

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

**PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL MIXTA PARA LA
DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN MADRES DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

POR:

GRETEL MIXILA GÓMEZ

**Tesis de grado presentada a la Facultad de
Psicología, como uno de los requisitos para
obtener el título de Magister en Psicología
Clínica.**

NOVIEMBRE, 2017

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

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A TESIS DE POSTGRADO**

Programa de Maestría en:	Psicología Clínica
Facultad de:	Psicología
Número de Código:	CE-PT-327-14-06-17-144
Nombre del estudiante:	Gretel M. Gómez
Cédula:	8-736-857
Título al que aspira:	Magíster en Psicología Clínica
Tema de Tesis:	Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta para disminuir la ansiedad en madres de personas con Trastorno del Espectro Autista.
Resumen Ejecutivo:	Se trata de una investigación cuasi-experimental con Pre-prueba y Post-prueba con un grupo control en lista de espera y estudio de casos, en la cual se validará la intervención cognitivo-conductual mixta a madres con ansiedad clínicamente significativa.
Nombre del Asesor:	Mgter. Ricardo López
Firma del Asesor:	_____
Firma del Estudiante:	_____
Proyecto Aprobado por:	_____ Coordinador del Programa
	_____ Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación Y Postgrado.
Fecha:	_____

DEDICATORIA

A ti, mi amada hija, Shaimaa

A mi madre Sonia, a mi hermana Grace y a mi sobrino Juan David

AGRADECIMIENTO

Primeramente, deseo agradecer a mi Dios por darme la oportunidad de concluir este sueño.

A mi hija, Shaimaa por todo el tiempo robado y por sus horas de compañía.

A mi madre y hermana por todo el apoyo brindado durante todo el proceso de ejecución de esta tesis.

A mis familiares y amigos que durante el proceso de esta tesis estuvieron apoyándome y dándome ánimos.

A mis colegas y docentes del Programa de Autismo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial por todo su apoyo.

A las madres que voluntariamente participaron en este proyecto.

A mi asesor, el Mgter Ricardo López, por todo el tiempo invertido, por sus sabios consejos y apoyo para culminar esta etapa profesional.

¡A Todos, mil gracias!

Gretel M.G.

RESUMEN

El presente estudio tenía como propósito comprobar la efectividad de una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mixta (individual y grupal) en un grupo de madres de personas con Trastorno del Espectro Autista, que tenían una edad cronológica entre 25 y 45 años y que presentaban ansiedad clínicamente significativa. El diseño que se utilizó para este estudio fue de tipo cuasi-experimental con preprueba y postprueba con grupo experimental y un grupo control en lista de espera y estudio de caso. La muestra estuvo representada por 20 madres que asisten al Programa de Autismo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial. Ésta muestra fue dividida en dos grupos homogéneos; los cuales conformarán uno el grupo experimental y el otro el control. Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad de Halmiton. El tratamiento se realizó en 10 sesiones, dos veces por semana. Los resultados fueron sometidos a prueba de hipótesis mediante estadísticas No Paramétricas, con la Prueba de Rangos Signados de Wilcoxon y la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras relacionadas. A través de los análisis estadísticos del Pre test y Post Test aplicado hemos confirmado que la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta es efectiva para disminuir los síntomas de ansiedad en los pacientes del grupo experimental en comparación con el grupo control. Se realizaron recomendaciones tendientes a mejorar la atención que se les brinda a las madres de personas con Trastorno del Espectro Autista.

ABSTRACT

The purpose of this study was to verify the effectiveness of a mixed cognitive behavioral therapy intervention (individual and group) in a group of mothers of people with Autism Spectrum Disorder, who had a chronological age between 25 and 45 years and who presented clinically significant anxiety. The design used for this study was of a quasi-experimental type with pre-test and post-test with an experimental group and a control group on the waiting list and case study. The sample was represented by 20 mothers who attend the Autism Program of the Panamanian Institute of Special Habilitation. This sample was divided into two homogeneous groups; which will be one the experimental group and the other the control. The instruments used to collect the data were the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE) and the Halmiton Anxiety Scale. The treatment was performed in 10 sessions, twice a week. The results were subjected to hypothesis testing using nonparametric statistics, with the Wilcoxon Signal Range Test and the Mann-Whitney U test for related samples. Through the statistical analysis of the Pre test and Post Test applied we have confirmed that the Mixed Cognitive Behavioral Psychotherapy is effective to reduce the symptoms of anxiety in the patients of the experimental group in comparison with the control group. Recommendations were made to improve the care provided to mothers of people with Autism Spectrum Disorder.

ÍNDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN/ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	
1 TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	
1.1 Historia Conceptual	5
1.2 Características Generales del Trastorno del Espectro Autista	16
1.2.1. Trastorno del Espectro Autista según DSM-V	18
1.3 Incidencia de los Trastornos del Espectro Autista	20
1.4 Etiología de los Trastornos del Espectro Autista	21
1.5 El Trastorno del Espectro Autista y su Impacto en la familia	24
1.5.1. Generalidades del proceso de evaluación, diagnósticos y reacciones emocionales	26
1.6 Investigaciones sobre el abordaje de madres y padres con hijos con diagnósticos de Trastornos del Espectro Autistas	36
1.6.1 Estudios en Panamá	38
2 ANSIEDAD	
2.1 Historia Conceptual	40
2.2 Los Trastornos de Ansiedad en la actualidad	48
2.3 Incidencia	50
2.4 Neurobiología de la Ansiedad	
2.5 Etiopatogenia de los Trastornos de Ansiedad	51

2.6 Enfoques Psicológicos de la Ansiedad	54
2.7 Niveles de Ansiedad	58
2.8 Ansiedad en las madres de personas con Trastornos del Espectro Autista	59
CAPÍTULO II TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	
1 Historia Conceptual	65
1.1 La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico	67
1.2 El conexionismo de Thorndike	69
1.3 El conductismo de Watson	70
1.4 El neoconductismo	71
1.5 Skinner y el condicionamiento operante	73
2 La Psicoterapia Cognitiva	73
3 Evolución de la Terapia de Conducta	77
4 La Terapia Cognitivo-Conductual en la Actualidad	78
5 Características de las Terapia Cognitivo Conductual	84
6 Principios de la Terapia Cognitivo Conductual	85
7 Estructuración de la Terapia Cognitivo Conductual	86
8 Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual	87
CAPÍTULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1. Planteamiento del Problema	93
2. Justificación	93
3. Objetivos de la Investigación	97
3.1 Objetivos Generales	97
3.2 Objetivos Específicos	97
4. Preguntas de Investigación	98
5. Hipótesis de Investigación	99
5.1 Hipótesis Principal	99
5.2 Hipótesis Estadísticas	99
6. Variables	101
6.1 Variable Independiente	102
6.2 Variable Dependiente	102

7. Definición de las variables	102
7.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente	102
7.2 Definición Operacional de la Variable Independiente	103
7.3 Definición Conceptual de la Variable Dependiente	104
7.4 Definición Operacional de la Variable Dependiente	105
8. Tipo de Investigación	105
9. Diseño de la Investigación	105
10. Diseño Estadístico	106
11. Población y Muestra	107
11.1 Población	107
11.2 Muestra	107
12. Criterio de Selección de la Muestra	108
13. Criterios de Exclusión	108
14. Criterios de Eliminación	108
15. Instrumentos de Medición y evaluación	109
15.1 Entrevista Clínica	109
15.2 Inventario de ansiedad de Rasgo-Estado (IDARE)	109
15.3 Escala de Ansiedad de Halmiton	110
16. Limitaciones	111
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS	
1. Datos Sociodemográficos de la Muestra	114
2. Análisis Estadísticos de los Resultados	117
3. Discusión	119
CONCLUSIONES	146
RECOMENDACIONES	150
BIBLIOGRAFÍA	153
ANEXOS	1

ÍNDICE GRÁFICAS

Página

Gráfico No. 1

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest
del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE 120

Gráfico No. 2

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre los pretest
del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE 123

Gráfico No. 3

Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest
del grupo experimental y el grupo control con la Escala de
Ansiedad de Halmiton 126

Gráfico No. 4

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest
y posttest del grupo experimental con el Test IDARE 129

Gráfica No. 5

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre los pretest
y posttest del grupo experimental con el Test IDARE 132

Gráfica No. 6

Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest
y posttest del grupo experimental con el con la Escala de
Ansiedad de Halmiton 135

Gráfico 7

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre
los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE 138

Grafica 8

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre
los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE 141

Grafica 9

Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest y
posttest del grupo control con el con la Escala de Ansiedad
de Halmiton 144

ÍNDICE TABLAS

	Página
Tabla No. 1	
Datos Sociodemográficos del Grupo Experimental	114
Tabla No. 2	
Datos Sociodemográficos del Grupo Control	116
Tabla No. 3	
Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE	117
Tabla No. 4	
Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE	118
Tabla No. 5	
Comparación de la variable Ansiedad Estado entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE	121
Tabla No. 6	
Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE	122
Tabla No. 7	
Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con la Escala de Halmiton	123
Tabla No. 8	
Estadística Descriptiva Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest	

del grupo experimental y el grupo control con el Halmiton	124
---	-----

Tabla No. 9

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y el posttest del grupo experimental con el Test IDARE	126
---	-----

Tabla No. 10

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE	127
---	-----

Tabla No. 11

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y el posttest del grupo experimental con el Test IDARE	129
--	-----

Tabla No. 12

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE	130
--	-----

Tabla No. 13

Comparación de la variable Ansiedad entre el pretest y el posttest del grupo experimental con la Escala de Ansiedad de Halmiton	132
---	-----

Tabla No. 14

Estadísticas Descriptiva Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest y posttest del grupo experimental con la Escala de Ansiedad de Halmiton	133
--	-----

Tabla No. 15

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y el posttest del grupo control con el Test IDARE	135
--	-----

Tabla No. 16

Estadísticas Descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE	136
---	-----

Tabla No. 17

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y el posttest del grupo control con el Test IDARE	138
---	-----

Tabla No. 18

Estadísticas Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE	139
--	-----

Tabla No. 19

Comparación de la variable Ansiedad entre el pretest y el posttest del grupo control con la Escala de Ansiedad de Halmiton	141
--	-----

Tabla No. 20

Estadísticas Descriptiva de la variable Ansiedad entre los pretest y posttest del grupo control con la Escala de Ansiedad de Halmiton	142
---	-----

ÍNDICE ANEXOS

	Página
1. Consentimiento Informado	161
2. Historias Clínicas	163
3. Resumen de Sesiones	174
4. Instrumentos	214

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es una de las etapas más esperadas por las parejas, pues esta viene a consolidar la relación, es el significado inconsciente de la prolongación de la vida. Los padres no solo esperan un hijo (a) sano y “normal” sino que también crear algo “bueno”, este es uno de los significados sublimes de la procreación. Durante este periodo los padres idealizan, crean sueños y proyectos para este nuevo ser, para los padres el hijo imaginario debe ajustarse al hijo real.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición que por lo general no se diagnostica al momento del nacimiento sino hasta los primeros años de vida del niño, cuando su desarrollo psicomotor no se va ajustando a la normalidad. Recibir un diagnóstico de TEA, dos o tres años después del nacimiento, significa para los padres la desfragmentación de los sueños y anhelos que tenían para ese hijo (a). Es muy común que muchos padres hayan justificado a lo largo de los primeros años de vida de su hijo (a) todos los posibles retrasos en el desarrollo, como decir “así era el hermano, el papá, etc.”

El recibir un diagnóstico de TEA crea un gran impacto en la familia, es una crisis inesperada que desajusta el funcionamiento interno de la familia, expectativas, proyectos de vida familiar, personal y aún sus relaciones con el mundo exterior se altera de forma más o menos radical; los padres se encuentran, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

Cuando los padres no superan de manera efectiva el duelo por la condición de discapacidad de sus hijos se generan muchas tensiones emocionales que ocasionan

altos niveles de estrés, ansiedad y depresión. Asimismo, aunque el padre acepte la condición de su hijo (a), el cuidado de una persona con TEA tiende a ser exhaustivo y en ocasiones frustrante, debido a los múltiples servicios que requiere el niño o niña y a la evolución progresiva y lenta de las mismas.

Muchos estudios sugieren que cuando hay un miembro de la familia con TEA es la madre que por lo general ejerce el rol de cuidador primario, esta labor no remunerada ocasiona, en las madres, altos niveles de ansiedad, estrés y depresión. Investigaciones recientes también señalan que las madres de niños y niñas con TEA presentan mayores niveles de ansiedad que madres de niños con otras condiciones de discapacidad.

En nuestro país existen muy pocos estudios que abarque el tema de la ansiedad de las madres o padres de hijos que presentan un Trastorno del Espectro Autista, más bien se hace énfasis en la condición de los niños y sus tratamientos.

El incremento progresivo de esta condición en nuestro país y en el mundo amerita de más estudio a nivel nacional que nos permita como psicólogos contar con herramientas eficaces para el abordaje terapéutico de las madres, padres y/o cuidadores primarios de las personas con esta condición.

El objetivo de esta investigación fue la aplicación de la psicoterapia cognitivo - conductual mixta (individual y grupal) como tratamiento a un grupo de mujeres con hijos con trastorno del espectro autista que presentan ansiedad clínicamente significativa. El estudio se llevó a cabo en el Programa de Autismo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, ya que este programa presenta la población más alta con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

El trabajo de esta investigación consta de cuatro capítulos. En el capítulo primero se presentan las generalidades del Trastorno del Espectro Autista que permiten una mayor comprensión de esta condición y la fundamentación teórica de la ansiedad.

En el segundo capítulo se explica de manera general los antecedentes de la Terapia Cognitiva Conductual, sus principios básicos y su estructuración.

El tercer capítulo enmarca la metodología empleada, desde el planteamiento del problema, hipótesis, tipo y diseño de investigación, definición de variables, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de los datos. De igual forma se establece la estadística y procedimientos utilizados en esta investigación.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados y análisis estadísticos tomando en cuenta las hipótesis de investigación planteadas.

Por último, presentamos las conclusiones y recomendaciones que todo trabajo de investigación debe contemplar. Seguido se exponen la bibliografía y anexos relacionados a la investigación.

Esperamos con este trabajo investigativo contribuir a la implementación y desarrollo de programas terapéuticos dirigidos a madres y/o cuidadores primarios de niños con TEA, que les ayude a afrontar de manera positiva la condición de sus hijos (as) y por ende mantener su bienestar mental, emocional, físico y social.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

1.1 Historia Conceptual

La primera referencia escrita que se tiene sobre el autismo corresponde a la realizada por Johannes Mathesius en el siglo XVI (1504-1565). Mathesius fue un cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), quien relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado.

Otro caso histórico es el del insólito Fray Junípero Serra, quien ejemplifica muchos de los síntomas que se pueden observar en personas con autismo. De acuerdo con los relatos recogidos en el libro anónimo “Las Florecillas de San Francisco”, escrito en el siglo XVII, donde se relatan pequeñas historias de este santo, Fray Junípero no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal (Josep Artiga Pallares, 2011)

Quizás el caso de mayor divulgación y polémica es la del niño salvaje Víctor de Aveyron, estudiado por el Dr. Jean Itard. Cuando Víctor fue hallado en estado salvaje en los bosques del Midi francés, no hablaba, no hacía demandas, no establecía contacto con las personas y parecía totalmente desprovisto de cualquier forma de sociabilidad, su edad se estimó alrededor de los 12 años. El caso despertó en su época, finales del siglo XVIII, un apasionante debate en el

mundo intelectual, conmovido por el enternecedor e intrigante caso. Muchas fueron las interpretaciones que se dieron en torno a la condición que mostraba el niño. Algunos médicos de la época pensaron que Víctor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento (imbecilidad constitucional) y que, por este motivo, sus padres lo habrían abandonado. No obstante, esta explicación, aparentemente cargada de sentido común, era poco atractiva para la intelectualidad de la época, pues daba por concluido el apasionante debate sociológico que este acontecimiento había suscitado.

En 1976, la escritora Harlan Lane planteó por primera vez en su libro “El Niño Salvaje de Aveyron”, la posibilidad de que Víctor fuera autista, pero la autora acabó rechazando esta opción por las siguientes razones:

1. Víctor, mostraba cambios bruscos de humor desencadenados por causas vinculadas a la relación con otras personas;
2. No estaba profundamente aislado, sino que mostraba un cierto afecto con los que eran amables con él;
3. No tenía obsesiones marcadas;
4. No tenía grandes dificultades para la manipulación; y
5. Tenía lenguaje gestual (Josep Artiga-Pallares, 2011).

Sin embargo, en la descripción de la conducta de Víctor que realizó Pierre-Joseph Bonnaterre, profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron, queda muy claro que Víctor mostraba deficiencias en las interacciones sociales recíprocas, incompetencias intelectuales específicas, alteraciones de la integración sensorial y, además, no realizaba juego simbólico.

Aunque todos estos acontecimientos son parte de la base de la investigación acerca del autismo, no es sino hasta mediados del siglo XX cuando el término autismo es relacionado en la descripción de una serie de características conductuales y sociales. El término autismo aparece por primera vez en la monografía *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*; redactada por Eugen Bleuler (1857-1939) para el Tratado de Psiquiatría dirigido por Gustav Aschaffenburg (1866-1944) y publicado en Viena en 1911. Bleuler sustituye la noción de *Dementia praecox*, enfermedad que Emil Kraepelin (1856-1926) había definido con base en una evolución progresiva hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual. El término autismo, creado por Bleuler, etimológicamente viene del vocablo griego “Autos” que quiere decir “sí mismo” opuesto a “otro”, por lo que autismo significa “meterse en uno mismo”. No obstante, el término autismo no correspondía exactamente con el significado que adquiriría tres décadas después y que persiste hasta la actualidad.

En 1923 el psicólogo suizo, Carl Jung introdujo los términos de extroversión e introversión a los rasgos de la personalidad, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud. El enfoque de Jung definía a la persona con autismo, como un ser profundamente introvertido, enfocado en el mundo interior. El introvertido para Jung, era una persona que disfrutaba la soledad y el mundo interior; la introversión severa, denominada autismo, se consideraba alguna forma de esquizofrenia.

A finales de la Segunda Guerra Mundial hubo dos contribuciones importantes en la concepción del Autismo. La primera de ella fue la planteada por Léo Kanner (1894-1981) cuyos trabajos, publicados desde 1943 hasta 1956; tales como el artículo *Autistic Disturbance of Affective Contact* y *Early Infantile Autism* hacían una descripción de la

condición de autismo. Kanner realizó su descripción del autismo a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, esencialmente varones, que presentaban un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad de su aparición, ya que se manifiesta desde el primer año de vida; una sintomatología marcada por la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal.

La otra contribución importante la realizó Hans Asperger (1906-1980), que publicó en 1944, en Viena, *Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*. No obstante, este trabajo de Asperger no se dio a conocer sino mucho después, ya que durante su publicación Austria se encontraba bajo el régimen nazi, no fue entonces hasta cuando Lorna Wing (1970) lo comentó en inglés en su libro *Asperger's Syndrome: a Clinical Accounty*. Aunque Asperger, empleo el mismo término de “autismo” el cuadro clínico descrito por él es muy diferente del “autismo infantil precoz”, de Kanner, puesto que se trata de sujetos de mayor edad y que no hay en ellos retraso significativo ni del desarrollo cognitivo ni de la adquisición del lenguaje. A estos niños no les gustaba la rutina y podían presentar en la adolescencia un episodio psicótico.

Aunque en la actualidad se reconoce la paternidad de Hans Asperger al trastorno que él identificó, la concepción actual del diagnóstico de Asperger se le atribuye a la neuróloga rusa Ewa Ssucharewa que en 1926 publicó la primera descripción de las personas con este trastorno.

Entre la década de 1950 y 1960 los trabajos realizados por el psiquiatra austriaco Bruno Bettelheim en la institución Escuela Ortogénica, describe la conducta de las

personas autista como una retirada del mundo, antes de que la humanidad se hubiera desarrollado. Bettelheim se había doctorado en Artes en la Universidad de Viena, lo cual lo llevó a estudiar la influencia en el arte de los arquetipos de Jung y el inconsciente freudiano en los mismos; cuando Austria fue anexada a Alemania, Bettelheim estuvo recluido en dos campos de concentración, ésta traumática experiencia en los campos de concentración fue el punto de partida para desarrollar su teoría de “Madre Nevera”, la cual publicó en su libro *“The Empty Fortress: Infantile Autism and Birth of the Self”*. La concepción más radical de la teoría de Bettelheim sostiene que la madre rechaza la existencia de su hijo, aunado a padres ausentes, fríos o de carácter débil. De igual forma su teoría planteaba que los primeros días del nacimiento y la lactancia eran fundamentales en la adquisición del autismo.

Para 1950, el psicólogo Erik Erikson atribuía a la relación madre-hijo en una consecuencia coadyuvante para la adquisición del autismo, pero imputando la causalidad a la reacción de la madre ante los síntomas del niño. A diferencia de Bettelheim, este consideraba que en los primeros años los niños fracasaban en las respuestas de las miradas, sonrisa y contacto físico de la madre, lo que provoca que la madre se distanciará y contribuyera en la manifestación de la conducta autista.

En 1965, Michael Rutter con Lockyer agrupan los síntomas del autismo en tres grandes áreas: alteración de las relaciones sociales, alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje, y presencia de conductas rituales y estereotipadas (Amparo Belloch, 1955).

En 1952 con la finalidad de homogenizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos, la Organización Mundial de la Salud, el International Classification of Diseases y la American Psychiatric Association elaboran el primer Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM); en este primer manual se establecía que los niños que presentaban características autistas eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica infantil”

El Síndrome de Rett fue descrito en 1966 por el austríaco Andreas Rett como una atrofia cerebral con hiperamonemia ("Über ein eigenartiges hirnatrophisches Syndrom bei Hyperammonämie im Kindesalter") propio del sexo femenino. Más tarde, en 1982, se presentó su descripción clínica detallada en la reunión de la Federación Europea de Neuropediatría celebrada en Norwicherhout (Holanda) y, en 1983, Hagberg, Aicardi, Días y Ramos publicaron 35 casos de procedencia sueca, francesa y portuguesa, constituyéndose a partir de entonces como un proceso mejor conocido entre la comunidad científica (Jaime Campos-Castelló, 2007).

En la segunda versión del DSM-II, en 1968, no se contempla el autismo como un diagnóstico específico sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil, la cual podía manifestarse por comportamiento autista atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones en el desarrollo. De igual forma relacionaba la posible relación con el retraso mental.

En 1964, Bernard Rimland, el padre de un hijo con Autismo, presentó el primer argumento sólido que el Autismo no estaba relacionado con el vínculo entre padre e hijo, sino más bien a una condición biológica. Él fundó la Sociedad Americana de Autismo

(Autism Society of America) para que padres de familia tuvieran una voz en contra de la Teoría Madre Refrigerador.

Eric Schopler y Robert Reichler en 1971 estudiaron los efectos de la participación de los padres en el tratamiento de niños con autismo. Posteriormente en 1972, Schopler inició el programa de Tratamiento y Educación de Autistas y Niños Discapacidades de Comunicación Relacionadas (TEACCH), en la Universidad de Carolina del Norte. El propósito de TEACCH era proporcionar la formación y otros programas para las personas con autismo.

The National Society for Autistic Children, en 1977, describe el autismo como un síndrome conductual, cuyos rasgos esenciales implican alteración en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y las capacidades de relacionarse con personas sucesos y objetos (Amparo Belloch, 1995).

En 1977, Susan Folstein y Michael Rutter llevaron a cabo un estudio con 21 gemelos del mismo sexo donde al menos un gemelo mostró síntomas de Autismo Infantil. Llegaron a la conclusión que lesiones del cerebro durante el periodo infantil puede causar autismo por su propia cuenta o en combinación con predisposición genética. Sin embargo, la incertidumbre sigue en torno a que se hereda y cómo. Rutter en 1978 consideraba el autismo como un obstáculo lingüístico-cognitivo que iniciaba su manifestación en los primeros treinta meses de edad.

Lorna Wing y Judith Gould (1979) realizaron un estudio sobre las características de las personas con autismo, en donde se identificaron pacientes que cumplían lo

planteado por Kanner, y otros que no encajaban en el perfil Kanneriano, pacientes que mostraban diferencias en la triada del autismo (interacción social, comunicación e imaginación y patrón de conducta estereotipada y repetitiva); el retraso mental aparecía como una dimensión diferente. La Triada se presentaba en diversos grados de compromiso y podía estar o no, acompañada de otros problemas psicológicos y /o médicos. El estudio de estas autoras genera un cambio conceptual del autismo.

En 1980, el autismo fue añadido al Manual Estadístico de Trastornos Mentales – Tercera Edición DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Third Edition DSM-III*) como "Autismo Infantil". Esta adición hizo posible para doctores poder diagnosticar exactamente Autismo y dar la habilidad para fácilmente diferenciar el Autismo de la Esquizofrenia. En 1987, en el DSM III- Versión Revisada el "Trastorno Autista " remplazo "Autismo Infantil" en el manual y dio una explicación más expansiva del diagnóstico.

En 1994, aparece la nueva versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, DSM-IV y en la versión DSM-IV-TR (2000) se reducen los 16 criterios para el diagnóstico del autismo a 6 criterios; se incluyen cinco categorías de la clasificación del Autismo, las cuales se agrupan dentro del término Trastorno Generalizado del Desarrollo (Pervasive Developmental Disorders). Los subtipos de Autismo planteado son:

1. Trastorno Autista
2. Trastorno de Asperger
3. Trastorno de Rett

4. Trastorno Desintegrativo Infantil

5. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

La definición de autismo en el manual DSM-IV fue liderada por Fred Volkmar de la Universidad de Yale, quien realizó en 1994 un estudio basado en unos 1.000 casos, según este manual el trastorno autista debe manifestarse antes de los 3 años y presentar una serie de déficits enmarcados en tres áreas: Alteración cualitativa de la comunicación, Alteración cualitativa de la interacción social. Alteración en los patrones de comportamiento Intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas; éste último criterio fue incluido en el DSM-IV-TR (2000).

Según R. Martos, (2000); el autismo, es un síndrome de la niñez que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para el intercambio afectivo, reiteración de rituales compulsivos y una resistencia manifestada al cambio. Un niño autista, no se relaciona con las personas que se encuentran a su alrededor, y en cambio prefiere, jugar de forma repetitiva con un objeto, a modo de "fetiche", que puede ser un juguete o no, o con su propio cuerpo. El lenguaje, si existe, sufre profundos desajustes, aun cuando el niño se halla consciente del medio que lo rodea, de tal modo que, si se interfiere con su actividad lúdica ritual, o si los objetos conocidos en su entorno, son cambiados de lugar, él se molesta y comienza con berrinches.

La definición de autismo en el DSM-V se le acuñe a Francesca Happé del Kings' College de Londres. En primera instancia el DSM-V cambia el nombre de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo a Trastorno del Espectro Autista (TEA); a su vez los TEA quedan dentro de las categorías de Trastornos del neurodesarrollo. Se excluye el trastorno de Rett dentro de este criterio puesto que se le denomina como

diagnostico separado. En este nuevo enfoque se analiza la severidad de los síntomas para establecer las necesidades de apoyo de estas personas y así permitir una mayor utilidad a nivel clínico y educativo. Para llegar a un diagnóstico certero es necesario de una evaluación multidisciplinaria que implican también la participación de la familia.

Estos cambios se fundamentan en investigaciones científicas realizadas que sugieren pocas pruebas de diferencias marcadas entre las personas con Trastorno Autista y Trastorno de Asperger; y en los estudios biológicos con biomarcadores, imagen funcional cerebral y test de seguimientos visual, los cuales no aportan pruebas de diferencias en el riesgo genético entre los dos trastornos. Esta visión del DSM-V está basada también en los derechos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD). La CNUDPD reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Además, reconoce que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano; por lo tanto, un diagnostico o un sub diagnostico no son el fundamento de la identidad de una persona o de un grupo.

(<http://www.autismogalicia.org>).

Los criterios diagnósticos TEA quedan reducidos a dos:

1. Déficits sociales y de comunicación.
2. Intereses fijos y comportamientos repetitivos.

No obstante, cabe destacar que independientemente del sistema de clasificación del autismo éste no es disfunción o una enfermedad sino más bien un conjunto de síntomas que se manifiestan a través de la conducta. (Riviere, 1997; Aguilera, 2010).

