	Media		Desviación	
	63.96		3.94	

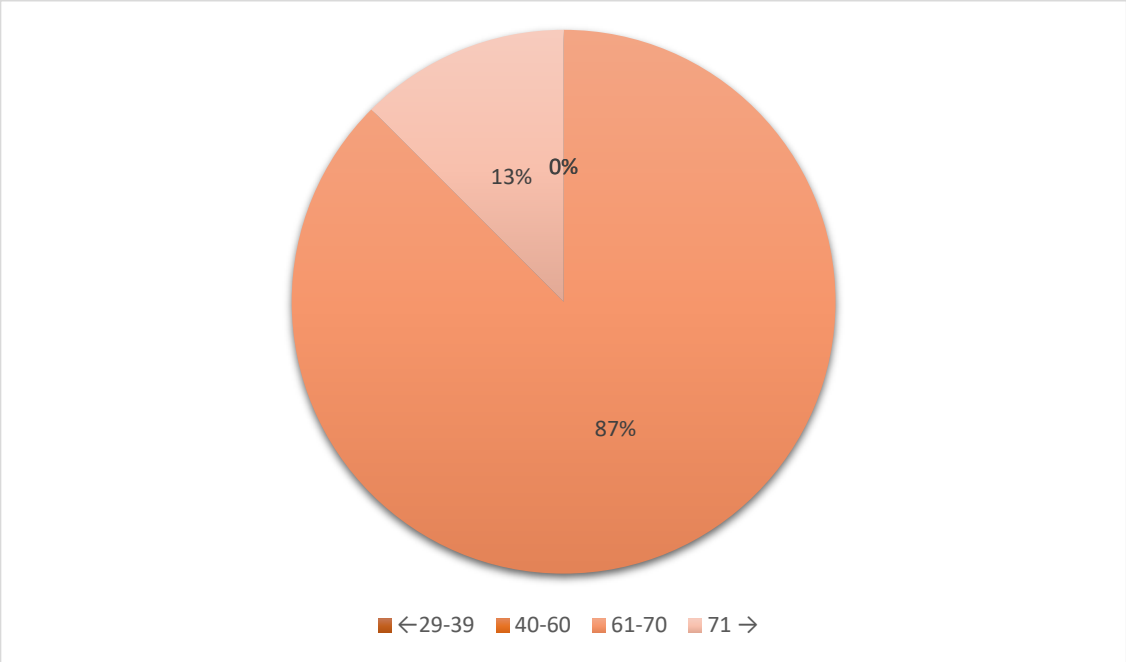
Fuente: Pretest muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Observamos que antes de la intervención grupal, la mayoría de la muestra obtuvo en el IDARE, una puntuación T correspondiente a un nivel alto de ansiedad-estado; tres (3) de los cuidadores primarios puntuaron en un nivel muy alto de ansiedad-estado. Esto nos indica que, aun cuando la muestra no presentaba un

trastorno de ansiedad (criterios diagnósticos no cumplidos), los niveles de ansiedad eran significativos y estaban limitando su calidad de vida y su bienestar emocional. Se identificaron manifestaciones somáticas importantes asociadas a la ansiedad experimentada. A continuación, presentamos la gráfica correspondiente:

Figura 2

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el pretest, Provincia de Panamá, 2023.

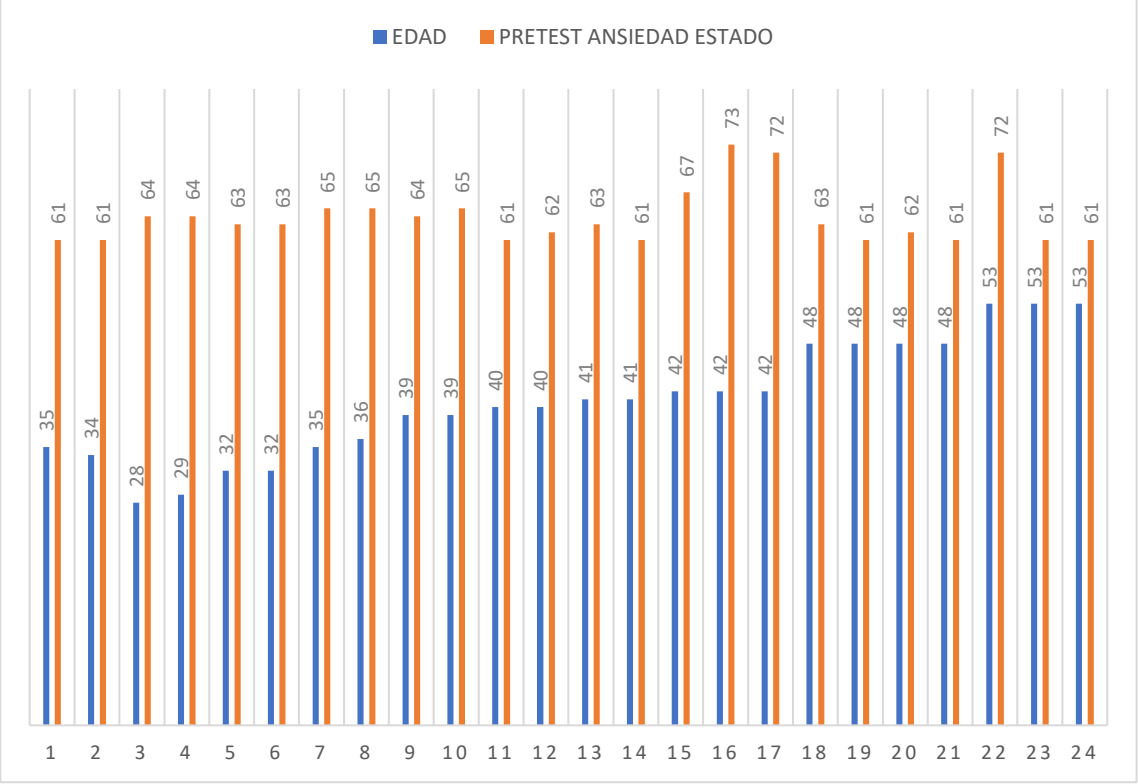


Fuente: Pretest muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

De acuerdo con la figura anterior, la mayoría de las cuidadoras primarias con un 87% obtuvieron un nivel Alto de Ansiedad Estado, seguido de un 13% con un nivel Muy Alto, indicando que todos los cuidadores primarios de la muestra en estudio presentaron altos niveles de Ansiedad Estado.

Figura 3

Comparación de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el pretest y la edad de las cuidadoras primarias, Provincia de Panamá, 2023.



Fuente: Pretest muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Con respecto a la figura anterior, la mayoría de las participantes con más edad que se ubicaban entre los 40 a 53 años, se observó que el nivel de ansiedad era más elevado en comparación a las de edades por debajo de los 40 años en el pretest, cabe destacar, que todas las participantes presentaron un nivel de Ansiedad – Estado Alto.

Tabla 5

Distribución de las frecuencias de los puntajes correspondientes al nivel de Ansiedad-Estado de una muestra de 24 cuidadores primarios de la Fundación Valórate en el postest. Provincia de Panamá, 2023.

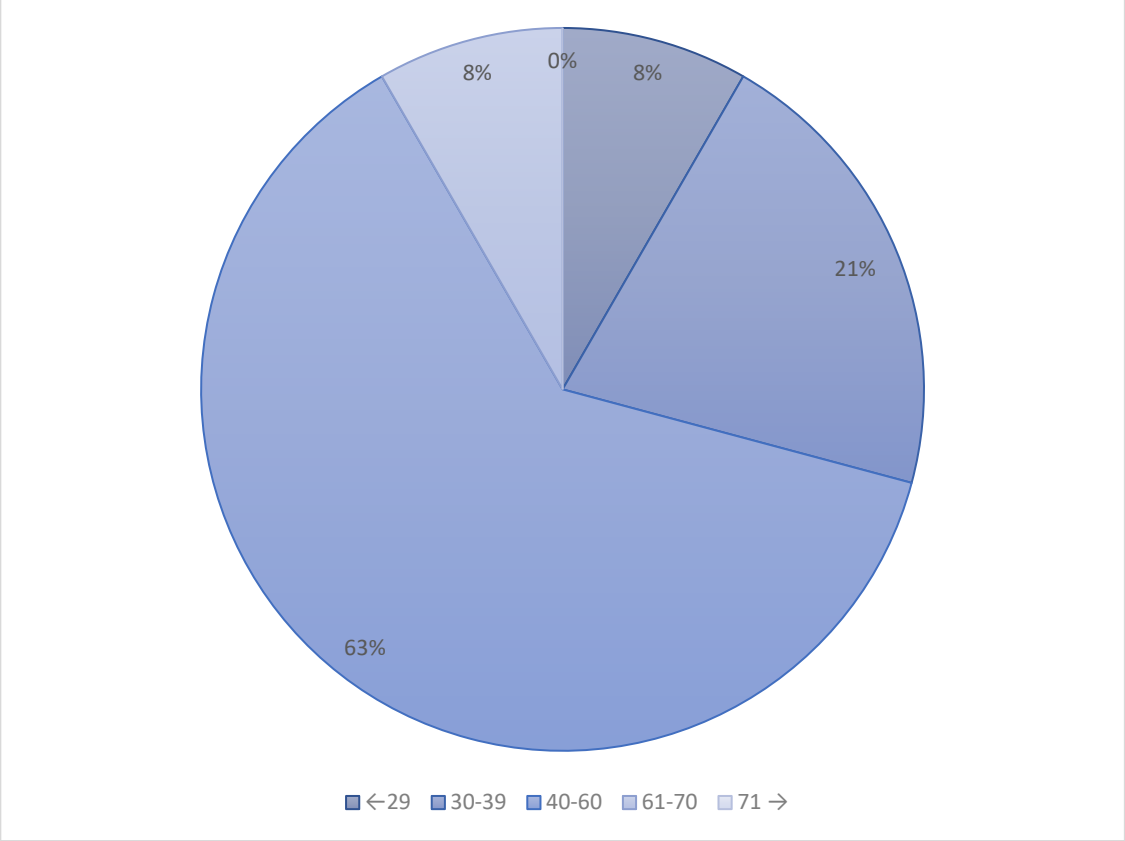
I	f	Rango	f	Categoría descriptiva
28-35	4	←29	2	Ansiedad muy baja
36-42	7	30-39	5	Ansiedad Baja
43-49	5	40-60	15	Ansiedad Promedio
50-57	6	61-70	2	Ansiedad Alta
59-66	2	71 →	0	Ansiedad muy alta
∑	24		24	
	Media		Desviación	
	45.13		10.23	