A lo largo de la década presente muchas son las investigaciones que se realizan para comprender la etiología del autismo. Las investigaciones más recientes están centradas en los aspectos genéticos y de fenotípicos del autismo. En el 2016, el estudio del genoma del autismo más grande hasta la fecha, financiado por Autism Speaks, revela que las bases genéticas del trastorno son aún más complejas de lo que se pensaba: en la mayoría de los casos de hermanos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) los genes implicados son diferentes.

El proyecto Autism Sisters comenzó a incorporar casos en la Escuela de Medicina del Hospital Monte Sinaí. Este estudio pretende entender por qué las mujeres no son diagnosticadas con tanta frecuencia, incluyendo factores como las diferencias en el CI y los factores genéticos subyacentes. Lo relevante es que se centra en hermanas no diagnosticadas de individuos con TEA.

Dos estudios publicados en enero del 2016, vienen a aportar más luz sobre qué sucede en el cerebro para que se produzcan alteraciones en la conformación del mismo, las cuales están ligadas al autismo. El estudio "*Cux1 Enables Interhemispheric Connections of Layer II/III Neurons by Regulating Kv1-Dependent Firing*" publicado en la revista Neuron, llevado a cabo por investigadores del Centro Nacional de Biotecnología, han identificado dos proteínas, llamadas Cux1 y Kv1, encargadas de potenciar las conexiones entre los hemisferios cerebrales. Otro equipo del Instituto Salk

para Estudios Biológicos de California, ha publicado el estudio “*Formation of the Cortical Subventricular Zone Requires MDGA1-Mediated Aggregation of Basal Progenitors*” en la revista Cell Reports, donde se muestran el efecto de la proteína MDGA1 en los procesos de conformación del cerebro y cómo la ausencia o alteración de la misma puede estar ligada a las manifestaciones del autismo.

En la actualidad se continúan investigando las bases genéticas del autismo, por lo que en relación a esta condición aún hay mucho que conocer y aprender.

I.1 Características Generales del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Las personas que presentan un TEA pueden presentar una serie de alteraciones a nivel social, lingüística y de comportamiento, algunas de formas severas de una o varias de las características, o sólo leves impedimentos relacionados con estas características.

Según Doyle y Doyle (2005) el diagnóstico del TEA debe considerar aspectos tales como el desarrollo, la forma de aprender, el comportamiento y la forma en que la persona se comunica. De acuerdo a estos autores algunas de las características que podemos encontrar en una persona que presente TEA son:

- Intereses muy enfocados o inusuales.
- Soledad, jugar solo en forma continuada (aparte de los demás) o pasivamente al lado de otros, en vez de conectarse activamente con ellos.
- Hacer eco del idioma o de líneas repetitivas de televisión.
- Movimientos inusuales repetitivos del cuerpo y/o las manos.
- Reacciones inusuales con las personas y los acontecimientos de su vida.

- Demora en el desarrollo de actividades físicas.
- Deseo o necesidad de igualdad repetitiva en la vida, todos los días.
- Relaciones sociales unilaterales o inocentes para su edad.
- Falta de coordinación.
- Problemas motrices, como dificultad en iniciar una acción o detener una acción o actividad después de comenzarla.
- Dificultad en enfocar la atención.
- Problemas con las transiciones, es decir cambiar de una actividad a otra, o de un lugar a otro.
- Falta de interés para conocer a otros
- Dificultad para enfrentar los cambios inesperados.
- Muy particulares en la alimentación, no disfrutar muchas variedades de alimentos.
- Dificultad para desenganchar la atención de una cosa a otra.
- Dificultad para enfocar la atención en cosas, a menos que sea un área de interés particular o temas enfocados muy intensamente.
- Dificultad en ajustarse a las situaciones o las personas nuevas.
- Dificultad en hacer y conservar amigos, en saber cómo jugar, qué decir y qué no decir, en cómo asociarse en una actividad en grupo, entre otras.

1.2.1. De acuerdo al DSM-V el Trastorno del Espectro Autista debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestando por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso e iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en la conducta comunicativas no verbales utilizadas en la interacción no social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varías, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p.ej., estereotipas motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p.ej., gran angustia frente a cambios pequeños, patrones de pensamientos rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p.ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo palpación excesiva e objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- C.** Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascaradas por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D.** Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E.** Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad

intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

1.3 Incidencia de los Trastornos del Espectro Autista

La incidencia de los TEA ha variado a lo largo de los años, algunos investigadores sostienen que el amplio conocimiento sobre el autismo en las últimas décadas ha permitido reconocer y diagnosticar más personas con estos trastornos. No obstante, esta incidencia ha estado plagada de muchas controversias en el ámbito científico.

- En 1966, Lotter halló una incidencia de 4.5 por cada 10,000 niños.
- En 1993, Riviere señala una incidencia de 2 a 4 niños por cada 10,000 en poblaciones de 8 a 10 años.
- De acuerdo a Autism Speaks su prevalencia en los Estados Unidos a lo largo de las décadas ha ido incrementando:
 - En 1975, 1 de cada 5,000
 - En 1985, 1 de cada 2,500
 - En 1995, 1 de cada 500
 - En 2001, 1 de cada 250
 - En 2004, 1 de cada 166
 - En 2007, 1 de cada 150
 - En 2009, 1 de cada 110
 - En 2016, 1 de cada 68, 1 de cada 42 varones.

Este gran número de casos han creado una alarma social mundial y a su vez ha incrementado la sustentación de múltiples teorías acerca de las causas que originan el autismo, como por ejemplo teorías sobre la alimentación (gluten y caseína), las vacunas, intoxicación por metales pesados, causas genéticas, ambientales y entre otras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida. Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, señala que, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

En Panamá no existe en la actualidad una estadística nacional sobre la incidencia del autismo, no obstante, se estima que este va muy acorde a las incidencias globales, es decir 1 de cada 160 niños.

1.4 Etiología del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Los TEA son un trastorno neurológico complejo y multifactorial, que generalmente dura toda la vida. Se presenta en cualquier grupo racial, étnico y social, y es cuatro veces más frecuente en los niños que en las niñas.

El autismo interfiere con la capacidad de una persona para comunicarse y relacionarse con otros, también, está asociado con rutinas y comportamientos repetitivos. Los síntomas pueden oscilar desde leves hasta muy severos.

Los trastornos del espectro autista se pueden diagnosticar formalmente a la edad de 3 años, aunque nuevas investigaciones están retrocediendo la edad de diagnóstico a los 6 meses; en una familia con un niño/a autista, la probabilidad de tener otro hijo/a con autismo es alrededor de 5 por ciento, o 1 de cada 20, más alta que en la población normal.

La etiología del autismo es multifactorial, es decir se considera que intervienen en la manifestación de este trastorno tantos factores genéticos, bioquímicos, fenotípicos y ambientales. Hasta el momento no se tiene conoce una causa única que origine esta condición, sin embargo, los últimos estudios apuntan a una causa genético-química como el principal factor predominante en la manifestación de los TEA.

A continuación, detallamos algunos factores de riesgo para TEA:

a. Genéticos

Los estudios genéticos están basados en tres líneas de acción, riesgos genéticos, las asociaciones con otros trastornos genéticos y marcadores genéticos.

Los pioneros en investigar el riesgo genético en la adquisición del autismo fueron Folsteins y Rutter (1997), posteriormente Stenfferburg (1989), Bolton (1994) y Bailey (1995), estos estudios sugieren una elevada concordancia en la manifestación de autismo en gemelos monocigóticos (60%) y muy bajas en gemelos dicigóticos (10%).

Los científicos sospechan que un gen o genes defectuosos pueden hacer que una persona sea más propensa a desarrollar autismo cuando también hay otros factores presentes, como un desequilibrio químico, virus, sustancias químicas o falta de oxígeno al nacer. En pocos casos, el comportamiento autista es causado por

- Rubéola (a veces llamado “sarampión alemán” en inglés) en la madre embarazada
- Esclerosis tuberosa (un trastorno genético raro que causa tumores benignos que crecen en el cerebro, así como en otros órganos vitales).
- Síndrome de X frágil (la forma más común de retraso mental hereditario).
- Encefalitis (inflamación del cerebro).
- Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) no tratada, cuando el cuerpo carece de una enzima necesaria para el metabolismo normal.
- El citomegalovirus.
- El herpes encefálico.

Phillip Landrigan (2009) en su artículo What Causes Autism? Exploring the environmental contribution, señala que la genética puede ser determinada en el 7-8% de los casos; se ha establecido una conexión directa a malformaciones en los cromosomas 2q, 7q, 15q y 16p. En esta misma investigación se plantea la hipótesis de que muchas malformaciones de estos genes pueden ser productos de agentes químicos que se encuentran dentro del ambiente, como por ejemplo los pesticidas, metales como el mercurio, arsénico, manganeso y algunos fármacos como la talidomida, misoprostol, ácido valproico, entre otros.

b. Estructurales

También existe la hipótesis de que algunas alteraciones estructurales del Sistema Nervioso Central podrían estar vinculadas en el desarrollo de un TEA (Courchesne y col. 1987, 1988, 1998). Otras investigaciones sugieren que las alteraciones funcionales como las del lóbulo frontal y temporal derecha (Gillbert y col. 1993); y las alteraciones en la neuroquímica del cerebro, podrían estar también relacionadas (Cook, 1990).

c. Metabólicas

Existen diferentes anormalidades en el funcionamiento químico o metabólico que pueden producir comportamiento autista: hipocalciuria, fenilcetonuria, acidosis láctica o desórdenes en el metabolismo de las proteínas. Cada vez es más frecuente que los padres observen que el comportamiento de algunos niños se altera cuando ingieren ciertos alimentos, lo que puede ser indicativo de la presencia de un problema metabólico.

1.5 El Trastorno del Espectro Autista y su Impacto en la familia

Ante la decisión de formar una pareja está implicada en la mayoría de los casos, el deseo de prolongar la existencia a través de la descendencia humana, es decir los hijos. La llegada de un hijo/a es un evento muy importante e inolvidable para las parejas; puesto que fundamenta la misma, y los convierte en padres y madres, y por ende en una familia.

El embarazo es una etapa de muchos sueños y anhelos; en el cual los padres evocan sobre este nuevo ser todas sus expectativas y el deseo de transmitir en ellos todas sus creencias, cultura, que culminen con un desarrollo pleno. Durante esta etapa los padres idealizan a sus hijos, no cabe en su mente la posibilidad de un hijo/a con una condición especial. Si durante el proceso del embarazo o al momento del nacimiento el niño o niña presenta una condición especial, esto trastoca el entorno familiar; el hecho se percibe como algo inesperado y extraño, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. Hardman (1996), señala que el nacimiento de un hijo con discapacidad altera a la familia como unidad social de diversas maneras; padres y hermanos reaccionan con decepción, enojo, depresión, culpa y confusión. El reconocimiento de la discapacidad de un hijo tiene el potencial para amenazar violentamente la visión que tienen los padres sobre el desarrollo de sus hijos dentro del ciclo vital (De Marle & Le Roux, 2001).

El diagnóstico de un TEA no tiende a brindarse al momento del nacimiento, por lo cual la familia puede instaurar en su mente que ha concebido el hijo deseado, es el hijo obtenido. En los primeros años de vida, salvo casos muy excepcionales, no se percibe que algunas conductas del niño o niña son propias de un posible TEA, ya sea porque son niños primerizos, pocos estimulados o por considerar que estas deficiencias son similitudes a las que los padres mostraron durante su crecimiento, aunado al hecho que los niños con TEA por lo general no presentan alteraciones físicas evidentes y tienden a presentar niveles aceptables en algunas áreas evolutivas, se dificulta la aceptación de muchos padres sobre el diagnóstico de TEA de sus hijos, pues rompe la imagen que ya se había instaurado en sus mentes.

“Un niño antes de nacer es, para los padres, una hipótesis, un proyecto, una promesa, es aquellos que los padres imaginan, novelan, inventan, sueñan y escenifican a partir de las ideas de cada uno, es un hijo “ideal” Levin, E. (2003).

Según Ingalls (1982) las expectativas que los padres tienen, influyen en las reacciones ante la noticia de la discapacidad que presenta su hijo (a), lo que lleva a insertarse en un tema complejo pero fundamental para el entendimiento y comprensión del proceso de aceptación de tener un hijo (a) con discapacidad.

De acuerdo a Festa (2005), la discapacidad no es un problema de la persona ni de su familia, está relacionada con la propia idea de normalidad y con la forma en que se organizan los vínculos sociales en distintos planos (familiares, escolares, sociales, laborales, comunitarios); más bien, el comportamiento que adoptan los padres respecto a la discapacidad de su hijo (a) está implícito con su propia educación y aprendizaje, así como de la influencia ejercida por la misma sociedad y su cultura.

1.5.1 Generalidades del proceso de evaluación, diagnósticos y reacciones emocionales

El diagnóstico de los TEA presenta muchas dificultades sobre todo en las edades más pequeñas. Las dificultades fundamentan en la falta de pruebas médicas que puedan dar con un diagnóstico, como por ejemplo exámenes de sangre, entre otras. Los diagnósticos de TEA se basan en la observación del comportamiento y el desarrollo del niño.

Los TEA pueden detectarse a los 18 meses de edad o incluso antes. A los 2 años de edad, el diagnóstico realizado por un profesional con experiencia puede considerarse

muy confiable. No obstante, muchos niños no reciben un diagnóstico final sino hasta pasado muchos años, esto ocasiona muchas frustraciones en la familia, pues no puede dar paso a las estrategias de intervención del niño, y en los peores escenarios, intensifica la defensa mental del padre sobre la idea que su hijo no presenta nada fuera de lo “normal”. De igual forma este retraso podría significar que hay muchos niños y niñas con TEA que no están recibiendo las ayudas que necesitan.

Para muchos padres, en el caso de los TEA, el diagnóstico es la culminación de mucha incertidumbre, búsquedas profesionales, constante evaluaciones. A su vez el diagnostico representa la acomodación mental del hijo ideal al hijo real.

Para Mingo y Escudero (2008),” La comunicación del diagnóstico de la discapacidad, la inesperada noticia, produce un gran impacto en todo el núcleo familiar; la respuesta y reacción de la familia cercana a los dos progenitores, abuelos y hermanos va a contribuir a acentuar o atenuar la vivencia”.

El crucial mencionar que al momento de brindar a los padres el diagnostico de discapacidad de unos de sus hijos, el médico o profesional debe hacer llegar este mensaje de forma óptima y mucho menos disminuir la sin entrar en exagerar o disminuir las posibles potencialidades de la persona con discapacidad. Lamentablemente lo anterior no suele suceder, en muchas ocasiones el personal médico o el profesional no ofrece una información certera y humanista, no existe la sensibilidad oportuna para preparar a la familia acerca de la condición de su hijo.

Para Andolfi (2010), la intervención sobre la crisis, cuando se realiza, termina por conducir a una fase de aislamiento, por un comportamiento considerado como peligroso

o anormal. La “necesidad de un trabajo de duelo es indispensable, hay que procesar el duelo por el hijo que no nació para poder conectarse y darle un lugar a ese hijo real” (Núñez, 2005).

El abordaje clínico a nivel familiar para Núñez (2012) posibilita profundizar en las necesidades de cada una de las familias que viven una situación de discapacidad, es importante reconocer los dilemas de estas familias, las tensiones que poseen, sus limitaciones, así como aquellas capacidades y recursos con los que cuentan desde el mismo momento en que se recibe el diagnóstico y a lo largo del desarrollo familiar.

Los padres tienden a comparar a sus hijos entre sus iguales y al observar que su hijo o hija con discapacidad no es igual, el resultado es el duelo. El duele debe verse como la pérdida del ideal con respecto a los logros o aspectos psicológicos, físicos, intelectuales, kinestésicos o bien fisiológicos.

Ante el diagnóstico de un hijo con discapacidad, muchos padres permanecerán en un estado de shock, incapaces de reaccionar, otros experimentan emociones de enojo, dolor, tristeza o culpa y ansiedad. Es importante destacar que las personas no reaccionan directamente a los acontecimientos externos, sino a los significados internos que asumen tales acontecimientos, porque lo que se plantea, tras el descubrimiento de las limitaciones del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino la demolición de las expectativas paternas” (GLARP, Pág. 13).

En 1964, Garrard y Richmond presentaban un proceso por el que ambos padres pasaban y el cual puede resumirse en tres momentos:

- Desorganización emocional

- Periodo de reintegración: En donde se movilizan las defensas.
- Fase de adaptación madura

Estos autores plantean una estructura lineal sobre la adaptación y acomodación mental ante un hijo con discapacidad. No obstante, debido a la diversidad de los contextos familiares, las diferencias individuales, personalidad y las experiencias previas ante los duelos este proceso en pocas ocasiones se da dentro de una estructura lineal.

No es posible predecir todas las reacciones que experimentan los padres, se han identificados algunas características que podrían influir en la manera en la que se asume ante el diagnostico de discapacidad de sus hijos.

Algunos de estos factores son:

- Características psicológicas de los padres.
- Antecedentes personales.
- Manera como haya enfrentado otros duelos y crisis en su vida.
- Expectativas sobre la maternidad y/o paternidad.
- Expectativas del hijo esperado.
- Expectativas durante el embarazo.
- Calidad de las relaciones en la estructura familiar.
- Apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social.
- Momento y contexto vital por el cual atraviesan.
- Percepción de la discapacidad.
- Tipo y grado de discapacidad del niño(a). Apariencia, evidencia física.

- Valores frente a la vida.
- Nivel sociocultural.
- El sexo del niño(a).

En los padres puede darse una serie de sentimientos y reacciones que son hasta cierta medida aceptable, sin embargo, cuando los padres no pueden lidiar con la situación puede generarse una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, que actúa como un anestésico temporal, que permite a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más primitiva. No obstante, cuando el padre permanece en este estado primitivo de defensa puede crear idealizaciones sobre la condición de su hijo (a) como son el pensamiento mágico omnipotente y la negación; si el padre se mantiene en esta defensa esto genera a la larga mucha frustración, estrés, ansiedad y depresión.

El duelo implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor”. Desde este punto de vista se puede decir que la persona que atraviesa por un duelo debe adaptarse ante la pérdida, debe aprender a vivir con este nuevo suceso en donde experimentara una gama de reacciones en todos sus ámbitos tanto físico, emocional y social, es algo normal debido al proceso que lleva el elaborar un duelo; y todo lo anteriormente mencionado es lo que experimenta una madre al enterarse que su hijo ha nacido con alguna discapacidad, esta noticia no sólo afecta a la madre sino también a la familia quien también vive un duelo.

La doctora Elizabeth Kübler Ross (2006); quien es pionera en el tratamiento y apoyo a enfermos terminales, menciona cinco etapas por las que pasa el individuo al momento de una pérdida; aunque estas etapas fueron elaboradas en la intervención

con pacientes terminales, son válidas y aceptadas a nivel clínico en la elaboración del duelo ante la presencia de un hijo (a) en condición de discapacidad:

- Negación: Enojo o ira: Al llegar a la comprensión de que la pérdida es real, los sentimientos que embargan al doliente son de ira, rabia y resentimiento, es una manera en que el dolor se disfraza. Aquí existe la pregunta constante en la mente ¿Por qué yo?, ¿Por qué a mí? El enojo se desborda a una persona específica, hacia todos o hacia la persona ahora ausente. El culpar a otros es común y sirve como un canalizador del dolor temporal, pero también se da el caso de culparse a sí mismo, es decir que en esta etapa la persona busca en quien desquitarse, a quien culpar, y puede ir moviendo su enojo como pieza de ajedrez, de una persona a otra.
- Negociación o pacto: Si no se ha sido capaz de afrontar la triste realidad en la primera etapa, no se ha enojado con la gente y con Dios en la segunda, tal vez pueda llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable (Küble-Ross, 2006, p.111), en esta etapa la persona sólo intenta aplazar la aceptación de lo que está viviendo, a través de hacer acuerdos con ellas misma, con Dios o con alguien más, sólo se puede ver que la persona no quiere darse cuenta de la que está pasando y no permite dejar salir sus sentimientos de enojo o culpa, es decir que esta etapa representa un intento por posponer por tiempo indefinido la realidad de la pérdida. Antes de la pérdida se realizan pactos para que tal evento no suceda y posteriormente a dicho evento se encaminará a disminuir el dolor. Cuando

la persona se encuentra en esta etapa, sólo está dando tiempo para llegar a aceptar que lo que ocurrió, es un hecho irreversible.

- Depresión: El doliente se da cuenta de lo inevitable de la pérdida, si la ira no fue externalizada lo más probable es que el periodo de tristeza sea más profundo y de mayor dolor. Es una etapa de desesperanza, de una verdadera y profunda tristeza, donde la persona se da cuenta que la vida no volverá a ser como antes y tampoco sabe cómo será de ahora en adelante. Kübler-Ross (2006) dice: “si se le permite expresar su dolor, encontrara mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste...generalmente este tipo de depresión es silenciosa, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales” (p.118), lo que la autora quiere decir, es que es importante que las personas cercanas que se encuentran con la persona que está en duelo sean empática con ella, que no la juzguen por lo que está sintiendo y que la escuchen sin minimizar lo que ella les está compartiendo, pues ella necesita hablar sobre lo que está viviendo. Esta etapa puede verse como el momento en el que se expresa más libremente el dolor por la pérdida tenida, sea pérdida real o simbólica. Se dice que es la etapa de mayor duración.
- Aceptación: Sólo es posible si ya se han superado las cuatro etapas anteriores, es un estado donde el dolor ha cesado. Puede llegar a un estado de aceptación con paz y dignidad. Llegar a esta etapa no quiere decir que al doliente le gusta esta nueva realidad, simplemente acepto que

su vida cambio y que no hay vuelta de hoja. Kübler-Ross (2006) menciona al respecto “no hay que confundir y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminando, y llegara el momento del descanso” (p.148), llegar a la aceptación no quiere decir que ya no va a doler, significa que hay que aprender a vivir, aún con el dolor. Alcanzar esta etapa requiere de mucho tiempo y trabajo, se habrá tenido que recorrer un sinnúmero de veces este proceso y no necesariamente vivir en orden las etapas.

Núñez (2007), con experiencia vasta clínica en familias con un hijo con discapacidad habla de las cuatro fases del duelo definidas por Bowlby:

1. La fase de embotamiento de la sensibilidad: Acontece en los momentos inmediatamente posteriores de la confirmación diagnóstica, y puede durar desde horas hasta semanas. Para la madre es como un adormecimiento de la sensibilidad, a menudo interrumpida por estallidos de cólera y/o episodios de aflicción sumamente intensas. La madre se encuentra en un estado de shock, aturdimiento y confusión; hasta pueden mostrar cierto desapego del hijo, y de la situación que están atravesando. Es común que en las primeras semanas la madre no tenga oportunidad de brindarle cariño, ya sea porque el bebé está sometido a algún tratamiento, o ya sea por el impacto en la propia madre, pues se encuentra con una entremezcla de sensaciones, sentimientos y emociones, donde la invasión de estas favorece la confusión, el aturdimiento e incrementa el sentir sobre el pesar.

2. La fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida: Se manifiesta cuando la madre comienza a percibir la realidad que está atravesando, pero se acompaña de una actitud de descreimiento. A la madre la invade un sentimiento de incredulidad ante el diagnóstico, aparece la esperanza de que todo va arreglarse. Muchas veces la rabia y muchos sentimientos presentes en esta fase, se manifiestan en forma de hiperactividad y gran inquietud, en una búsqueda irrefrenable y frenética de información de médicos y otras personas, aquí las madres ponen en duda el diagnóstico intentando desmentir lo que se le ha informado, con el anhelo de que otra opinión habilitada desmienta el diagnóstico inicial. Esta fase se caracteriza por búsquedas irracionales de información, acuden a soluciones mágicas que van desde la asistencia a curanderos hasta aferrarse a algunas creencias religiosas. Se dice que estas reacciones van acompañadas de incertidumbre, angustia, temor, frustración, enojo, ira y sensación de culpa; estas emociones generalmente no suelen ser expresadas verbalmente, pero si actuadas a través de la irritabilidad con la familia, el cónyuge, con el destino o con la vida. La madre lleva a cabo todas estas acciones con la finalidad de otorgar un sentido a lo que está viviendo y encubre la tristeza profunda de haber perdido en la realidad aquel hijo sano construido en la fantasía.
3. La fase de la desesperanza y la desorganización: Esta fase empieza a aparecer como respuesta emocional al sentimiento de que ya nada puede hacerse, es cuando la madre se da cuenta de que no se puede volver la situación hacia atrás, generalmente, la madre cae en depresión y apatía.

Estas respuestas emocionales se pueden acompañar de un abandono del hijo y/o de sí mismas y deseos de huir; donde predominan sentimientos de impotencia, desesperanza de recuperar lo anhelado y perdido. Lo propio de esta fase es la expresión de la apatía, no sobreponerse a la tristeza y a la desesperanza; no encontrar sentido al trabajo de ilusiones con este hijo real. Más bien constituye un intento defensivo de no gestar falsas ilusiones en las posibilidades reales del hijo con discapacidad. Si esta fase no cesa en intensidad y no es elaborada racional y afectivamente, la desesperación quita fuerzas a la esperanza y la desilusión corroee las posibilidades de ilusionarse con los pequeños logros ganados a la discapacidad.

4. La fase de reorganización: Esta fase se caracteriza por una atenuación (disminución) gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas previas. Se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida. La madre comienza a encontrarse con sus propios recursos y logra armar un nuevo orden familiar, sobre las bases de ese hijo con sus limitaciones. Cuando se logra producir esta aceptación, el hijo logra ocupar un lugar en esa trama familiar, como niño (a) no como el “problema”. Ehrlich (2002), dice: “es una forma de crecer que no elegimos y por eso nos revelamos. Aceptar, decir sí, un sí fuerte y consistente es nuestra forma de elegir, y de esa aceptación depende que, en su momento, nuestro hijo (a) sepa decir sí a sí mismo” (p.68), ya que el hijo con discapacidad debe aprender a aceptarse tal como es y la madre contribuirá en esa aceptación, es cierto

que uno no elige esta situación pero si tiene la capacidad de elegir de qué manera quiere enfrentar la discapacidad de su hijo (a). La madre es un factor muy importante en el desarrollo del hijo, es ella quien le dará las bases de la personalidad de este niño (a), así que si ella lo acepta tal como es, el niño también aprenderá a aceptarse.

Con la aceptación de la discapacidad de un hijo se pierde el anhelo de recuperar el hijo sano y se recupera el hijo de la realidad. Esto habilita para que desde la realidad se puedan instrumentar acciones tendientes a compensar los déficits que los daños de la discapacidad han producido y para reestructurar el espacio familiar. Es aquí, donde la madre puede encontrar un sentido de vida desde la discapacidad de su hijo.

1.6. Investigaciones sobre el abordaje de madres y padres con hijos con diagnósticos de Trastornos del Espectro Autistas

En 1984, María Lien de Argentina, realiza un estudio descriptivo de los autores Ogden, Creak, Poplin y Van Kravelen sobre las características de los padres, los tipos de vínculos y como esto podía influir en el trastorno infantil del autismo.

Rodríguez Torresn, 2004 hace una investigación basada en revisión bibliográfica sobre los tipos de abordajes en relación al autismo. La misma plantea que en un principio el tratamiento es enfocado en la persona con TEA. En la segunda Etapa los padres aparecen como culpables y se consideran sujetos a intervención. En una tercera etapa se desculpabiliza a los padres, se les considera importante para la intervención. En la cuarta etapa, los padres son considerados dentro del tratamiento terapéutico como potenciadores y posibilitadores del desarrollo de sus hijos.

En el 2005, Denise Orme, en Estados Unidos, realizó un estudio cualitativo sobre la resolución o no resolución en madres de niños con Síndrome de Down y Autismo. Orme menciona que según Turbull (2001) los padres con un hijo con discapacidad experimentan las fases del duelo como quien enfrenta la pérdida de un ser amado.

Orme hace mención de Taanila, Syrjala, Kokkonen y Järvalin (2002) quienes realizaron un estudio cualitativo para explorar las estrategias de afrontamiento existentes en diferentes familias; este estudio sugiere que las estrategias de afrontamiento más comunes son: información, aceptación, buena cooperación familiar y apoyo social. Orme señala que las madres con hijos con autismo se les debe ayudar en el proceso de resolución y sugiere la necesidad de brindarles Terapia Cognitivo-Conductual Grupal.

Pilar Pozo C., Encarnación Sarriá S. y Laura Méndez Z. (España, 2006) realizaron una investigación sobre el Estrés en madres de personas con trastorno del Espectro Autista, en la cual señalan que los resultados demostraban que las familias con un miembro con TEA presentan niveles altos de estrés que los padres con hijos con otros trastornos.

Marta Sofía De León Campo (Guatemala, 2011) lleva a cabo una investigación sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el trastorno del espectro autista en su hijo. De León Campo, concluyó que los padres de familia utilizan unas estrategias de afrontamiento más que otras para afrontar el diagnóstico de su hijo. Una de las más utilizadas es la confrontación, ya que al ver una deficiencia en su hijo decidieron ir en busca de ayuda profesional.

En un estudio realizado por Weiss en 2002 (citado en Ortiz Tallo y Diego, 2008), se obtuvieron mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y síntomas somáticos en madres de niños con autismo frente a madres de niños con retraso mental y niños sanos o sin discapacidad. También se han observado mayores niveles de estrés frente a madres que tienen hijos con otras discapacidades

Seguí, Ortiz Tallo y Diego (2008) realizaron estudios sobre el estrés en padres de hijos con autismo; en este sentido encontrando una elevada sobrecarga en el cuidador primario de niños con autismo, así como una salud mental y física inadecuada respecto a la población en general, resultados que son coincidentes con estudios previos en este campo.

1.6.1 Estudios en Panamá

Loc Yelixa y Rodríguez Erika (2000) realizaron una investigación sobre un Estudio Exploratorio sobre las características de personalidad y ansiedad en 15 padres con hijos (as) autistas que participaban en el programa de autismo del IPHE. Las mismas plantean que es muy doloroso para los padres enfrentar la realidad de un hijo (a) con alguna discapacidad. Concluyeron que con un grupo de 14 madres y 1 padre se encontró que el 53% de la muestra presentaba Ansiedad — Estado y un 33% Ansiedad — Rasgo el 100%.

Rosas Dioselina (2005) en su estudio de tesis de psicología clínica desarrolló el tema Atención del Hogar de 30 niños(as) autistas de la Escuela de Autismo del IPHE en la ciudad de Panamá, en su estudio plantea la necesidad de diseñar programas de

capacitación a padres y madres de niños(as) autistas para el mejoramiento de la calidad de vida la conducta y habilidades del niño(a) dentro y fuera del hogar

En el 2009, Stephanie Cruz, realizo una investigación sobre “Psicoterapia Cognitiva Conductual Grupal para reducir niveles de ansiedad en un grupo de madres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista” en la cual concluye que las madres de niños(as) con diagnóstico de TEA presentan niveles de ansiedad que pueden afectar su estado de salud emocional y física. De igual forma señala la importancia de brindarles una atención psicológica profesional que les permita una recuperación general y por lo tanto una mejor calidad de vida.

2. ANSIEDAD

2.1 Historia Conceptual

El vocablo ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*. Mc Reynolds (1977), señala que el concepto de ansiedad tiene su origen en el periodo helenístico griego en 1747, ya era utilizado como término técnico por un autor desconocido en su obra *Exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos*. Luego en 1844 aparece el concepto de angustia de Kierkegaard, quien sostenía que la ansiedad es la autoconciencia de la posibilidad de la libertad. En 1926, Freud publica su libro *Inhibición, síntoma y ansiedad*, quedando así definitivamente el término incorporado a la psicología (Viedma, 2014).

La ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "*anxietas*", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "*angustia*", "*angor*", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (Diccionario de la Real Academia)".

Angustia viene de "*anxius*" y de "*angor*" y se relaciona con "opresión, ahogo, estrechez que se siente preferentemente en la región precordial o abdominal" (Vallejo Nájera). En la edición de las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV, ansiedad y angustia se consideran sinónimos. No obstante, estas consideraciones, algunos autores opinan que debe mantenerse la diferencia, dejando ansiedad vinculada a conflictos actuales

(reacción de ansiedad) o pasados (neurosis de ansiedad) y angustia cuando es de origen endógeno, biológico o “vital”.

El modelo tridimensional de la ansiedad y el miedo fue propuesto por primera vez por Perter Lang (1968), a partir de ese momento ha sido ampliamente aceptado, no solo para objetivizar el estudio, sino también como una forma de entender la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos. (Viedma, 2014)

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de los términos congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región corporal e implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto.

La ansiedad según Spielberger, Pollans y Worden se define como *“una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación y descarga del sistema nervioso autónomo”*.

“La ansiedad es un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza, acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo”

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada

frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo.

La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Virues, 2005).

Cuadro N° 1. Comparativo entre Ansiedad Adaptativa y Ansiedad Patológica

ANSIEDAD ADAPTATIVA	ANSIEDAD PATOLOGICA
Preocupaciones presentes o del futuro inmediato.	Preocupación basada en una apreciación irreal o distorsionada de la amenaza.
Desaparece tras resolver el problema.	Desmedida, persistente.
	Restringe la autonomía.

Fuente. Bunge Gomar, Mandil. Terapia Cognitiva en niños y adolescentes.

En el uso común del término, la ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un

deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

Sandin y Chorot (1995) sugieren que la ansiedad es una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico cuyo objetivo es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta, la cual puede ser una conducta de huida o de agresión.

Navarrete (2013), señala que la ansiedad es producida por medio de uno o varios estímulos, sin que la persona se percate de ellos. Se refleja en la apariencia de la persona a través de los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Según Jarne, Talarn, Armoyones, Horta, E. y Requena, E, (2006), sugieren que estas tres áreas no se activan de la misma manera en todas las personas. Algunos sujetos presentan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Los trastornos de ansiedad pueden ser muy variados. No obstante, todos los trastornos de ansiedad comparten el núcleo central de la ansiedad como síntoma fundamental, sin embargo, por su polimorfismo obliga a presentarlos por separado.

La ansiedad es una respuesta adaptativa que se pone en marcha ante situaciones o estímulos amenazantes o agresoras. No obstante, la misma se torna patológica en las siguientes situaciones:

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo, pero conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo adaptativo y en donde los niveles de alerta persisten.

- Cuando los niveles de alerta y de ansiedad interfieren en el rendimiento del individuo y de sus relaciones sociales.

Según Reyes-Ticas (2005), la ansiedad se puede conceptualizar a nivel clínico de las siguientes maneras:

- **ANSIEDAD Y ANGUSTIA:** Vocablos sinónimos.
- **ESTRES Y ANSIEDAD:** El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.
- **ANSIEDAD Y MIEDO:** Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.
- **ANSIEDAD COMO SENTIMIENTO:** Experiencia subjetiva normal. Es una sensación normal de tensión provocada por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- **ANSIEDAD COMO SINTOMA:** La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas. Es decir, forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.
- **ANSIEDAD COMO SINDROME:** Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo,

hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.

- **ANSIEDAD COMO ENFERMEDAD:** Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

La ansiedad, al igual que otros sentimientos (placer, exaltación, euforia, éxtasis, tristeza, ira, rabia y calma), son fundamentales en la vida de las personas; regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que, en el caso del miedo, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo. Estas emociones, así como la percepción y la acción, están controladas por circuitos neuronales del encéfalo.

Tomando como referencia la distinción clásica de los tres sistemas de respuesta humana podemos agrupar los síntomas típicos de la Ansiedad Patológica en tres grandes apartados (Puchol, 2003):

Síntomas cognitivos

- Preocupación injustificada, intensa y constante.
- Inseguridad y pérdida de la confianza en uno mismo.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Anticipación excesiva y desadaptativa de potenciales peligros o amenazas.
- Miedo o temor desproporcionado, injustificado e irracional.
- Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- Aprensión generalizada.
- Pensamientos distorsionados y creencias negativas e irracionales.
- Problemas de concentración.

- Sensación general de desorganización y desestructuración.
- Indefensión o sensación de pérdida de control sobre el ambiente y los sucesos.

Síntomas motores

- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.
- Hiperactividad.
- Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.
- Retraimiento y aislamiento social.
- Enlentecimiento motor.
- Rituales y comportamientos compulsivos.

Síntomas psicofisiológicos

- Temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional.
- Sequedad de boca, sudoración excesiva o mareos.
- Palpitaciones, sudoración, pulso acelerado e incremento de la tensión arterial.
- Molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia.
- Opresión en el tórax, sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.

González, Mata y Mena (2007) identifican algunas características que existen en la ansiedad, tales como: tristeza, apatía, indiferencia, anestesia afectiva, pensamiento negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, déficit de concentración, abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto frecuente, intentos de suicidio, alteraciones del sueño, trastornos digestivos, alergias, disfunciones

sexuales. Suele ir asociado a alteraciones de la concentración, atención y de la memoria.

Estos mismos autores señalan que cuanto más graves son los síntomas de ansiedad, se produce mayor afectación del componente emocional y afectivo que del funcional.

Baeza, (2008), indica que la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influye en grandes grupos de factores, los cuales se dan a conocer de la siguiente manera:

- a. Factores predisposicionales: se refiere a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores se considera también a algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje.
- b. Factores activadores: se refiere a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Básicamente en términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas. En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es importante o necesaria. En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de

objetivos que ya se ha alcanzado, logros con los que ya se cuenta, o forman parte de estatus personal.

- c. Factores de mantenimiento: Estos factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados en más o en menos por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud.

Según Aarón Beck la ansiedad se caracteriza por una triada cognitiva que involucra los siguientes aspectos:

- Visión del futuro como incierto.
- Visión del entorno como peligroso.
- Visión de sí mismo como carente de la capacidad o recurso para superar esos peligros.

2.2 Los Trastornos de Ansiedad en la Actualidad

Los trastornos de ansiedad en el nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) presenta una serie de actualizaciones y cambios, en los que destacan, la inclusión del Mutismo Selectivo y la Ansiedad por Separación dentro de estos criterios; cambio del nombre Fobia Social a Trastorno de Ansiedad Social, remoción del nombre Ataque de pánico a Agorafobia.

Se excluyen de esta categoría el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Agudo, aunque se continúa reconociendo su estrecha relación con los Trastornos de Ansiedad. El primero, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) y los últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-V

1. Trastorno de Ansiedad por Separación.
2. Mutismo Selectivo
3. Fobia Específica
4. Trastorno de Ansiedad Social
5. Trastorno de Angustia
6. Agorafobia
7. Trastorno de Ansiedad Generalizada
8. Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias / medicación
9. Trastornos de Ansiedad inducido por una enfermedad.

En relación a los Trastornos de ansiedad, el DSM-5 ha incorporado una serie de instrumentos de evaluación para la cuantificación para las manifestaciones clínicas, denominadas “medidas emergentes”, las cuales tienen el objetivo facilitar la toma de decisiones diagnósticas y reduzca la subjetividad del juicio clínico:

- Una medida de manifestaciones de ansiedad en general, la PROMIS Malestar Emocional – Ansiedad, en forma de cuestionario de 7 ítems para los adultos

y de 13 ítems en su versión niños y jóvenes entre 11 y 17 años, y como escala de cuantificación por parte de los padres de menores con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

- Diferentes medidas breves de severidad para la gran mayoría de los Trastornos de Ansiedad específicos en dos versiones: una para adultos y otra para niños y adolescentes entre los 11 y los 17 años.
- Una medida global de discapacidad, no específica para los Trastornos de Ansiedad, sino de aplicación general a cualquier persona de la que se sospeche algún tipo de afectación funcional por la razón que sea, que valora el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida a través de 38 ítems: la WHO-DAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), la cual cuenta con una versión de autoinforme y otra de valoración por parte de una persona cercana al paciente.

2.3 Incidencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2017) los trastornos de ansiedad son la segunda causa más incapacitante en el mundo. Se estima que 260 millones de personas en el mundo presentan un trastorno de ansiedad. Esta condición no solo afecta a la persona sino también su entorno familiar y social.

Acorde estos datos de la Organización Mundial de la Salud los trastornos de ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25%

de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1 (Kessler). Se prevé que 1 de cada 8 norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas, lo que ha llevado a numerosos expertos a considerar a los Trastornos de Ansiedad como la verdadera epidemia silenciosa del siglo XXI (Puchol, 2003).

2.4 Neurobiología de la Ansiedad

La neurobiología plantea que existe estructuras cerebrales relacionadas con la manifestación de la ansiedad, es decir que existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus (Cedillo, I.B., 2017).

2.5 Etiopatogenia de los Trastornos de Ansiedad

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo,

es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

a. Factores Biológicos

- **Predisposición Genética:** Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (DSM; IV).

b. Factores Psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

- c. Factores Traumáticos:** Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos

cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

- a. **Factores Psicodinámicos:** La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan, citado por Reyes-Ticas, 2005).

La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo-compulsivos (Kaplan citado por Reyes-Ticas, 2005).

Los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero, 2007).

- d. **Factores Cognitivos y Conductuales:** Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez-Barquero, 2007).

2.6 Enfoques Psicológicos de la Ansiedad

El concepto de ansiedad ha sido abordado de los diversos enfoques psicológicos a través de los años. De acuerdo a Ansonera, Romer y Cobo (1983), existen cuatro líneas de investigación psicológica sobre la ansiedad:

- Psicodinámica y Humanística
- Experimental motivacional:
- Psicométrico – factorial
- Cognitivo-Conductual

a. Enfoque Psicodinámico y Humanista: Se inicia con la preocupación de clínica de Sigmund Freud, el elabora su compleja teoría de la personalidad, en la que la ansiedad ocupa su posición central. Así, en su libro *El problema de la Ansiedad* (1936), la ansiedad aparece como un estado emocional o condición caracterizada por una condición motora acompañada por una sensación de malestar percibida por el individuo, tal estado se produce por la incapacidad del yo para reprimir impulsos que por su naturaleza se consideran inadmisibles. Posteriormente Freud. Señala que la ansiedad es una respuesta a una señal de

peligro para el organismo. Los estudios de Freud dan paso a los estudios por las corrientes Humanistas y Existenciales sobre el origen de la ansiedad.

b. Enfoque Experimental Motivacional: Yerkes y Dodson (1908) sugieren la existencia de una estrecha relación entre el nivel de excitación y el nivel de ejecución que consigue una determinada conducta. Más tarde y asumiendo las aportaciones de las teorías de Hull (Hull, 1921, 1943 y 1952) muchos autores consideraban la ansiedad como un >drive< motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Así, Dollard y Miller (1950), Spence y Taylor (1953) y Spence y Spence (1966) suponen una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto, mientras que aquellos cuyo nivel de ansiedad es menor, se les dificultara la tarea, sin embargo en las tareas de mayor complejidad el efecto fue contrario, tal relación fue comprobada experimentalmente por Spence y Spence en 1966.

También desde el punto de vista experimental-conductista se encuentran diversos estudios que tratan de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Los primeros esfuerzos en este sentido los tenemos con los estudios de condicionamiento clásico de Pavlov (1927) y Watson y Rayner (1920). Por otra parte, también se tienen los estudios de condicionamiento operante para provocar neurosis experimentales (Masserman, 1946). La visión

más completa desde el punto de vista clínico se basa en los estudios de Mowrer (1939, 1950 y 1960) los cuales señalan que la ansiedad es:

- Una conducta aprendida por el condicionamiento clásico.
- Es una motivación para el aprendizaje de conductas por ensayo y error.
- Se puede conseguir la reducción de la ansiedad por medio de procedimientos instrumentales de evitación.

En la misma línea de Mowrer, se destacan los estudios de Miller (1941, 1948 y 1951), Costello (1976) y Corey (1977).

c. Enfoque Psicométrico – Factorial: A partir de los años setenta una nueva perspectiva de estudio trataba de explicar la relación entre ansiedad y otros constructos y variables de la personalidad. Este nuevo enfoque caracterizado por la preocupación psicométrica intenta establecer un nuevo modelo factorial de la ansiedad. Uno de los primeros en proponer esta nueva línea de acción Raimond Cattell (1971 y 1973) con su primer intento sistemático de medir la ansiedad; en su obra *El significado y medida de neuroticismo y ansiedad* (Cattell y Scheier, 1961) destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad; *ansiedad estado* y *ansiedad rasgo*. El factor ansiedad estado se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas altamente correlacionadas, que en conjunto definen el término ansiedad, esta aparece en determinado momento del tiempo y puede ser medida a través de muchos procedimientos, Cattell se inclinaba por los cuestionarios. Cuando la ansiedad permanece por estados más prolongados se le denomina ansiedad rasgo, y se constituye como una característica de la personalidad del sujeto. Esta corriente ha tenido

innumerables críticas en relación a la validez de los instrumentos y el tipo de muestra que se utilizaron para los estudios.

Otro exponente de esta corriente es C. H. Spielberger, basado en los trabajos de Cattell y Lazarus lleva a cabo una serie de conferencias en la Universidad de Vanderbilt y el George Peabody College que posteriormente recopila en su obra *Ansiedad y Conducta* (1966) y sienta los pilares de su teoría *estado-rasgo-proceso*. Entre sus trabajos posteriores se incluyen el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970). Spielberger considera la necesidad de clarificar la relación existente entre estos tres conceptos: primero, la ansiedad como estado, segundo la ansiedad como un estado complejo que incluye el miedo y estrés, y tercero, la ansiedad como rasgo de personalidad.

d. Cognitivo-Conductual: Esta línea de investigación está centrada en las relaciones existentes entre los estímulos que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento. En paralelo a los trabajos de Spielberger; los trabajos de Lazarus y colaboradores (1966, 1967, 1969, 1970 y 1972) elaboran su teoría sobre el estrés y el proceso de afrontamiento del mismo. En su primera aproximación, Lazarus describe el estrés como estímulo y como respuesta; como estímulo, el estrés es definido como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias e inusuales, mientras como respuestas, Lazarus, describe cuatro tipos diferentes de reacción que se pueden utilizar como indicadores de estrés:

a. Autoinformes de emociones disfóricas como miedo, ansiedad, ira, etc.

b. Conductas motoras

c. Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo

d. Cambios fisiológicos

Basado en el estrés elabora el concepto de amenaza a la cual le atribuye dos propiedades, el primero, tiene carácter anticipatorio y el segundo depende de procesos cognitivos. En la respuesta del stress se distinguen cuatro factores: antecedentes, mediadores psicológicos, modos de expresión de enfrentamiento y respuesta específicos de afrontamiento.

Endler, Hunt y Rosestein (1962) construyeron en SR-IA (Inventario de Ansiedad-Estimulo-Respuesta) el cual pretende medir el rasgo- multidimensional-ansiedad integrado por tres componentes:

- a. Ansiedad Interpersonal
- b. Ansiedad ante el peligro físico
- c. Ansiedad en situaciones ambiguas

La investigación de Endler y Hunt (1969) y de otros posteriores han demostrado que, ante una situación ansiógena, la interacción de la persona con la situación explica mayor parte de la varianza de la ansiedad total que la situación en si o las diferencias individuales.

2.7 Niveles de Ansiedad

De acuerdo al nivel de ansiedad que presenta el individuo se verán reducidas la capacidad para enfrentarse a las situaciones estresantes, la capacidad de aprendizaje

y la capacidad de su campo perceptivo. De acuerdo a Peplau los niveles de ansiedad son los siguientes:

- Leve: La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando está ansiosa. La conciencia, la atención y la capacidad asociativa son muy elevadas. Se perciben ciertos cambios de conducta, que son superados fácilmente.
- Moderado: Se estrecha el campo perceptivo, pero el sujeto aún puede prestar atención si así lo desea. Puede resolver sus problemas de forma bastante normal. Hay incertidumbre, aprehensión y nerviosismo. Se incrementa la actividad, pero su conocimiento perceptual disminuye, el sujeto no se da cuenta de lo que sucede a su alrededor.
- Severo: El máximo nivel de ansiedad, se estrecha la capacidad de observación hasta solo advertir el objeto de la ansiedad. El campo perceptivo se estrecha considerablemente y la persona se interesa por detalles dispersos. Predomina una inatención selectiva esto en la ansiedad moderada y severa. Asimismo, la personalidad tiende a disociarse a fin de escapar de su situación. La actividad mental es elevada, impidiendo que el sujeto pueda discernir y su intensidad es tan alta que puede tornarse en pánico, en donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes (Peplau, citado por González, P. 2007).

2.8 Ansiedad y el Trastorno del Espectro Autista

El embarazo, por lo general, es vivido como un periodo de crisis. No es pues de extrañar que cuando el embarazo culmina con el nacimiento de un niño discapacitado se produzca inevitablemente un estado de conmoción, el cual tiene sus antecedentes inclusive antes de que comience la gestación.

En el caso del nacimiento de un niño(a) en condición de discapacitado(a) se puede deducir el impacto en los padres por el encuentro con el niño “real”. La dinámica, expectativas, planes y proyectos de vida familiar y personal se ven alterados de forma más o menos radical. Tal discrepancia puede ser tan grande que los padres se encuentren, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

Los padres no solo esperan tener un hijo sano y “normal”, sino que también sienten la necesidad de crear algo bueno. Es este uno de los significados sublimes que los humanos le damos a la procreación, crear otro ser y recrearnos al mismo tiempo. El nacimiento de un niño con un grave trastorno congénito puede acabar con ese orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar.

La llegada de un hijo con discapacidad genera en la familia una crisis inesperada, no normativa, de desajuste, que exige de los padres una adaptación instantánea. El equilibrio de la familia queda generalmente descompensado, tanto el funcionamiento interno de la familia como sus relaciones con el mundo exterior, se altera. Aunque resulta imposible predecir el proceso exacto que viven los padres, se identifican algunas situaciones que influyen de manera determinante en la forma en que asumen dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra.

En algunos padres esta situación de enfrentamiento con la realidad puede provocar en ellos un desajuste emocional que impide la rehabilitación y habilitación del niño (a) con Trastorno del Espectro Autista. Este proceso en el que padre se

enfrenta se le domina comúnmente como Duelo, no obstante, cuando este duelo parece prolongarse por tiempos que superan la normalidad; el padre o madre puede manifestar estados ansiedad que le impide desenvolverse adecuadamente en su entorno.

Bingham y Smith (2000) señalan que la edad de la persona con discapacidad, la gravedad de la discapacidad, el nivel educativo de los padres y el nivel socioeconómico podían predecir niveles elevados de estrés y el uso eficaz o no, de estrategias de afrontamiento.

Las investigaciones sobre el impacto del autismo en la familia se han centrado en las características del hijo, recursos familiares y percepción del problema. En relación a las características del hijo, entre mayor patología, mayor nivel de estrés parental (Bebko y col. 1987, Cuxart 1995). En el control parental, es la figura materna quien por lo general presente mayores niveles de estrés, ya que son las madres las cuales llevan el peso del cuidado del hijo con discapacidad, de igual forma los estudios sugieren que las madres que tienen un trabajo remunerado presentan menores niveles de estrés (Bebko y col. 1987, Cuxart 1995, Guerrero 2000).

La persona que se encarga de cuidar al hijo con discapacidad por lo general presenta muchas repercusiones en su salud física y mental, lo que se denomina en la actualidad como síndrome del cuidador. En un estudio de metaanálisis de 84 estudios sobre cuidadores y no cuidadores señalo que los cuidadores presentan altos niveles de ansiedad, estrés y depresión (Pinquart y Sorensen, 2003).

Diversas investigaciones sugieren que ser madres de un niño con retraso en el desarrollo es un importante factor riesgo para la salud física y mental de las mismas (Piven y Palmer, 1999; Ryde-Brant, 1990). Las madres de niños con autismo experimentan mayores niveles de estrés que madres de niños con otros diagnósticos o sanos (Bromley, Hare, Davison, 2004; Donovan, 1988).

Existe evidencia científica que las madres y padres de niños con autismo presentan mayor riesgo de presentar dificultades en el bienestar psicológico en comparación con madres y padres de niños con otros diagnósticos (Donovan, 1988; Dumas, Wolf, Fisman y Culligan, 1991; Sanders y Morgan. 1997).

Otras investigaciones sugieren que las madres de niños con autismo presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que madres de niños con Síndrome de Down (Belchic, 1996; Shu, Lung, Chang, 2000; Pisula. 2002).

Los principales factores que afectan a las madres de niños con TEA son:

- 1.** La permanencia de la sintomatología del niño
- 2.** La falta de aceptación a los patrones de comportamiento de la persona con autismo en la sociedad y en los miembros de la propia familia, y
- 3.** Los bajos niveles de apoyo de los servicios sanitarios y otros servicios sociales.

Hemian (2002) sugiere que las familias con un miembro con discapacidad necesitan de diversos recursos, redes de apoyo de padres y de especialistas para facilitar sus procesos de adaptación.

De igual forma en una investigación realizada por Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego (2008) se recomienda la implementación de programas de atención a nivel mental y social para las familias que les permitan manejar las situaciones de conflictos que conlleva el ser un cuidador de un niño (a) con TEA.

CAPÍTULO II

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

1. Historia conceptual

Los planteamientos desde donde se han retomado perspectivas que conforman a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) provienen de la filosofía estoica (350 A.C al 180 D.C). La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos (Ruiz y Cano, 2002). En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la TCC, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad.

La TCC destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en el individuo, elementos centrales que serán retomados y desarrollados para modificar los pensamientos que causen problemas en la persona y las conductas que se vean alteradas por tales motivos. Esto es retomado por separado por las entonces corrientes psicológicas imperantes como el Cognitivismo que surgió

fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no sólo importará el estímulo, sino principalmente la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el Paradigma del Procesamiento de la Información (Camacho, 2003).

Posteriormente, Plinio el Viejo (Roma) trataba de curar a los alcohólicos poniendo unas arañas muertas en los vasos de donde bebían (condicionamiento aversivo).

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron: la reflexología y la leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson , Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

. Surgimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual (La Psicoterapia Cognitivo-Conductual) surgió desde dos sectores, por un lado autores que venían del Psicoanálisis y por otro representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955 en Weishaar, 1993), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar, 1993).

Ruiz, M., Díaz, M., Y Villalobos, A. (2011), describen que las bases de las terapias cognitivos conductuales vienen de dos raíces, la teoría de la conducta y las teoría cognitivas. Las principales bases de la teoría conductual son:

a. La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico

Sechenov fue precursor de las posturas conductistas posteriores al combinar neurofisiología y psicología en los reflejos. Sus discípulos fueron Pávlov y Bechterev. Pávlov estaba interesado en estudiar la actividad cerebral a través de los reflejos. Se considera un estímulo neutro aquel que no produce ninguna respuesta sobre el organismo que se está investigando (para asegurarse de ello se presenta repetidamente hasta que es ignorado). Si el estímulo neutro se presenta junto a un estímulo incondicionado, se convierte en un estímulo condicionado. Pávlov utilizó el término condicional (no el término condicionado) para referirse a los productos del condicionamiento (EC, RC), siendo el término condicionado errores en las traducciones.

Eroféeva, una estudiante de Pávlov, aplicó un shock eléctrico suave a la piel de un perro antes de darle la comida, y éste no producía conductas defensivas y habían sido sustituidas por respuestas condicionadas de salivación (contracondicionamiento). Se demostró así que los métodos de condicionamiento podrían neutralizar los efectos de una estimulación aversiva emparejándolos con una respuesta apetitiva.

Su discípula Shenger-Krestovnikova estudió la inducción de neurosis experimentales mediante discriminación perceptiva con dos estímulos, circular (condicionado) y una elipse (inhibitorio). Al convertir el círculo en elipse el animal no era capaz de discriminarlo incluso cuando era el estímulo original, mostrando signos de excitación (producción de respuestas neuróticas que se podían eliminar por contracondicionamiento). Surge entonces el primer paradigma experimental para el estudio de las respuestas de ansiedad.

La relevancia que dio Joseph Wolpe (1958) al condicionamiento pavloviano, con principios de Clark Hull, dio lugar al primer tratamiento de la Terapia Conductual (TC): la desensibilización sistemática. Pávlov se interesó por la personalidad ansiosa, teoría que es incorporada por Eysenck (uno de los fundadores de la TC) en el modelo de umbrales en neuroticismo (los factores genéticos predisponen las reacciones al entorno estimular).

Principales aportaciones de Pávlov:

- a. La investigación objetiva de los reflejos condicionados
- b. defensa del objetivismo de la investigación,
- c. Demostración de la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta, y
- d. Proporcionar un modelo metodológico de la investigación de la conducta humana.