Fuente: Postest muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Observamos que después de la intervención grupal, la mayoría de la muestra obtuvo en el IDARE, una puntuación T correspondiente a un nivel promedio de ansiedad-estado con un total de 15 cuidadores primarios, seguido de 5 con un nivel de ansiedad bajo, 2 con ansiedad muy bajo y finalmente 2 participantes con un nivel alto de ansiedad-estado. Reflejándose así una disminución en la sintomatología de ansiedad estado de la nuestra en estudio. A continuación, se presenta la gráfica correspondiente:

Figura 4

Distribución porcentual de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el postest, Provincia de Panamá, 2023.

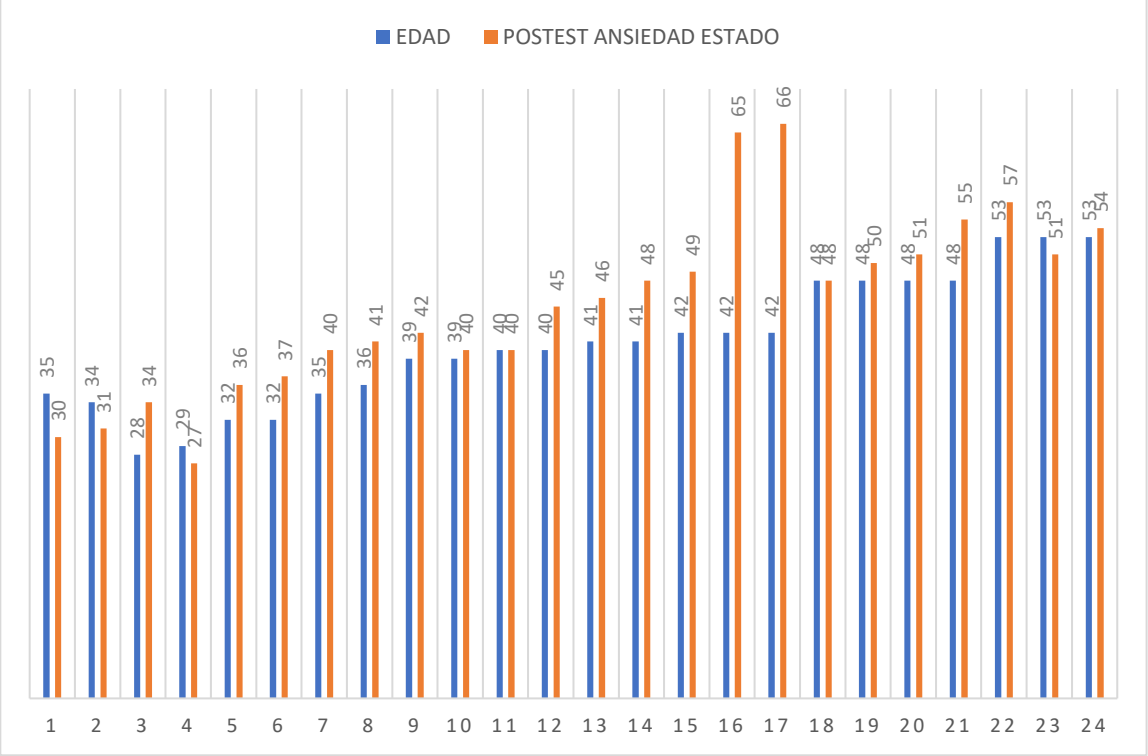


Fuente: Postest muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Con respecto a la figura anterior, la mayoría de los sujetos se ubicaron en un 63% correspondiente a un nivel promedio, seguido de un 21% con un nivel de ansiedad estado bajo, un 8% de ansiedad muy bajo y un 8% de ansiedad estado muy alto, reflejándose una disminución de los niveles de ansiedad estado luego de la intervención basada en el enfoque Cognitivo-Conductual.

Figura 5

Comparación de la muestra con base a sus puntajes obtenidos en el rango de la prueba de Ansiedad-Estado en el postest y la edad de las cuidadoras primarias, Provincia de Panamá, 2023.

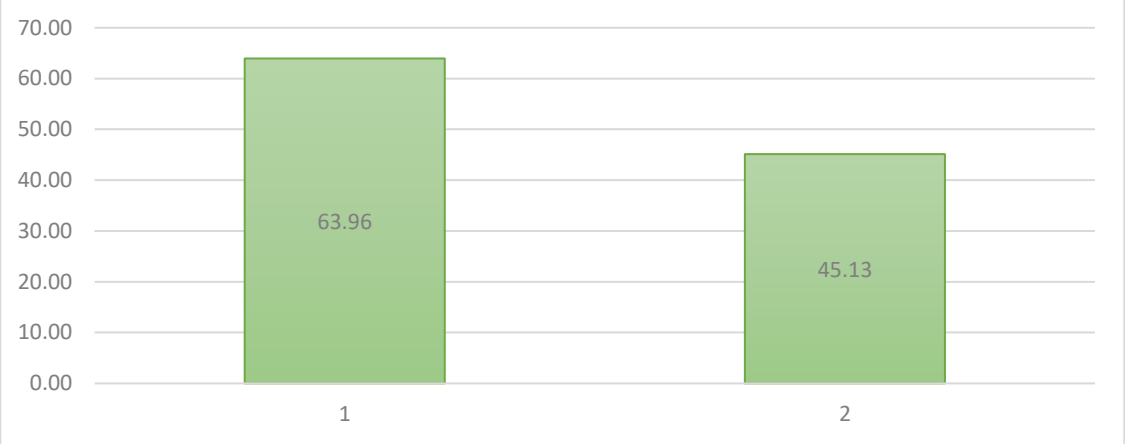


Fuente: Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

En base a los resultados obtenidos en la figura anterior, la mayoría de las participantes con más edad que se ubicaban entre los 40 a 53 años, se observó que el nivel de ansiedad era más elevado en comparación a las de edades por debajo de los 40 años luego de la intervención. No obstante, se pudo reflejar un cambio en gran parte de la muestra en estudio de manera significativa.

Figura 6

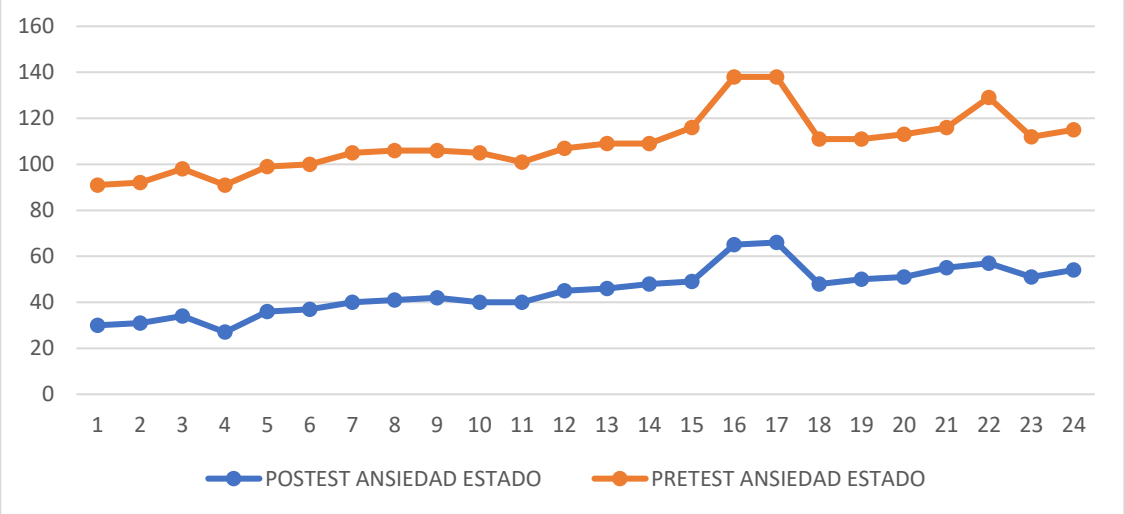
Comparación de las medias del pretest y postest correspondientes a la aplicación del Inventario de Ansiedad-Estado, Provincia de Panamá, 2023.



Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Figura 7

Comparación de los puntajes T antes y después de la Intervención psicoterapéutica Grupal, Provincia de Panamá, 2023.

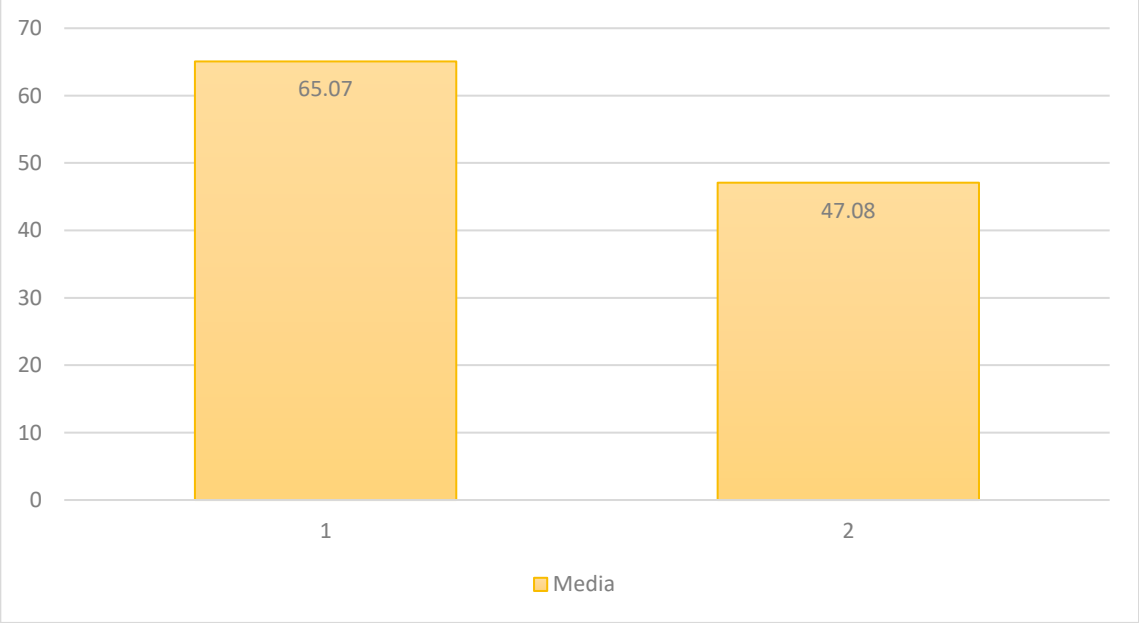


Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

En base a las figuras anteriores, se puede observar significativamente la disminución de los niveles de ansiedad estado luego de la intervención basada en el enfoque Cognitivo-Conductual.

Figura 8

Comparación de las medias del pretest y postest correspondientes a la aplicación del Inventario de Ansiedad-Rasgo, Provincia de Panamá, 2023.



Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Con respecto a la figura anterior, se puede reflejar significativamente la disminución de los niveles de ansiedad rasgo luego de la intervención psicoterapéutica basada en el enfoque Cognitivo-Conductual, ya que se observa la diferencia entre las medias del pretest con un 65.07 y el postest con 47.08.

B. Estadísticas Inferenciales

Considerando que los datos se distribuyen y que se trabajó con una muestra de aproximadamente 24 sujetos, se aplicará la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, de resultar significativo los resultados que se vayan a obtener, se empleará la prueba T para muestras relacionadas y de no resultar significativo se usaría la prueba de Wilcoxon. A través de un nivel de significancia de .05, a dos colas. En términos de probabilidad, .95 y .05, respectivamente, estaría asociado a la verificación de una hipótesis, así mismo sería una probabilidad de tomar una decisión de rechazar una hipótesis nula.

Tabla 6

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023.

Pruebas de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
PRETEST	.767	24	.010
POSTEST	.978	24	.862

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors
Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Regla de decisión:

P valor > .05 Aceptar H0

P valor < .05 Aceptar H1

Los resultados de la prueba anterior indican que en el Pretest y el Postest la significación asintótica bilateral “p” son mayores de .05. Lo cual significa que estas variables cumplen con la Ley Normal y que, en consecuencia, podemos aplicar pruebas paramétricas.

Tabla 7

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023.

Prueba t para muestras emparejadas		
	Pretest	***Postest***
Media	63.96	45.13
Varianza	113.26	104.72
Observaciones	32.00	78.00
Diferencia hipotética de las medias	-	
Grados de libertad	23.00	
Estadístico t	**.72**	
Valor crítico de t (una cola)	1.67	
P(T<=t) dos colas	.02	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

La media estadística de ambos grupos refleja que, pretest es de 63.96 y en el postest de 45.13, por lo cual se evidencia una diferencia significativa. Debido a que nuestra P a dos colas es de .02, siendo menor que .05 podemos aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula, indicando que: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas en el pretest y post test del IDARE, luego de que fuera aplicada la intervención de psicoterapia grupal

basada en el enfoque cognitivo-conductual, en una muestra cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 8

Prueba de Normalidad con base al Pretest y Postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en la muestra de cuidadores primarios, Provincia de Panamá, 2023.

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas						
				95% de intervalo de confianza de la diferencia				
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Inferior	Superior	t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	PRETEST - POSTEST	18.83333	8.89879	1.8164	15.07571	0.72	23	.00

Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio. Elaborado por Delgado (2023).

Como se observa en la tabla anterior, se presenta las comparaciones de desviación, margen de error y la significancia que se visualiza en el primer cuadro. Esto nos indica que los cuidadores primarios que participaron de la terapia de grupo disminuyeron sus niveles altos de ansiedad estado, luego del tratamiento. El valor p obtenido fue de p= .00, lo cual indica una significancia estadística menor al alfa .01; es decir, los datos fueron estadísticamente significativos a una mayor rigurosidad de comprobación.

C. Discusión de Resultados

Es importante que tomemos en cuenta la limitante inherente al diseño de investigación establecido: el diseño preexperimental es el nivel más bajo de los estudios experimentales por tener el mínimo control experimental, el hecho de no tener un grupo de comparación debilita la validez de sus resultados, pero el haber realizado la aplicación de una prueba piloto a voluntarios y dos mediciones (antes y después) permitió tener una línea base de funcionamiento de los sujetos que nos ofreció más seguridad al interpretar los resultados, ya que se determinó la comparación de sus resultados.

Otro punto es que la ansiedad es un trastorno comórbido que afecta tanto a los pacientes como a sus padres. Por lo que los autores describen que, la ansiedad es común en los niños con TDAH, sin embargo, esta se ha pasado por alto en los cuidadores y tal es el reflejo de lo que se observó en el análisis de resultados de esta investigación.

Por otro lado, se intentaron controlar las variables extrañas al seleccionar una muestra lo más parecida posible en cuanto la predisposición a la ansiedad (ansiedad-rasgo), a través del historial clínico mediante la anamnesis, las particularidades de cada participante para considerarlas a la hora de interpretar los resultados al tener varias fuentes de información y no solo el puntaje en la prueba (que reduce el sesgo en la prueba), también al tener un instrumento de medición con buenas propiedades psicométricas, siendo rigurosos a la hora de emplear la terapia y con el mismo proceso de investigación, incluso la muestra a pesar de que fue abierta para ambos sexos, todos los cuidadores primarios fueron del sexo femenino, es decir, que sería conveniente replicar el estudio para hacer una análisis comparativo por sexo. Cabe destacar, que no hubo mortandad

experimental; además se agregó al análisis estadístico un análisis clínico que complemente el estudio.

Por lo tanto, es importante señalar que luego de haber realizado el análisis estadístico, podemos determinar que la Intervención Psicoterapéutica Grupal es efectiva para disminuir los niveles altos de ansiedad-estado, ya que se evidencia una diferencia estadísticamente significativa (p valor= .00), lo cual nos permite predecir que esta modalidad de terapia grupal es funcional y tiene mucha influencia para el tratamiento de personas que presenten síntomas de ansiedad-estado, tal como se plantea en las investigaciones realizadas por Melgar (2011) y Acuña (2018), en la que se concluye que las terapias grupales funcionan de manera efectivas para sintomatologías clínicas de Ansiedad Estado, ya que sus resultados fueron estadísticamente significativos en las mediciones de las medias del pretest y el postest.

Incluso se pudo demostrar en la comparación entre las variables de edad y el pretest-postest de la prueba aplicada en donde quedo demostrado que, a mayor edad, mayor nivel de ansiedad estado antes de la terapia grupal y posterior a ello se evidenció una disminución significativa, aunque para algunas participantes la sintomatología seguía siendo evidente. Cabe destacar que en sus historias clínicas eran las cuidadoras con situaciones de duelo complicado, divorcios, estrés laboral debido a que tienen trabajos altamente demandantes vinculados a las ciencias de la salud (Enfermería y Técnicos en Radiología) y problemas socioeconómicos, lo cual incrementa el estado de alarma en estas.

Estos señalamientos se validan más al constatar que los niveles altos de ansiedad-rasgo también disminuyeron de manera significativa, lo cual permite

determinar la influencia de esta terapia en el grupo de cuidadores primarios que recibió dicha intervención, ya que a pesar de que no era el foco de atención y solamente se aplicó la escala como medida de control y por el respeto ético hacia la prueba.