Las principales limitaciones de su teoría son:

- a. ignorar otras respuestas autonómicas a excepción de la salivación y el miedo,
- b. no poder explicar empíricamente el escape activo o pasivo, la conducta de evitación o los resultados del castigo, y
- c. los aspectos técnicos del condicionamiento clásico resultan más complejos que la teoría del aprendizaje competitiva (teoría del refuerzo de Thorndike). Watson defendió enérgicamente el condicionamiento clásico, convirtiéndose en el foco de atención de los conductistas.

Vladimir M. Bechterev fue el que tuvo mayor repercusión de los autores de la época, al dar a la reflexología una interpretación más psicológica y funcional considerando respuestas motoras y estímulos aversivos (en lugar de respuestas glandulares como Pávlov). Para Bechterev los reflejos (asociativos) constituían la unidad fundamental en el análisis de la conducta, acuñando el término reflexología (sustituta de la psicología y cuyo objeto eran las correlaciones humano-ambiente) para diferenciarla del estudio fisiológico de los reflejos. Bechterev extendió los principios de la reflexología a la psicopatología. Las investigaciones de la reflexología no tenían un interés terapéutico, pero se consideran precursoras de la terapia de conducta.

b. El conexionismo de Thorndike

Thorndike (1847-1949) es considerado el precursor de la psicología educativa moderna, ha sido el conductista no-pavloviano americano más influyente en las tres primeras décadas del siglo XX (criticado por Watson por alusiones a estados subjetivos del organismo). Skinner fue discípulo de Thorndike

Thorndike utilizó métodos objetivos y rechazó el estudio de los procesos mentales y la conciencia, centrándose en la adquisición de respuestas inexistentes en el repertorio del organismo (sin interés en reflejos neuronales). Thorndike y Pavlov tenían diferentes conceptos del reflejo S-R (estímulo-respuesta), aunque ambos explicaban bien la respuesta aproximativa (ninguno explicaba bien los efectos del castigo o el aprendizaje de evitación). La ley del cambio asociativo es muy cercana al modelo de condicionamiento clásico. La ley del efecto establecía que las respuestas seguidas de satisfacción quedaban asociadas a la situación (conducta asociada a

consecuencias, noción darwinista), aumentando la probabilidad de ocurrencia (o a la inversa si era seguida de discomfort).

Posteriormente matizó la ley del efecto al comprobar que el castigo no debilitaba la conducta, y se retractó de la ley de la práctica, considerando que la repetición es un simple facilitador, pero no esencial.

c. *El conductismo de Watson*

John B. Watson (1878-1958) comenzó la revolución conductista en contra del estructuralismo y el funcionalismo, obviando incluso el estudio de las respuestas fisiológicas.

El conductismo (término acuñado por él) debía ser objetivo y tener los siguientes principios:

- a. El objeto de la psicología es la conducta manifiesta E-R (rechazo de la conciencia= alma),
- b. Metodología de la experimentación animal como método objetivo en psicología (reflejo condicionado como sustituto de la introspección),
- c. El conductismo supone una ruptura con las corrientes anteriores que no describen la conducta en términos observables, y
- d. Conducta explicada en términos E-R del sistema nervioso (conducta verbal como reflejos espinales).

La obra, La psicología objetiva de Betcherev tuvo un gran impacto en Watson, aunque el control y la sistematicidad de Pávlov influyeron mucho en él. El trabajo

Psychology as the behaviorist views it (1913) es considerado el acta fundacional del conductismo.

Watson propuso siete estrategias para el pequeño Albert; deshabitación, halago verbal, adaptación negativa, castigo social, distracción, condicionamiento directo e imitación social. Mary Cover Jones encontró que las más efectivas eran asociar el miedo con un estímulo que evocara una respuesta agradable (Wolpe lo denominó contracondicionamiento por inhibición recíproca) y la imitación social (modelado) situando al niño con otros niños que se acercaban sin miedo al objeto temido.

d. El neoconductismo

Edwin R. Guthrie es considerado el neoconductista más ortodoxo al llevar al extremo el principio de contigüidad de estímulos (emparejamiento). En The psychology of learning exponía técnica para romper hábitos o desaprender conductas mediante la presentación progresiva de estímulos (desensibilización sistemática), o usando el emparejamiento con estímulos que provocan una respuesta incompatible (inhibición recíproca de Wolpe). También presentó estímulos hasta que dejase de provocar respuesta.

Clark L. Hull (1884-1952) planteó la construcción de una teoría formal de la conducta creyendo haber identificado la ley fundamental del aprendizaje como principio básico de todas las ciencias. Hull introdujo las variables intervinientes entre el estímulo (E) y la respuesta (R). Las principales variables intervinientes fueron la fuerza del hábito y el impulso (estado de activación), cuya reducción da lugar al reforzamiento. El hábito se establece por la relación entre una respuesta y la reducción del impulso, que opera

como reforzamiento. Su teoría unifactoral del aprendizaje defendía que el refuerzo (reducción del impulso) y no la contigüidad era el factor fundamental del aprendizaje. Su relevancia en la TC tiene que ver con su teoría hipotético-deductiva y por integrar la ley el efecto de Thorndike en el paradigma de condicionamiento de Pávlov.

Tolman tuvo una gran influencia en la psicología de la Gestalt y defendió que lo que se producía en el aprendizaje era una asociación E-E y no E-R. Los organismos no aprenden conductas concretas, sino significados (expectativas) sobre los estímulos que se relacionan con una meta. Realizó un acercamiento más holístico hacia la conducta. Introdujo también el concepto de variable interviniente (cognitivo) como nexo entre el E y la R que ayuda a determinar la conducta.

El neoconductista más influyente es O. Hobart Mowrer al formular la teoría de los dos factores o teoría bifactorial del reforzamiento, que mantiene la existencia de dos tipos de aprendizaje: el aprendizaje de señales por contigüidad (Cond. Clásico o CC), y el aprendizaje de soluciones por reforzamiento (emisión de respuestas voluntarias que reducen los impulsos). Mowrer asignó al miedo (impulso secundario adquirido por CC) un papel mediador en la conducta de evitación. La importancia de la teoría bifactorial para la TC es poder explicar las conductas de evitación que se producen en diversos trastornos, así como el tratamiento de la enuresis con demostrada eficacia.

Otras aportaciones a la TC fueron la aplicación de la práctica negativa (Wakehan, Dunlap) para la eliminación de conductas indeseables (tics o tartamudez), los trabajos de Max sobre desviaciones sexuales, y la terapia del reflejo condicionado de Salter. El

condicionamiento clásico alcanzó su hegemonía en torno a 1940, antes de constituirse formalmente la Terapia de Conducta.

e. Skinner y el condicionamiento operante

Skinner (psicólogo más influyente del siglo XX) introdujo por primera vez el término Terapia de Conducta en la literatura psicológica. La clasificación que hizo Skinner del aprendizaje estaba basada en los paradigmas de Pávlov y Thorndike, señalando que había ciertas áreas donde los dos condicionamientos no se distinguían. La diferenciación entre condicionamiento clásico y operante dirigió la atención hacia la conducta operante. Desarrolló una metodología, el análisis experimental de la conducta, centrado en las relaciones entre comportamiento y estímulos ambientales (sin referirse a constructos inferidos, sólo a relaciones funcionales). Esto dio lugar a un ambientalismo radical culminando en el libro *Science and human behavior* que marcaría el inicio del desarrollo de la Terapia de Conducta en EEUU (cond. operante para solucionar trastornos). El análisis experimental de la conducta dio origen a la orientación denominada análisis conductual aplicado.

2. La Psicoterapia Cognitiva

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica (Ruiz, M., Díaz, M., Y Villalobos, A., 2011)

Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

El esquema de Ellis se representa de la siguiente manera: **A**  **B**  **C**, en donde **A** representa el estímulo o acontecimiento, **B** representa la cognición o sistema de creencias y **C** representa la respuesta o consecuencia; en esta triada se considera que siempre entre **A** y **C** siempre estará **B**. De acuerdo a Ellis, los trastornos o comportamientos (**C**) se producen a través de los acontecimientos que experimenta una persona en su vida (**A**), no obstante este acontecimiento por si solo determinará en la totalidad el estado emocional, sino más bien lo que esa persona se dice acerca de ese acontecimiento, es decir los pensamientos, el autodiálogo y la importancia que le dé al acontecimiento (**B**).

Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (2006), cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis” (Camacho, 2003).

La teoría cognitiva de Beck (1964, 1995) postula que las conductas y emociones están influenciada por la percepción de los eventos; no son las situaciones por si solas las que determinan lo que la persona siente, sino más bien lo que interpretan de las situaciones. Esta teoría propone tres componentes básicos, en primer lugar los eventos cognitivos, segundo los procesos cognitivos y tercero las estructuras cognitivas. Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos e imágenes que tiene cada persona, a las cuales no se les presta mucha atención, pero que pueden ser fácilmente recuperados ante las demandas. Los eventos cognitivos son ese proceso rápido en el que surgen pensamientos ante determinadas demandas, Beck los denomina pensamientos automáticos, ya que se presentan de manera rápida, son vagos e involuntarios; es difícil que una persona pueda interrumpirlos, y la persona cree en ellos sean estos lógicos o no.

Los procesos cognitivos se refiere a la forma que las personas piensan, son los procesos automáticos del sistema cognitivo. Este procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, y procesos de inferencia y recuperación (Meichenbaum, Donald, 1988). Entre los procesos cognitivos identificados por Beck, se encuentran el razonamiento dicotómico, sobregeneralización, magnificación, inferencia arbitraria y el sesgo confirmatorio. Las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas, que determinan a que eventos se les presta atención y cómo se interpretan estos (Meichenbaum, Donald, 1988).

La otra línea de desarrollo que conformó los orígenes de la Terapia Cognitivo-Conductual corresponde a los autores que provenían del Conductismo y viendo las

limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir.

El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática (Mahoney, 1998).

A partir de los años 70 se conocen los trabajos de *Bandura* que derivan de la aplicación de la Teoría del Aprendizaje en un medio social: postula que en la relación entre la conducta y el ambiente intervienen los "procesos cognitivos" que actúa como mediadores o modificadores de esta conducta.

Los **Procesos Cognitivos** son las conductas no observables, que pueden ser de dos tipos:

- **reacciones fisiológicas** (*por ejemplo: latidos cardíacos, frecuencia respiratoria, tensión muscular, visión borrosa, fatiga no explicable por el nivel de actividad...*)
- **pensamientos:** las decisiones más o menos deliberadas que toma la persona sobre qué valor o significado dar a un estímulo (*por ejemplo: mirar el reloj para ver la hora y expresamos: ¡es tarde!; empieza a llover y decimos: ¡que rollo!, alguna cosa nos sale mal y decimos: ¡lo tengo que volver a intentar y mejorar!*).

3. Evolución de la terapia de conducta

Racham resumió la evolución conceptual de la TC en tres estadios, y O'Donohue en tres generaciones. La primera generación de terapeutas está relacionada con las teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional, en definitiva la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. Las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, y biofeedback fueron desarrolladas en este periodo.

La segunda generación está marcada por la heterogeneidad y recoge a quienes tratan de superar deficiencias y limitaciones de las teorías de aprendizaje, aportando elementos de la psicología experimental, cognitiva y social. Con la segunda generación de terapeutas se produce el distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre aprendizaje (más clínico y menos investigadores). El desarrollo de procedimientos de intervención efectivos pasa a ser prioritario (brecha entre ciencia y hacer clínico, ausencia de progreso en teorías de aprendizaje). Se aportó la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo.

La tercera generación de terapeutas (hasta la actualidad) buscan nuevas alternativas terapéuticas: concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, y de contingencias competidoras pasa a ser central. Se intenta fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica. Algunas terapias de este periodo son las terapias contextuales, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, y mindfulness (conciencia plena). A esta tercera generación pertenecen los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan

de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores. La mayor parte de la práctica clínica está guiada por el empirismo (criterios de eficacia y efectividad).

4. *La Terapia Cognitivo-Conductual en la actualidad.*

En la actualidad se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad y otras, en donde el terapeuta y el paciente colaboran para identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas.

Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta (Clark, 1995, citado por Caro, 2002). Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías (Beck, 2001).

La TCC investiga como aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

Considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento , es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y

cultural posterior donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar y resultado de ellas aprendemos pautas de comportamiento tanto beneficiosas como perjudiciales.

Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández, 2007 citado en Hernández & Sánchez, 2007).

La hipótesis básicas de las terapia cognitivo-conductual sostiene la existencia de una interdependencia entre pensamiento-----emoción-----conducta. No se plantea un vínculo lineal sino más bien sino una relación de interconexión e influencia mutua. Es decir que lo que pensamos afectara nuestro estado anímico y nuestras acciones; de igual forma dichas acciones y emociones afectarán nuestro pensamiento (Rodríguez y Vetere, 2011).

La TCC sostiene un modelo de diátesis-estrés en el desarrollo de ciertas psicopatologías. La predisposición biológica y las experiencias tempranas interactúan en la conformación de un nivel vulnerabilidad sobre ciertas afecciones. Estas variables se les pueden denominar como factores predisponente No obstante, se necesita de ciertos factores precipitantes para que se desencadene una enfermedad. Tanto los factores biológicos como ambientales promueven la construcción de esquemas y modos (nivel de vulnerabilidad) que son activados por circunstancias específicas. Así mismo

estos factores poseen un peso diferente para cada paciente y contribuyen de diversas maneras en la génesis del cuadro clínico (Rodríguez y Vetere, 2011).

La secuencia interpretativa cognitiva conductual ante problemas se puede esquematizar de la siguiente forma:

SITUACIÓN ----PENSAMIENTOS--- ACCIONES ---SENTIMIENTOS.

La Terapia Cognitivo Conductual que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck ,1964).

Beck, Emery, Rush y Shaw, (2002), señalan que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos.

La psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las

pautas automáticas del pensamiento (Hernández 2007, citado en Hernández y Sánchez, 2007).

La finalidad de la terapia cognitivo conductual es ayudar a las personas a cuestionarse sus creencias negativas y a pensar de manera más realista, de tal forma que puedan iniciar un cambio psicológico orientado a la mejora personal. Proporciona al paciente -dentro de un plazo limitado- las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida. Una vez finalizada la terapia el paciente, tanto con patologías psíquicas como neurosis, tendrá las herramientas para afrontar sus dificultades cotidianas con éxito.

La TCC ayudan a entender problemas complejos situaciones difíciles, y hechos extremos los cuales van ligados en: Pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Los cuales se reflejan de una manera positiva o negativa dependiendo en el contexto que se traten.

La TCC facilitan cambio de la forma de pensar (cognitivo), como actúa (conductual) estos cambios ayudan a sentirse mejor. A diferencias de otras terapias habladas, la TCC se centra en problemas y dificultades del aquí y el ahora, no de su angustia o síntomas del pasado.

De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.

- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. (Lega, Caballo & Ellis, 2002).
- El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos.

El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: (Beck, 2006)

- Control de los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas.

Rodríguez y Vetere (2011) señalan que existen tres principios básicos en el proceso terapéutico de la TCC, las cuales son:

1. Empirismo Colaborativo: se refiere a la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente durante el tratamiento, la misma se basa en un vínculo en donde ambos son miembros de un equipo que trabajan en forma colaborativa en la búsqueda de soluciones.

2. Descubrimiento Guiado: se refiere a una estrategia que describe como conceptualiza la TCC el aprendizaje. Este método promueve que el nuevo conocimiento sea construido por el propio paciente, siendo éste el que descubre por su cuenta una nueva forma de interpretar lo que sucede, nuevas estrategias para enfrentar su problema.
3. Diálogo Socrático: se refiere a un método de indagación que persigue diversos objetivos. En primer lugar permite explorar la interpretación que el paciente otorga a sus experiencias. En segundo lugar permite examinar la flexibilidad cognitiva del paciente, desarrollar explicaciones alternativas, generar disonancia y permite iniciar un proceso de difusión cognitiva (tendencia a considerar nuestros pensamientos como realidades de hecho, imágenes fidedignas de la realidad y no como una forma de interpretar y ver dicha realidad).

Existen cinco zonas importantes de la terapia cognitiva conductual, basada en la relación con otras personas y ayuda a ver cómo pueden hacer que la persona se sientan mejor o peor:

1. Situación vital: relaciones o problemas día a día
2. Alteraciones del pensamiento
3. Alteraciones de los sentimientos o emociones
4. Alteraciones de los síntomas físicos
5. Alteraciones del comportamiento.

5. Características de la (TCC)

Es de corta duración, los consultantes pueden ser desde una persona hasta un grupo, está orientada al presente, la reflexión sobre el pasado solo se hace para generar cambios en el mismo presente en pro de una vida más plena, es activa-directa los cambios requieren compromiso y un rol protagónico.

Autores como Persons, Burns y Perloff (1988), han demostrado la eficacia de las terapias cognitivas en con pacientes con distintos niveles de educación, ingreso y estrato social. Este abordaje ha sido adaptado para pacientes de todas las edades, desde los preescolares hasta ancianos y en diversas modalidades, tanto grupales como individuales (Beck, J. 1998).

Según Graham, Annis, Brett y Venesoen (1996), no se han encontrados evidencias significativas entre la aplicación de la terapia cognitiva-conductual grupal o individual. Diversos estudios han demostrado su efectividad tanto a nivel grupal e individual (Pedrero y col., 2008).

En relación al tiempo del tratamiento Baker, Boggs y Lewin (2001), sugieren que la TCC breve de 2 a 4 sesiones, ha mostrado su eficacia en diversos abordajes clínicos, tales como depresión, conductas de riesgo, malestar psicológicos, entre otros.

Pedrero y col., (2008) señalan que entre las características generales de las TCC se encuentran:

- Centra el abordaje en los problemas actuales.
- Establece metas realistas y consensuadas con el paciente.
- Busca resultados rápidos para los problemas más urgentes.

- Emplea técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad del paciente para manejar sus propios problemas.

6. Principios de la terapia cognitivo-conductual

Los principios básicos de la Terapia de Conducta son cuatro:

1. Todas las conductas se aprenden y se mantienen de la misma forma; así, los mismos procedimientos que afectan y alteran a las conductas normales son útiles para modificar las conductas inadaptadas.
2. El ambiente, el entorno en que se manifiesta una conducta, tiene una influencia importante en el aprendizaje y mantenimiento de todas las conductas: la intervención sobre el ambiente puede modificar conductas desadaptadas.
3. El objetivo del tratamiento psicológico es la conducta alterada o desadaptada. Es necesario identificarla bien y analizar la relación que tiene con condiciones precipitadoras (que a veces son el mismo trastorno) y conocer bien las consecuencias que se derivan, con tal de establecer bien los objetivos.
4. Los planteamientos y los procedimientos de la Terapia de Conducta se fundamentan en el método científico.

La Terapia Cognitiva-Conductual toma en cuenta los métodos siguientes:

- a. Se focaliza en el comportamiento y el pensamiento
- b. Está orientada hacia el presente
- c. Utiliza terapias a corto plazo

- d. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos
- e. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.
- f. Tiende a fomentar la independencia del paciente.
- g. Está centrada en los síntomas y su resolución.
- h. Rechaza el principio de sustitución de síntomas.
- i. Pone el énfasis en el cambio.
- j. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias.
- k. Se centra en la resolución de problemas.
- l. Utiliza planes de tratamiento.
- m. Propone una continuidad temática entre las sesiones.
- n. Desmitifica la terapia.

7. Estructuración de las Terapia

En el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, el terapeuta desarrolla un plan general y uno específico para cada sesión. El plan terapéutico consta de tres fases:

1. *Fase inicial:* En esta fase el terapeuta planifica un número de metas, establece una fuerte alianza terapéutica, identifica las metas del paciente, enseña al paciente el modelo cognitivo-conductual, lograr activar y motivar al paciente, elabora una agenda terapéutica, educa al paciente sobre su trastorno y le enseña a reconocer, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos; familiariza al paciente con las tareas en casa y con el proceso de retroalimentación de cómo se siente y que espera de

la terapia. Durante esta fase el terapeuta es más directivo y sugiere los puntos a tratar y las tareas.

2. *Fase intermedia:* En esta fase el terapeuta continua trabajando sobre los objetivos iniciales de la terapia. De igual forma hace énfasis en identificar, evaluar y modificar las creencias del paciente; utiliza técnicas racionales y motivas para facilitar la modificación de creencias. Durante esta fase el terapeuta ayuda al paciente a reformular sus metas y le enseña habilidades para alcanzar sus metas.
3. *Fase final:* En esta fase el énfasis del tratamiento se enfoca en preparar al paciente para culminar del tratamiento y prepararlo para posibles recaídas. En esta última fase el paciente se vuelve más activo, toma la iniciativa de elaborar la agenda de la sesión, es capaz de sugerir soluciones e inclusive sugiere las tareas para la casa.

8. Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

Según Kendall (1990, 1994), algunas de las estrategias básicas a utilizar en un programa cognitivo-conductuales para la ansiedad son:

- Modelado
- Exposición en vivo
- Role Playing
- Relajación
- Autoinstrucciones
- Refuerzo contingente.

Elia Roca (2015), señala que algunas estrategias de la terapia cognitiva conductual en los trastornos de pánico y ansiedad son:

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Respiración diafragmática, como técnica de afrontamiento de la ansiedad y el pánico.
- Alguna forma de exposición a estímulos internos, externos o ambos.
- Tareas para la casa que van variando a lo largo de la terapia, y que incluyen autoregistros, prácticas de técnicas y ejercicios diversos.

A continuación, detallaremos algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual:

1. Reestructuración cognitiva: Esta técnica consiste en que el paciente reconozca su malestar y logre evaluar de forma lógica sus conductas, buscando alternativas adaptativas ante las diversas situaciones. Este modelo se basa en los supuestos teóricos: a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos; b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas; y c) Es posible modificar

las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en que se basa la reestructuración cognitiva ha sido denominado modelo A-B-C de Ellis. Bados y García (2010).

2. **Relajación:** Es una de las técnicas más utilizada en intervenciones psicológicas, son muy pocos los problemas a nivel psicológicos en las que no se puede utilizar esta técnica. Dentro del enfoque cognitivo-conductual existen diversos ejercicios de relajación, sin embargo los de mayor relevancia son el Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson y Entrenamiento en Relajación Autógena. Los cambios producidos por la relajación están basados en el equilibrio de las dos ramas del Sistema Nervioso Central; la rama simpática (funciones de alerta, ritmo cardiaco, respiratorio, entre otras) y la parasimpática (funciones de ahorro y reposo). Entre los beneficios de la relajación están disminución de la presión arterial, aumento de serotonina, disminución de la adrenalina y noradrenalina, y otras.

(www.psicologia.isipedia.com)

3. **Técnicas de Afrontamiento:** Esta técnica tiene como objetivo analizar cómo se enfrenta el individuo ante situaciones estresantes determinadas, tales como enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo, sucesos vitales estresantes como un diagnóstico de infertilidad (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar de la mejor manera posible (reduciendo, minimizando, controlando, tolerando) las demandas internas y ambientales.

Lazarus (2000) definen el afrontamiento como:

“Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas con excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”
(Lazarus y Folkman en Lazarus, 2000).

Las técnicas de afrontamiento están moduladas por factores internos (personalidad, estilos habituales de afrontamiento) y factores externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes). Lo que se busca con la terapia es que el paciente identifique y evalúe su estilo de afrontamiento en término de los resultados que obtiene de ellos. El terapeuta ofrecerá alternativas de afrontamientos más efectivas, tales como entrenamiento en asertividad, resolución de problemas y /o entrenamiento en autoinstrucciones.

4. Resolución de problemas: Esta técnica está dirigida a incrementar la habilidad del paciente en la resolución de los problemas cotidianos y poner en marcha estilos de afrontamientos más eficientes. El entrenamiento en esta técnica permite al paciente identificar, definir el problema y establecer metas más realistas. De igual forma la resolución de problemas ayuda al paciente a mejorar su estado anímico, autoeficacia, autoestima. Entre las estrategias que se utilizan están la psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas, tareas entre sesiones; la terapia puede ser individual o grupal. (www.psicologia.isipedia.com)

La TCC beneficia los procesos de cambio conductual que garantiza la prevención de los trastornos y promueve estilos de vida más saludables, permitiendo al paciente una visión de sí mismo hacia la realización y el bienestar. La TCC facilita al individuo

romper pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos que no le permiten un crecimiento pleno. La terapia lleva a la persona a un punto donde puede elaborar sus propias ideas para enfrentar los problemas, y es efectiva si el paciente toma sus metas propuestas mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema:

El problema de investigación que se plantea y que esperamos aclarar con el análisis de los resultados obtenidos es el siguiente:

¿Las madres de niños con Trastornos del Espectro Autista disminuirán sus síntomas de ansiedad clínicamente significativa al concluir la psicoterapia cognitivo-conductual mixta?

2. Justificación

El autismo es una condición que aumenta de gran manera alrededor del mundo. En estudios realizados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América reunió datos de niños diagnosticados con autismo de diversas comunidades y orígenes étnicos que en 2014 cumplieron 8 años, encontró que 1 de cada 68 niños tiene alguno de los trastornos del espectro autista (TEA).

El anterior informe del CDC sobre prevalencia del autismo, basado en datos de niños que en 2012 cumplieron 8 años, mostró que 1 de cada 88 niños tenía algún trastorno autista. Lo que nos sugiere que ha habido un incremento del 30% en los últimos años.

Estudios en Asia, Europa y Norteamérica han identificado a personas con trastorno del espectro autista con una prevalencia aproximada de 1%. Entre el 2006 y el 2008 aproximadamente 1 de cada 6 niños en los EE. UU. tenía una discapacidad del desarrollo que variaban desde discapacidades leves como dificultades del habla y del lenguaje hasta graves discapacidades del desarrollo, como discapacidad intelectual, parálisis cerebral infantil y autismo.

Panamá no escapa a esta realidad, aunque no se cuenta con una estadística nacional, se estima que entre el 2014 y el 2016, en las instalaciones de salud pública del país se atendieron 629 personas con autismo (473 hombres y 156 mujeres), la mayoría de los casos estaban entre los rangos de edad de 1 a 4 años, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años de edad, de acuerdo con la información recopilada por el Sistema de Estadísticas de Salud (SIES) del Ministerio de Salud. En nuestro país se estima que 1 de cada 150 niños en Panamá, nacen con la condición del Trastorno del Espectro Autista.

De acuerdo al departamento de estadísticas del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), al 31 de diciembre del 2015 recibieron atención un total de 557 estudiantes con trastornos del espectro autista a nivel nacional; 197 casos más en comparación a la población atendida en el 2013 por el IPHE, lo que indica un aumento de los casos detectados. Mientras que el Centro Ann Sullivan de Panamá (CASPAN) mantenía una población de 76 alumnos y tenía la expectativa de cerrar el año 2013 con unos 150 alumnos, lo que representaba su capacidad máxima de atención.

La llegada de un niño (a) a la familia es un acontecimiento inolvidable en la mayoría de los casos, sin embargo el significado del nacimiento varia en relación a las creencias, sistema de valores, ideas religiosas y tradiciones. Cuando se espera un hijo (a) los padres forman un mundo imaginario en la cual su hijo se va a desarrollar y va a llevar a cabo todas esas ilusiones y sueños que los padres no pudieron realizar (Gante, 1989).

Para la mujer el nacimiento de un hijo significa un sentido de plenitud, de satisfacción personal no solo por el deseo del niño mismo, sino también porque el niño

se convierte en la prolongación familiar y la eleva al “status de madre familia, tan gratificado por la sociedad.

Ante el diagnóstico de TEA los padres entran en un estado de shock debido a la gravedad y también a lo inesperado del mismo; para los padres es inconcebible que este ser que ha evolucionado durante sus primeros años de vida dentro de los parámetros “normales” presente una discapacidad. Los padres por lo general quedan paralizados y desconcertados.

El tiempo y energía que requiere la convivencia con un niño con TEA causa muchas tensiones familiares, ya que existe la incertidumbre respecto a que si este niño (a) con necesidades educativas especiales logrará encontrar un lugar en la familia y la sociedad (Ávila y Soliz, 2006). Las características clínicas de los TEA suponen una constante fuente de estrés en el cuidador y la familia (Senel y Hakkok, 1996).

Varios estudios señalan que cuando un hijo tiene una condición especial, en la mayoría de los casos, es la madre quien asume el rol principal en el cuidado del niño, relegando muchas veces sus propias necesidades familiares, sociales y profesionales para dedicarse únicamente a su hijo. Esta actividad privada y no remunerada genera muchas repercusiones en la salud física y mental del cuidador (Seguí, Ortiz y De Diego, 2008).

Piven y Palmer (1999) Las madres de niños con retrasos en el desarrollo presentan mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión que las madres de niños con otros tipos de discapacidad, debido a las grandes demandas en los cuidados del niño (a) y son un factor de riesgo para la salud física y mental. En un estudio realizado

por Weiss, M.J. (2002) se obtuvieron mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y síntomas somáticos que en madres de niños con autismo que en madres de niños con retraso mental y madres de niños sanos o sin discapacidad.

En Panamá, el abordaje de las condiciones de discapacidad se ha centrado en la persona que presenta discapacidad. Algunas organizaciones como Piero Rafael de la Hoz, Soy Capaz y otros a nivel privado brindan acompañamiento a los padres con orientaciones o grupos de apoyo sobre el manejo de la persona con TEA. A nivel gubernamental sólo existen servicios de orientación psicológica y social basados principalmente en ayudar a que la persona con discapacidad logre incluirse activamente, mas no se cuenta con programas terapéuticos dirigidos a padres con la finalidad de acompañarlos en el proceso de adaptación que conlleva la condición de discapacidad de sus hijos.

Diversos estudios plantean la necesidad de que a las familias y en especial a aquellas personas que desempeña el rol cuidador, se les brinde asistencia mental y social para ayudarles en el difícil manejo de las situaciones de conflictos derivadas del cuidado de la persona con TEA (Seguí, Ortis y De Diego, 2008). De igual forma en un estudio realizado por Pozo, Sarría y Méndez, (2006) sugieren que los profesionales de la psicología que intervienen en el trabajo con familias con hijos con TEA, deben contribuir en facilitar los procesos de adaptación y a mejorar la calidad de vida de las familias. Doyle y Doyle (2005) sugieren que los grupos de apoyos de familias con TEA, les permite a los participantes socializar y hacer nuevos amigos que entienden sus asuntos.

A lo largo de la revisión bibliográfica, diversos autores señalan que la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento de elección preferencial y uno de los más

eficaces para mejorar los síntomas de ansiedad (Greenberger, D., Padesky, C., 2016). La terapia cognitivo-conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado de tiempo limitado que provee de herramientas al paciente para afrontar de manera más realista las situaciones que le generan ansiedad.

3 Objetivos de la Investigación

3.1 Objetivos Generales

- a. Identificar los factores de riesgo que afectan a las madres de familia por la llegada de un hijo con un diagnóstico de discapacidad
- b. Describir las características de las mujeres con síntomas de ansiedad asociados a la condición de discapacidad de sus hijos.
- c. Reconocer la efectividad de psicoterapia cognitiva-conductual mixta en la disminución de los síntomas de ansiedad en madres de personas con Trastorno del Espectro Autista.
- d. Brindar tratamiento psicológico a través de un programa de intervención cognitivo-conductual mixto a madres con ansiedad clínicamente significativa asociada a la condición de discapacidad de sus hijos.

3.2 Objetivos Específicos:

- a. Describir los factores de riesgo que afectan a las madres del estudio ante el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.
- b. Evaluar mediante entrevista clínica los síntomas de ansiedad de las mujeres que participen en el estudio.
- c. Diseñar una estrategia de intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual mixta (individual y grupal).

- d. Describir las sesiones de la terapia cognitivo-conductual mixta en las madres de personas con TEA que presentan ansiedad clínicamente significativa.
- e. Validar la efectividad del programa de intervención psicoterapéutico cognitivo-conductual mixta aplicada a mujeres con trastorno de ansiedad.
- f. Realizar prueba de hipótesis para cada una de las variables del estudio.
- g. Presentar resultados y conclusiones de este estudio.

4. Preguntas de Investigación:

- a. ¿Cuáles son los factores de riesgo que afectan a las madres de familia que acuden al Programa de Autismo ante la llegada de un hijo con un diagnóstico de discapacidad?
- b. ¿Cómo se verían beneficiados estas madres al proponer a la Dirección General del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), la necesidad de que se incorpore un programa en Terapia Familiar o que a través del Departamento de Escuela para padres, se incluya la intervención de psicólogo familiar implementando el enfoque sistémico-holístico en función de familias en crisis por tales situaciones que no pueden superar?
- c. En el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, ¿será conveniente que se implemente un modelo de atención o programa en Terapia Familiar asistido por un equipo interdisciplinario, para el trabajo directo con padres de familia que están afectados por el impacto del diagnóstico de discapacidad y que el mismo repercute en desmejorar la calidad de vida?

5. Hipótesis

5.1 Hipótesis de Investigación

Se han planteado las siguientes hipótesis de investigación:

Ho: No existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad de las madres con hijos con Trastorno del Espectro Autista que participan del programa de intervención psicoterapéutico cognitivo-conductual mixta.

Hi: Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad de las madres con hijos con Trastorno del Espectro Autista que participan del programa de intervención psicoterapéutico cognitivo-conductual mixta.

5.2 Hipótesis Estadística

Pretest del Grupo Experimental y Pretest del Grupo Control

a. Hipótesis Estadística N 1 Pretest Grupo Experimental vs Grupo Control

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

Ho Pretest GE = Pretest GC

Hi Pretest GE $\neq$ Pretest GC

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

H₀ Pretest GE = Pretest GC

H₁ Pretest GE $\neq$ Pretest GC

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₀ Pretest GE = Pretest GC

H₁ Pretest GE $\neq$ Pretest GC

Pretest y Posttest del Grupo Experimental

- b.** Hipótesis Estadística N° 2 Pretest Grupo Experimental vs Posttest Grupo Experimental.

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad Rasgo del IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad Rasgo del IDARE.

H₀ Pretest GE = Posttest GE

H₁ Pretest GE $\neq$ Posttest GE

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad Estado del IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad Estado del IDARE.

H₀ Pretest GE = Postest GE

H₁ Pretest GE ≠ Postest GE

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el posttest del grupo experimental para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₀ Pretest GE = Postest GE

H₁ Pretest GE ≠ Postest GE

Pretest y Posttest del Grupo Control

c. Hipótesis Estadística N° 3 Pretest Grupo Control vs Posttest Grupo Control.

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad Rasgo del IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad Rasgo del IDARE.

H₀ Pretest GC = Postest GC

H₁ Pretest GC ≠ Postest GC

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad Estado del IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad Estado del IDARE.

H₀ Pretest GC = Postest GC

H_i Pretest GC ≠ Postest GC

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo control y el posttest del grupo control para el Inventario de Ansiedad de Halmiton.

H₀ Pretest GC = Postest GC

H_i Pretest GC ≠ Postest GC

6. Variables:

6.1 Variable Independiente: Psicoterapia cognitiva-conductual mixta (individual y grupal)

6.2 Variable Dependiente: Ansiedad

7. Definición de las Variables:

7.1 Definición conceptual de la variable independiente:

Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta

Es una técnica de tratamiento en la que el paciente es integrado a un conjunto de otros pacientes y con un profesional como punto de referencia, cuyo propósito es potencializar en un abordaje tanto individual como grupal mejores estilos de afrontamiento ante las situaciones estresantes y por ende, favorecer la calidad de vida del paciente.

La terapia cognitivo-conductuales es una intervención terapéutica dirigida a identificar y cambiar las ideas erróneas o pensamientos automáticos (aspectos cognitivos) y las conductas no deseadas, limitadas o condicionales por la ansiedad, el temor (aspectos cognitivos) que contribuyen a generar síntomas y signos que propician el desarrollo y mantenimiento de los estados de ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual suele combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación, estrategias de afrontamiento, técnica de resolución de problemas y tareas de autoayuda

La terapia cognitivo-conductual enfoca la atención en los problemas del “aquí y el ahora”, en lugar de centrarse en la causa de la angustia o síntomas del pasado, busca maneras de mejorar el estado anímico del presente (Barlow y Lehman, 1996).

La intervención psicoterapeuta cognitivo-conductual tiene abordaje tanto individuales como grupales. Se ha comprobado que no existe diferencias significativas en el abordaje individual o grupal en la terapia cognitivo-conductual (Beck, J.1998; Pedrero y col. 2008).

7.2 Definición operacional de la variable independiente:

Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta

Aplicación de la Psicoterapia cognitivo-conductual mixta para disminuir los niveles de ansiedad en el grupo experimental. La terapia consistió de cuatro módulos (reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas) que se desarrollaron a través de 10 sesiones terapéuticas de tipo mixta, dos veces por semana.

- Sesiones individuales: se realizaron 6 sesiones individuales de 60 minutos cada una.
- Sesiones Grupales: se realizaron 4 sesiones grupales de dos horas aproximadamente cada una.

Para recabar la información de la población se llevó a cabo una entrevista clínica completa y se brindó seguimiento una vez concluida la terapia.

7.3 Definición conceptual de la variable dependiente:

Ansiedad

Estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, intensa aprensión, preocupación y activación del sistema nervioso autónomo, en el cual el nivel de funcionamiento físico y psicológico normal es perturbado (Spielberger, 1972).

De acuerdo a Navarrete (2013) la ansiedad es producida por uno o varios estímulos, sin que la persona se percate de ellos. Se refleja en la apariencia de la persona por lo que se considera tres aspectos fundamentales: físicos (mareos, insomnio, temblores, entre otros); cognitivo (preocupación excesiva, inseguridad, temor, dificultad para encontrar soluciones y otras) y conductuales (alteraciones en el estado de ánimo, acciones compulsivas como beber, fumar, comer en exceso).

7.4 Definición operacional de la variable dependiente:

Ansiedad

Una puntuación igual o mayor a 45 puntos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Una puntuación de igual o mayor de 15 en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

8. Tipo de Investigación:

Se trata de una investigación cuasi-experimental con un grupo experimental y un grupo control en lista de espera y estudio de caso. Asimismo este estudio tiene una naturaleza descriptiva, ya que pretende explicar los fenómenos alrededor de la problemática a estudiar (Hernández Sampieri, 2014).

9. Diseño de Investigación:

De acuerdo con Campbell y Stanley (1978) el diseño es cuasi-experimental con pre-prueba y post prueba con un grupo control en lista de espera y estudio de casos, es el que se utilizó para esta investigación. Al grupo experimental y al grupo control se les aplicará el Inventario de Ansiedad (Rasgo-Estado) IDARE y la Escala de Ansiedad de Hamilton a fin de determinar el grado de manifestación de los estados ansiedad.

Los diseños con pretest, posttest y grupo control en lista de espera, consiste de un mínimo de dos grupos, en donde el grupo experimental recibe el tratamiento, mientras que el grupo control no recibió la terapia; la característica principal de este diseño es que los sujetos son evaluados antes y después de la intervención terapéutica, de esta forma el efecto de la intervención se refleja en la cantidad de cambios de la evolución pretest a posted (Kazdin, 2001).

Al mes de haber concluido la psicoterapia cognitivo-conductual al grupo experimental, se procedió a realizar una prueba post-test a ambos grupos con la finalidad de conocer si existió cambios significativos entre los mismos.

Una vez concluido el proceso de estudio inicial, por consideraciones de ética de investigación se le brindó al grupo control en lista de espera el mismo tratamiento que al grupo experimental. Los resultados del tratamiento al grupo control no se presentarán en esta investigación.

El diseño puede representarse de la siguiente forma:

<u>G₁</u>	<u>Pretest</u>	<u>X</u>	<u>Posttest</u>
G ₂	Pretest	0	Posttest

Donde,

G₁ = Grupo Experimental

G₂= Grupo Control en lista de espera

Pretest= Primera evaluación de la variable dependiente

X= Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Mixta

0= Ausencia de Intervención

Posttest= Segunda evaluación de la variable dependiente

10. Diseño Estadístico:

Los datos obtenidos se analizaron a través de estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados fueron sometidos a prueba de hipótesis mediante estadísticas No Paramétricas, con la Prueba de Rangos Signados de Wilcoxon y la

Prueba de U de Mann-Whitney para muestras relacionadas. Los datos se procesaron a través del Programa Estadístico XLSTAT versión 2017 para Windows.

11. Población y Muestra

11.1 Población:

La población del estudio estuvo constituida por madres de personas con Trastorno del Espectro Autista que asistían al Programa de Autismo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial en Betania.

11.2 Muestra:

La muestra estuvo conformada por madres que presentaban una sintomatología de ansiedad clínicamente significativa, es decir aquellos que obtuvieron un igual o mayor a 45 puntos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y una puntuación igual o mayor a 15 en la Escala de Ansiedad de Halmiton, fueron seleccionadas intencionalmente, es decir, todas aquellas que presentaban los criterios de inclusión. Posteriormente los sujetos fueron seleccionados en el grupo experimental o en el grupo control mediante un muestreo aleatorio.

Se seleccionaron aquellas madres que asisten a las aulas especiales cuyos hijos se encontraban entre las edades de 4 a 11 años.

Se realizó una cita con la directora del Programa de Autismo, la Prof. Rosaura Alvarado, quien nos puso en contacto con las docentes de las aulas especiales del programa. Los salones de aula especial contaban hasta el momento de la investigación con aproximadamente 50 estudiantes (algunos estudiantes asistían de manera regular y otros tenían horarios especiales).

Posteriormente se les comunico a las madres de las aulas especiales, la propuesta de investigación.

12. Criterios de Selección de la Muestra

- a. Ser mujer de 25 a 45 años.
- b. Ser la madre biológica del menor con Trastorno del Espectro Autista.
- c. Presentar ansiedad significativa en el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y en la Escala de Ansiedad de Halmiton.
- d. Firma del consentimiento informado y compromiso a culminar las terapias.
- e. No estar participando en otra psicoterapia.

13. Criterios de Exclusión:

- a. Ser tutor, padre o pariente cercano con custodia del menor.
- b. Tener una edad menor de 25 años y mayor de 45 años.
- c. El diagnóstico del menor este en estudio por sospecha de Autismo.
- d. No presentar una sintomatología significativa para la ansiedad.
- e. La no aceptación y falta de compromiso para cumplir con las terapias.

14. Criterios de Eliminación

- a. No concluir la terapia.
- b. Muerte del participante o hijo con discapacidad.
- c. Retirada del menor del Programa de Autismo

15. Instrumentos de Medición y Evaluación:

Para esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas para recolectar los datos:

15.1 *Entrevista Clínica:*

La entrevista clínica es una herramienta que nos proporciona información de antecedentes del paciente y sirve de guía para establecer un diagnóstico, crear y mantener la relación interpersonal, comprometer al paciente con la terapia y responder a las expectativas del paciente. (Compas, B., 2003).

La entrevista se realizó con el objetivo de conocer los antecedentes de los sujetos de estudio, captar la existencia de síntomas de ansiedad para establecer los criterios diagnósticos y conocer el estado mental de la persona. De igual forma durante la entrevista se le explicó al paciente sobre la investigación, sus fines, la confidencialidad y el consentimiento informado.

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

El IDARE es un inventario elaborado por C.D. Spielberger, A. Martínez Urrutia, F. González, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero, que consiste en dos escalas separadas de autoevaluación para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1 ansiedad –rasgo y 2 ansiedad-estado.

Consta con un total de 40 ítems con respuestas tipo Likert. Veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad rasgo (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad – estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para la calificación de la prueba se utiliza una plantilla para cada escala, donde aparecen impreso los valores numéricos de las respuestas, estos son sumados y los valores totales son ubicados en la tabla de puntuaciones normalizadas, las puntuaciones finales obtenidas representan:

PUNTUACIONES	INTERPRETACIÓN
De 20 a 31	Muy Baja
De 32 a 44	Baja
De 45 a 55	Media
De 56 a 67	Alta
De 68 a 80	Muy Alta

15.3 Escala de Ansiedad de Hamilton

Esta Escala fue elaborada por Max Hamilton en 1959, se trata de una escala heteroaplicada para medir la ansiedad, que consta de 14 ítems, cada ítem se valora de 0 a 4 puntos, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de

0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática.

Los datos normativos para esta prueba presentan una media 21.2 para sujetos ansiosos, una desviación estándar de 6.2 y una validez concurrente de 0.84 (Barrios, 2005).

Interpretación de las puntuaciones:

- 0-5 No ansiedad
- 6-14 Ansiedad menor
- 15 o más Ansiedad clínicamente manifiesta

16. Limitaciones de la Investigación

Entre las limitaciones durante el desarrollo del proceso de esta investigación podemos mencionar lo siguiente:

Todas las madres estaban dispuestas a participar, sin embargo por la falta de tiempo debido a los múltiples compromisos a nivel terapéutico del estudiante (psicología, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, trabajo social, fisiatría, paidopsiquiatría y equinoterapia) y en ausencia de un familiar o un tutor que apoyara en el cuidado del menor, muchas de estas madres no pudieron participar en la investigación.

Debido a los compromisos de las madres, se coordinó con el equipo técnico del Programa de Autismo para que en los espacios terapéuticos de las madres, los menores se encontraran atendidos en algunas de las áreas de habilitación. No obstante, cuando las terapias eran grupales el nivel de coordinación con terapeutas y familiares demandaba mucho compromiso tanto del investigador como de las madres.

Es por esta razón que el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual mixto fue el más apropiado para el abordaje con este grupo de madres.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados y discusión de esta investigación serán presentados en dos secciones, en la primera se describen las generalidades de la muestras tomando en cuenta los aspectos demográficos y en la segunda, se presentan la prueba de hipótesis y el análisis de los resultados obtenidos a través de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra estudiada es homogénea en cuanto a la sintomatología ansiosa.

A continuación, presentamos los datos del Grupo Experimental (GE) y del Grupo Control (GC).

Tabla No. 1

Datos Sociodemográficos del Grupo Experimental

SUJETO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	CANTIDAD DE HIJOS	EDAD DEL HIJO (A) CON TEA	SEXO DEL HIJO (A) CON TEA
1	25	Secundaria Completa	Separada	2	4	M
2	29	Universitaria	Unida	1	8	F
3	26	Secundaria Completa	Separada	1	5	M
4	38	Maestría	Casada	2	9	M
5	33	Universitaria	Divorciada	2	4	F
6	34	Universitaria	Casada	2	7	M
7	40	Maestría	Divorciada	1	6	M
8	27	Secundaria Completa	Soltera	2	9	F
9	35	Universitaria	Unida	2	11	M
10	43	Secundaria Incompleta	Unida	3	5	M

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Como podemos observar en la Tabla No. 1 la muestra estuvo conformada por 10 mujeres, lo que corresponde al 100% de la muestra. La edad de los sujetos está entre los 25 y 45 años.

En el nivel de escolaridad fue: un sujeto (10%) Secundaria Incompleta, dos sujetos (20%) Maestría, 3 sujetos (30%) Secundaria Completa y 4 sujetos (40%) universitarios.

En relación al estado civil un sujeto (10%) soltera, dos sujetos (20%) separada, dos sujetos (20%) casada, dos sujetos (20%) divorciada y tres sujetos (30%) unidas.

En cuanto a la cantidad de hijos: un sujeto con tres hijos (10%), 6 sujetos con dos hijos (60%) y 3 sujetos con un hijo (30%).

En la edad de los hijos con TEA los porcentajes fueron: dos sujetos con hijos de 4 años (20%), dos sujetos con hijos de 5 años (20%), dos sujetos con hijos de 9 años (20%), un sujeto con un hijo de 6 años (10%), un sujeto con un hijo de 7 años (10%), un sujeto con un hijo de 8 años (10%) y un sujeto con un hijo de 11 años (10%).

En relación al sexo del hijo con TEA, 7 sujetos con varones (70%) y 3 sujetos con mujeres (30%).

Tabla No. 2**Datos Sociodemográficos del Grupo Control**

SUJETO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	CANTIDAD DE HIJOS	EDAD DEL HIJO (A) CON TEA	SEXO DEL HIJO (A) CON TEA
1	25	Secundaria Completa	Separada	1	6	F
2	29	Universitaria	Unida	2	7	M
3	31	Secundaria Completa	Casada	2	4	F
4	42	Universitaria	Unida	3	5	M
5	30	Secundaria Incompleta	Unida	2	10	M
6	33	Universitaria	Casada	3	4	F
7	44	Maestría	Casada	3	4	F
8	25	Secundaria Incompleta	Soltera	1	5	M
9	39	Universitaria	Divorciada	1	9	M
10	28	Secundaria Completa	Separada	2	8	M

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

En la Tabla No. 2 la muestra que conformo el grupo control estuvo conformada por 10 mujeres, lo que corresponde al 100% de la muestra. La edad de los sujetos oscila entre los 25 y 45 años.

En relación al nivel de escolaridad fue: dos sujetos (20%) secundaria incompleta, tres sujetos (30%) secundaria completa, 4 sujetos (40%) universitarios y 1 sujeto (10%) con maestría.

En cuanto al estado civil: un sujeto (10%) soltera, un sujeto (10%) divorciada, dos sujetos (20%) separada, tres sujetos (30%) casadas y tres sujetos (30%) unidas.

En relación a la cantidad de hijos: tres sujetos con tres hijos (30%), 4 sujetos con dos hijos (40%), 3 sujetos con un hijo (30%).

En la edad de los hijos con TEA los porcentajes fueron: tres sujetos con hijos de 4 años (30%), dos sujetos con hijos de 5 años (20%), un sujeto con hijo de 10 años (10%), un sujeto con un hijo de 9 años (10%), un sujeto con un hijo de 8 años (10%), un sujeto con un hijo de 7 años (10%), un sujeto con un hijo de 6 años (10%).

En relación al sexo del hijo con TEA, 4 sujetos con mujeres (40%) y 6 sujetos con varones (60%).

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS

1.1. Ansiedad

Tabla No. 3

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	45	58	48	46	52	55	57	50	56	45
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	50	58	46	45	56	52	78	55	60	53

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala de Rasgo, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 45 y 58, mientras que el grupo Control tuvo un rango entre 45 y 78. Todos estos puntajes entran en el rango significativo de ansiedad.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 4

Estadística descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE

Ansiedad Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	45.000	58.000	51.200	5.095
Pretest del GC	10	45.000	78.000	55.300	9.332

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

U de Mann Whitney

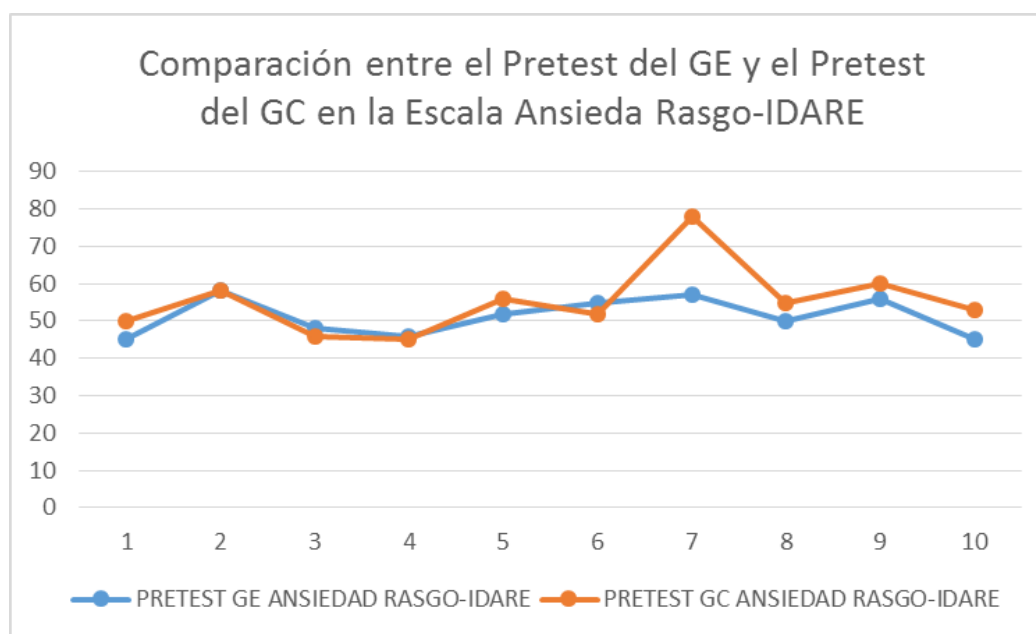
U	37
U (Estandarizada)	0.000
Esperanza	50.000
Varianza	173.684
p-valor (Bilateral)	0.342
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control en la Escala Ansiedad Rasgo-IDARE, no varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es 34.22%.

Gráfica No. 1

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que no existe una diferencia significativa entre el pretest del grupo experimental y pretest del grupo control.

Tabla No. 5

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	50	62	45	50	60	57	60	63	68	59
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	58	66	60	58	61	57	79	62	65	63

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala de Estado, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 45 y 68, mientras que el grupo Control tuvo un rango entre 57 y 79. Todos estos puntajes entran en el rango significativo de ansiedad.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 6

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE

Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	45.000	68.000	57.400	7.027
Pretest del GC	10	57.000	79.000	62.900	6.402

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

U de Mann Whitney

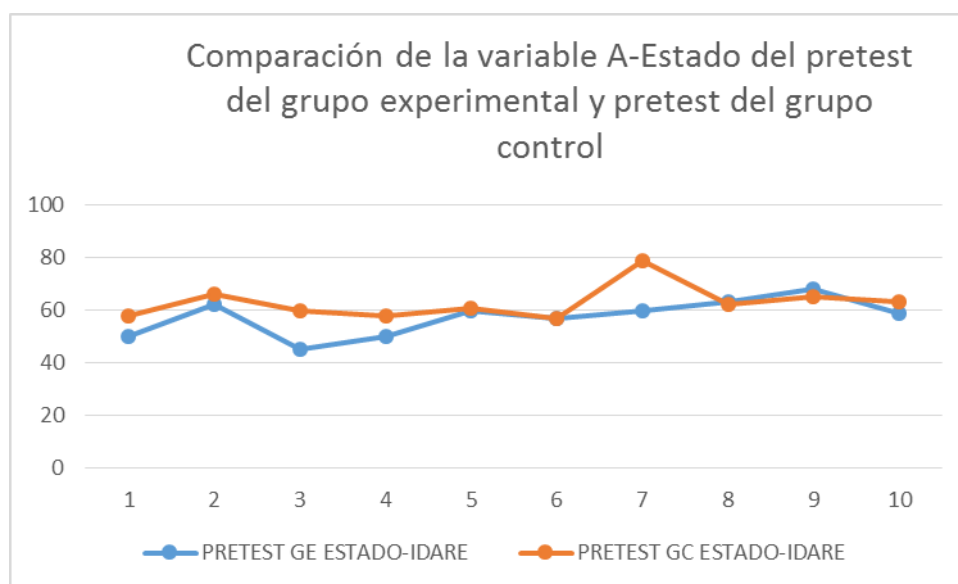
U	31.500
U (Estandarizada)	0.000
Esperanza	50.000
Varianza	173.816
p-valor (Bilateral)	0.170
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control en la Escala Ansiedad Estado-IDARE, no varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es 16.97%.

Gráfica No. 2

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Test IDARE



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que no existe una diferencia significativa entre el pretest del grupo experimental y pretest del grupo control.

Tabla No. 7

Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con la Escala de Hamilton

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	15	20	16	15	17	16	25	18	22	16
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	16	24	15	17	21	16	27	17	15	15

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 15 y 25, mientras que el grupo Control tuvo un rango entre 15 y 27. Todos estos puntajes entran en el rango significativo de ansiedad.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala de Ansiedad de Hamilton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control para la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 8

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con el Hamilton

Ansiedad	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	15.000	25.000	18.000	3.333
Pretest del GC	10	15.000	27.000	18.300	4.244

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

U de Mann Whitney

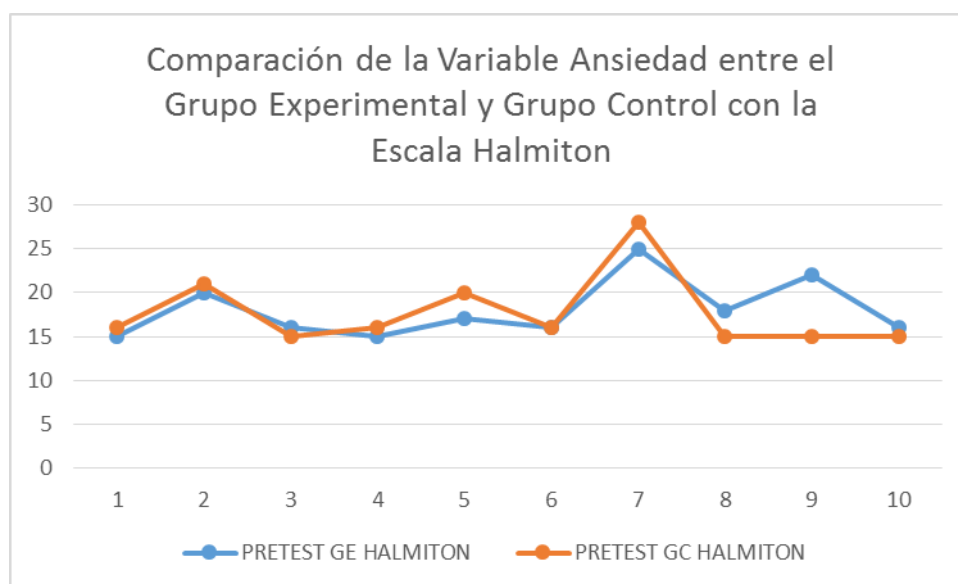
U	52
U (Estandarizada)	0.000
Esperanza	50.000
Varianza	169.211
p-valor (Bilateral)	0.911
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control en la Escala de Ansiedad de Hamilton, no varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es 91.08%.