Estos datos nos permiten visualizar un buen pronóstico hacia la aplicación de esta intervención grupal como alternativa terapéutica para ser utilizada en contextos diferentes a un consultorio o clínica, como hospitales, centros de salud, escuelas, centros comunitarios, fundaciones, instituciones, etc., donde exista una gran población de pacientes y escasez de profesionales o no se cuente con suficiente tiempo para realizar atención individualizada, de esta manera se puede establecer un programa preventivo de sintomatología o problemáticas psicológicas a beneficio de contribuir a la salud pública, ya que aunque existen reglamentaciones en las leyes y en la práctica clínica, estas no se llevan a cabo o se toman en cuenta.

Para la aplicación de esta intervención se requirió de 10 sesiones en las cuales se establecieron nueve (9) sesiones continuas y una (1) de seguimiento, de las cuales cada una de las sesiones tuvo una duración de 120 minutos, donde el clima terapéutico debe transmitir una alianza favorable que incluya: confianza, validación emocional y reconexión, contribuyendo a estructurar una base segura desde donde se origina el malestar y los conflictos internos para intentar comprender su causa, aceptarlos e integrarlos a sus historias de vida, mediante el empleo de diversas técnicas y herramientas terapéuticas, permitiendo así el manejo funcional de los niveles altos de ansiedad-estado en sus diversos contextos.

Por lo tanto, el haber establecido una alianza terapéutica sólida con los cuidadores primarios y facilitar la cohesión grupal fueron los factores claves para evidenciar

los cambios significativos, especialmente la diferencia entre las medias que se observaron en los resultados; por otra parte, la motivación de las madres y su compromiso con la terapia, con la familia y con ellas mismas. Cuando finalizó el proceso de las 10 sesiones, las cuidadoras hicieron énfasis en la necesidad de establecer políticas de atención psicológica en el sistema de salud pública de Panamá, ya que en otros países forma parte de las leyes gubernamentales y derecho del ciudadano.

Durante el proceso de intervención se pudo identificar los siguientes estímulos que las cuidadoras primarias percibían como amenazantes y que detonaban sus respuestas de niveles altos de ansiedad estado, entre ellos: Dificultad ante el diagnóstico, falta de orientación psicoeducativa al inicio de la búsqueda de un profesional idóneo, poco entendimiento familiar, problemas en el aspecto socioeconómico, dificultad ante la receptividad de las adecuaciones curriculares las aulas de niños con Necesidad Educativa Especial (NEE), baja tolerancia a la frustración, duelos no resueltos, divorcios y hasta migración de alguno de los padres, los cuales lo referían como ausencias.

Tal como se explica, estos factores amenazantes son muy parecidos a los mencionados en las conclusiones de las investigaciones y revisiones bibliográficas. Aunque las cuidadoras (madres) apoyen a sus hijos y están dispuestas a estar con ellos durante toda su vida, existe una constante de aquellos estresores que propician la aparición de los síntomas vinculados a los niveles altos de ansiedad-estado. En la que muchas veces, no cuentan con las herramientas ni con la atención psicológica que le permita manejar tales situaciones abrumadoras y la desplazan a la búsqueda de otras alternativas de la vida cotidiana o también asociadas a desinformación y automedicación, como lo es: negación, refugio en la religión, el uso de medicamentos Alprazolam (Tafil) y/o Diazepam, conductas

placenteras entre ellas, el hacer compras que en su mayoría sirven de manera momentánea, pero no contribuyen al problema a largo plazo.

Se pudo observar que al iniciar el tratamiento las cuidadoras primarias presentaban niveles altos y muy altos de ansiedad estado y rasgo, que se asociaron a rumiación de pensamientos ansiosos (distorsiones cognitivas) catastrofización, generalización excesiva, pensamiento dicotómico, personalización, perfeccionismo, minimización, magnificación, filtro mental, lecturas de mente, deberías y etiquetación.

Por ende, los pensamientos automáticos y de preocupación les predisponen a experimentar los acontecimientos como peligrosas o potencialmente alarmantes que elevaban su sensación desagradable y se observaron en los puntajes significativos de la prueba del IDARE que obtuvieron todas las cuidadoras primarias.

Durante el proceso de entrevista, previo al pretest, las participantes manifestaban síntomas cognitivos como fisiológicos, entre ellos referían en mayor medida problemas digestivos, taquicardia, opresión en el pecho, dificultad para conciliar el sueño, sudoración excesiva, miedos, etc. Sin embrago, aunque estos síntomas que se detallan anteriormente no cumplían los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad debido a varios factores como el tiempo y la cantidad de elementos que deben cumplirse; la ansiedad experimentada era limitante o abrumadora, es decir estaba afectando su estabilidad emocional y calidad de vida. Por lo tanto, se indicaba atención psicológica, la cual se visualiza en las siguientes expresiones de los participantes: “Cuando llego a casa de mi trabajo siento mucho estrés, desde que voy camino en el transporte”, “Siento que tengo muchas cosas

en la cabeza y estoy abrumada", "A veces quiero colgar los guantes, pero luego recuerdo que debo continuar", etc. Por medio de las viñetas clínicas que rescatamos de cada uno de los pacientes, se pudo identificar los factores detonantes, los cuales eran los que realmente motivaban la respuesta ansiosa temor a equivocarse, inseguridad, sentimientos de culpa y baja tolerancia a la frustración.

Luego de la intervención psicoterapéutica grupal las cuidadoras primarias se observaban calmadas, con menos tensión, la expresión facial reflejaba más armonía y con pensamientos racionales que fueron capaces de transformarlos a un nuevo cambio, con mayor flexibilidad, alternativas y cambios en su adaptación. Incluso, se pudo visualizar, a través de la iniciativa propia en aplicar las técnicas enseñadas, extrapolándolas no solo en sus hogares, sino también utilizándolas como parte de su bienestar y calidad de vida. Por otra parte, se observó que se sentían mejor consigo mismas, con mayor dominio y control de sus vidas y entendiendo que no todo se basa en un diagnóstico. Una de las viñetas clínicas que puedo destacar fue la de como una madre pudo manejar un conflicto familiar a raíz de un duelo no resuelto, por la pérdida de su esposo por la pandemia del COVID-19, situación que le había generado mucha ansiedad y temor por controlar su entorno. Al cierre de la terapia esta madre pudo extrapolar sus sentimientos, emociones y pensamientos, que no se había dado cuenta o que no era consciente que eran el foco problema, situación que contribuyo a ser una mujer más reflexiva y con menor reactividad emocional, las cuales se evidenciaron en el postest del IDARE.

Esto nos indica clínica y estadísticamente que la intervención grupal basada en el enfoque Cognitivo-Conductual logro disminuir los altos niveles de la ansiedad-estado en las madres con la ganancia secundaria de una red solida de apoyo

familiar, social y clínico. Inclusive a pesar de que es un formato de terapia grupal, este contempla la prevención de recaídas en pacientes ya libres de síntomas o que continúen presentando algún indicador y es lo mismo que se plantea en algunas investigaciones, es decir que aun así el paciente presente o no sintomatología del trastorno o al menos alguno de ellos, se considera tener planes de acción en caso de primeros auxilios psicológicos o nuevas alternativas, tal como se plantea en la Terapia Basada en la Conciencia Plena. (Segal, Williams y Teasdale, 2006).

Finalmente, lo más importante es que a partir de este análisis surgen nuevas preguntas de investigación ¿Si existen otras variables que estén involucradas en los altos niveles de ansiedad estado? ¿Con qué frecuencia los cuidadores primarios de niños con TDA/H u otros diagnósticos sufren de ansiedad? y ¿Qué otras variables se pueden relacionar con la ansiedad estado? Lo cual permitirá futuras investigaciones en diversas áreas de la Psicología Clínica y de la Salud.

Capítulo 4

Conclusiones

Luego de culminar nuestro estudio podemos establecer las siguientes conclusiones, en base al análisis de resultados previamente realizado:

1. Tal como se plantea en las revisiones bibliográficas los estados de ansiedad en niveles elevados son reacciones dentro de un encadenamiento de interacciones entre las demandas (externas o internas) y la persona (interpretaciones que las experimenta como amenazantes) que se visualizan como desagradables durante un periodo de tiempo determinado, es decir son situaciones transitorias que generan sintomatología cognitiva como fisiológica.

2. La ansiedad a pesar de ser transitoria tiene factores que conllevan ciertos límites, lo cual indica que, si estos eventos se vuelven constantes, podría conducir a un cuadro patológico.

3. La ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo pueden generar afectaciones a nivel cognitivo y fisiológico, sin embargo, esta última a pesar de ser más limitante; ambas deben ser tratados porque la cronicidad de un estado de ansiedad puede conducir a padecimientos orgánicos o psíquicos que afectan el bienestar y calidad de vida del ser humano.

4. La mayoría de las cuidadoras primarias con edades entre 40 a 50 años presentaron mayor incidencia de la sintomatología de ansiedad-estado, que las de edades más jóvenes; estas últimas no indicaron situaciones de duelos, pérdida de empleo, problemas socioeconómicos y divorcio en comparación con las de edades avanzadas.

5. Son muchos los factores que afectan el bienestar de los cuidadores primarios y que lo han llevado a presentar estos síntomas de ansiedad-estado, entre ellos se mencionan: problemas digestivos, taquicardia,

opresión en el pecho, dificultad para conciliar el sueño, sudoración excesiva, miedos, etc. Además, de situaciones de duelos no resueltos, divorcios, pérdida de empleo, entre otros acontecimientos.