Gráfica No. 3

Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest del grupo experimental y el grupo control con la Escala de Hamilton



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que no existe una diferencia significativa entre el pretest del grupo experimental y pretest del grupo control.

Tabla No. 9

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y el posttest del grupo experimental con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	45	58	48	46	52	55	57	50	56	45
POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	27	40	34	19	41	40	45	30	42	38

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala Rasgo, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 45 y 58, mientras que el posttest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 19 y 45.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 10

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE

Ansiedad Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	45.000	58.000	51.200	5.095
Posttest del GE	10	19.000	45.000	35.600	8.072

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

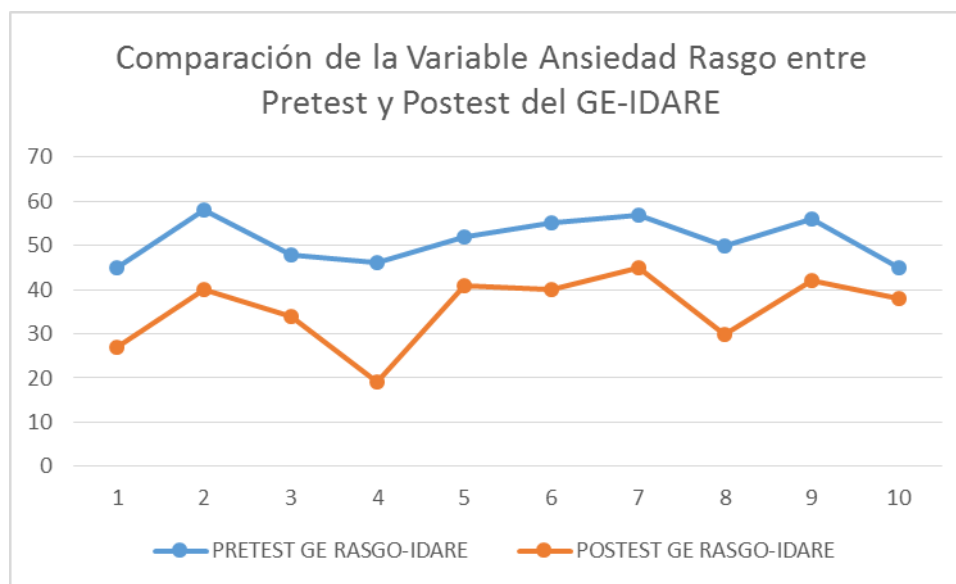
V	55
V (Estandarizada)	2.807
Esperanza	27.500
Varianza	96.000
p-valor (Bilateral)	0.005
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significancia 0.05, se puede rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos de 0.50 %

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y posttest del grupo experimental en la Escala Ansiedad Rasgo-IDARE presentan una variación estadísticamente significativamente. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta.

Gráfica No. 4

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest del grupo experimental una vez culminado la Psicoterapia cognitiva conductual mixta.

Tabla No. 11

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y el posttest del grupo experimental con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	50	62	45	50	60	57	60	63	68	59
POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	32	41	37	31	42	44	46	40	44	43

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala de Estado, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 45 y 68, mientras que el posttest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 31 y 46.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 12

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE

Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	45.000	68.000	57.400	7.027
Posttest del GE	10	31.000	46.000	40.000	5.121

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

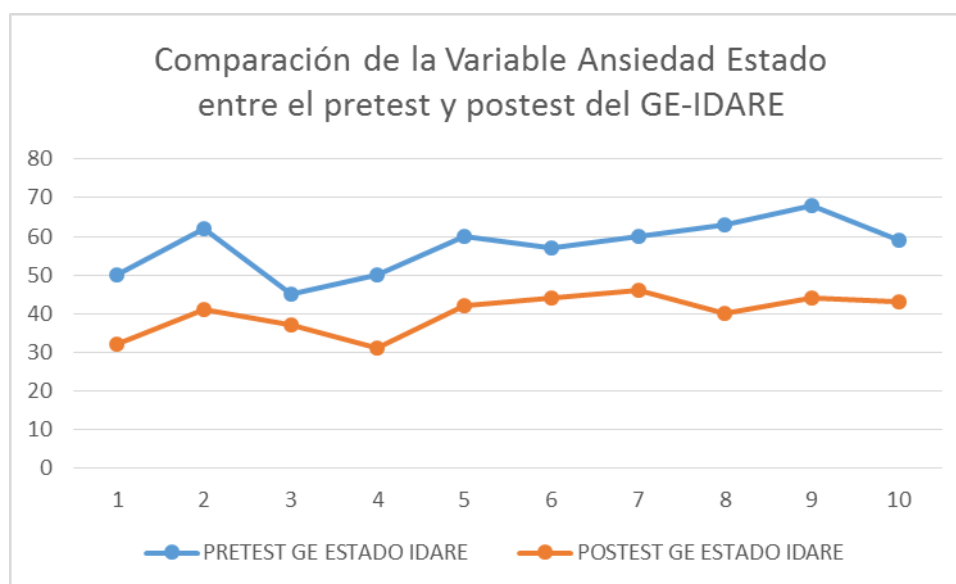
V	55
V (Estandarizada)	2.805
Esperanza	27.500
Varianza	96.125
p-valor (Bilateral)	0.005
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significancia 0.05, se puede rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos de 0.50 %

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y posttest del grupo experimental en la Escala Ansiedad Estado-IDARE presentan una variación estadísticamente significativamente. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta.

Gráfica No. 5

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y posttest del grupo experimental con el Test IDARE



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest del grupo experimental una vez culminado la Psicoterapia cognitiva conductual mixta.

Tabla No. 13

Comparación de la variable Ansiedad entre el pretest y el posttest del grupo experimental con la Escala de Ansiedad de Hamilton

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	15	20	16	15	17	16	25	18	22	16
POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL	8	14	12	5	10	11	15	9	13	6

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, el resultado del pretest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 15 y 25, mientras que el posttest del Grupo Experimental tuvo un rango entre 5 y 15.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad de Hamilton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo experimental para la Escala de Ansiedad Estado de Hamilton.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 14

Estadísticas Descriptiva Comparación de la variable Ansiedad entre los pretest y posttest del grupo experimental con la Escala Hamilton

Ansiedad	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GE	10	15.000	25.000	18.000	3.333
Posttest del GE	10	5.000	15.000	10.300	3.335

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

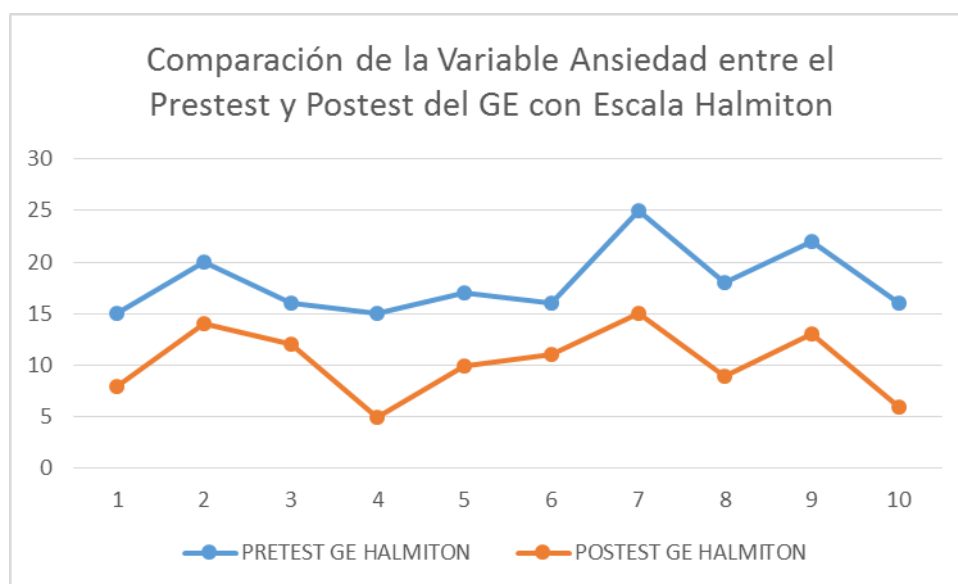
V	55
V (Estandarizada)	2.814
Esperanza	27.500
Varianza	95.500
p-valor (Bilateral)	0.005
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significancia 0.05, se puede rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos de 0.49 %

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y posttest del grupo experimental en la Escala de Ansiedad de Hamilton presentan una variación estadísticamente significativamente. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta.

Gráfica No. 6

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y posttest del grupo experimental con la Escala Hamilton



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest del grupo experimental una vez culminado la Psicoterapia cognitiva conductual mixta.

Tabla No. 15

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y el posttest del grupo control con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	50	58	46	45	56	52	78	55	60	53
POSTEST DEL GRUPO CONTROL	48	55	50	45	58	53	69	47	56	54

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala Rasgo, el resultado del pretest del Grupo control tuvo un rango entre 45 y 78, mientras que el posttest del Grupo control tuvo un rango entre 45 y 69.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala Ansiedad Rasgo del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 16

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Rasgo entre los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE

Ansiedad Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GC	10	45.000	78.000	55.300	9.322
Posttest del GC	10	45.000	69.000	53.500	6.884

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

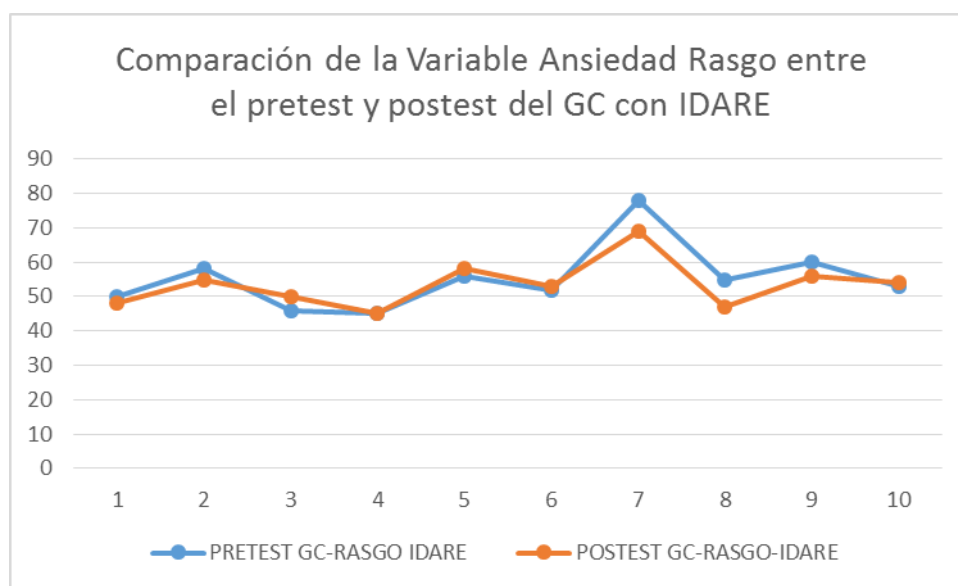
V	32
V (Estandarizada)	1.128
Esperanza	22.500
Varianza	70.875
p-valor (Bilateral)	0.259
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, por lo tanto no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 25.91 %

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y postest del grupo control en la Escala Ansiedad Rasgo-IDARE no presentan una variación significativamente.

Gráfica No. 7

Comparación de la variable Ansiedad Rasgo entre el pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE



Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

El gráfico muestra que no existen diferencias significativas en la Escala Ansiedad Rasgo entre el pretest y posttest del grupo control.

Tabla No. 17

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y el posttest del grupo control con el Test IDARE

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	58	66	60	58	61	57	79	62	65	63
POSTEST DEL GRUPO CONTROL	53	64	63	55	66	55	73	60	65	59

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE en la Escala Estado, el resultado del pretest del Grupo control tuvo un rango entre 57 y 79, mientras que el posttest del Grupo control tuvo un rango entre 53 y 73.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala Ansiedad Estado del inventario de Ansiedad IDARE.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 18

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad Estado entre los pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE

Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GC	10	57.000	79.000	62.900	6.402
Posttest del GC	10	53.000	73.000	61.300	6.129

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

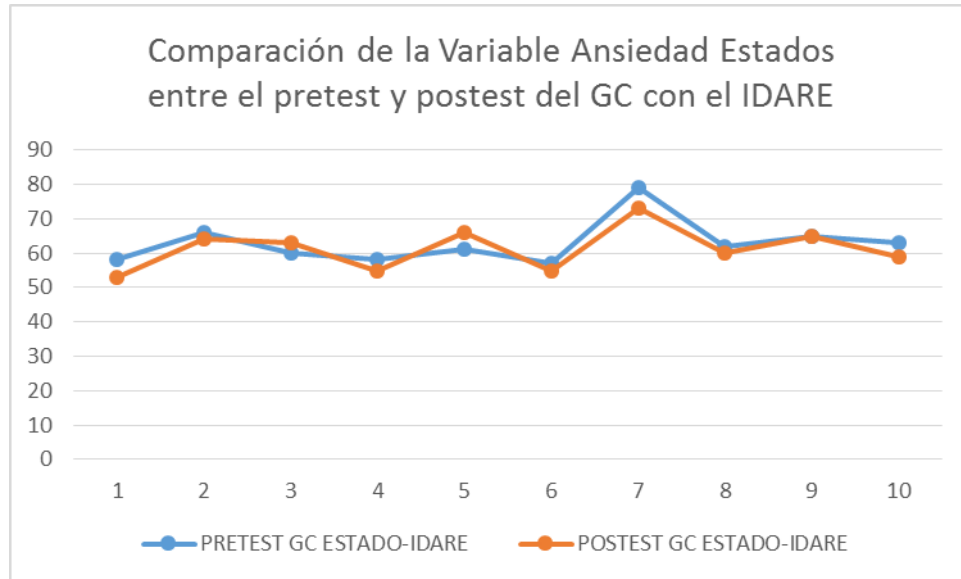
V	33
V (Estandarizada)	1.251
Esperanza	22.500
Varianza	70.500
p-valor (Bilateral)	0.211
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, por lo tanto no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 21.11 %.

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y posttest del grupo control en la Escala Ansiedad Estado-IDARE no presentan una variación significativamente.

Gráfica No. 8

Comparación de la variable Ansiedad Estado entre el pretest y posttest del grupo control con el Test IDARE



Fuente: Gretel Mixila Gómez (2017).

La gráfica muestra que no existen diferencias significativas para la Variable Ansiedad Estado en el pretest y posttest del Grupo Control.

Tabla No. 19

Comparación de la variable Ansiedad entre el pretest y el posttest del grupo control con la Escala de Ansiedad de Hamilton

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRETEST DEL GRUPO CONTROL	16	24	15	17	21	16	27	17	15	15
POSTEST DEL GRUPO CONTROL	16	21	15	16	20	16	28	15	15	15

Fuente: Gretel M. Gómez (2017)

En la aplicación de la Escala de Ansiedad de Halmiton, el resultado del pretest del Grupo control tuvo un rango entre 15 y 27, mientras que el posttest del Grupo control tuvo un rango entre 15 y 28.

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad de Hamilton.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest del grupo control para la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Estadísticas descriptivas

Tabla No. 20

Estadística Descriptiva de la variable Ansiedad entre los pretest y posttest del grupo control con la Escala Hamilton

Ansiedad	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pretest del GC	10	15.000	27.000	18.300	4.244
Posttest del GC	10	15.000	28.000	17.700	4.218

Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

Cálculo estadístico de la Prueba

Prueba Wilcoxon de Rangos Signados

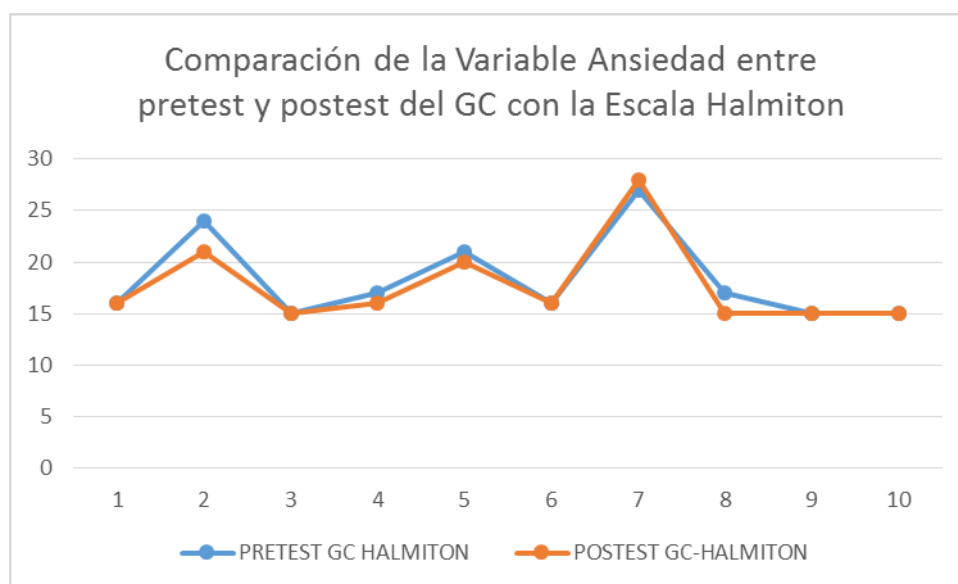
V	13
V (Estandarizada)	1.511
Esperanza	7.500
Varianza	13.250
p-valor (Bilateral)	0.131
Alfa	0.05

Discusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significancia 0.05, por lo tanto no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 13.08 %.

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y posttest del grupo control en la Escala de Ansiedad de Hamilton no presentan una variación significativamente.

Gráfica No. 9

Comparación de la variable Ansiedad entre el pretest y posttest del grupo control con la Escala de Ansiedad de Hamilton



Fuente: Gretel M. Gómez (2017).

La gráfica muestra que no existen diferencias significativas para la Variable Ansiedad en el pretest y posttest del Grupo Control con la Escala de Ansiedad de Hamilton.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez finalizada esta investigación es importante destacar algunos puntos que han surgido como conclusión del mismo:

- Los principales factores que afectan a las madres de niños con TEA que asisten al Programa de Autismo son la permanencia de la sintomatología del hijo (a), la falta de aceptación a las conductas de la persona con TEA por la sociedad y hasta por la misma familia, la falta de apoyo por parte de algunos miembros de la familia en el cuidado del niño, lo que les impide en muchas ocasiones continuar con su vida profesional o social.
- Los datos estadísticos nacionales e internacionales de los últimos años sugieren un incremento hasta del 30 % de casos de la población infantil diagnosticada con Trastorno del Espectro Autista. Muchos autores sugieren que este incremento se debe a las modificaciones en los nuevos parámetros de clasificación para el trastorno (DSM-V, 2013).
- La etiología del Trastorno del Espectro Autista continúa siendo un reto para la ciencia, aunque ha habido avances a nivel de biología, neurofisiología, genética, hasta la fecha no existe un estudio concluyente que brinde información global del origen de esta condición y sobre las posibles intervenciones médicas o psicológicas que disminuyan la sintomatología de este trastorno.
- Diversos estudios señalan que el acompañamiento social y la formación de las de las familias con hijo con TEA permitirá mayores niveles de adaptación e integración en las mismas (Hardan, A. Y., 2014; Wetherby, A.M.,2014).

- La entrevista clínica es un instrumento de evaluación eficaz que nos permitió tener el conocimiento de la presencia de las manifestaciones de ansiedad en las madres, las cuales pudieron ser corroboradas con las pruebas psicológicas aplicadas.
- El objetivo principal de esta investigación era evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitiva conductual mixta como tratamiento para disminuir los niveles de ansiedad en madres de personas que presentan diagnóstico de trastorno del espectro autista.
- Los resultados de los pretest del grupo experimental y el grupo control no reflejaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de la variable ansiedad antes de iniciar el tratamiento, cumpliendo con la regla de homocedasticidad requerida para toda investigación.
- La característica de homogeneidad de la muestra al inicio de la investigación permitió la aplicación de una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mixta (individual y grupal), a pesar de los ajustes y limitaciones que se suscitaron en el trayecto de esta investigación.
- Los resultados entre los pretest y posttest del grupo experimental para la variable Ansiedad con los Test IDARE (Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado) y la Escala Halmiton reflejaron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de significancia del 0.05. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Mixta para disminuir los niveles de ansiedad que presentan las madres de personas con TEA que participaron en la investigación.

- Los resultados entre los pretest y posttest del grupo control en relación a la variable ansiedad con los Test IDARE (Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado) y la Escala de Ansiedad de Halmiton, no reflejaron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de significancia del 0.05.
- A través de la revisión bibliográfica para esta investigación y la experiencia profesional y terapéutica se observó que las madres de personas con diagnóstico de TEA presentan niveles de ansiedad que afectan su bienestar físico y psicológico. La sintomatología que reflejaron las madres permite señalar la importancia de brindarles el soporte psicológico necesario que les permita asumir el reto de la crianza de la persona con TEA y a su vez favorezca una plena recuperación biopsicosocial.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

A partir de los hechos encontrados en la investigación podemos sugerir algunas recomendaciones:

- Recomendar al Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) la implementación de programas terapéuticos para los cuidadores primarios de personas con TEA, sean estos madres, padres o custodio, a fin de brindarles el acompañamiento psicológico necesario que favorezca el bienestar mental y social, y por ende su calidad de vida. Asimismo es importante la implementación de estos programas, ya que en nuestra experiencia en el trabajo con personas con discapacidad, hemos observado que un cuidador con altos niveles de ansiedad no favorece la rehabilitación, inserción de la persona con TEA de manera plena y óptima en la sociedad.
- Se recomienda la divulgación a través de docencias, folletos y orientaciones en los centros y escuelas donde se atiende a niños (as) con TEA para motivar a las madres y/o cuidadores primarios para que se animen a buscar ayuda terapéutica, ya sea de abordaje individual o grupal que les permitan mantener un equilibrio emocional.
- Diseñar estrategias terapéuticas, en el programa de autismo del IPHE, que incluya a familiares, a fin concienciarlos sobre el apoyo en el cuidado de las personas con TEA.

- Extender la oferta terapéutica cognitivo conductual mixta a otras madres, padres o familiares de personas con discapacidad para brindarles el soporte psicológica necesario que les permita mantener el bienestar físico y psicosocial.
- Realizar un trabajo integral entre las diversas disciplinas que atienden a las personas con TEA y sus familias, a fin de promover estilos de vida física y emocional saludables.
- Dar seguimiento a los grupos que se les aplicó la psicoterapia a fin de conocer su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Alcocer, A. (2011). **Genética un enfoque conceptual** (3ª. Ed.). España: Médica Panamericana.
- Alonso, A. (1995). **Psicoterapia de grupo en la práctica clínica** (1ª. Ed.). México: Manual Moderno.
- Amate, A. y Vásquez, J. (2006). **Discapacidad: todo lo que debemos saber**. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Arce, M. (2008). **Soluciones Pedagógicas para el Autismo**. España: Lexus.
- Barbaranne, J. (2004). **Un niño especial en la familia. Guía para padres**. México: Trillas.
- Beck, A. (2012). **The Anxiety and Worry Workbook. The Cognitive Behavioral Solution**. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (2008). **Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización**. Barcelona: Gedisa.
- Burns, D. (2006). **Adiós ansiedad**. Barcelona: Ediciones en castellano Espasa Libros, S.L. U.
- Caballo, V. (2007). **Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales y psicóticos** (1ª. ed.). España: Siglo XXI.
- Cardoze, D. (2010). **Autismo Infantil. Redefinición y Actualización** (1ª. ed.). Panamá: Universitaria Carlos M. Gasteazoro.
- Doyle, B. y Doyle, E. (2005). **Los Trastornos del Espectro Autista de A la Z**. USA: Emily Lland Inc.

- Dos Santos, M.J. (2001). **Estadística Básica. Un enfoque No Paramétrico**. México: UNAM.
- Ellis, A. (2000). **Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión**. Barcelona: Paidós.
- Greenberger, D. y Padesky, C. (2016). **El control de tu estado de ánimo: Cambia lo que sientes, cambiando lo que piensas** (2ª. ed.). España: Paidós.
- Morrison, J. (2015). **DSM-5 Guía para el Diagnóstico Clínico** (1ª. ed.). México: Manual Moderno.
- Nuñez, B. (2007). **Familia y Discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría** (1ª. Ed.). Argentina: Lugar.
- Oblitas, L. (2009). **Psicología de la salud calidad de vida** (3ª. Ed.). México: Santa Fe.
- Payne, R. (2005). **Técnicas de Relajación guía práctica** (4ª. Ed.). Barcelona: Paidotribo.
- REYES-TICAS, J.A. (2005) **Trastornos de Ansiedad, Guía práctica para diagnóstico y tratamiento**. [En línea]. Honduras: Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> [2017, 3 de mayo].
- Riso, W. (2006). **Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos y Conceptualización del caso clínico** (1ª. Ed.). Colombia: Norma.
- Roca, E. (2014). **Cómo Mejorar tus Habilidades Sociales** (4ª. Ed.). Valencia: ACDE.
- Roca, E. (2015). **Cómo superar el pánico, con o sin agorafobia** (4ª. Ed.). Valencia: ACDE.
- Ros, R. (2011). **Stop a la ansiedad** (1ª. Ed.). España: Burlada.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2011). **Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales** (3ª. Ed.). España: Descleé De Brower.
- Sampieri, R. (2014). **Metodología de la Investigación** (6ª. Ed.). México: Mc Graw Hill.

- Sarriá, A., Guardía, J., y Freixa, M. (1999). **Introducción a la estadística en Psicología**. (1ª. Ed.). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Silberkasten, M. (2014). **Construcción Imaginaria de la Discapacidad** (2ª. Ed.). Buenos Aires: Topía.
- Sotillo, R. (2012). **La Ansiedad: Claves para Superarlas**. España: Corona Borealis Pasaje Esperanto.

Tesis

- Arrue, A. (2012). **Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta con Adolescentes que presentan Ansiedad y Depresión Asociadas al Trastorno del Estado Inducido por Sustancia y que están reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento**. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá, Panamá.
- Cruz, S. (2009). **Psicoterapia cognitiva conductual grupal para reducir niveles de ansiedad en un grupo de madres con niños (as) con diagnóstico del Espectro Autista**. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá, Panamá.
- González, P. (2007). **Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Marzo a abril del 2,006**. Tesis de Especialidad en Enfermería de Cardiología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2498/1/Gonzales_lp.pdf
- Jiménez, E. (2016) **Resiliencia en Padres y Madres de niños TEA**. Tesis Doctorado en Psicología, Universidad de Valencia, España. Recuperado

de:<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/55439/TESIS%20RS%20ESTEBAN%20JIMENEZ%20PINA%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Loc, Y. y Rodríguez, E. (2000). **Estudio exploratorio sobre las características de personalidad y ansiedad de 15 padres con hijo autistas que participan en el programa de autismo del IPHE.** Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Panamá, Panamá.

Rodríguez, J. (2011). **Intervención psicoterapéutica mixta en un grupo de adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II, tendientes a mejorar su percepción de calidad de vida y sus niveles de ansiedad y depresión.** Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá, Panamá.

Rodríguez, L. (2009). **Estudio de caso para evaluar la efectividad de la terapia conductual en el desarrollo de un niño de un dos años cuatro meses diagnosticado con autismo.** Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá, Panamá.

Rosas, D. (2005). **Atención en el hogar de 30 niños (as) de la Escuela de Autismo del IPHE.** Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Panamá, Panamá.

Viedma, M. (2014). **Mecanismo Psicofisiológico de la Ansiedad Patológica. Implicaciones Clínicas.** Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad de Granada, España. Recuperado de:

<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2017/1/17626791.pdf>.

Artículos

- Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El Constructo Ansiedad en Psicología, Una Revisión Bibliográfica. **Estudios de Psicología**, (16), 31-44.
- Artiga, P. y Pérez, I. (2012). El Autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 32 (115), 567-587.
- Avila, F. y Soliz, H. (2006). Impacto Psicosocial del Autismo en la Familia. **Gaceta Médica Boliviana Online**, 29 (1), 23-27.
- Bados, A. y García, E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. **Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona**. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Garrabé, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. **Revista Salud Mental**, 35 (3),
- Hardan, A., Gengeux, G., Berquist, K., Lobeve, R., Ardel, Ch., Phillips, J., Fraizer, T. y Minjarez, M. (2014). A randomized controlled trial of Pivotal Response Treatment Group for parents of children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 56 (8), 884-892.
- Montelongo, R., Lara, A., Morales, G., Villaseñor, S. (2005). Trastornos de Ansiedad. **Revista UNAM Digital**, 6 (11), 2-11.
- Ortega, P., Salguero, A. y Garrido, A. (2007). Discapacidad: Paternidad y Cambios Familiares. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 25 (1), 118-125.
- Padilla, D., Sola, J., Martínez, M., López, R., Rodríguez, C., Lucas, F. (2009). Familias con hijos con discapacitados. Investigación Bibliográfica. **INFAD Revista de Psicología**, 3 (1), 101-108.
- Román, S., Furlong, L., Carvajal, R., y Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un Programa Cognitivo Conductual para disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. **Revista de Investigación Clínica**, 58 (6), 540-546.

Sánchez, J., Alcázar, A. y Rodríguez, J. (1999). Las Técnicas Cognitivo-Conductuales en Problemas Clínicos y Salud: Meta-Análisis de la Literatura Española. **Psicothema**, 11 (3), 641-654.

Seguí, J., Tallo, M. y De Diego, C. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo. **Anales de Psicología**, 24 (1), 100-105.

Tortella-Feliu, M. (2013). Los Trastornos de Ansiedad según el DSM-5. **Revista Iberoamericana de Psicología**, 110, 62-69.

Wetherby, A., Guthrie, W., Woods, J., Schatschneider, Ch., Holland, D., Morgan, L. y Lord, C. (2014). Parent-Implemented Social Intervention for Toddlers With Autism. **An Rct. Pediatrics**, 134 (6), 1-12.

Artículos de Páginas Web

Beraney, M. (24 de febrero de 2015). Historia de las Técnicas Cognitivo Conductuales. Slideshow. Recuperado de: <http://slideshowes.com/doc/647270/a--la-reflexolog%C3%ADa-rusa-y-el-condicionamiento-cl%C3%A1sico>.

Centro de escritura Javeriano (Ed.). (2013). Normas APA. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos/Normasapa.pdf>

Estadística del IPHE 2015 (Enero de 2016). [Base de Datos]. Panamá: Instituto Panameño de Rehabilitación Especial. Recuperado de: <http://www.iphe.gob.pa/TRANSPARENCIA/articulo%2010/EstalPHE2015.pdf>

Quijada, P. (18 de febrero de 2015). Lo último sobre autismo. ABC Blogs. Cosas del Cerebro. Recuperado de: <http://abcblogs.abc.es/cerebro/public/post/los-ultimos-hallazgos-sobre-autismo-16554.asp/>

Roca, Elia. (2015). La Terapia Racional Emotiva de Ellis. Elia Roca Psicología. Recuperado de: <https://eliarocapsicologa.files.wordpress.com/2016/02/terapia-racional-emotiva-ellis>.

Sarudiansky, M. (2012). Neurosis Y Ansiedad: Antecedentes Conceptuales De Una Categoría. Aacademica. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-072/63.pdf>

Wing, L. (30 de junio, 2011). El autismo en niños y adultos, Una guía para la familia. Slideshare. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/anrococo/autismo-lorna-wing>

ANEXOS

ANEXO No. 1**COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL MIXTA.**

Nombre del Investigador: Gretel M. Gómez

Objetivo de la Investigación: Medir la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual mixta (individual y grupal).

Beneficios: Con este estudio pretendemos disminuir los síntomas de ansiedad, facilitándole estrategias que le permitan un desenvolvimiento más satisfactorio en su vida diaria.

Estructuración de las sesiones: Se realizaran 10 sesiones, dos veces por semana. Se realizaran 6 sesiones individuales de 60 minutos cada una; y 4 sesiones grupales de 2 horas cada una.

Compromiso de cada participante:

1. Asistir a todas las sesiones, tanto grupales como individuales.
2. Llegar puntualmente a las sesiones.
3. Realizar las tareas que se asignen en cada sesión.
4. Mantener la confidencialidad de la información que se revele durante las sesiones.

La investigadora, Psicóloga Gretel M. Gómez, se compromete a:

1. Mantener el respeto y la consideración que merece cada participante.
2. Guardar la confidencialidad de las participantes y de las situaciones tratadas.
3. Utilizar los resultados única y especialmente para fines investigativos.
4. Obtener los resultados de la investigación de forma que en los informes de cada participante sea reservada su identidad.

Nombre del Participante

Firma

Psic. Gretel M. Gómez

Fecha

ANEXO No. 2
Historias Clínicas

Caso No. 1***Datos Generales***

Nombre:	A.V.
Sexo:	Femenino
Edad:	25 años
Escolaridad:	Secundaria Completa
Estado Civil:	Separada
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	4 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura delgada, estatura promedio, vestida acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Se muestra cooperadora y un poco ansiosa.
- **Estado Emocional:** No refleja dificultad para expresar sus sentimientos, asegura ya haber aceptado la condición de su hijo, pero admite que el manejo de la situación no es fácil, pues debe cumplir con muchos compromisos.
- **Relaciones Sociales:** Hace contacto visual, muy sociable
- **Comportamiento Motor:** Dentro de lo normal
- **Comunicación y lenguaje:** Dentro de los parámetros normales.
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Orientado en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Ningún Diagnóstico

Eje IV: Economía Insuficiente, Separación de la Pareja.

Eje V: EEAG= 63 (Actual)

Caso No. 2***Datos Generales***

Nombre:	J.S
Sexo:	Femenino
Edad:	29 años
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Unida
Cantidad de hijos:	1 hijo
Edad del Hijo (a) con TEA:	8 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Femenino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura gruesa, estatura promedio, vestida acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Amable, tímida con manifestaciones de ansiedad.
- **Estado Emocional:** Lábil
- **Relaciones Sociales:** Mantiene pocas relaciones sociales
- **Comportamiento Motor:** normal
- **Comunicación y lenguaje:** los mismos fueron acorde a su edad,
- **Cognición:** Mantiene contacto visual aunque se distrae fácilmente. Buen nivel cognitivo. Buena orientación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I; Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Problemas gastrointestinales

Eje IV: Poco apoyo del grupo primario, Economía Insuficiente. Problema relativo al ambiente social.

Eje V: EEAG= 56 (Actua

Caso No. 3***Datos Generales***

Nombre:	M.G.
Sexo:	Femenino
Edad:	26 años
Escolaridad:	Secundaria Completa
Estado Civil:	Separada
Cantidad de hijos:	1 hijo
Edad del Hijo (a) con TEA:	5 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Estatura Alta, contextura delgada, su vestimenta fue acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Cooperadora, se proyecta ansiosa
- **Estado Emocional:** tendencia al llanto, asegura aceptar la condición de su hijo, aunque reconoce que en ocasiones se entristece por la falta de cambios conductuales, además asegura que su expareja la apoya económicamente aunque no apoya con el menor.
- **Relaciones Sociales:** pocas relaciones sociales
- **Comportamiento Motor:** Normal
- **Comunicación y lenguaje:** acorde a su edad.
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Buena orientación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Economía Insuficiente. Poco apoyo del Grupo Primario.

Eje V: EEAG= 58 (Actual)

Caso No. 4***Datos Generales***

Nombre:	A.Z.
Sexo:	Femenino
Edad:	38 años
Escolaridad:	Maestría
Estado Civil:	Casada
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	9 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura delgada, estatura baja, bien arreglada, vestimenta acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Amable, extrovertida, dispuesta a cooperar,
- **Estado Emocional:** Se proyectó ansiosa y verborrea.
- **Relaciones Sociales:** Manifiesta que tiene en la actualidad muy pocas pero buenas amistades cercanas,
- **Comportamiento Motor:** Rápida.
- **Comunicación y lenguaje:** Buena comunicación y lenguaje, acorde a su edad y nivel educativo.
- **Cognición:** Hace contacto visual. Buen nivel cognitivo. Buena orientación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Hipertensión

Eje IV: Problema relativo al grupo primario de apoyo. Conflicto con compañeras.

Eje V: EEAG= 62 (Actual)

Caso No. 5***Datos Generales***

Nombre:	E.C.
Sexo:	Femenino
Edad:	33 años
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Divorciada
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	4 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Femenino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura delgada y estatura promedio. Arreglo personal acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Colaboradora, se proyecta un poco ansiosa.
- **Estado Emocional:** Al hacer relatos de su vida, se muestra llanto fácil, asegura estar pasando muchas dificultades, de acuerdo a E.C. su expareja apoya económicamente, pero los gastos en tutorías es elevado y más con otro hijo.
- **Relaciones Sociales:** pocas amistades cercanas, su familia (padres y dos hermanos) son su círculo de cercanía.
- **Comportamiento Motor:** normal.
- **Comunicación y lenguaje:** Acordes a su edad y nivel educativo.
- **Cognición:** Hace contacto visual. Ubicada en tiempo, espacio y persona. Buen nivel cognitivo.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Problemas gastrointestinales

Eje IV: Divorcio. Economía Insuficiente.

Eje V: EEAG= 61 (Actual)

Caso No. 6***Datos Generales***

Nombre:	D.L.
Sexo:	Femenino
Edad:	34 años
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Casada
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	7 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura gruesa, estatura promedio, buen arreglo personal, acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Amable y colaboradora, se mostró inquieta con manifestaciones de ansiedad.
- **Estado Emocional:** Expresa sus sentimientos con facilidad, se muestra afectada por la evolución de sus hijos, pues asegura que ambos presentan dificultades, “a veces siento no poder lidiar con tanto estrés”.
- **Relaciones Sociales:** La paciente manifiesta que tiene muchos conocidos, pero amistades pocas “mis intereses no son los de antes, estoy centrada en mi familia”
- **Comportamiento Motor:** Rápido
- **Comunicación y lenguaje:** Acorde a su edad y nivel educativo, aunque con un tono de voz bajo
- **Cognición:** Ubicada en tiempo, espacio y persona, hace contacto visual. Buen nivel cognitivo.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguna

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de Apoyo. Duelo no resuelto de Padre (fallecimiento por cáncer)

Eje V: EEAG= 56 (Actual)

Caso No. 7***Datos Generales***

Nombre:	M.R.
Sexo:	Femenino
Edad:	40 años
Escolaridad:	Maestría
Estado Civil:	Divorciada
Cantidad de hijos:	1 hijo
Edad del Hijo (a) con TEA:	6 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura gruesa, estatura promedio. Buen arreglo personal acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Se muestra tensa, ansiosa aunque colaborador.
- **Estado Emocional:** Le cuesta expresar sus sentimientos, comunica que tiene muchos sufrimientos guardados, “siempre he sido así”
- **Relaciones Sociales:** Hace contacto visual con la entrevistadora, dijo que solo cuenta con dos amistades verdaderas, “la gente no es sincera siempre”.
- **Comportamiento Motor:** Normal.
- **Comunicación y lenguaje:** Acorde a su edad y nivel educativo
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Buena ubicación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Hipertensión

Eje IV: Divorcio. Problema relativo al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG= 60 (Actual

Caso No. 8***Datos Generales***

Nombre:	P. C.
Sexo:	Femenino
Edad:	27 años
Escolaridad:	Secundaria Completa
Estado Civil:	Soltera
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	9 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Femeninos

Estado Mental

- **Apariencia:** Estatura promedio, contextura delgada. Arreglo personal sencillo, acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Se muestra colaboradora, refleja timidez.
- **Estado Emocional:** Expresa sus sentimientos con facilidad.
- **Relaciones Sociales:** Hace contacto visual. Pocas relaciones sociales, comunica que no tiene tiempo, entre su trabajo (turnos rotativos) y los compromisos de sus hijos, que sin la ayuda de sus padres, no sabría dónde estaría.
- **Comportamiento Motor:** Rápida, inquieta
- **Comunicación y lenguaje:** Su tono de voz es bajo, su lenguaje y comunicación acorde a su edad.
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Buena ubicación en tiempo, espacio y persona

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Insuficiencia Económica. Poco apoyo económico del padre de los niños.

Eje V: EEAG= 70 (Actual)

Caso No. 9***Datos Generales***

Nombre:	C.J.
Sexo:	Femenino
Edad:	35 años
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Unida
Cantidad de hijos:	2 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	11 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura media, alta estatura, buen arreglo personal acorde a su edad. Su vestimenta es negra total
- **Actitud y comportamiento:** Colaboradora, se proyecta tensa, rígida,
- **Estado Emocional:** Le cuesta expresar lo que siente, refleja tristeza
- **Relaciones Sociales:** Hace contacto visual aunque se distrae con facilidad. Pocas relaciones sociales.
- **Comportamiento Motor:** normal
- **Comunicación y lenguaje:** Tono de voz bajo, lenguaje y comunicación acorde a su edad y nivel educativo.
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Buena ubicación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Conflictos familiares.

Eje V: EEAG= 57 (Actual)

Caso No. 10***Datos Generales***

Nombre:	S.E.
Sexo:	Femenino
Edad:	43 años
Escolaridad:	Secundaria Incompleta
Estado Civil:	Unida
Cantidad de hijos:	3 hijos
Edad del Hijo (a) con TEA:	5 años
Sexo del Hijo (a) con TEA:	Masculino

Estado Mental

- **Apariencia:** Contextura gruesa y estatura baja. Vestida acorde a su edad.
- **Actitud y comportamiento:** Se muestra colaboradora, se proyectó un poco ansiosa y tímida.
- **Estado Emocional:** Expresa sus sentimientos con facilidad, llora un poco cuando relata su historia de vida
- **Relaciones Sociales:** Pocas amistades, “salvo algunas de su iglesia, lugar donde asegura ir para tener paz”
- **Comportamiento Motor:** Normal
- **Comunicación y lenguaje:** Acorde a lo esperado para su edad.
- **Cognición:** Buen nivel cognitivo. Buena ubicación en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Eje II: Ningún diagnóstico

Eje III: Diabetes Mellitus Tipo II

Eje IV: Insuficiencia económica. Problemas relativos al grupo Primario de apoyo

Eje V: EEAG= 70 (Actual)

ANEXO No. 3

RESUMEN DE LAS SESIONES

La metodología que se utilizó para este estudio fue la intervención psicoterapéutica Cognitivo Conductual Mixta (individual y grupal).

Luego de aprobado el proyecto por parte del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, se procedió a aplicar los instrumentos de medición para la detección de signos y síntomas de ansiedad, el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad de Halmiton al grupo de madres de los salones especiales del Programa de Autismo para obtener la muestra.

Una vez obtenida la muestra de estudio y el consentimiento informado se procedió a desarrollar 10 sesiones de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mixta. Las sesiones fueron distribuidas de la siguiente manera: 6 sesiones individuales y 4 grupales, es decir una sesión grupal por módulo.

El tratamiento fue de dos veces por semana durante un mes y medio. Las sesiones individuales fueron de 60 minutos y las grupales de dos horas; cada sesión fue organizada de acuerdo al módulo a tratar y se les asignaba actividades y tareas para la casa. Al culminar el tratamiento se les aplicó nuevamente el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad de Halmiton.

Los módulos que se trabajaron fueron los siguientes:

- 1. Reestructuración Cognitiva:** Este módulo constó de tres sesiones (dos individuales y una sesión grupal). La reestructuración cognitiva se basa en el principio que sostiene que las emociones no son resultados de las experiencias vitales, sino más bien son el resultado de las actitudes o pensamientos que la

persona tienes sobre estas experiencias. De igual forma esta competencia implica el reconocimiento de pensamientos no razonables, desafiar esos pensamientos y desarrollar afirmaciones más racionales para decirse a uno mismo. Estos pensamientos más racionales poco a poco conllevaran a la disminución de estados emocionales exageradas de ansiedad.

Objetivos del Módulo:

- *Analizar la incidencia que tienen los pensamientos o interpretaciones sobre las emociones.*
- *Identificar los pensamientos o interpretaciones para determinar hasta qué punto se ajusta a la realidad objetiva.*
- *Identificar los errores de pensamiento o interpretaciones negativas.*
- *Examinar los pensamientos o interpretaciones alternativos, ajustados a la realidad.*

2. Relajación: Este módulo contó de dos sesiones (una individual y otra grupal).

Este módulo se expone al participante la técnica de relajación de Jacobson (relajación progresiva), la cual consiste en aprender a tensar y luego relajar secuencialmente varios grupos musculares, permitiendo a la persona que la práctica, observar y discriminar lo que significa estar tenso/a y relajado/a. También permite que cada persona discrimine, qué grupos musculares tienden a cargarse en su cuerpo cuando no está relajado/a. Esta focalización de la atención en un ejercicio, desactiva fácilmente, los pensamientos disruptivos que generan malestar. De igual forma se expondrá al participante la técnica de la relajación diafragmática lenta

Objetivos del Módulo:

- *Entrenar a los participantes en ejercicios que le permitan crear estados de relajación profunda.*
- *Identificación de los grupos musculares que se tensan cuando no se está relajado.*
- *Hacer distinción entre la sensación de tensión y relajación profunda.*

3. Entrenamiento en Asertividad: Este constó de tres sesiones (dos individuales y una grupal). Esta técnica supone el desarrollo de la capacidad para expresar sentimientos o deseos positivos o negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza. Consiste en enseñar la diferencia entre tres tipos de conducta: asertiva, no asertiva y la conducta agresiva.

Objetivos de Módulo:

- *Identificar las conductas erróneas.*
- *Formular correctamente el problema mediante la autoobservación.*
- *Incrementar la capacidad del paciente para adoptar un comportamiento socialmente apropiado.*

4. Resolución de Problemas: Este módulo constó de dos sesiones (una individual y una grupal). Esta técnica consiste en incrementar la habilidad del paciente para solucionar problemas (experiencias estresantes de la vida) y poner en marcha opciones de afrontamiento más eficientes. El proceso de solución de problema, es a través del cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas, generando actitudes y destrezas. La resolución de problemas es

una estrategia de afrontamiento, se refiere a un metaproceso de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos estresantes.

Objetivos del Módulo:

- *Identificar y definir los problemas de forma más realista.*
- *Incrementar la habilidad del paciente para solucionar los problemas cotidianos de manera eficaz y realista.*

A continuación describimos las sesiones individuales y grupales que fueron aplicadas a la muestra de investigación:

Sesión de Evaluación del Pretest:

En esta sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación que se habían seleccionado para medir los signos y síntomas de ansiedad, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Una vez corregidas las pruebas, se procedió a escoger aleatoriamente los participantes que conformarían el grupo experimental y el grupo control en lista de espera.

Sesión No. 1 (Grupal)

Módulo: Reestructuración Cognitiva

Objetivo:

- a. Explicar la estructuración y reglas de las sesiones
- b. Explicar el modelo cognitivo-conductual de la ansiedad y el enfoque terapéutico cognitivo-conductual.
- c. Exponer el concepto de distorsiones cognitivas
- d. Brindar material de apoyo

Actividades:

- a. Se realiza dos dinámicas una presentación y de integración
- b. Se les explicó a los pacientes cada uno de los objetivos antes expuestos.
- c. Se les brinda y se analiza con los paciente una lista de las distorsiones cognitivas más comunes.
- d. Se presenta el método de debate de las distorsiones a través de preguntas.
- e. Entre todos los participantes se hace una lista de pensamientos alternos, a través de dos voluntarios, se expone un ejemplo de una situación que le genera ansiedad, se realiza el interrogatorio para identificar pensamientos, emociones, conductas y reacciones fisiológicas. Luego con los participantes se debate los pensamientos y se buscan pensamientos alternos.

Tarea:

- a. Se les brinda a los pacientes una lista de las distorsiones cognitivas más frecuentes.
- b. Se le proporciona a los pacientes una lista de preguntas guías para examinar pensamientos.
- c. Llenar la hoja de tarea No.1 Identificando las distorsiones cognitivas. *Cierre*

de la Sesión:

Se hace una retroalimentación breve de la sesión por el terapeuta, luego se le solicita una voluntaria para que realice un resumen de los temas tratados, con la finalidad de aclarar dudas en relación a la comprensión del tema. Se les recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

MATERIAL PARA LA SESIÓN No. 1

EJEMPLOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Creencia Irracional	Porqué es irracional	Alternativas racionales
Distorsión n° 1: <i>Las exigencias y el perfeccionismo</i>	Son creencias mantenidas en forma rígida e inflexible acerca de cómo debería ser uno y los demás. Por ejemplo: 'Debo de hacer las cosas bien para merecer la aprobación y el afecto de los demás'. Las exigencias hacia uno mismo se convierten en autocríticas y llevan a la inhibición del comportamiento. Las exigencias hacia los demás favorecen la ira, la rabia y la agresividad. Ejemplo de exigencias: • <i>No debo cometer errores</i> • <i>Tengo que gustar a todos</i> • <i>Los demás deben actuar bien conmigo</i> • <i>La vida debería ser fácil, sin problemas</i> • <i>Debería ser el amigo, amante, esposo, profesor, estudiante perfecto</i> • <i>Debería estar siempre feliz y sereno</i> • <i>No debería sentir emociones negativas, tales como la ansiedad, la tristeza, la rabia o los celos</i> La forma en la que se expresan las exigencias y el perfeccionismo suele ser con los "debería", "tendría", "habría que", "es necesario que", "tiene que", "absolutamente", etc.	Si eres exigente con los demás te puedes irritar cuando ves gente que no actúa de acuerdo a tus valores y creencias, tienes que entender que los valores personales son justamente eso, personales (no universales), y por tanto, los que son buenos para ti, es posible que no lo sean para otros. En todo caso, tú no eres quien para imponer tus valores y creencias a los demás, ya que cualquier persona es libre de escoger el camino que desee en su vida. Cuando eres exigente contigo, posiblemente es porque crees que es la única forma de conseguir tu aprecio y el de los demás. El resultado es que te frustras, te deprimas o irritas más contigo. Por tanto, para combatir tus exigencias o tu perfeccionismo tendrás que ser más flexible y tolerante contigo y con lo demás. Las expresiones de 'debería', 'tendría', etc., es adecuado que las cambies por 'preferiría' o 'me gustaría'.
Distorsión n° 2: <i>El catastrofismo</i>	Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. Por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza significa que tengo un cáncer. Estas distorsiones son el mejor camino para desarrollar ansiedad, preocupación y el miedo a vivir. El pensamiento catastrófico suele empezar por "Y si...".	Te debes parar a reflexionar y realizar una evaluación honesta de la situación peligrosa. Trata de ser totalmente objetivo y analiza la auténtica probabilidad de que ocurra la catástrofe. Para evaluar el peligro de una situación puedes aplicar un porcentaje. ¿Cuál es el riesgo? ¿Uno entre 100.000 (0.00001%)? ¿Uno entre 1.000.000 (0.000001%)?

Distorsión nº 3: <i>La negación</i>	Es la tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores. Es la actitud opuesta de las exigencias o el catastrofismo, se concreta en pensar "no me importa", "me da igual", "paso", "no me ocurre nada".	Es oportuno que revises tus sentimientos y que sea la toma de conciencia de ellos, aunque te duelan, la que te permita saber si de verdad las cosas te importan y afectan. Cuando descubras este mecanismo puedes compensarlo preguntándote: ¿Cómo me siento? ¿De qué manera esta situación me está afectando? Para después poder reconocerlo ante ti y los demás y que puedas actuar para poder afrontar, aceptar o superar los problemas que antes negabas.
Distorsión nº 4: <i>La sobregeneralización</i>	Es la tendencia a creer que si ha ocurrido algo una vez, ocurrirá otras muchas veces. Si me he puesto nervioso en una ocasión, pues "siempre me pondré nervioso", si he suspendido un examen pues, "nunca aprobaré un examen", si he tenido un desamor pues "ya nadie me querrá". Las palabras que suelen acompañar a esta distorsión son: "nadie", "nunca", "siempre", "jamás", "todos" o "ninguno" etc.	Busca pruebas para comprobar las excepciones a las generalizaciones. En cuántas ocasiones he aprobado y en cuántas no. Date cuenta de lo irracional que es una sobregeneralización. ¿De verdad crees que si te ocurre una vez te va a ocurrir siempre? Cambia las expresiones que implican generalizar por otras como 'es posible', 'a veces' o 'a menudo'.
Distorsión nº 5: <i>Las etiquetas globales</i>	Se extrae uno o dos rasgos de la personalidad y se etiqueta a otra persona (o a uno mismo). Ejemplos de ello son las expresiones: "Es un tacaño", "es una mala persona", "es un aburrido", "es un triunfador", etc.	Comprende que es muy irracional sacar juicios de una persona por uno o dos rasgos y no tener en cuenta el resto. Aprender a ser específico en las cualidades para no generalizar al conjunto: 'a veces se comporta de manera tacaña', 'a veces es aburrido en el trato', etc.
Distorsión nº 6: <i>El negativismo</i>	Se agrandan las cosas negativas y no se perciben o se desvalorizan las positivas en uno o en los demás. Una forma característica del negativismo es la realización de presagios y predicciones negativas: "seguro que no aprobaré", "cuando tenga que acudir a la cita, seguro que caigo mal".	Repasa o haz una lista con los aspectos positivos de ti, de los demás, o de tu vida. Haz un cálculo de las probabilidades o porcentajes reales tanto de los aspectos, rasgos o hechos negativos como de los positivos (la probabilidad de que el examen me salga bien es de un 30%, y mal, un 70%). Puedes dibujar un gráfico con los resultados.

Distorsión n° 7: <i>El pensamiento polarizado, blanco o negro</i>	No se ven los términos medios, la realidad se percibe de una manera polarizada y extremista: o se es maravilloso, o se es horrible, o se es fuerte se es débil. El mundo es en blanco y negro, no hay grises.	Sé consciente de que haces juicios polarizados. Date cuenta de que en realidad las personas no somos totalmente de una manera u otra opuesta si no que nos movemos a lo largo de un continuo (o escala de grises). Mide en porcentajes los rasgos, cualidades o aspectos. Ejemplo "En un 30% del tiempo es divertido y ameno, y en un 70% se muestra más introvertido y ausente".
Distorsión n° 8: <i>El razonamiento emocional</i>	Las cosas son tal y como nos hacen sentir. Si me siento un perdedor, es que lo soy, si me siento poco atractivo, es que lo soy, si otra persona me hace sentir odio es porque es odiosa.	Esta distorsión es muy común y deberás estás muy alerta para que tus sentimientos no te engañen. Por tanto, siempre que te sientas mal es una buena oportunidad para reflexionar si estás haciendo un razonamiento emocional de tipo distorsionado. Emplea la reflexión y el razonamiento objetivo cuando te sientas muy cargado de emociones, ya que estas te pueden estar mintiendo.
Distorsión n° 9: <i>El sesgo confirmatorio</i>	Se perciben y se recuerdan las cosas sesgadamente para que "encajen" con las ideas preconcebidas. Así si pienso que alguien es torpe tenderé a acordarme de aquellos hechos que me confirman ese juicio.	Busca pruebas de que los comportamientos o rasgos enjuiciados tienen aspectos complementarios que puedan confirmar o no el juicio. Por ejemplo, si piensas que alguien es torpe, busca tanto pruebas de este hecho como del contrario, es decir hechos que demuestren habilidad, inteligencia y aptitud. Mide en porcentajes los rasgos o hechos enjuiciados.
Distorsión n° 10: <i>La lectura del pensamiento (proyección o interpretación del pensamiento ajeno)</i>	Creer saber lo que piensan los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen: "ella está contigo por tu dinero", "piensa que soy un inmaduro", "lo que quiere es ponerme nervioso", "lo que quiere es reírse de mí", "piensa que soy un estúpido".	Las opiniones que puedas tener sobre los demás son hipótesis que tendrás que comprobar con evidencias y confirmaciones. Duda de tus opiniones hasta que tengas claras confirmaciones de ellas.