6. Se pudo observar que las distorsiones cognitivas como: catastrofización, generalización excesiva, pensamiento dicotómico, personalización, perfeccionismo, minimización, magnificación, filtro mental, lecturas de mente, deberías y etiquetación, influyen en la sintomatología de los niveles altos de ansiedad-estado.

7. Se logró evidenciar una media estadísticamente significativa indicando que la Intervención Psicoterapéutica Grupal disminuye los niveles de ansiedad-estado. Esta diferencia obtenida nos permite predecir que dicha terapia es una alternativa viable, funcional y efectiva para ser utilizada en pacientes con ansiedad, ya que este tratamiento también permitió que las cuidadoras primarias pudieran reducir sus niveles altos de ansiedad-rasgo.

8. Finalmente, los participantes referían que es necesario realizar este tipo de programas ya sea en los consultorios o clínicas, como hospitales, centros de salud, escuelas, centros comunitarios, fundaciones, instituciones, etc., donde exista una gran población de pacientes y escasez de profesionales o no se cuente con suficiente tiempo para realizar atención individualizada, de esta manera se puede establecer un programa preventivo de sintomatología o problemáticas psicológicas a beneficio de contribuir a la salud pública, ya que aunque existen reglamentaciones en las leyes y en la práctica clínica, estas no se llevan a cabo o se toman en cuenta.

Capítulo 5
Recomendaciones

1. Replicar el estudio con las pruebas utilizadas en la investigación y con otras pruebas psicológicas, en diferentes entidades y contextos, permitiendo una visión más amplia, debido a que últimamente gran parte de la población son propensos a sintomatología de ansiedad.

2. Ejecutar el estudio de la intervención, pero en una modalidad de psicoterapia individual, con el objetivo de brindar una atención personalizada en la que el paciente tiene la oportunidad de expresar su malestar sin la presencia de otros.

3. Realizar programas y estrategias que fomenten la convivencia sana y ambientes positivos en el hogar, incluso la aplicación de esta intervención basándonos en los hallazgos de esta investigación, ya que permitiría una herramienta para los profesionales de la salud mental.

4. Fomentar en las instituciones, clínicas universitarias, centros de salud, hospitales y programas comunitarios la importancia de la salud mental en la familia sobre todo cuando hay condicionantes psicológicos de por medio para evitar que se generen consecuencias a edades futuras.

5. Se recomienda continuar un proceso de atención psicológica a las dos participantes que después de la intervención continuaron con sintomatología de alta de ansiedad-estado, de tal manera que pueda contribuir a su bienestar y calidad de vida; además, de brindarle de acompañamiento en el proceso que conlleva el diagnóstico de sus hijos.

6. Como nos señala Delgado (2018), es necesario que se realicen constantes procesos de orientación psicoeducativa en la familia; es

decir, más de una vez al año, mediante guías de implementación de programas y talleres.

7. Es importante resaltar el poder de la vinculación para elaborar conflictos y transformar esquemas inadaptados de relación con uno mismo y con los demás, de tal manera que no se conviertan en creencias irracionales a futuro.

8. Es recomendable realizar investigaciones sobre la relación que existe entre la ansiedad, dinámica familiar y personalidad de los individuos con el TDA/H.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, F. (2018). Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa. Masters thesis, Universidad de Panamá: Tesis de Maestría en Psicología Clínica.

American, P. A. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Nueva York: Editorial médica panamericana.

Bados, A. (2009). *Ansiedad social.* Barcelona: Universidad de Barcelona.

Baeza, J. y. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad.* España: Díaz Santos.

Baños, B. P. (2003). *¿Qué es la fobia social? Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. (pp.15-35).* España: Paidós.

Baptista, P. F. (2010). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill.

Bendayán, V. (2012). *Aspectos de la fobia social.* Disponible en: http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/Vanessa/Fobia_social.html.

Bolaños, M. (2014). *Niveles de ansiedad en los estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad de Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar práctica de intervención psicológica.* Asunción, Guatemala.

Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (comps.) (2003), Fobia Social, Paidós, Barcelona.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano).* Barcelona: Paidós.

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.* Madrid: Siglo XXI de España.

Caballo, V. (2011). *Ansiedad y abuso psicológico.* Madrid.

Carson, R. y. (1992). *Abnormal Psychology and Modern Life.* Estados Unidos: Harper Collins.

Castro, I. (2016). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo.* Universidad César Vallejo. Perú.

Cattel, R. (1973). *Personality and mood by questionnaire.* San Francisco.

Coca Vila, A. (2013). *La ansiedad infantil en el análisis transaccional.* Tesis doctoral publicada.

Coleman, L. (1975). *Liberación del miedo: método psicológico.* México: Compañía Editorial Continental, S.A.

Corro, N. (2016). *Estudio descriptivo sobre los niveles de ansiedad en una muestra de niños de sexto grado y como se relaciona con la estructura familiar y el rendimiento académico.* Panamá: Universidad de Panamá: Tesis no publicada.

Covadonga, R. (1999). *La familia y su implicación en el desarrollo infantil.* Revista Complutense de Educación., 1(10), 1:289-304.

Delgado, J. (2019). *Comunicación individual.* Panamá.

De los Reyes, G. (2009). Terapia de grupo para el manejo de la ansiedad en mujeres adolescentes que residen en el Hogar de Fátima en el Chorrillo: Tesis de Maestría en Psicología Clínica.

Díaz-Guerrero, C. D. (2002). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).* México: Editorial: El Manual Moderno. Duskin, P. W. (1987, citado por Ores y Vogel, 2005). *Psicología del desarrollo.* Mc Graw Hill.

Elizondo, R. A. (2005). Estudio sobre la ansiedad. *Revista Psicología Científica*.

Fernández, A. (2006). *Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil.* Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 11-15.

Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis.* London: Hogarth.

Galimberti, U (2002). Diccionario de Psicología. Editores Argentina S.A. Buenos Aires, Argentina.

González, G. (2019). Nivel de estrés que experimentan un grupo de madres y padres de familia con hijos que tienen Necesidades Educativas Especiales –N.E.E., realizado en la ciudad de Panamá. Universidad de Panamá: Tesis de licenciatura.

Grau, M. (2007). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. Servei de Publicacions. Obtenido de la Universidad de Valencia: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf

Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R. y sus colaboradores. (1998). “Cognitive behavioral group therapy vs phenel-zine therapy for fobia social.” Archive of general psychiatry, 55, Chicago, 113-114.

Jarne, T. A. (2006). *Psicopatología.* Barcelona, España: UOC.

Katzman M, B. P. (2014). *Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica.* Toronto Canadá.

Lang, P. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. Research in psychotherapy, 3, 90-102.*

Lazarus, R. &. (1984). *Stress, coping and adaptation.* New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Martínez, S. y. (2002). *Inventario de ansiedad rasgo-estado: manual e instructivo.* México: Manual Moderno.

Mas, M. (2014.) Estudio acerca del efecto de la terapia racional emotiva conductual sobre la ansiedad rasgo-estado en estudiantes de segundo año de la Facultad de Psicología del Campus Harmodio Arias Madrid de la Universidad de Panamá: Tesis de licenciatura.

Melgar, A. (2011). *Aplicación del programa de intervención psicoterapéutico para la reducción de los niveles de ansiedad en grupo de madres-tías de las aldeas infantiles S.O.S de Panamá.* Universidad de Panamá: Panamá: Tesis de licenciatura no publicada.

Olivares, J. (2009). *Evaluación y tratamiento de la ansiedad.* Anuario de Psicología 1-3.

OMS. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Meditor.

Orlandi, A. (1999). *El estrés, qué es y cómo evitarlo.* México, FC.

Papalia DE, W. S. (2009). *Psicología del desarrollo, 8ª edición.* McGraw-Hill (Ed).

Puchol, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia del siglo XXI.* España: Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/.

Samaniego, D. (2018). Terapia de grupo orientada Cognitivo-Conductualmente, sobre la ansiedad estado de docentes de la Región de Panamá Oeste. Universidad de Panamá: Tesis de Maestría en Psicología Clínica.

Sandoya, R. (2022). Comunicación individual y grupal. Panamá.

Segal, Z., Williams, J.M. y Teasdale, J. (2006-2012). Terapia basada en la conciencia plena. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Seligman, M.E.P., Schulam y Tyron (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behaviour Research and Therapy, 45, Oxford, 111-126.

Selye, H. (1935). *The stress of life.* New York: Mc Graw Hill (primera edición).

Smith, J. R. (2019). *Comunicación personal.* Panamá.

Spielberger, C. (1972). *Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety Behavior (pp. 23-49).* New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Valderrama, G. (2011). *Estadísticas aplicadas en Psicología. Ciencias sociales y educación.* Panamá.

Valderrama, G. (2019). *Comunicación individual.* Panamá.

Vargas, K. (2018). Estudio descriptivo sobre el nivel de ansiedad presentan las madres al observar los problemas sus hijos con capacidades diferentes, desarrollada en la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala.

Zambrano, T. (2018). Relación entre los niveles de ansiedad de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por subtipo clínico y los de sus padres, elaborado en la Ciudad de México D.F.

Apéndice

FUNDACIÓN
VALÓRATE

Panamá, 21 de abril de 2023

Doctora
Melba Stanziola
Directora de Investigación y postgrado
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Ciudad, -

FVN 2023-0131

Respetada Doctora Stanziola:

Fundación Valórate, es una organización sin fines de lucro cuya misión es: Empoderar a los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H), y concientizar a su entorno para que puedan lograr su desarrollo integral, el éxito escolar y la valorización personal.

Por medio de esta nota, certificamos que hemos aprobado que la licenciada Marialejandra Delgado, con número de identidad personal **8-918-245,** realice su proyecto final de graduación titulado: ***"Intervención Psicoterapéutica Grupal Basada En El Enfoque Cognitivo-Conductual Para Disminuir Los Niveles Altos De Ansiedad Estado En Los Cuidadores Primarios De Niños Con TDAH De La Fundación Valórate, Panamá Centro, 2023",*** en esta organización.

Agradeciendo su gentil atención.

FUNDACIÓN VALÓRATE

Yniva E. Sánchez H.
Directora Ejecutiva

FUNDACIÓN
VALÓRATE

Clayton, Ciudad del Saber, Calle Johnston, Casa 856 A y B*, a un costado del Hotel Holiday Inn
Tel.: 317-1599 / Celular: 6550-1862
E-mail: info@fundacionvalorate.org

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)

Panamá, 18 de agosto de 2023
Nota Nº CBUP/182/2023

Profesor
Dimas Villarreal
Estudiante
María Alejandra Delgado
Maestría en Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Universidad de Panamá

Respetados Profesor y Estudiante,

Los miembros del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, aprobaron la versión 2 de su protocolo, así como del consentimiento informado y la versión 1 del formulario de recolección de datos, correspondientes a la investigación **Intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual para disminuir los niveles altos de ansiedad estado en los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, Panamá Centro, 2023**.

Aprovechamos la oportunidad para informarle que, una vez aprobado el estudio, éste no podrá ser modificado durante su ejecución, ya que ello representaría el incumplimiento de los principios de la bioética. En el caso de requerir modificaciones, deberá solicitarse la aprobación de una enmienda o adenda de su protocolo.

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

Atentamente

Dra. **Dinora Bernal**
Presidente
CBUP

cc Dr. Carlos Ramos
Director de Postgrado

Profesora Melva Stanziola
Dirección / Coordinación de Investigación y Postgrado
Facultad de Psiología

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Efecto de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo Conductual en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023".

Usted ha sido invitado a participar de una investigación para conocer ***¿Qué efecto tiene intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque Cognitivo Conductual en los cuidadores primarios de niños con TDAH con sintomatología de ansiedad-estado de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, 2023?***

El propósito de esta investigación es evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo conductual en los cuidadores primarios de niños con TDAH que presenten sintomatología de ansiedad-estado de la Fundación Valórate de Panamá, describiendo, aplicando y validando los datos obtenidos.

Metodología

Si usted decide participar, se requerirá realizarle una entrevista clínica y que responda a una prueba psicológica esto tomará un tiempo máximo de 2 horas, tomando en cuenta el ambiente de seguridad y responsabilidad de los datos obtenidos.

Posteriormente le solicitaremos que participe de una Terapia de Grupo la cual consiste en ocho (8) sesiones con una duración de dos (2) horas cada una en donde se aplicaran diferentes medios psicológicos para disminuir el nivel de sintomatología de ansiedad estado experimentado. Luego se realizarán dos (2) sesiones finales una de cierre con una duración de (1) hora y 15 días después una de seguimiento con una duración de (2) horas.

Este grupo terapéutico lo integraran otros cuidadores primarios de niños con TDAH que al igual que usted aceptaron participar del estudio. Este se llevará a cabo en un salón privado, permitiendo la flexibilidad y confidencialidad del grupo.

Beneficios y riesgos

El principal beneficio de esta investigación es obtener una medida de atención a los síntomas de ansiedad en cuidadores primarios, ya que eventualmente el malestar generado por la demanda que conlleva tratar a niños con TDAH es exigente.

Cabe destacar que esta investigación ha sido aprobada por el Comité Académico de la Facultad de Psicología y el Comité de Bioética e Investigación de la Universidad de Panamá.

Como riesgo de la investigación, se incluye la posibilidad de fatiga y cansancio durante la realización de la prueba.

Si luego de culminar el proceso de investigación, se observa que alguno de los participantes requiere de un proceso de terapia psicológica de manera individual para afrontar las situaciones de su vida cotidiana, se le brindará orientación de acudir a atención con referencia a la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá al igual que a Centro de Salud, Hospital, Policlínica o Clínica Privada de su preferencia.

Confidencialidad

La identidad del participante será totalmente protegida y los datos obtenidos serán manejados de manera objetiva, con responsabilidad y profesionalismo, basándose en el Código de Ética del Psicólogo. No obstante, al ser una investigación, la información adquirida se divulgará ante un panel de jurados para la defensa de la tesis guardando el anonimato de cada uno de sus datos, de tal manera que se garantice la confidencialidad e integridad.

Responsabilidad Social

No se brindará ningún tipo de remuneración, pago o compensación, ya que se busca que los participantes colaboren de manera voluntaria en dicha investigación.

Nombre del participante	Firma
Nombre y No. de cédula del investigador.	Firma

Derechos

Si usted ha leído los términos de este consentimiento y autoriza, se le informa que la participación es voluntaria; por lo tanto, tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Usted recibirá una copia de este documento para que pueda disponer del mismo en cualquier circunstancia. Si tiene alguna duda sobre la participación, reclamo o necesita información adicional, puede comunicarse con conmigo con la siguiente información:

Marialejandra Delgado
Correo: marialejandra829@gmail.com
Celular: 6550-7543

Si firma este documento, nos indicará que ha dado el consentimiento para participar de este estudio, luego de haber leído y analizado la información proporcionada en el mismo.

Con base a lo antes descrito ¿Usted se compromete a asistir puntualmente a ser honesto(a) y a participar activamente durante las sesiones?

Sí____ **No__**

ENTREVISTA CLÍNICA

DATOS GENERALES

No. de participante:	
Sexo:	
Edad cronológica:	
Estado civil:	
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Dirección:	
Nivel de escolaridad:	
Ocupación:	
Nacionalidad:	
Religión:	
Parentesco:	

ANTECEDENTES

Historia de enfermedad actual:	
Antecedente patológico personal:	Médico:
	Psiquiátrico:
Antecedente patológico familiar:	Médico:
	Psiquiátrico:

EMBARAZO

Planificado o deseado	No deseado o no planificado

Complicaciones durante o después del embarazo:

_____

_____

MAPA FAMILIAR

Tipo de familia:

Nuclear	Extendida	Reconstruida
Otro:		

Situación actual de los padres:

Casados	Unidos	Separados	Divorciados	Nunca vivieron juntos
Otro:				

Número de hijos:

Hermanos:

Sexo	Edad	Ocupación

Ambiente familiar:

Favorable	Regular	Desfavorable
Explique:		

Diagnóstico actual de su familiar:

_____

_____

Síntomas manifestados:

_____

_____

Pronóstico:

Favorable	Desfavorable
Explique:	

Tiempo que lleva asistiendo a la Fundación Valórate Panamá:

Menos de 1 año	
1 año	
2 años	
Más de años	

Asiste usted a terapia psicológica actualmente:

Sí	No
Explique:	

Diseño del Google Forms sobre la Prueba Piloto (IDARE)

PRUEBA PILOTO: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO (IDARE) pretest

Autores: Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz-Guerrero

1. Edad

2. Sexo

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Hombre

IDARE (SXE)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cuidadosamente cada una de las frases y seleccione su respuesta indicando "ahora mismo o en este momento". No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

3. Me siento calmado (a)

Marca solo un óvalo.

- no en lo absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

Prueba Original del IDARE

IDARE

SXF

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NADA (O ABSOLUTO)	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Nota: Este *Inventario* está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE** SI ES DE UN SOLO COLOR. 0311

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este *Inventario* está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE** SI ES DE UN SOLO COLOR.

GUÍA DE SESIONES

TERAPIA DE GRUPO PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ESTADO

Autora: Samaniego, Damaris (2018).

Nota: Este programa ha sido adaptado para fines de esta investigación.

Sesión #1

Duración 120 minutos

Objetivos:

- Establecer la alianza terapéutica con los integrantes y fomentar la cohesión grupal.
- Conocer los conceptos de Ansiedad Estado, estímulos ansiógenos, valoración cognitiva, factores predisponentes, recursos protectores y estrategias de afrontamiento.
- Internalizar la dinámica que produce un estado de ansiedad.

Objetivo terminal: Al finalizar la sesión el cuidador primario será capaz de definir los conceptos de Ansiedad Estado, estímulos ansiógenos, valoración cognitiva, factores predisponentes, recursos protectores, estrategias de afrontamiento e internalizar la dinámica que produce ansiedad.

Contenido:

1. La telaraña
2. ¿Qué es la ansiedad estado?
    a) ¿Cómo se origina?
    b) Diferencias individuales, valoración cognitiva, factores predisponentes y

recursos protectores.

    c) Estrategias de afrontamiento.
3. Aterrizando a la realidad
    a) Una puesta en escena.
    b) Psicodrama de juego de roles.

c) Materiales: Computadora, proyector, tablero, lana, hojas blancas, lápices de escribir, una bolsa pequeña y títeres.

Procedimiento:

Inicio (5 min): Bienvenida

Medio (113 min):

1. (30) Cada integrante se presentará expresando su nombre, edad, el lugar donde trabaja, su gusto más preciado, lo que más le resulta difícil y cualquier otra información relevante que desee compartir. Al finalizar uno por uno se identificará con otro miembro del grupo mediante el paso de una lana cuando todos lo hayan hecho se observará que se formó una telaraña y se reflexionara sobre su significado, por ejemplo: la importancia del rol de cada uno dentro del grupo terapéutico.
2. (8) Se realizará en conjunto las normas de convivencia y el contrato psicológico entre los integrantes.
3. (40) Por medio de una exposición dialogada, utilizando recursos multimedia se definirán los conceptos claves para entender la ansiedad-estado.
4. (20) En los primeros 10 minutos formaran dos (los grupos para elaborar de forma lúdica (por medio de títeres, sociodrama, poesía, etc.) una explicación sobre la ansiedad-estado que incluya lo aprendido con anterioridad. Luego cada grupo tendrá 5 minutos para presentar su elaboración.
5. (15) En los primeros 10 minutos de forma aleatoria se les asignara un rol relacionado con la dinámica (la ansiedad-estado que deberán representar durante el psicodrama deberán estar conscientes de las emociones que evocan sus pensamientos y sus conductas. En los siguientes 5 minutos se compartirá la vivencia.

Cierre (2 mm) Resumen de lo desarrollado en la sesión y dinámica final.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: A cada participante se le entregará una Hoja de Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas.

Sesión #2

Duración 120 minutos

Objetivos:

- Identificar los estímulos ansiógenos, señales de ansiedad y estrategias de afrontamiento de cada integrante.
- Aprender técnicas de relajación Parte 1.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión el cuidador primario será capaz de identificar los estímulos que le producen ansiedad, las señales (le ansiedad que experimentan y las estrategias que movilizan para hacerles frente. También, serán capaces de emplear técnicas de relajación.

Contenido:

1. Conectándonos, estímulos, señales y reacciones.
2. Técnicas de relajación Parte 1
    a) La Respiración Diafragmática
        - Eficacia
        - Estilos
            - Respiración diafragmática tradicional
            - Respiración diafragmática con ayuda de figura geométrica
            - Respiración alternada

Materiales: Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas, lápices de colores, bocina, audio instrumental y documento escrito.

Procedimiento:

Inicio (10 min): Dinámica Adivina mi nombre" Retroalimentación de la sesión anterior.

Medio (100 min):

1. (45) Inicialmente, se realizará la discusión de las tareas en casa. Posteriormente, a través, de la técnica actuar corno si, 3 integrantes representaran una situación de ansiedad reflejando 3 emociones primarias diferentes (temor, enojo, tristeza). El resto de los integrantes prestaran atención a lo que observan y a lo que les genera la representación tomando conciencia de sus formas de reaccionar. Se reflexiona sobre la experiencia

Posteriormente en círculo a través (de una plenaria compartirán los eventos que han interpretado como ansiógenos y la forma en que han intentado afrontarlos por medio de la retroalimentación empática grupal, exploraran las estrategias que han sido efectivas explorando sus recursos protectores. Prestaran especial atención a las señales cognitivas emocionales y conductuales de la activación ansiosa.

2. a) (55) En los primeros 25 minutos se les solicitara a los integrantes respirar de forma rápida y con la caja torácica (simulando una hiperventilación) llevándolos a que tomen conciencia de sus sensaciones. Luego se les modelara la forma diafragmática de respirar para que lo ensayen y nuevamente tomen conciencia de sus sensaciones. Posteriormente se les instara a contrastar ambas formas de respirar permitiéndoles darse cuenta (de la importancia que tiene la respiración diafragmática por su eficacia para generar un estado de relajación y su contraposición a la ansiedad (base del contra condicionamiento). Se continuará ensayando la técnica.
   b) Durante los próximos 15 minutos se reforzará el ritmo para realizar la respiración diafragmática de manera que se garantice el estado de relajación el ritmo apropiado se logrará con la ayuda (le una estrella de 5 puntas).
   c) Durante 15 minutos se modelará la técnica de respiración alternada y los integrantes la ensayaran hasta dominarla. Se reflexionará sobre la experiencia.

d) Cierre (10 min) Dinámica de cierre colorear Mandalas. Asignación de tarea ensayar las técnicas aprendidas en situaciones sencillas.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. Además, deberá identificar los síntomas que va manifestando. Finalmente, al menos una vez al día deberá realizar la práctica de ejercicios de respiración diafragmática y alternada durante 10 minutos.

Sesión #3
Duración 120 minutos
Objetivos:

- Aprender técnicas de relajación Parte II.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión cada participante será capaz de emplear técnicas de relajación.
Materiales: Bocina, música instrumental y documento escrito.
Procedimiento
Inicio (10 min): Retroalimentación de la sesión anterior y discusión de la asignación.
Medio (95 min):

1. (20) Se comenzará con la discusión de las tareas en casa. Luego se aplicará a los integrantes la técnica de Mi lugar seguro es importante enfatizarles la elaboración de la imagen lo más vivida posible (se les sugiere que sea un evento real ya ocurrido donde hayan experimentado calma y tranquilidad). Al finalizar se compartirá la vivencia.
2. (75) Se aplicará la relajación progresiva de Jacobson. Finalizado el ensayo se reflexionará sobre sus sensaciones los músculos que fueron más difíciles de relajar y su asociación con el lugar donde se refleja su ansiedad para

poder enfocarse en ellos.

Cierre (15 min): Dinámica Zamba. Asignación de tarea continuar ensayando las técnicas aprendidas en situaciones que generan ansiedad leve a moderada.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. Además, deberá continuar con la práctica de la relajación muscular progresiva de Jacobson durante al menos 15 minutos, de igual manera se le entregará una hoja a partir de esta sesión, en donde registrará los horarios del día en que realice los ejercicios asignados.

Sesión #4

Duración 120 minutos

Objetivos: Aprender técnicas de Restructuración Cognitiva Parte 1

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar sus situaciones ansiógenas, los pensamientos ansiógenos y sus reacciones logrando jerarquizar las situaciones determinar la intensidad de la reacción y elaborar pensamientos preferenciales alternos a los pensamientos ansiógenos.

Contenidos:

1. La Jerarquía de la Ansiedad
2. ABC de Ellis

Materiales: Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas 8 ½" x 11" y lápices de escribir.

Procedimiento:

Inicio (10 min): Dinámica de Animación y discusión de la asignación.

Medio (105 min):

1. (15) Inicialmente, se discutirá sobre las tareas en casa. Después se le

explicará la relevancia del pensamiento como precursor de las reacciones emocionales y conductuales debilitando la creencia que son las situaciones las que las generan directamente. Se enfatizan sobre pensamientos de catastrofización, dicotomía, inferencia arbitraria, maximización, minimización y generalización. Se utilizar apoyo multimedia para fomentar la nueva perspectiva a través de la reflexión.

2. (40) Se les explicará a los integrantes la técnica de la jerarquía de la ansiedad para que cada una elabore la suya de mayor a menor intensidad (en una escala del 1 al 10 siendo 10 lo máximo). Posteriormente completaran el esquema con los pensamientos y las reacciones para cada una de las situaciones identificadas. Se supervisará a cada integrante para facilitar el proceso garantizando que cada parte del esquema sea significativo.
3. (50) Se les modelara como elaborar un pensamiento preferencial que contrarreste el pensamiento ansiógeno. Por aproximaciones sucesivas irán elaborando un pensamiento preferencial adaptativo a cada pensamiento ansiógeno con ayuda de un compañero (bina) y con la supervisión de la terapeuta. Posteriormente se reflexionará sobre el cambio en las reacciones emocionales (disminución o eliminación) y conductuales. Se exhortará al uso de auto instrucciones.

Cierre (5 min) Síntesis de lo trabajado durante la sesión. Asignación de tarea continuar con los ensayos de las técnicas aprendidas en situaciones de ansiedad moderada y alta.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. Además, deberá elaborar un pensamiento preferencial que contrarreste el pensamiento ansiógeno de acuerdo con los acontecimientos que vaya describiendo en la Hoja de Autorregistro. Finalmente, continuar con los ejercicios de respiración diafragmática en un periodo de al menos 5 minutos diarios y registrarlos en la hoja semanal.

Sesión #5

Duración 120 minutos

Objetivos: Aprender técnicas de Reestructuración Cognitiva Parte II.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión el participante afianzará la capacidad de elaboración de pensamientos preferenciales/adaptativos para contrarrestar los pensamientos negativos. Además, será capaz de determinar los recursos protectores que posee para hacerle frente a los estímulos ansiógenos.

Contenidos:

1. Imagen Racional Emotiva (IRL).
2. Estímulos ansiógenos vs factores protectores.

Materiales: Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas 8 ½ x 11", lápices de escribir, bocina y música instrumental.

Procedimiento:

Inicio (5 min) Retroalimentación de la sesión anterior y discusión de la asignación.

Medio (105 min):

1. (65) Se comenzará con la discusión de las tareas en casa. Posteriormente, trabajarán en grupo de 2 para compartir una situación que les genere ansiedad en un grado 7 a 8 y cotejaran si la situación es semejante a la de su compañero. Se ayudarán a elaborar un pensamiento preferencial contra el pensamiento ansiógeno asociado a la situación. Luego se explicará la técnica y se cuidara el estado emocional de cada integrante se les enfatizará que si alguien se siente incómodo alce la mano para prestarle el acompañamiento correspondiente. Se procederá a la aplicación de la técnica situación vivida, emoción experimentada y su intensidad, situación vivida, inclusión de pensamiento preferencial (en su mente susurro voz alta) y la intensidad de la emocionantes mencionada, una vez finalizada se compartirá la experiencia.
2. (40) a En los primeros 20 minutos cada integrante elaborara una lista de estímulos ansiógenos y los asociara a los recursos protectores que posee así de forma gráfica-concreta podrán darse cuenta de los recursos que poseen para hacerle frente a las demandas ambientales.

b En los siguientes 20 minutos a través de una plenaria compartirán sus elaboraciones y se retroalimentaran entre si identificando los pensamientos ansiógenos que subyacen a su reacción y surgiendo otros recursos que han observado en sus compañeros.
Cierre (10 min): Resumen de lo desarrollado en la sesión y los avances percibidos.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. También deberá realizar la Asignación de Reto practicar las auto instrucciones de sus pensamientos preferenciales en el transcurso del día desde esta sesión se iniciará el trabajo para la separación. Finalmente, se requiere continuar con la práctica de la relajación muscular progresiva de Jacobson durante al menos 15 minutos y se requiere registrar los horarios del día en que realice los ejercicios asignados.

Sesión #6
Duración 120 minutos
Objetivos:

- Fomentar la Asertividad y la habilidad de organización.
- Entender la ansiedad infantil y aprender técnicas para su manejo.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión el cuidador primario será capaz de definir y dominar el constructo asertividad, de priorizar sus actividades diarias para conservar equilibrio y ser productivo y de explicar cómo se manifiesta la ansiedad en sus niños esbozando formas de manejarla.
Contenidos:

1. La Asertividad
    - Definición
    - Aplicación y contraposición con los estilos agresivo y pasivo.

2. ¡Organizándonos!
3. Ansiedad en Niños

- Manifestaciones comunes
- Motivaciones
- Técnicas para su manejo

Materiales: Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas 8 ½" x 11, lápices de escribir y documento escrito.

Procedimiento:

Inicio (8 min): Dinámica “Conectándonos” Compartir del reto

Medio (110 min):

1. (60) Inicialmente, se discutirá sobre las actividades realizadas en casa. Luego sentados en circulo se reflexionará sobre la asertividad, que es los beneficios de usarla para la salud física y mental porque es tan difícil muchas veces ponerla en práctica emergiendo pensamientos emociones y temores que determinan el predominio de uno u otro estilo cognitivo para luego contrastarlos. Se reflexionará y compartirá sobre cada derecho asertivo especialmente el poder decir que no.

Posteriormente formarán 3 grupos de 4 para presentar a través de un juego de roles una temática de ansiedad compartida en sesiones pasadas pero esta vez manejada desde la asertividad serán consciente de los cambios en las emociones pensamientos y resultados.

2. (50) Mediante una exposición dialogada se conversará sobre la ansiedad en los niños, sus principales causas y los signos, sugiriendo al participante a que se oriente en casa y pueda ir asociando lo observado con lo que se explica tomando consciencia de cómo sus propias acciones influyen en los estados de los niños y viceversa. Se ensayarán maneras de poder transmitirle a los niños el significado de ansiedad para poder entenderla y manejarla.

Entre todos y con base a lo trabajado en sesiones anteriores elaborarán estrategias para manejar la ansiedad en sus hogares y las compartirán a través de la acción

Cierre (2 min): Asignación de Reto darse un tiempo durante el día para sí mismos.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. También deberá continuar con la Asignación de Reto practicar las auto instrucciones de sus pensamientos preferenciales en el transcurso del día para darle seguimiento a el trabajo para la separación.

Sesión #7
Duración 120 minutos
Objetivo:

- Realizar prevención de recaída.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión el participante entenderá sin temor que las recaídas son parte del proceso y aprenderá formas para hacerle frente.
Contenido: Prevención de recaídas.
Materiales: Computadora, proyector, bocina, película Dos días una noche.
Procedimiento:
Inicio (8 min) Discusión de las tareas en casa y de la actividad del reto asignado.
Medio (110 min): Se proyectará la película Dos días una noche cuyo contenido hace referencia a lo trabajado durante las sesiones y permite un análisis empático de la situación y la extrapolación a sus vidas diarias. En la reflexión de la película se abordará el tema de las recaídas y como enfrentarlas. Se concluirá el trabajo del tema de la separación.
Cierre (2 min): Resumen de la sesión.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que

le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. Además, deberán reconocer los indicadores de alarma que estén relacionados a los síntomas de ansiedad-estado. Finalmente, continuar con los ejercicios de respiración diafragmática en un periodo de al menos 5 minutos diarios y registrarlos en la hoja semanal.

Sesión #8

Duración 120 minutos

Objetivos:

- Sintetizar el contenido del proceso terapéutico y afianzar los logros alcanzados durante las sesiones.
- Valorar cualitativamente el proceso terapéutico.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión el participante clarificara los constructos y técnicas aprendidas utilizándolas por iniciativa propia.

Contenidos:

1. Síntesis sobre la ansiedad-estado y las técnicas para su manejo.
2. Dinámica de evaluación cualitativa.

Materiales: Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas 8 ½ x 11", lápices de escribir.

Procedimiento:

Inicio (15 min): Dinámica lúdica

Medio (100 min):

1. (60) Discusión de las tareas en casa. Posteriormente, se establece la síntesis sobre la ansiedad-estado y las técnicas para su manejo enfatizando al pensamiento como factor clave dentro de la dinámica. También de resaltará la importancia del vínculo para la corregulación emocional.

2. (40) Se procederá a la evaluación cualitativa a través de la dinámica. Antes, durante y después en la misma cada integrante deberá pasar por tres momentos (3 sillas) compartiendo sus pensamientos, emociones, reacciones, expectativas, etc.

Antes de llegar al grupo terapéutico (hasta cuando solicitaron participar del estudio) durante el proceso terapéutico y después (sus expectativas, anhelos, compromisos, al finalizar terapia).
Cierre (5 min): Discusión de Expectativas.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá continuar realizando su Autorregistro que le permita describir los acontecimientos generados durante la semana, los pensamientos manifestados y las sensaciones físicas presentadas. También, deberá continuar con los ejercicios de respiración diafragmática en un periodo de al menos 5 minutos diarios y registrarlos en la hoja semanal. Finalmente, se les informará a los participantes que quedan dos sesiones más para finalizar el programa de intervención, razón que contribuirá a disolver cualquier interrogante que se les presente.

Sesión #9
Duración 120 minutos
Objetivos:

- Reflexionar sobre el aprendizaje obtenido durante estas 9 sesiones, manteniendo la relación positiva en el grupo.

Objetivo Terminal: Se hará consciente de los cambios internos acaecidos a raíz de la intención contrastando el antes el durante y lo que será de ahora en adelante.
Contenidos:

1. Los tres cambios más significativos a lo largo de las sesiones.
2. Aprendizaje obtenido.
3. Dinámica de cierre.

Procedimiento:

Inicio (15 min): Dinámica lúdica

Medio (100 min):

1. (60) Discusión sobre las tareas en casa y sobre los 3 cambios más significativos que hayan representado un cambio en su estructura y relación familiar.
2. (40) Se procederá a la evaluación cualitativa a través de la dinámica anterior, cada participante mencionará una síntesis de su aprendizaje obtenido.

Cierre (5 min): Dinámica de cierre mantenido la relación positiva, evaluando la separación.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Cada participante deberá realizar un registro de los logros que creen que han alcanzado a lo largo del proceso terapéutico. Además, deberán continuar con los ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson en un periodo de al menos 15 minutos diarios y registrarlos en la hoja semanal.

Sesión #10

Duración 120 minutos

Objetivos:

- Revisar la calidad de los logros terapéuticos y los logros pertinentes.

Objetivo Terminal: Se evaluará con la narrativa de los participantes los pensamientos, sentimientos y emociones luego de estos 15 días, manteniendo la relación positiva y permitiendo al paciente exponer una problemática en la que necesite atención.

Contenidos:

1. Logros y cambios terapéuticos.

Procedimiento:

Inicio (15 min): Dinámica lúdica

Medio (100 min):

1. (60) Discusión de los logros y cambios terapéuticos durante estos 15 días.

2. (40) Se reforzará la relación positiva con el paciente permitiendo exponer alguna problemática actual.

Cierre (5 min): Dinámica de cierre mantenido la relación positiva.

Observaciones: (Preguntas sobre el tema).

Tareas en casa: Se establece el cierre del proceso terapéutico, se motivará a los participantes para continuar con las estrategias aprendidas y la transformación de nuevos esquemas mentales.

Panamá, 26 de octubre de 2023.

Señores.

Vicerrectoría De Investigación Y Postgrado
Programa De Maestría En Psicología Clínica
Facultad De Psicología

Yo, César Barrios con cédula de identidad personal 8-460-906, asesor de redacción, ortografía y estilo del trabajo de grado, realizado por la estudiante **MARIALEJANDRA DELGADO** para optar al título de Magíster en Psicología Clínica que se ha titulado:

"EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL BASADA EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD-ESTADO DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON TDAH DE LA FUNDACIÓN VALÓRATE, PROVINCIA DE PANAMÁ, 2023."

Hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente;

César Barrios

Profesor(a) de Español
Cédula: 8-460-906
Registro del Diploma No. 130,503

Adjunto: Copia del Diploma y cédula