Distorsión nº 11: <i>La personalización</i>	Pensar que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver de alguna manera, para bien o para mal, con uno. Por ejemplo, si a un amigo lo vemos con mala cara pensamos que estará enfadado conmigo por algún motivo, “algo le habré hecho”. Una madre que ve que su hijo no aprueba un examen, piensa que algún error habrá cometido en su educación.	Prueba y comprueba que los comportamientos de los demás tienen algo que ver contigo. No se deben sacar conclusiones a no ser que tengamos evidencias claras y pruebas razonables.
Distorsión nº 12: <i>El filtraje (o atención selectiva)</i>	Se escoge algo negativo de uno, de los demás o de las circunstancias y se excluye el resto: un empresario ha tenido éxito en el 90 % de sus negocios, pero está obsesionado por aquellos en los que ha fracasado. El filtraje es una distorsión con la que el mundo toma el aspecto de justamente aquello que más tememos: Los depresivos filtran situaciones que suponen la posibilidad de pérdida o abandono. Los ansiosos filtran las situaciones que suponen riesgo o peligro. Los coléricos filtran las situaciones que suponen injusticias o agravios. Las expresiones características en el filtraje son: “es terrible”, “tremendo”, “desagradable”, “horroroso”, “no puedo resistirlo”, “no puedo más”.	Cambia los motivos donde se concentra tu atención. Si son motivos de pérdida o abandono, centra tu atención en todos aquellos que suponen atención, afecto o valoración. Si son de miedo o peligro, céntrate en todo lo que en tu vida supone comodidad, seguridad o despreocupación. Si son de injusticia observa aquellos comportamientos de los demás que te suponen aprobación. Cambia las expresiones negativas por otras como ‘no exageres’, ‘no es para tanto’, ‘tu puedes’, ‘seguro que tienes capacidad para afrontarlo’, ‘tómate tiempo antes de sacar conclusiones’, etc.

Material para la Sesión No. 1**Preguntas guías para examinar las Distorsiones Cognitivas**

1. Pruebas. ¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento?
 - ¿Son realmente favorables estos datos?
 - ¿Qué datos tengo en contra de este pensamiento?
 - ¿Hay otras interpretaciones alternativas?
 - ¿Cuál es la probabilidad real de que las cosas sean como pensaba?
 - ¿Cuál es la interpretación o alternativa más probable?
 - ¿Qué pensaría (persona en quién confío) acerca de lo que pienso?
2. Utilidad. ¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos y solucionar mi problema?
 - ¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme como quiero?
 - ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que pienso?
3. ¿Qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto?
 - Incluso si lo que pienso fuera cierto. ¿Sería tan malo como parece?
4. Si las cosas fueran así ¿Qué podría hacer al respecto?
 - ¿Cómo podría hacer frente a esa situación?
 - ¿Qué me diría una persona importante para mí con el fin de ayudarme a afrontar la situación?
 - Si otra persona tuviera este pensamiento, ¿Qué le diría yo para afrontar la situación?

TAREA No. 1

1. Leer cuáles son las distorsiones cognitivas más frecuentes.
2. Completar la siguiente hoja de trabajo “Identificando las distorsiones cognitivas”.

1. SENTIMIENTOS	2. PENSAMIENTOS	3. ¿Es una distorsión cognitiva?
Anote los pensamientos que está experimentando en este momento, estos pueden incluir emociones y sensaciones físicas.	Observe que pensamientos están asociados a sus emociones y anótelos aquí abajo.	A continuación analice sus pensamientos, ¿Hay una distorsión cognitiva o un pensamiento real? Si es una distorsión cognitiva, ¿De qué tipo es?
Ejemplo: ansioso, preocupado, dolor de cabeza, tensión muscular.	Ejemplo: “Sé que voy a suspender la salida con mis amigas”.	Ejemplo: personalización, negativismo.

Sesión No. 2 (Individual)

Módulo: Reestructuración Cognitiva

Objetivo:

- a. Modificación de distorsiones cognitivas

Actividades:

- a. Enlace con la primera sesión.
- b. Revisión de la tarea.
- c. Se trabajó la técnica de ensayo cognitivo, en la cual la paciente debe imaginarse en una situación perturbadora y reestructurar los pensamientos.

Tarea:

- a. Llenar la hoja de tarea No.2. Sobre la reestructuración de pensamientos negativos ante situaciones perturbadoras reales.

Cierre de la Sesión:

Se hace una retroalimentación breve de la sesión. Se les recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

TAREA No. 2

Llene el siguiente cuadro colocando situaciones que le generen ansiedad, luego coloque el pensamiento, la reacción fisiológica, emocional y la conducta, y por último el nuevo pensamiento, reacción fisiológica, emocional y la conducta que se presentan. Evalúe cada componente en una escala de valor de 0 a 100, donde 0 es ausencia y 100 representa el nivel más elevado o intenso.

Situación

Pensamiento

Reacciones

Emocionales: _____ Valor: ____

Conductuales: _____ Valor: ____

Fisiológicas: _____ Valor: ____

Nuevos Pensamientos

Emocionales: _____ Valor: ____

Conductuales: _____ Valor: ____

Fisiológicas: _____ Valor: ____

Sesión No. 3 (Individual)

Módulo: Reestructuración Cognitiva

Objetivo:

- a. Continuar con el tema de modificación de distorsiones cognitivas.
- b. Brindar lista de frases de autoayuda.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior.
- b. Revisión de la tarea.
- c. Se repasaron todos los conocimientos sobre la reestructuración cognitiva, se le explica a la participante formas para contrarrestar los pensamientos irracionales mediante afirmaciones de manejo sensatas y de autoaceptación.

Tarea:

- a. Llenar la hoja de tarea No.3 Autoregistro Básico del Comportamiento.

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación breve de la reestructuración cognitiva y la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

Material Para la Sesión No. 3

Lista de frases de autoayuda en episodios de ansiedad o “nerviosismo”

- Preocuparme no me servirá de nada
- Voy a ser capaz, ya lo he hecho otras veces
- No tengo porque preocuparme
- Estaré bien
- Olvida la preocupación y haz algo
- Ya he hecho esto bien otras veces
- Es una buena ocasión para hacer un plan
- Sé los pasos que voy a seguir en esta situación
- Conozco lo que va a pasar y no tengo de que preocuparme
- Voy a considerar las cosas una a una
- Si noto que me pongo nervioso/a, recordaré las técnicas sobre cómo vencer la ansiedad
- Lo superaré y estaré bien
- Puedo hacerlo
- No va a pasar nada
- Voy a centrarme en lo que quiero hacer
- Seguiré cada paso de mi plan
- Hazlo paso a paso, despacio
- Voy a organizarme
- No hay nada terrible en cometer errores
- Me relajo y respiro

3TAREA NO. 3 AUTOREGISTRO BÁSICO DEL COMPORTAMIENTO

DÍA /HORA	SITUACIÓN Sucesos y pensamientos que preceden a emociones y /o sensaciones	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS En relación a la situación. Escríbelos tal y cómo aparecen, sin valorarlos ni modificarlos	EMOCIONES Especificar el tipo (ira, tristeza..) e intensidad (0 a 100%)	COMPORTAMIENTO Acción realizada para disminuir o modificar la situación	CONSECUENCIAS Que derivan de la conducta emitida

Sesión No. 4 (Individual)

Módulo: Relajación

Objetivo:

- a. Explicar sobre ejercicios que ayudan a crear estados de relajación.
- b. Entrenar al paciente en la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.
- c. Distinguir entre la sensación de tensión y relajación profunda.
- d. Se le brinda al paciente las pautas para la relajación de Jacobson,

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior.
- b. Revisión de la tarea.
- c. Se entrena al paciente en ejercicios de relajación muscular de Jacobson.
Esta técnica les permite identificar los grupos de músculos que están más tenso y a distinguir entre sensación de tensión y relajación

Tarea:

- a. Practicar la técnica de relajación una vez al día.
- b. Llenar la hoja de tarea No. 4 de autoregistro de relajación

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

Material para la Sesión No. 4

Pautas para llevar a cabo ejercicios de Relajación de Jacobson

Ambiente: El lugar donde se practique cualquier técnica de relajación ha de ser tranquilo, libre de interrupciones o de ruidos. Una temperatura media y una luz a poder ser tenue.

Ropa: cómoda, que no apriete y sin elementos que puedan dificultar la circulación, como pueden ser cinturones, pulseras o corbatas.

Posiciones para la relajación. 3 posibles posiciones:

1. Tumbado sobre una cama con los brazos y las piernas en ángulo y ligeramente separados del cuerpo.
2. En un sillón reclinable, con soporte para brazos, pies y cabeza.
3. Sentados sobre una silla y descansando el peso de la mitad superior del cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada.

Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

- a. Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
 - Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
 - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
 - Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
 - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
 - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
 - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
 - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
 - Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial.
 - Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
 - Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- b. Relajación de brazos y manos.

- Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos.
 - Relaja lentamente.
- c. Relajación de piernas:
- Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie.
 - Relaja lentamente.
- d. Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
- Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la
 - Tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
 - Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
 - Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
 - Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª FASE: relajación mental.

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

TAREA No, 4

Autoregistro de Relajación

[illegible]

Sesión No. 5 (Grupal)

Módulo: Relajación

Objetivo:

- a. Practicar la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson
- b. Explicar la técnica de Visualización
- c. Entrenar al paciente en la Técnica de Visualización. .
- d. Se le brinda al paciente las pautas para la relajación de Jacobson,

Actividades:

- a. Dinámica de grupo de rompe hielo
- b. Enlace con la sesión anterior
- c. Revisión de la tarea.
- d. Realizar la técnica de Relajación Profunda de Jacobson.
- e. Exposición dialogada de Visualización.
- f. Realizar la técnica de Visualización

Tarea:

- c. Practicar una de las la técnica de relajación una vez al día.
- d. Llenar la hoja de tarea No. 5 de autoregistro de relajación

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

TAREA No, 5

Autoregistro de Visualización

[illegible]

Sesión No. 6 (Individual)

Módulo: Entrenamiento en Asertividad

Objetivo:

- a. Explicar la técnica de Entrenamiento en Asertividad.
- b. Suministrar al paciente Lista de componentes de la conducta asertiva, lista de frases asertivas, pasivas y agresivas; y lista de estrategias para hacer más eficaces las respuestas asertivas.
- c. Practicar la técnica de Visualización.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior
- b. Revisión de la tarea.
- c. Exposición dialogada sobre el concepto de asertividad y los diferentes tipos de conducta asertiva, pasiva y agresiva (comportamiento, pensamientos y sentimientos).
- d. A través de ejemplo se le solicita al paciente que describe situaciones donde se utilizó un comportamiento asertivo.
- e. Realizar la técnica de Visualización

Tarea:

- a. Practicar una de las la técnica de relajación una vez al día.
- b. Llenar la hoja de tarea No. 6

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

Material para la Sesión No. 6

Lista de Algunas Estrategias para hacer más eficaces las respuestas

Asertivas

- ***Tener un buen concepto de sí mismo.*** Mucha gente no es asertiva porque carece de autoestima. Es importante recordarse a sí mismo que se es tan importante como los demás y tomar en serio las propias necesidades.
- ***Planificar los mensajes.*** Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación, confeccionando notas de referencia si la situación lo permite. Esto ahorra tiempo, produce confianza y puede disminuir la intimidación por parte de los demás.
- ***Ser educado.*** Enfadarse provoca confusión en uno mismo y hace que los demás vean al individuo débil, histérico y con una baja credibilidad. Es mejor guardar la calma y educada, pero firmemente, exponer la opinión propia.
- ***Guardar las disculpas para cuando sean necesarias.*** Si se reservan las disculpas para cuando sean apropiadas, no se disminuirá ni su valor ni el propio, y los demás tomarán al individuo en serio para otros asuntos.
- ***No arrinconar a los demás.*** Provocará cólera y resentimiento. Si uno se quiere asegurar la cooperación de los demás, siempre se les debe proporcionar una salida y se deben esbozar las consecuencias constructivas de tal alternativa para los demás y para uno.
- ***Nunca recurrir a las amenazas.*** Una afirmación tranquila de los pasos que se está dispuesto a seguir es mucho más eficaz. Pero hay que asegurarse de hacerlo, para que así las respuestas de uno sean tomadas en serio en el futuro.
- ***Aceptar la derrota cuando sea necesario.*** Si se le ve aceptar situaciones cortésmente tras una discusión, la gente le respetará más. A nadie le gusta ser un mal perdedor.

Material para la Sesión No. 6

Componentes de la conducta asertiva

1. RESPETARSE A SÍ MISMO: Significa Concebirse a sí mismo como un ser humano con energía limitada que necesita abastecerse y cuidarse.
2. RESPETO A LOS DEMÁS: Requiere que nuestros próximos sean concebidos como seres humanos tratados con dignidad y respeto es decir, requiere de empatía.
3. SER DIRECTO: Implica garantizar que los mensajes que sean transmitidos sean lo suficientemente claros, sencillos y precisos.
4. SER HONESTO: Nuestra capacidad para comunicarnos se ve limitada cuando negamos minimizamos el verdadero deseo o sentimiento recurriendo a la mentira.
5. SER APROPIADO: Para lograr una comunicación satisfactoria es necesario no solo tomar en cuenta lo que decimos o escuchamos, sino también el tiempo y el contexto donde ocurre.
6. CONTROL EMOCIONAL: Lograr un adecuado control emocional no supone olvidar o negar los sentimientos, implica encauzar las emociones para que éstas no lleguen aniveles de intensidad que nos provoquen reacciones ineficientes.
7. SABER DECIR: Depende del objetivo que perseguimos y siguiendo el proceso y la estructura del mensaje asertivo que revisaremos más adelante.
8. SABER ESCUCHAR: Es un proceso activo que requiere un esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitirnos y desarrollaremos más adelante.
9. SER POSITIVO: Quiere decir reconocer e informar a los demás que nos damos cuenta que ellos, igual que nosotros, intentamos beneficiar y ayudar.
10. CONTACTO VISUAL: Para ser asertivos debemos mirar, tener contacto visual con las personas que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual puede transmitir mensajes distorsionados, por ejemplo: no me interesa.
11. TONO DE VOZ: El tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Los tonos de voz muy bajos pueden expresar inseguridad, temor, mientras que

los tonos altos pueden transmitir el mensaje de disgusto, impaciencia, lo que puede provocar que el receptor se ponga a la defensiva.

12. POSTURA: La postura asertiva puede variar de una situación a otra, no obstante por lo general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado. Evitar postura que sugieran que usted está a punto de retirarse, como por ejemplo: estar en la puerta, tomar su bolso, entre otras.
13. EXPRESIÓN FACIAL: Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con el mensaje que deseamos transmitir, por ejemplo: reír cuando en realidad estamos molestos.

Material para la sesión No. 6
Ejemplo de frases Pasiva, Agresivas y Asertivas

Frases Pasivas:

- Esperaré hasta que desees llamarme
- Haré lo que tú quieras
- Saldremos a la hora que tu decidas
- Ya que insistes tomaremos esa....
- Si tú quieres podemos tener relaciones

Frases Agresivas:

- No me interesa tú opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extraña que lo hayas hecho mal
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres miedoso/a

Frases Asertivas:

- Te aprecio como amigo, pero no deseo una relación sentimental contigo.
- Yo no tomo licor porque me hace daño, no me gusta....
- Yo no puedo salir hoy pero mañana con gusto salimos.
- Necesito que me digas con honestidad lo que piensas.

Tarea No. 6

Con el material de apoyo que se le brindó describa dos situaciones donde utilizo un comportamiento asertivo.

SITUACIÓN	COMPORTAMIENTO ASERTIVO

Sesión No. 7 (Individual)

Módulo: Entrenamiento en Asertividad

Objetivo:

- a. Explicar algunas técnicas para mejorar la asertividad, tales como el disco rayado, pregunta asertiva, ignorar, acuerdo asertivo, entre otras.
- b. Suministrar lista de técnicas de asertividad.
- c. Practicar la técnica de relajación de Jacobson.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior
- b. Revisión de la tarea.
- c. Exposición dialogada sobre las técnicas para mejorar la asertividad.
- d. A través de ejemplo se le solicita al paciente que describe dos situaciones donde utilizó algunas de las técnicas de asertividad.
- e. Realizar la técnica de relajación

Tarea:

- a. Practicar una de las la técnica de relajación una vez al día.
- b. Llenar la hoja de tarea No. 7 (a y b).

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

Material para la sesión No. 7

Técnicas para mejorar la asertividad

- 1) **Disco roto o rallado:** Repetir nuestro mensaje_de forma convincente y reiterativa sin manifestar_agresividad o violencia.
- 2) **Claudicación simulada:** Se da la razón a lo que aceptamos como cierto pero sin entrar en discusión.
- 3) **Aplazamiento asertivo:** Buscar tiempo para dar la respuesta y aplazarla a otro momento en que uno se sienta capaz de responder con mayor control de la situación.
- 4) **Procesar el cambio:** Desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que está sucediendo entre las dos personas.
- 5) **Ignorar:** Se manifiesta de forma clara que no se va a hacer caso de la provocación solicitando al interlocutor que se tome su tiempo para reflexionar.
- 6) **Acuerdo asertivo:** Se reconoce parte de culpa pero no se acepta una generalización de nuestro comportamiento.
- 7) **Quebrantamiento del proceso:** Responder a la crítica que intenta provocarnos con una sola palabra.
- 8) **Pregunta asertiva:** A través de nuestras preguntas intentaremos obtener más información sobre las razones del enfado.
- 9) **Ironía asertiva:** Responder positivamente a la crítica hostil.

TAREA No. 7 a

Identificar dentro del siguiente cuadro el tipo de frase que se ejemplifica, ya sea asertiva, pasiva, agresiva.

FRASES	ASERTIVA	PASIVA	AGRESIVA
Estoy harta de recoger todo.			
A ver si la próxima vez tienes más cuidado y no te dejas migas en la cocina.			
Ya que insistes, iré a la escuela.			
Cállate, eres muy ruidoso.			
Te lo compraré para que te quede quieto.			
Haz lo que quieras.			
Puedes jugar en el salón cuando se marchen los invitados.			
No estoy de acuerdo contigo. No coincidimos en casi nada. No quiero seguir hablando.			
Deseo estar sola, necesito pensar.			
Cuándo tú quieras, entonces iremos.			
No tienes delicadeza. Como sigas así, terminará odiándote.			
Quizá no me he explicado con claridad.			

TAREA No. 7 b

Describe tres situaciones en las que haya utilizado alguna técnica de asertividad

SITUACIÓN	TECNICA DE ASERTIVIDAD

Sesión No. 8 (Grupal)

Módulo: Entrenamiento en Asertividad

Objetivo:

- a. Realizar la técnica del Role-Play con los participantes para evaluar la utilización de las estrategias de asertividad.
- b. Realizar un método de relajación.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior
- b. Dinámica de Grupo
- c. Revisión de la tarea.
- d. Solicitar a los participantes que en grupo de tres personas traten de expresar diversos estados emocionales: ira, rechazo, aceptación, amor, y otros; el propio, terapeuta u otro participante actuará como coterapeuta. Para cada ejercicio realizado, se analizará (retroalimentación) si la expresión ha sido adecuada en cuanto a: contacto ocular, posición del cuerpo, tono de voz, gestos faciales, las técnicas de asertividad, tipo de respuestas. En este feedback, participarán también los otros miembros del grupo además del terapeuta, los ejercicios que se realicen deficientemente deben ser repetido.
- e. Realizar la técnica de relajación (Visualización).

Tarea:

- a. Practicar una de las la técnica de relajación una vez al día.
- b. Llenar la hoja de tarea No. 8

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

TAREA No. 8

A partir de los siguientes casos, elabore una respuesta asertiva, pasiva y agresiva.

CASO 1: Tus hijos dejan su ropa y la toalla tirada en el cuarto de baño luego de bañarse.

¿Qué les dices?

Repuesta Asertiva:

Repuesta Pasiva:

Repuesta Agresiva:

CASO 2: Habías quedado con un amigo a cenar a las 9.00 y se presenta, sin avisar que se retrasaría, una media hora más tarde. No estás de buen humor, ¿cuál sería tú respuesta?

Repuesta Asertiva:

Repuesta Pasiva:

Repuesta Agresiva:

CASO 3: Vas a cenar fuera, pides la comida, se demoran en traerla y cuando te la traen está fría. ¿Cómo reaccionas?

Repuesta Asertiva:

Repuesta Pasiva:

Repuesta Agresiva:

Sesión No. 9 (Individual)

Módulo: Resolución de Problemas

Objetivo:

- a. Explicar la técnica de resolución de problemas.
- b. Describir las fases para la técnica de solución de problemas.
- c. Brindar guía de las fases de la resolución de problemas.
- d. Reforzar métodos de relajación.
- e. Anticipar fin del programa para la próxima sesión.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior
- b. Revisión de la tarea.
- c. Exposición dialogada sobre la técnica de resolución de problemas y sobre los pasos para la resolución de problemas.
- d. Se solicita a la paciente que identifique dos situaciones o problemas de su realidad y los desarrolle conforme a los pasos de la resolución de problemas.
- e. Realizar la técnica de relajación.
- f. Se le recuerda la finalización de la intervención en la otra sesión

Tarea:

- a. Practicar una de las la técnica de relajación una vez al día.
- b. Llenar la hoja de tarea No. 9.

Cierre de la Sesión

Se hace una retroalimentación de la sesión. Se le recuerda la relevancia de cumplir con las tareas.

Material para la sesión No. 9

Guía de las Fases de la Resolución de Problemas

Fase 1. Orientación hacia el problema

- Usted debe reconocer que los problemas son cotidianos, que forman parte de nuestra vida normal. Unas personas encuentran más fácilmente soluciones que otras, pero la mayoría de personas buscan soluciones satisfactorias a sus problemas y no sufren, ni se encuentran desmoralizadas ante los mismos, porque saben cómo solucionarlos.
- Lo primero que debe reconocer es que los problemas existen, que están ahí y de nada sirve escapar de los mismos. Hay que enfrentarse a ellos, pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Fase 2. Definición y formulación del problema

- Una vez que reconoce la existencia de los problemas, tenemos que definir claramente cada uno de ellos. Debe determinar quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Descríbalos claramente y en términos específicos y concretos. Utilice la información relevante y deseche la irrelevante. Utilice sólo hechos, no opiniones o creencias. Debe identificar los factores y las circunstancias que hacen de una situación un problema, sus metas principales y específicas relacionadas con el problema, subproblemas derivados del problema principal.

Fase 3. Generación de soluciones alternativas.

- Una vez que tiene claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo, pase a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema. Ante ese problema, usted debe dejar aparcada su solución habitual y generar tantas soluciones como le vengan a la mente. Tenga en cuenta que en esta fase:
 - Debe generar el mayor número posible de soluciones alternativas. Lo importante es la cantidad y no la calidad de las mismas.
 - Cualquier solución que le venga a la mente, por descabellada que le pueda parecer, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de su valoración.
 - Sea concreto en las alternativas que plantee. Las generales son poco útiles y difíciles de ejecutar.

Fase 4. Toma de decisiones.

En la fase anterior ha elaborado un importante número de soluciones al problema planteado. De ellas vamos a elegir una, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual.

- Esta solución, de entre las que ha apuntado, se obtendrá con los siguientes criterios:
- El valor de la alternativa: ¿consigo mi meta con ella?, ¿puedo ejecutar esa solución de modo óptimo?
- Las consecuencias personales de esa solución en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con los valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del problema.
- Las consecuencias sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos...
 - Las consecuencias económicas.
 - Las consecuencias a corto y largo plazo.
 - La maximización de los beneficios y la minimización de los costes.
- Una vez se ha decidido por una solución debe plantearse estas cuestiones:
 - Con esta solución, ¿puede cambiar la situación problemática?
 - ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?
 - ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir para poner la solución en práctica?

Fase 5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

- Una vez decidida la mejor solución tiene que ponerla en práctica y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Puede empezar por ponerla en práctica simbólicamente, imaginándose que la está llevando a cabo. Una vez realizada adecuadamente, pase a ponerla en práctica en la situación real donde se da el problema. Una vez hecho esto haga lo siguiente:
 - Observe su conducta y el resultado obtenido con su alternativa.
 - Compare el resultado observado con el esperado.
 - Retroceda a fases anteriores si fuera necesario.
 - Finalice el proceso de solución de problemas si el resultado es satisfactorio.
 - Elógiese por haber conseguido un solucionar un problema satisfactoriamente.

Tarea No. 9
Formulación de Resolución de Problemas

Escoja uno de los problemas más comunes que se le presentan en su vida diaria y resuelva el formulario:

1. Problema: _____

• Significado: _____

• Respuesta al Significado: _____

2. Soluciones posibles:

• _____

• _____

• _____

3. Toma de decisiones:

• _____

Ventajas: _____

Desventajas: _____

• _____

Ventajas: _____

Desventajas: _____

• _____

Ventajas: _____

Desventajas: _____

4. Aplicar y Evaluar los posibles resultados:

Sesión No. 10 (Grupal)

Módulo: Resolución de problemas e Integración

Objetivo:

- a. Repasar el tema de resolución de problemas
- b. Realizar ejercicios con los participantes para evaluar la técnica de resolución de problemas.
- c. Practicar un método de relajación.
- d. Hacer el cierre de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mixta.
- e. Brindar recomendaciones finales.

Actividades:

- a. Enlace con la sesión anterior
- b. Dinámica de Grupo
- c. Revisión de la tarea.
- d. Solicitar a dos voluntarios que expongan su tarea para que el grupo haga un análisis basado en la resolución de problemas. Para cada ejercicio realizado, se analizará (retroalimentación). En este feed-back, participarán también los otros miembros del grupo además del terapeuta, los ejercicios que se realicen deficientemente deben ser repetido.
- e. Realizar la técnica de relajación de Jacobson.
- f. Se realiza una retroalimentación sobre las sesiones.
- g. Se aclararon algunas dudas.
- h. Se les orienta acerca de las técnicas y habilidades adquiridas deben ser aplicadas a problemas en el futuro, propiciando la confianza en el desenvolvimiento personal de cada una.

- i.* Se solicita a tres participantes que describan en sus propias palabras lo que ha aprendido en las diversas sesiones
- j.* Se les incentiva para que sean agentes multiplicadores de las diversas psicoterapias que se brindan a nivel gubernamental y privado.
- k.* Se les agradece a las madres por el tiempo y la colaboración que han tenido durante las 10 sesiones.
- l.* Se le recuerda sobre la sesión de evaluación del posttest. Se programan las citas individuales.
- m.* Se les ofrece un brindis como agradecimiento por su colaboración en este proyecto de grado.

Tarea:

- a.* Procurar aplicar las técnicas y habilidades adquiridas en su vida diaria.
- b.* Hacer uso del material que se les brindó durante la terapia.

Cierre de la Sesión

Se hace la despedida formal.

Sesión de Evaluación de Posttest

Luego de dos semanas de haber culminado la aplicación de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mixta, Se realiza el posttest de manera individual a cada una de las participantes con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad de Halmiton. Cierre de Sesión: Agradecimiento-Despedida.

ANEXO NO, 3

INSTRUMENTOS

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*.

	CASINUNCA	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. Fiendo 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 sossegada"	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 desencuentros 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

LUTOPM



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Uribe, F. González-Reigosa, L. Nolasco y R. Díaz-Guerrero

SXE

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.

	NO EN LO 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

© 1978 por
EDUCATIONAL & PSYCHOLOGICAL SERVICES, S.A. DE C.V.
Instituto de la Educación Superior
de la Universidad Nacional Autónoma de México, P.O. Box 19

...A Imprimir en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

8101

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente
 1. Intensidad ligera
 2. Intensidad media
 3. Intensidad elevada
 4. Intensidad máxima
 (Invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	☐	☐	☐	☐	☐

10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	☐	☐	☐	☐	☐
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	☐	☐	☐	☐	☐

Borrar

Puntaje:

Si su puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que imprima esta página y consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad