



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica

**“Nivel de ansiedad en padres con hijos que reciben psicoterapia en el Centro
CEIAP”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autoras:

Tatiana Yusabeth Franco Ordoñez

María Rosana Vázquez Ordóñez

Directora:

Dra. Ana Lucia Pacurucu Pacurucu

Cuenca, Ecuador

2017

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a mi padre Juan Carlos por siempre estar a mi lado, brindarme su amor incondicional y no dejarme caer en los momentos en los que renunciar era la salida más fácil, se la dedico a mi hijo Xavier quien es el motor diario en mi vida, mi fuerza y orgullo constante, mi pequeño héroe quien me enseñó que en la vida jamás hay que dejar vencerse por más pequeño que seas, a mi novio y familia por su apoyo diario y en especial a mi ángel hermoso, mi madre Eliana que sé que jamás me abandona.

Rosana Vázquez.

Dedico esta tesis a mis padres quienes han sido pilar fundamental para culminar mis estudios, principalmente a mi madre por todo su amor entrega y apoyo constante, a mi hijo Ricardo mi mayor motivación, a mis hermanos por siempre estar presente , a mi querida amiga Vivi con quien iniciamos juntas esta meta, finalmente a mi sobrino Miguelito quien se encuentra luchando por su vida, mi guerrero más pequeño que me ha enseñado a jamás rendirse, inspiración que me da el impulso final para terminar esta investigación.

Tatiana Franco.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios por brindarnos salud y la oportunidad de terminar nuestra carrera universitaria, de igual manera a nuestros padres por el apoyo incondicional, su paciencia y entrega al largo de estos años, por enseñarnos el valor de la perseverancia a pesar de las adversidades presentadas.

Agradecemos a nuestra directora de tesis Dra. Ana Lucia Pacurucu por toda la predisposición y entrega brindada en nuestro trabajo para culminar con éxito el mismo, por último, a los miembros de nuestro tribunal Mst. Mónica Corral y Mst. Ximena Chocho por sus consejos y tiempo aportado en la revisión del trabajo, demás profesores, compañeros y familia por siempre extendernos una mano amiga.

Tatiana Franco y Rosana Vázquez

INDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de Anexos.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
Capítulo 1: Generalidades de la Ansiedad.....	2
1.1 Definición de ansiedad.....	3
1.2 Teorías.....	4
1.3 Ansiedad en cuidadores.....	5
1.4 Relación con el DSM-V.....	12
1.5 Relación con el CIE-10.....	13
1.6 Tratamiento.....	14
1.6.1 Terapia.....	15
1.6.2 Ejercicio.....	16
1.6.3 Dieta.....	17

1.7 Conclusión	17
Capítulo 2: Niños con diagnóstico de problemas psicológicos o trastornos del Neurodesarrollo	19
2.1 Discapacidad Intelectual.....	21
2.2 Trastorno del Espectro Autista.....	22
2.3 Trastorno de déficit de atención /hiperactividad.....	24
2.4 Negativista desafiante.....	25
2.5 Problemas de ansiedad.....	27
2.6 Problemas de relación.....	27
2.7 Conclusión.....	28
Capítulo 3: Metodología.....	29
3.1 Muestra.....	29
3.2 Instrumentos.....	30
3.2.1 Entrevista.....	30
3.2.2 Inventario de Síntomas SCL-90.....	30
3.2.3 Escala de Hamilton.....	30
3.3 Procedimiento.....	31
3.4 Análisis de resultados	32

Capítulo 4: Realización de talleres.....	36
4.1 Programa Preventivo.....	37
Conclusiones	45
Recomendaciones	47
Referencias	48
Anexos.....	58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Número de padres de acuerdo al diagnóstico de los niños.....	32
Tabla 2 Niveles de ansiedad de acuerdo al inventario SCL-90.....	33
Tabla 3 Porcentajes de la escala de Hamilton.....	33
Tabla 4 Niveles de ansiedad de acuerdo al sexo según el cuestionario SCL-90.....	34
Tabla 5 Niveles de ansiedad de acuerdo al sexo según el test de Hamilton.....	34
Tabla 6 Otras dimensiones de atención clínica según el cuestionario SCL-90.....	35

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Entrevistas.....	58
Anexo 2 Test de Hamilton.....	59
Anexo 3 Cuestionario de síntomas SCL-90.....	60
Anexo 4 Consentimiento informado.....	64

RESUMEN

Esta investigación se realizó en el Centro de Estimulación Integral y de Apoyo Psicoterapéutico CEIAP, el objetivo fue determinar el nivel de ansiedad en padres con hijos que reciben psicoterapia en el centro mediante la aplicación del Test de Hamilton y el Inventario de síntomas SCL-90.

Los resultados obtenidos indicaron que no se evidenció niveles de ansiedad altos en los padres, sin embargo, se identificó en los padres otros síntomas, correspondientes a diferentes trastornos que deberían ser tomados en cuenta para un adecuado tratamiento.

Palabras Claves: Ansiedad, Padres, Niveles, Síntomas.

ABSTRACT

This research was conducted at CEIAP *Centro de Estimulación Integral y de Apoyo Psicoterapéutico*, a center for comprehensive stimulation and psychotherapeutic support. The objective was to determine anxiety levels in the parents of children receiving psychotherapy in the center, by applying the Hamilton Test and the SCL-90 Symptom Inventory. The results indicated that there was no evidence of high levels of anxiety in the parents; however, other symptoms related to different disorders were identified in the parents; which should be taken into account for an adequate treatment.

Keywords: anxiety, parents, levels, symptoms.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Nuestra principal motivación para esta investigación, parte de haber realizado las Prácticas Pre-profesionales en el Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico “CEIAP”, asistiendo al departamento de Psicología, donde acudían los niños a recibir psicoterapia acompañados de sus padres, en quienes se observa un alto nivel de ansiedad que se veía reflejado en las distintas asesorías a padres, donde expresaban síntomas tales como llanto, excesiva preocupación, irritabilidad, problemas de sueño, dificultad para concentrarse.

Por lo tanto, para esta investigación se propuso como objetivo principal identificar los niveles de ansiedad en los padres que tienen hijos recibiendo psicoterapia en el centro “CEIAP”, para lo cual realizamos entrevista a los padres y la aplicación de dos reactivos psicológicos, el Test de Hamilton para la Ansiedad y el Cuestionario de Síntomas SCL-90.

La organización de esta investigación incluye como primer capítulo información acerca de la ansiedad: generalidades, definición, síntomas, teorías, estudios realizados. Cuidadores: definición, el rol que desempeñan, posteriormente la ansiedad según la clasificación del DSM-V y CIE-10.

El segundo capítulo trata acerca de niños con trastornos o problemas del neurodesarrollo de acuerdo al DSM-V y al CIE-10, finalmente realización de talleres, cuya finalidad se centra en brindar psicoeducación, y breves técnicas de afrontamiento sobre la ansiedad a cuyos padres que presenten niveles elevados.

CAPITULO 1

GENERALIDADES DE ANSIEDAD

La ansiedad o angustia se define como un estado del individuo en el que se produce una activación del sistema nervioso central debido a una respuesta normal, exagerada o patológica a alguna situación o estímulo tanto interno como externo. A diferencia de la ansiedad, el miedo se refiere a objetos o situaciones reales concretos los cuales suceden en el momento. La ansiedad se manifiesta clínicamente cuando la corteza cerebral pierde su capacidad inhibidora sobre los centros subtalámicos, constatándose una hipoactividad de las vías serotoninérgicas (Jordana, G. 2010).

Según Toro & Yepes (1997) en la población general en Medellín-Colombia la prevalencia de la ansiedad a un año ha sido de 3%. Por otra parte, en clínicas de ansiedad, esta llega a ser del 12%, siendo el sexo femenino el más afectado. Alrededor de la mitad de los pacientes refieren que el inicio fue en la niñez o adolescencia, el curso tiende a ser crónico y fluctuante con acentuación en periodos de estrés.

Es probable que este trastorno tenga un componente genético puesto que existen estudios realizados en animales y humanos que demuestran conceptos como emocionalidad, neocriticismo y ansiedad no clínica pueden heredarse. (Toro& Yepes. 1997).

Se puede identificar que un alto grado de ansiedad puede conducir a las personas a que lleven a cabo conductas de evitación de situaciones o, en caso de no poder escapar o evitarlas, las enfrentan con un intenso malestar. A largo plazo y debido a la cronicidad del trastorno (si no se recibe tratamiento), se observa un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral y académico de quien lo padece (American Psychiatric Association [APA], 2000). Por estos efectos que la enfermedad llega a causar resulta fundamental la evaluación adecuada de los problemas de

ansiedad en los adultos, para brindar un correcto diagnóstico y posteriormente un eficaz tratamiento.

1.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

Denominada por varios autores como un mecanismo defensivo ante situaciones consideradas como estresantes o amenazantes. La ansiedad sin duda es uno de los problemas de salud mental que aqueja a la mayoría de la población, interfiriendo notablemente en actividades cotidianas. Siendo uno de los aspectos fundamentales del trastorno la cognición por parte de los individuos, de preocupaciones excesivas que no se pueden controlar. Según Wells (1999), las personas se ven atrapadas en una perturbación emocional debido a que sus metacogniciones activan un patrón de respuesta hacia sus experiencias internas que mantiene las ideas negativas.

El Trastorno de Ansiedad se ha descrito a lo largo de la historia como uno de los trastornos más relevantes debido a su elevada prevalencia y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. (Roemer, Orsillo y Barlow, 2002). Según Barlow (2002), se trata del trastorno de ansiedad más frecuente y sus características centrales representan las comunes a todos los trastornos de ansiedad. Los resultados en el caso del Trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos muestran un aumento de su prevalencia, pasando de un 8.4% anterior a 2006, a un 11.7% en 2006-2007, y a un 19.7% en el periodo 2010-2011 (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

Dentro de la clínica a la ansiedad se relaciona a otro síntoma psicológico como el estrés, diferenciándose en ausencia de estímulos que constituyan una amenaza real a la integridad o intereses de la persona, toda vez que se puede tratar de un fenómeno estrictamente perceptivo, mientras que el segundo necesariamente supone la existencia de un agente estresor discriminable

que está afecta al sujeto de manera circunstancial o prolongada. Asimismo, el estrés constituye una reacción emocional de tipo negativo a partir de un estresor (Gross, 1998).

Los principales síntomas que la persona manifiesta son preocupación excesiva y persistente sobre varios aspectos, situaciones que la persona percibe como incontrolables, acompañados de sintomatología física como inquietud, sensación de mareo, palpitaciones, sudoración tensión muscular, dificultad para concentrarse, alteraciones en el sueño entre otras.

Generalmente, las mujeres suelen ser más propensas a padecer ansiedad que los hombres (Krahn et ál, 2011). No obstante, otros estudios informan que la ansiedad tiende a aumentar con la edad sin diferencias significativas con respecto al sexo del paciente (Lima y Casanova, 2006).

Es importante entender a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal, transitorio que todos los seres humanos la experimentamos ante determinadas situaciones constituyendo una respuesta anticipatoria a una amenaza o situaciones cotidianas estresantes las cuales se presentan en la vida diaria; convirtiéndose en patológico en el momento que no logramos tener control sobre aquellos signos y síntomas, superando la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo en las distintas áreas de desarrollo del individuo.

1.2 TEORÍAS

De acuerdo con la visión de diversos autores y corrientes psicológicas, se puede explicar la ansiedad. Spielberg (1980) explica la ansiedad como un estado de activación por encima del umbral de funcionamiento habitual de la persona que se puede manifestar de forma circunstancial como interpretación de condiciones externas (estado) o tratarse de una propensión de la personalidad del sujeto por exhibir comportamientos de agitación relativamente estable y prolongada en el tiempo.

Desde el punto de vista psicoanalítico las génesis del síntoma neurótico se enmarcan dentro del concepto del conflicto intrapsíquico que consiste en determinadas pulsiones internas buscan hacerse conscientes. Desde la teoría del aprendizaje la ansiedad es una respuesta a la percepción de peligro; ya que, se puede volver crónica por la tendencia a dar excesiva atención a posibles peligros. (Toro, R. J., & Yepes, L. E. 1997).

Según Sigmund Freud, la ansiedad suponía un síntoma psicossomático generalizado que era la base de la neurosis o alteración nerviosa indiferenciada donde el organismo realiza atribuciones de valor displacenteras a sus experiencias, toda vez que se observan cambios fisiológicos y conductuales que reafirman su malestar. (Cázares de León, 2012).

Para la teoría cognitivo - conductual, específicamente el enfoque de Beck (Oblitas, 2008) la ansiedad es resultado de pensamientos automáticos en conjunción con creencias distorsionadas (interpretaciones de los hechos) sobre tres elementos de la persona, como lo son: el yo (autopercepción de incapacidad para responder a las demandas), el ambiente (autopercepción de que el ambiente supone una amenaza para la integridad e intereses personales) y el futuro (percepción de que las amenazas se incrementarán o los resultados serán perjudiciales independientemente de cualquier acción de la persona).

1.3 ANSIEDAD EN CUIDADORES

Describir y entender el sufrimiento de las familias con niños que padecen problemas o trastornos debe ser de gran interés para los profesionales dedicados a la salud mental. Este es el comienzo para poder realizar y garantizar programas terapéuticos eficaces y de apoyo para las familias afectadas, siendo siempre el objetivo principal mejorar su calidad de vida (Seguí & Ortiz, 2008).

Se denomina cuidador a la persona que posee un vínculo de parentesco o de cercanía y asume la responsabilidad del cuidado y sostén de un ser querido que vive con el trastorno. Participando en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad; la mayoría son madres, con estados civiles y profesiones diversas, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico y acompañan en su largo proceso (Barrera L et al. (2005).

El cuidador familiar experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales; el grado de compromiso depende de la necesidad del cuidado, así como de las características del cuidador. En la forma como el cuidador se adapta a estos cambios influyen factores específicos como sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, los ajustes que debe hacer en su estilo de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado (Pinto & Sánchez, 2000).

Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas. (Sánchez, 2002).

Esta experiencia de cumplir el rol de cuidador modifica la vida de las personas de manera importante. Debido a que va mucho más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo (Sánchez, 2001).

El cuidador se ve sujeto a un nivel de factores ansiosos y estresantes permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual

del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud, la falta de actividad, de dispersión, la alteración de la ejecución del trabajo habitual, la severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, la cantidad de cuidado o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador-cuidado (Johnson, et al. 1999).

El apoyo social es una constante en la vida indispensable de los seres humanos y el cuidador de la persona con discapacidad necesita a su vez de apoyo para afrontar las diferentes situaciones adversas que conlleva esta labor, como es la sobrecarga, la baja autoestima y las limitaciones en la vida social, al dedicarse de lleno en su acompañamiento (Espín, 2009).

Los cuidadores están sometidos a esfuerzos físicos y psíquicos que pueden generar diversas consecuencias como somatizaciones, cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal, abandono ocupacional (Muñoz, Arancibia & Paredes, 1999), entre otras, que se encuentran asociadas a los diversos esfuerzos y a las percepciones negativas del cuidador (Badia, 2004; García, Mateo & Gutiérrez, 1999); siendo las más frecuentes las afecciones psíquicas que se manifiestan en forma de síntomas nerviosos y ansiosos (Fraga, 2006), que conlleva al distanciamiento emocional con el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador afectando sus relaciones sociales, amistades, intimidad y la libertad misma (Atarso, Goñi & Gómez, 2001; Llibre, 2002).

La mayoría de los estudios realizados sobre cuidadores informales se centran en el campo de la gerontología, fundamentalmente en los cuidadores de ancianos afectados de enfermedades degenerativas. Evidenciándose un mínimo esfuerzo invertido en la infancia y el ámbito de la discapacidad infantil; por lo que se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración a niños con severa discapacidad supone una amenaza para el bienestar del cuidador.

Diversas investigaciones demuestran que ser madre de niños con retraso en el desarrollo es un importante factor de riesgo para la salud física y mental (Piven y Palmer, 1999; Ryde-Brant, 1990). Los padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, síntomas ansiosos, baja autoestima e insatisfacción interpersonal (Bristol, 1984).

García-Calvente et ál. (2009) Analiza la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y sus consecuencias respecto a la sobrecarga, la salud y la calidad de vida; abordan el síndrome del cuidador para describir el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, e incluso los problemas laborales, familiares y económicos que enfrentan las cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara.

Los aspectos que afectan de manera negativa el bienestar social de los cuidadores están relacionados con la angustia por la enfermedad, la carga económica por los costos de los tratamientos, el nivel de apoyo recibido y el compromiso del estado social en general; son datos muy similares a los del estudio de Ballesteros en 2006 sobre la calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por mal formaciones congénitas, el cual mostró poca alteración del funcionamiento social de la familia. Esta baja proporción de afectación se relacionó con las características de la mayoría de las familias participantes, las cuales disponían de redes de apoyo familiar.

El cuidador familiar, además de los inmensos retos que tiene que experimentar a diario y quizás a consecuencia de ellos, ve afectada con frecuencia su salud física y mental, con principales alteraciones en el patrón de sueño, la tensión arterial, el nivel de energía, cambios en el peso entre otros síntomas. Teniendo la necesidad de tomar algunos medicamentos. Es preciso, por tanto,

considerar como un indicador la percepción de la salud general del cuidador y el uso de fármacos. (Johnson, M et al. 1999).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la edad adulta (Albano, Chorpita y Barlow, 1996) y suscitan una demanda muy elevada en los servicios de salud mental (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). Es frecuente que los padres en algún momento de su vida experimenten ansiedad sobre las situaciones asociadas a la vida de sus hijos, especialmente en aquellos que posean alguna discapacidad. Sin embargo, en algunos casos el nivel de ansiedad es tan elevado que afecta el desenvolvimiento diario, lo que produce problemas que afectan las relaciones entre padres e hijos (King, Ollendick y Tonge, 1995).

Los trastornos de ansiedad en los cuidadores suelen ser muy comunes en la actualidad, donde se ha evidenciado que este se ve afectado a través de los años, por los diferentes factores estresantes que produce desempeñar este rol, aún más el de los niños.

“El estudio de la figura del cuidador aparece por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow en 1955, y posteriormente, en los de Grad y Sinsbury y Kreitman, en los que se introduce el concepto de carga del cuidador” (Gómez Ramosa y González-Valverde, 2004, p. 155), que revela agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Asimismo, se ha relacionado con problemas en la salud física por acumulación de factores estresores.

Identificamos a un cuidador como: familiares o personas cercanas informales y profesionales que asume las siguientes características: (Wilson, 1989 citado en Roig, Abengózar y Serra, 1998).

- Asume las principales tareas de cuidado del niño y la responsabilidad que ello acarrea.
- Es percibido por el resto de los familiares como el responsable del cuidado.

- Se encuentra siempre presente para prestar ayuda cuando el niño lo requiera.

Los últimos estudios permiten afirmar que los cuidadores o familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995, citados en López y Crespo, 2007).

En este contexto se evidencia que el cuidado de un niño con algún problema genera mayor estrés que el de un anciano con patología física, lo cual podría explicarse porque el cuidador se ve obligado a introducir cambios en su estilo de vida (Grafström y Winblad, 1995; Eagles, 1987 citados en Artaso, Goñi y Biurrun, 2003).

En evidencia como resultado del excesivo trabajo y fuertes demandas del cuidado de un niño con problemas psicológicos o alguna enfermedad médica, el cuidador puede llegar a presentar significativas manifestaciones de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga, cuyos factores son relevantes para este estudio y así poder aportar nuevas fuentes de apoyo y así poder brindar una psicoterapia más eficaz.

Según Virgen & Lara (2005) en Ecuador existen una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, la cual es de dos a uno. El rol de cuidador supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar, hablándose en la actualidad de "síndrome del cuidador" para referirse a dichas consecuencias negativas. Un estudio de meta-análisis realizado sobre 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica demuestra como los cuidadores están más estresados, ansiosos, deprimidos y tienen bajos niveles de bienestar subjetivo, salud física y auto-eficacia que los no cuidadores (Pinquart & Sorensen, 2003).

La experiencia de ser cuidador modifica gradualmente la vida de la persona de manera importante. Esta experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo (Sánchez, 2001).

Muchos cuidadores a través de esta experiencia, dan sentido a su vida, y a pesar de la limitación, se reconocen como una extensión mutua, admitiendo cada uno una identidad propia y aceptando con humildad la condición humana. Esta habilidad se refleja mediante el compromiso, la responsabilidad, la dedicación y la motivación hacia el cuidado (Grupo de cuidado, 1998).

Según un estudio realizado por López, Lorenzo & Santiago (1999) se encontraron más niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores que en personas con algún tipo de discapacidad. Así mismo el estudio demostró que los cuidadores tienen mayor consciencia de su malestar, poniendo en alerta que los cuidadores presentan grandes probabilidades de padecer problemas ansioso-depresivos. Debido a que la mayoría de ellos se encuentran vulnerables y con sentimientos de frustración al asumir tareas que no tienen la preparación adecuada.

En un estudio realizado por Cerquera y Galvis (2014) en cuidadores informales colombianos, se encontró que, si el cuidador utiliza estrategias como el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor, su rol como cuidador no tiende a ser una experiencia frustrante, pudiendo llegar a ofrecer aspectos gratificantes.

Estudios realizados por Molina et al. (2005) afirman que el apoyo social es una importante fuente de ayuda para los cuidadores familiares a la hora de hacer frente a las situaciones del cuidado. El apoyo social tiene una relación directa con el bienestar psicológico del cuidador, ya

que incide positivamente en la calidad de vida del mismo (García, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; Pérez, 2008) y predice significativamente la satisfacción con la vida (Schallock, & Verdugo, 2003).

1.4 RELACIÓN SEGÚN EL DSM-V

La ansiedad es conocida como una experiencia emocional normal, sin embargo, los síntomas de este fenómeno al ser experimentados de forma monótona y excesiva compromete nuestra eficacia y salud tanto mental como emocional.

El diagnóstico de estos trastornos de ansiedad presenta dificultades, ya que en un primer plano su sintomatología es completamente somática y la sintomatología psíquica se comienza a observar una vez iniciado el tratamiento psicológico o psiquiátrico; debido a su complejidad en el DSM-V, se encuentra la clasificación de estos trastornos con sus debidos criterios los cuales toman en cuenta la intensidad y duración de los síntomas.

Dentro del DSM-V el capítulo de los trastornos de ansiedad ha sido parte de un reagrupamiento diferente de sus cuadros clínicos a comparación de la edición anterior; lo más sobresaliente de estos cambios es la exclusión del trastorno de estrés postraumático y del trastorno obsesivo-compulsivo, dichas perturbaciones son descritas de forma independiente las cuales resalta tanto el suceso traumático como las obsesiones de forma correspondientemente. Este tipo de trastornos son poco frecuentes de encontrar en los cuidadores.

1.5 RELACIÓN SEGÚN EL CIE-10

De acuerdo a la clasificación del CIE-10 existen otros problemas de atención clínica (códigos Z) los cuales pueden causar ansiedad en los adultos, tales como:

- Problemas relacionados al empleo y desempleo.

- Problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas.
- Problemas relacionados con el ambiente social.
- Otros problemas relacionados con la crianza de los niños.
- Problemas relacionados con el grupo de apoyo.
- Problemas relacionados en el manejo de las dificultades de la vida.
- Historia familiar de trastornos mentales o de conducta.
- Historia familiar de ciertas discapacidades o de enfermedades crónicas incapacitantes.

Según la Organización Mundial de Salud OMS los trastornos mentales más comunes siendo considerados estos la depresión y la ansiedad entre 1990 y 2013, ha aumentado en un 50%, siendo el número de personas afectadas de 416 millones a 615 millones, es decir, 1 de cada 5 personas padecen de estos trastornos; una aproximación del 10% de la población mundial, por lo tanto, los trastornos mentales representan un 30% de las enfermedades no mortales. La OMS manifiesta que de ese 10% de población mundial afectada; los trastornos de ansiedad aquejan al 3,8% de la población adulta.

Según un estudio realizado en el año 2012 en Chile por Pérez Villalobos, la prevalencia a adquirir ansiedad en la población adulta es de 17.9% lo cual tiene efectos los cuales perturban a otros procesos psicológicos de forma negativa, como a la vigilia, atención, percepción, razonamiento y la memoria. “También afectan la vida de las personas, el deteriorar la capacidad de resolución de problemas, las interacciones con otras personas, la calidad de vida y, por consecuencia, la salud en general” (Hernández, Coronado, Araújo, y Cerezo, 2008).

Por otro lado, la prevalencia de trastornos ansiosos presentes en mujeres es de un 23.8% y de un 10.7% en hombres; siendo un porcentaje menor correspondiente al género masculino debido

al “grado mayor de autoconfianza en los hombres” (Ruiz y Zarauz, 2014). Sin embargo, “son ellas quienes controlan mejor su ansiedad” (Ponce de León, López, & Medina, 2006).

Sin embargo, dentro de la población ecuatoriana en datos estadísticos presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2014 la prevalencia de poseer un trastorno debido a la depresión o la ansiedad es de igual forma 3,8%. Isabel Serrano, psicóloga familiar, considera que estas dolencias y trastornos mentales son producto de factores sociales; como el ambiente familiar que tiene una alta influencia en los problemas de salud tanto física y mental en este grupo poblacional.

1.6 TRATAMIENTO

La ansiedad es una parte normal de la vida, sin embargo, cuanto más intensa se vuelve, más importante es el tratamiento o resolución de este aspecto.

Las personas las cuales presentan ansiedad severa “poseen problemas en varios contextos de su vida los cuales no suelen manejar de forma efectiva; por lo cual su recuperación es a largo plazo centrándose en el manejo de la ansiedad y no en la ausencia de ésta”. (Arregui, 2012).

Aquellas personas que han logrado alcanzar a largo plazo su recuperación “perciben la ansiedad de una forma completamente diferente, consiguientemente, cuando aparece la ansiedad, entienden el mensaje y responden ante él de un modo práctico y seguro.” (Reyes - Tejada, 2003). Y en efecto, cuando experimentan altos niveles de ansiedad pueden percibirlos sin angustia.

Dentro del tratamiento farmacológico de la ansiedad más eficaces encontramos el método a base de las benzodiazepinas, los antidepresivos con acciones ansiolíticas y los bloqueadores β -adrenérgicos, sin embargo, cabe destacar que no siempre funciona, puesto que con el alivio de la ansiedad “se conduce a una serie de efectos secundarios que pueden afectar mucho más al paciente;

por otro lado se corre el riesgo de que la persona adquiera una dependencia hacia los medicamentos y se le dificulte dejarlos”. (Montemurro, 2011).

A continuación, mencionamos una serie de técnicas no farmacológicas, seguras para tratar este tipo de padecimientos; las cuales muestran efectos de forma inmediata. Entre las técnicas más destacadas podemos mencionar la terapia psicológica, el ejercicio físico, y la dieta alimenticia junto con algunos suplementos.

1.6.1 Terapia

La terapia es una manera muy efectiva de tratar la ansiedad sin medicación; “da a conocer más a fondo las causas de la propia ansiedad y a desarrollar habilidades para lidiar con la misma”. (Montemurro, 2011).

Se utilizan herramientas como suelen ser la Psicoeducación, donde se da a conocer al paciente sobre su condición, es decir, “es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo”. (Bulacio, 2006).

Técnicas respiratorias y de relajación muscular, aquí se centra en una serie de técnicas donde el individuo aprende a respirar de una forma adecuada y logra calmar su mente, alma y cuerpo; sincronizando así la respiración con su ritmo cardiaco, presentando una respuesta positiva ante la situación estresante y que causa la ansiedad; “es un estado o respuesta percibida positivamente, en donde la persona siente alivio de la tensión”. (Payne, 2005).

El método estructurado para la resolución de problemas es aquel conocimiento a través de la experiencia, para Dewey “es un aprendizaje activo y genera cambios en la persona y en su

entorno, no sólo va al interior del cuerpo y alma del que aprende, sino que utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales” (Díaz, 2003).

Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual; la cual se basa en enseñar al paciente a cambiar sus patrones de pensamiento; como expuso Kendall en 1990-1994 “el objetivo del paciente es reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas, detectar los pensamientos en las situaciones que le provocan ansiedad *f*, desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad y evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado” (Amorós, et.al. 2003).

1.6.2 Ejercicio

La actividad física es una de las mejores formas que se puede realizar como tratamiento complementario para la ansiedad; ya que tiene efectos positivos a nivel fisiológico, psicológico y social; pues por medio del ejercicio se libera endorfinas, las cuales hacen sentir feliz y relajado inmediatamente.

Cabe señalar que según Petruzzello et al. (1991), “el ejercicio físico regular reduce el rasgo de ansiedad cuando el ejercicio tiene naturaleza aeróbica [...] entrenamiento de la capacidad cardio-respiratoria” (Gutierrez, et.al. 1997).

El ejercicio después de un periodo de tiempo y sesiones regulares tiene efectos secundarios positivos en las personas, ayuda a conciliar más fácilmente el sueño, bajar de peso, desarrollar masa muscular y aumentar la autoestima.

1.6.3 Dieta y suplementos alimenticios

Mantener una dieta balanceada y que incluya todo tipo de nutrientes es esencial, al igual que cuidar nuestros horarios de alimentación y beber suficientes líquidos. Por ello, “comer saludablemente y consumir ciertos suplementos vitamínicos pueden ser de gran ayuda para aliviar

los síntomas ansiosos; el magnesio, se consume en una mayor cantidad cuando la persona experimenta un estado elevado de ansiedad; por ello su incremento en la dieta alimenticia aliviara los síntomas” (Carbone, 2011).

1.7 CONCLUSIÓN

La ansiedad es uno de los problemas de salud mental que afecta a la mayoría de las personas en el mundo, llegando a formar parte de la condición humana y sirve para afrontar situaciones de peligro o riesgo. Sin embargo, cuando se torna demasiado intensa, se convierte en una fuente de sufrimiento que es necesario controlar. La ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas. Acompañados de síntomas físicos como inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, problemas de sueño, irritabilidad, causando malestar significativo que interfiere en las relaciones sociales, laborales, o demás áreas importantes del funcionamiento.

Existen varias formas y métodos para superar la ansiedad, no solo el tratamiento farmacológico es eficaz; pues como se ha expuesto, en ocasiones basta con hacer cambios en nuestros hábitos y rutinas diarias, y estar conscientes de aquellos pensamientos los cuales no son de gran ayuda lo cuales son clave para superar la ansiedad.

Debido a los diversos problemas o trastornos del neurodesarrollo que aquejan a los niños, de los cuales están bajo su cuidado directos los padres, se ven obligados a cambios de adaptación en su vida cotidiana, la mayoría de ellos se encuentran vulnerables y con sentimientos de frustración al asumir tareas que no tienen la preparación adecuada, presentando grandes probabilidades de padecer problemas de ansiedad; ante lo expuesto, más adelante se presenta un plan preventivo con el fin de reducir la sintomatología.

CAPÍTULO 2

NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO.

Los Trastornos del Neurodesarrollo se definen como alteraciones de las funciones que se asocian a la maduración del Sistema Nervioso Central y que afectan la habilidad que tiene para recibir, procesar, almacenar y responder a la información que llega tanto del exterior como del propio organismo. Ponce & Meza (2017). Los trastornos del neurodesarrollo comprenden un número heterogéneo de cuadros clínicos que son sintomáticos desde las primeras etapas de la vida y que afectan a la trayectoria del desarrollo cognitivo, del lenguaje y de la conducta (Tuchman, Moshé, & Rapin. 2005).

El aumento progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, así como su incidencia creciente, han llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud y a profundizar en el estudio de este grupo de población (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Ten y Pedreira, 1988). Además, al ser un período en el que existe mayor plasticidad y se dan más cambios evolutivos, resulta relevante su detección precoz, diagnóstico y tratamiento para mejorar el pronóstico (Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez, 2002; Jiménez Pascual, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996), variando entre el 7 y el 30,2%. Valero y Ruiz (2003) señalan que, del total de la muestra, un 8,5% presentaba trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia y el diagnóstico más frecuente era el trastorno del comportamiento y de las emociones (F90-98 de la CIE-10), con una incidencia del 66,1%.

Se observó una mayor proporción de chicos, siendo significativas las diferencias, aspecto que corrobora Valencia-García y Andrade-Palos (2005), en el que la mayoría de las problemáticas presentadas en los niños se podrían circunscribir a los problemas de conducta. En otro estudio (Alvárez et al., 2000), siguiendo la clasificación de la Décima Revisión Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1993), se observa que son los trastornos de conducta los diagnosticados con más frecuencia (un 23%), seguidos de los depresivos (14,6%), los de ansiedad (13,3%), los específicos del desarrollo (12,7%) y los de eliminación (9,7%) Respecto a los trastornos depresivos y de ansiedad, si tomamos en conjunto las dos categorías, dada su alta comorbilidad, existe un 28% de sujetos con ambos diagnósticos.

Para clasificar estos trastornos se crearon dos manuales de consulta los cuales son una guía para el diagnóstico certero; dentro de estos manuales encontramos el DSM-V y el CIE-10.

Dentro de la clasificación del DSM-V; el primer apartado que se encuentra es el de los Trastornos del Neurodesarrollo en el cual encontramos las Discapacidades intelectuales, Trastornos de la comunicación, Trastorno del espectro autista, Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, Trastorno específico del aprendizaje, Trastornos motores, Trastornos de tics.

De acuerdo a la clasificación del CIE-10; contempla dentro de los trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los llamados " trastornos hiperkinéticos", junto con los "Trastornos disociales" y los "Trastornos disociales y de las emociones mixtos".

Los criterios diagnósticos reflejados en el CIE-10, referidos concretamente a los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia son:

F84. Trastornos generalizados del desarrollo.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90. Trastornos hiperkinéticos.

F91 Trastornos disociales.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F94 Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F95 Trastorno de Tics.

F96 Otros trastornos de las emociones y de comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

2.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual se caracteriza por un “déficit de las capacidades mentales generales, como son el razonamiento, resolución de problemas, juicio, etc.” (American Psychiatric Association, 2013)

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye "razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia" (Luckasson y cols. 2002, p. 40).

Sin embargo, la discapacidad intelectual se caracteriza por aquellas “limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas” (Luckasson, 2002).

Entendiendo entonces que la discapacidad intelectual es una condición donde es tan importante la dimensión biológica del individuo, como su relación con el contexto, es decir el ambiente y la cultura en la que el niño se desarrolla.

A partir de ello las familias necesitan orientación y capacitación sobre estrategias que favorezcan la socialización de los niños con discapacidad intelectual, como motivación, establecimiento de normas y fijación de límites.

Dentro de las causas más conocidas para el desarrollo de la discapacidad intelectual se encuentra los “trastornos hereditarios, problemas en el embarazo, Infecciones presentes al nacer o que ocurren después del nacimiento como puede ser la hipoxia, meningitis, déficit de la nutrición del niño, maltrato grave, tumores cerebrales, Anomalías cromosómicas como puede ser el síndrome de Down, etc.” (Márquez et. Al, 2011)

2.2 LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Este trastorno hace referencia a una variada sintomatología de diferente severidad caracterizados por déficits persistentes en las habilidades de interacción social y la comunicación, así como por la presencia de patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos.

Según Zwaigenbaum, Bryson, Roberts, Brian y Szatmari (2005), las dificultades de interacción social empiezan a ser evidentes a partir de los seis meses. De hecho, se puede decir que a la edad de dos años los niños en el espectro del autismo manifiestan claros problemas en la comunicación social, el juego, el lenguaje y la cognición, así como otras dificultades a nivel sensorial y motor (Zwaigenbaum et al. 2009). Por otro lado, conviene tener presente que no todos los niños con TEA muestran los mismos síntomas y en la misma intensidad, puesto que las

diferentes manifestaciones pueden ser muy variables de una persona a otra y en cada momento evolutivo.

Actualmente, los datos obtenidos en población escolar norteamericana indican una prevalencia de TEA de 1,13% a la edad de 8 años, con una proporción de 4-5 niños por cada niña diagnosticada (CDC, 2012). En otro estudio, llevado a cabo en población escolar de Reino Unido, se presenta una prevalencia cercana al 1% en niños de 5 a 9 años (Baron-Cohen et al., 2009). En el estado español, Belinchón (2001) estimó la prevalencia de los TEA en la comunidad de Madrid con un valor aproximado de 8,32 casos por cada 10.000 nacimientos. A través de los servicios clínicos, sociales y psicopedagógicos, Frontera (2005) mostró una prevalencia de 9,21 casos de TEA por cada 10 000 niños en la comunidad de Aragón. Así mismo, en Sevilla, Aguilera, Moreno y Rodríguez (2007) indicaron una prevalencia de 12,97 casos de TEA cada 10.000 niños -con una distribución de 4,4 casos de trastorno autista, 1,1 de trastorno de Asperger, 4,32 de TGD-NE y, por último, 2,67 casos en los que se dio un diagnóstico de TEA inespecífico.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -V) existen cuatro criterios para diagnosticar TEA a una persona (American Psychiatric Association [APA], 2013). Estos son: (a) déficits persistentes en comunicación e interacción social; (b) patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses; (c) síntomas que deben estar presentes en la infancia temprana; y (d) conjunto de los síntomas que limitan y deben alterar el funcionamiento diario.

2.3 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Se trata de uno de los trastornos de inicio en la infancia más frecuentes. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) indica que ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños, siendo más frecuente en varones (APA, 2013). Convirtiéndose hoy en día en los problemas neuropsiquiátricos más prevalentes en la edad infantil y tiende a asociar altas cifras de comorbilidad. (American Academy of Pediatrics, 2000).

Se lo define al trastorno por déficit de atención/ Hiperactividad (TDAH) como un trastorno crónico evolutivo. Mostrándose los individuos que la padecen como inquietos y dispersos, con mayor acentuación en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses, haciéndose notar a partir de los tres primeros años y mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, donde se puede realizar su diagnóstico.

Dentro de los principales síntomas del TDAH tenemos; alta de atención, hiperactividad e impulsividad, dificultan la adaptación del niño además de dar lugar al desarrollo de problemas secundarios, como problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje escolar, alteraciones emocionales, baja autoestima, causando un deterioro significativo en la actividad social, académica y familiar (Maciá, 2012). Los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho, uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar (Spencer, 2007).

Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia que oscila entre 3 y 17% Sin embargo, en nuestro medio no se ha determinado con exactitud; algunos estudios realizados por el grupo de neurociencias de la Universidad de Antioquia han permitido establecer una prevalencia en la población antioqueña alrededor del 17% (5,9). En el resto del país se hace necesario adelantar

nuevos proyectos que definan el número y el perfil del trastorno en nuestros niños, así como los factores etiológicos. Kelly & Aylward, (1992)

Comúnmente diagnosticado durante la etapa escolar (Félix, 2007; San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010) es un síndrome caracterizado por un desarrollo alterado en los mecanismos reguladores de la atención y la reflexividad (Miranda, Jarque y Soriano, 1999) lo que supone un déficit de atención, en la actividad (hiperactividad) e impulsividad. Aunque es poco común encontrarlo en su estado puro ya que existen altos índices de comorbilidad con otros desórdenes, se puede presentar en mayor porcentaje en cualquiera de sus tres rasgos: predominancia en inatención (TDAH-I/TDA-DA), en hiperactividad-impulsividad (TDAH-HI) o el tipo combinado (TDAH-C) (Angulo et al, 2008).

De acuerdo al trabajo realizado en el centro CEIAP se trató a niños cuyo diagnóstico no incluían trastornos del neurodesarrollo, sin embargo, están clasificados en el apartado del DSM-V como Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta; sin embargo, dentro de la clasificación del CIE-10 todos los trastornos se incluyen en el apartado del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

2.4 EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TND)

Se manifiesta como un patrón recurrente de desobediencia, hostilidad, oposición y negación ante las figuras de autoridad, caracterizada por cuatro o más de las siguientes conductas en los últimos seis meses: a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, discute con el adulto, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros, colérico y resentido y es rencoroso o vengativo (American Psychiatric Association

[APA], 2002). Se estima que el TND afecta entre el 2 y 17 % de la población general, siendo más frecuente y severo en los niños que en las niñas (APA, 2002; Emberley y Pelegrina del Rio, 2011; Rigau, García y Artigas, 2006). Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez (2004) encontraron una prevalencia vida de 4.9% entre los varones y de 2.2% entre las mujeres, en una muestra representativa nacional de 4544 colombianos de 18 a 65 años.

El TND también tiende a ser más frecuente entre las familias en donde se presentan un manejo inadecuado de hábitos, ausencia de las figuras paternas, abuso de sustancias, inadecuada relación familiar, maltrato físico o verbal y madres depresivas (Corcoll-Champredonde, González, Burgos, Dos Santos y Carbonés, 2010; Gadow y Nolan, 2002; Matthew, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007; Tremblay et al., 2004). Por ejemplo, un estudio realizado con una muestra de preescolares con TND de estratos socioeconómicos bajos, encontró que éstos presentaban una alta comorbilidad con otro trastorno, la mayoría provenía de hogares desintegrados, con baja capacidad para el establecimiento de normas y casi todas las madres eran cabeza de familia y presentaban depresión (Puerta, Piñeros, y Franco, 2008).

Los síntomas del TND suelen aparecer antes de los 8 años, presentan poca variabilidad a lo largo del desarrollo y se mantiene desde la etapa preescolar, a la edad escolar y hasta la adolescencia Lavigne et. al (2001) Algunas veces es difícil diferenciar la actitud oposicional desafiante y la actitud propia de los TC, especialmente cuando se dan fuera del entorno familiar. Pascual-Castroviejo (2002).

Según Loeber et al. (2009), los niños con TND muestran déficits neuropsicológicos similares a los que se observan en niños con otros desórdenes de comportamiento disruptivo. En particular, conforme a Best, Miller y Jones (2009), estos niños presentan déficits en las funciones ejecutivas de autorregulación, flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para

resolver problemas mediante la planificación y la organización, lo que explicaría en parte sus dificultades a nivel social y académico (Da Fonseca et al., 2010; Pardini y Fite, 2010).

2.5 PROBLEMAS DE ANSIEDAD

Los niños portadores de algún tipo de trastorno o problemas de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo y difícil de controlar.

Las alteraciones de las emociones o síndromes están relacionadas con “inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas” (López, 2010).

Los niños los cuales presentaban este tipo de problemas en el centro, manifestaban tener problemas por lo general en su entorno familiar o escolar y no saber cómo actuar ante ello; debido a esto el trabajo con ellos se centró en identificar tanto los pensamientos que causaban esta ansiedad y las conductas que demostraban para ir trabajando en ello; puesto que “los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores” (Orgilés, et.al, 2012).

2.6 PROBLEMAS DE RELACIÓN

Dentro de estos problemas de relación que se encuentran en el apartado de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica se encuentran los problemas de relación entre padres e hijos, problemas de relación con los hermanos, niño afectado por una relación parental conflictiva y ruptura familiar por separación o divorcio.

Según el DSM-V los problemas relacionales tienen un impacto significativo sobre la salud del niño que lo protagoniza; este tipo de relaciones pueden llegar a ser perjudiciales debido a que pueden ir acompañadas de maltrato o abandono, es decir, “un problema de tipo relacional puede llamar la atención clínica por ser el motivo de la visita del individuo o por ser un problema que afecte al curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental o médico del individuo” (American Psychiatric Association, 2013).

2.7 CONCLUSIÓN

Los primeros años de vida constituyen una etapa importante en el desarrollo del niño, pues es un proceso dinámico en el cual se van configurando las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una adecuada interacción con su entorno social. Sin embargo, en ciertos casos este desarrollo sufre de alteraciones o retrasos en las funciones que se asocian a la maduración del Sistema Nervioso Central, convirtiéndose en trastornos del neurodesarrollo, los cuales se caracterizan por manifestarse de manera precoz en el desarrollo del niño; con una deficiencia en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional; lo cual causa un malestar significativo en el niño ya que se presentan problemas de adaptación.

De acuerdo al trabajo de evaluación realizado en el centro CEIAP, los trastornos con más prevalencia que presentan los niños son: discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, trastorno negativista desafiante y problemas de ansiedad.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

La investigación realizada sobre el nivel de ansiedad en padres con hijos que reciben psicoterapia en el centro CEIAP; es de orden transversal, no experimental y descriptiva.

La cual se realizó en el Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico CEIAP de la Universidad del Azuay de la ciudad de Cuenca; dicha institución cuenta con una población aproximada de treinta y nueve niños, niñas y adolescentes que reciben psicoterapia; los cuales presentan trastornos y problemas como son el trastorno del espectro autista, trastorno de déficit de atención/ hiperactividad, discapacidad intelectual, trastorno negativista desafiante, problemas emocionales y de autoestima, problemas de atención, problemas de relación con familiares, entre otros.

3.1 MUESTRA

Para esta investigación la población total de padres de familia constaba de 78 personas; la muestra que se tomó en consideración fue de 33 padres y madres de familia quienes accedieron a participar en el proceso, de los cuales 3 padres desertaron al momento de la evaluación, permaneciendo una muestra de 30 padres de familia los cuales representan el 38,46% de la población de padres cuyos hijos asisten a psicoterapia.

De los treinta participantes 10 pertenecen al género masculino representando el 33.33% y 20 al género femenino constituyendo el 66.66% de la muestra estudiada; quienes se encuentran en un rango de edad comprendido desde los 26 hasta los 50 años de edad.

Los criterios que se tomaron en consideración para formar parte de la investigación, fueron que el padre o madre esté bajo el cuidado directo del niño; no se tomó en cuenta aquellos padres que no tienen contacto con el niño o no poseen una adecuada predisposición.

3.2 INSTRUMENTOS

El proceso se inició con una entrevista, la cual sirvió para el establecimiento de rapport, recolección de datos sociodemográficos e informar sobre el objetivo del estudio y la aplicación de las pruebas o cuestionarios psicológicos. Ver anexo 1

Las baterías que se emplearon fue la Escala de Ansiedad de Hamilton la cual fue creada en 1959 por Max R. Hamilton siendo una escala heteroaplicada con el objetivo de evaluar el nivel de ansiedad en los individuos. Ver anexo 2

Esta escala consiste de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la aplicación, cada uno de los 14 ítems está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo.

Todas estas puntuaciones, fueron usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona.

El test tiene una fiabilidad de Consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92).

En cuanto a la validez, existe una correlación directa y significativa con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Posteriormente se llevó a cabo la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90 el cual fue desarrollado por L. Derogatis en el año 1977; realizándose posteriormente una adaptación en

español en el 2001, este inventario sirve evaluar patrones de síntomas presentes en los individuos.

Ver anexo 3

Este instrumento posee 90 ítems los cuales se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4), y se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico.

Cuya Consistencia interna es de 0.79- 0.90; fiabilidad del re-test tras una semana es de 0.78 a 0.90

En cuanto a la validez existe una correlación entre las puntuaciones de subescalas de Depresión del SCL-90R con el inventario de depresión para niños (CDI): 0.78, con el inventario de Depresión de Beck (BDI): 0.22

3.3 PROCEDIMIENTO

Se citó a los padres de familia de acuerdo a un horario factible en el cual pudieran asistir padre y madre tomando en cuenta tanto los criterios de inclusión como los de exclusión, una vez firmado el consentimiento informado (Ver anexo 4), se procedió a brindar la debida explicación sobre las dos baterías psicológicas las cuales se utilizarían para la evaluación con una duración de cuarenta minutos aproximadamente. Siendo esta aplicación realizada tanto en horario matutino como vespertino.

Una vez aplicado los respectivos reactivos psicológicos a la muestra, se procedió al análisis de los datos obtenidos mediante el programa estadístico Statistical Program for Social Science (SPSS) versión IBM 20. Este programa es una herramienta informática que sirve para el procesamiento de datos y análisis estadísticos; el cual permite realizar cálculos más exactos y trabajar con grupo de datos o muestras más grandes, al igual que con un mayor número de variables.

3.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la investigación realizada a la muestra de estudio se obtuvieron los siguientes resultados expuestos y analizados a continuación.

Tabla 1

Número de padres de acuerdo al diagnóstico de los hijos

Nº Padres	%	Trastorno o problema
10	33.33%	Problemas emocionales y de relación familiar
7	23.33%	TEA
6	20%	TDAH
5	16.67%	Discapacidad intelectual
2	6.67%	Trastorno negativista desafiante
Total: 30	100%	

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Fuente: Entrevistas

De acuerdo a los datos recolectados en las entrevistas realizadas se logró identificar que de acuerdo a la severidad del trastorno o problema de los hijos el número de padres evaluados es el siguiente, el 33.33% de los padres tienen hijos con Problemas emocionales y de relación familiar, el 23.33% son padres con hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista; el 20% pertenece a padres con hijos con Trastorno de déficit de atención /hiperactividad, el 16.67% de padres tienen hijos con un diagnóstico de Discapacidad Intelectual y el 6.67% es perteneciente a padres con hijos con Trastorno Negativista Desafiante. Ver tabla 1

Tabla 2*Nivel de Ansiedad de acuerdo al cuestionario de síntomas SCL-90*

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin problema	29	96,7	96,7	96,7
Atención clínica	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Elaborado por: Programa Estadístico SPSS

Fuente: Cuestionario de Síntomas SCL-90

De acuerdo al cuestionario de síntomas SCL-90. Se pudo determinar que un 96.7% de los padres no presentan problemas significativos de ansiedad. Sin embargo, se identificó síntomas de atención clínica en una madre de familia que corresponde al 3.3% de la muestra. Ver tabla 2

Tabla 3*Porcentaje del test de Hamilton*

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de ansiedad	13	43,3	43,3	43,3
Ansiedad leve	14	46,7	46,7	90,0
Ansiedad moderada a grave	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Elaborado por: Programa Estadístico SPSS

Fuente: Test de Hamilton

En relación al test de Hamilton se obtuvo un 43.3% de los padres que presentan ausencia de ansiedad; 46.7% ansiedad leve y un 10% de padres presentan ansiedad moderada a grave. Ver tabla 3

Tabla 4

Nivel de Ansiedad de acuerdo al sexo según el SCL-90

Sexo	Sin Problema	Porcentaje	Atención Clínica	Porcentaje	Total	Porcentaje Acumulado
Hombre	10	33,33	0	0,0	10	33,33
Mujer	19	63,33	1	3,33	20	66,67
Total	29	96,66	1	3,33	30	100,0

Elaborado por: Programa Estadístico SPSS

Fuente: Cuestionario SCL-90

En lo que refiere al nivel de ansiedad de acuerdo al sexo no existe una diferencia de ansiedad significativa, debido a que solo una madre de familia presenta síntomas de atención clínica según el inventario SCL-90. Ver tabla 4

Tabla 5

Nivel de Ansiedad de acuerdo al sexo según el Test de Hamilton

Sexo	Ausencia de Ansiedad	Porcentaje	Ansiedad leve	Porcentaje	Ansiedad moderada a grave	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	4	13,33	4	13,33	2	6,66	33,33
Mujer	9	30,00	10	33,33	1	3,33	66,66
Total	3	43,33	14	46,66	3	10,00	100,0

Elaborado por: Programa Estadístico SPSS

Fuente: Test de Hamilton

Sin embargo, podemos observar en el test de Hamilton que en el rango correspondiente a la ansiedad moderada a grave es mayor en el género masculino que en el femenino. Ver tabla 5

Tabla 6

Otras dimensiones de atención clínica correspondiente al SCL-90

Dimensión SCL-90	N° de padres de atención clínica	Porcentaje	% Sin problema	Porcentaje acumulado
Somatización	2	6,70%	93,30%	100%
Obsesiones	2	6,70%	93,30%	100%
Sensitividad Interpersonal	3	10%	90%	100%
Depresión	3	10%	90%	100%
Hostilidad	2	6,70%	93,30%	100%
Fobias	1	3,30%	96,70%	100%
paranoia	2	6,70%	93,70%	100%
Psicoticismo	2	6,70%	93,30%	100%
total	17	56,80%		

Elaborado por: Programa Estadístico SPSS

Fuente: SCL-90

A través del cuestionario SCL-90 se identificó que 17 padres de familia presentan distintas sintomatologías que no obedecen a problemas de ansiedad. El 6.7% de los padres presentan sintomatología correspondiente a somatización; 6.7% corresponde a Obsesiones; el 10% presentan Sensitividad Interpersonal; el 10% presentan Depresión; un 6.7% Hostilidad; el 3.3% presentan Ansiedad Fóbica; el 6.7% de Ideación Paranoide y finalmente el 6.7% presentan Psicoticismo. El cual representa el 56,80% de padres de familia que necesitan atención clínica. Ver tabla 6.

CAPITULO 4

REALIZACIÓN DE TALLERES

Al inicio de la investigación se plantearon dentro de los objetivos elaborar un plan de herramientas para padres de familia con niveles de ansiedad altos, sin embargo, no fue factible la realización debido a que los resultados obtenidos reflejan que los padres no presentan ansiedad significativa vista en muchos de ellos como ausencia de ansiedad.

A continuación, se diseña un plan preventivo para padres con el objetivo de implementarlo en caso sea necesario para posteriores años, cuyo plan contempla un compendio de técnicas para tratamiento tanto de la ansiedad como de distintos síntomas detectados en el cuestionario SCL-90.

4.1 Programa preventivo para tratamiento de distintas sintomatologías

Tema: Programa preventivo para tratamiento de la ansiedad.

Objetivo: Reducir los síntomas de ansiedad.

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Relajación progresiva de Jacobson	Método de carácter fisiológico, orientado hacia el reposo, el cual favorece una relajación profunda permitiendo establecer un control voluntario de la tensión-distensión muscular.	CEIAP	20 min
La bola de cristal	Técnica en la cual se orienta a la visión del futuro y una posible resolución de problemas. Iniciando con la imaginación de un recuerdo cercano olvidado o desplazado y utilizando otro visón en la que recuerde la manera en cómo solucionar el problema sus relaciones y reacciones de los otros miembros del sistema que estén involucrados.	CEIAP	30 min
Relatos de sí mismo	Técnica que consiste en que el paciente cree una historia en donde el héroe se enfrente a varios problemas (relacionar con el problema que presente el paciente), logre buscar soluciones y establezca finales felices.	CEIAP	20 min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento de la somatización

Objetivo: Reducir los síntomas de la somatización

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Mindfulness	Programa que nos permite trabajar en la aceptación del paciente.	CEIAP	30 min
Entrenamiento autógeno de Schultz	Esta técnica nos ayuda a reducir la sintomatología, utilizando como medio la relajación, estiramiento muscular y activación de sentidos.	CEIAP	25min
Visualización	Consiste en imaginar situaciones que deseas vivir y proyectar al futuro para vivir mejor el presente. Se trata de pensar en imágenes de manera clara y nítida, viéndote a ti misma/o experimentando esas situaciones y sensaciones deseadas.	CEIAP	30min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento de la depresión

Objetivo: Reducir los síntomas de la depresión

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Técnica del espejo	Persigue mejorar el autoconcepto, con la ayuda de un espejo, y a través de una serie de preguntas podremos guiar a la persona para que se observe, para que realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira y cuáles son sus emociones.	CEIAP	25min
Árbol de logros	Técnica que consiste en una reflexión sobre nuestras capacidades, cualidades positivas y logros que hemos desarrollado desde la infancia a lo largo de toda nuestra vida. Debes tomártelo con calma y dedicarle al menos una hora para poder descubrir todo lo positivo que hay en la persona	CEIAP	1 hora
Reestructuración cognitiva	La técnica se basa en sustituir pensamientos negativos por pensamientos positivos.	CEIAP	1hora

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento para Obsesiones

Objetivo: Reducir los síntomas Obsesivos

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Técnica de la exposición prevención de respuesta	Técnica en la cual se expone a la persona a la situación que produce los pensamientos obsesivos evitando que de la respuesta interiorizada.	CEIAP	20 min
Técnica de entrenamiento en auto-instrucciones	Permite la sustitución de auto-verbalizaciones internas negativas por otras positivas que el sujeto utiliza antes, durante y después de una situación de exposición.	CEIAP	30 min
Extinción	Esta técnica constata en no dar una respuesta ante una conducta que quiere ser eliminada.	CEIAP	5 min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento de la Hostilidad

Objetivo: Reducir los síntomas de Hostilidad

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Asertividad	Implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, u opiniones.	CEIAP	10 min
Modelado	Consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de facilitar su aprendizaje. El modelado es un elemento esencial en el aprendizaje de determinadas competencias como son las habilidades sociales.	CEIAP	20min
Auto instrucciones	Imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con personas impulsivas, y para controlar la ira y el dolor.	CEIAP	30min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento para la paranoia.

Objetivo: Reducir los síntomas paranoides.

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Entrenamiento en habilidades sociales	Técnica basada en el mejoramiento de la comunicación con los demás facilitando así establecer nuevas relaciones y contar con un grupo de apoyo más grande.	CEIAP	15min
Estrategias de afrontamiento	Todas aquellas acciones que ejecutamos al encontrarnos delante de un problema, con el objetivo de solucionarlo, eliminarlo o minimizar sus efectos.	CEIAP	30 min
Técnica de control de estrés	Técnica que ayuda a relajar y disminuir la tensión que producen los episodios paranoides, lo cual permite que la persona logre darse cuenta que lo que está pensando es a causa del episodio.	CEIAP	10 min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento para psicoticismo

Objetivo: Reducir los síntomas psicóticos

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Reestructuración cognitiva	Técnica que se encamina a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados de la persona que están incidiendo en sus emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.	CEIAP	40 min
Solución de problemas:	Procedimiento de carácter cognitivo y conductual que persigue dos objetivos: a) la generación de múltiples posibilidades de actuación ante la ocurrencia de un problema y b) el incremento de la probabilidad de elección de aquella alternativa más eficaz ante el problema.	CEIAP	1 hora
Técnica de la triple columna	Consiste en realizar un auto registro el paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se lleva un auto registro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos	CEIAP	40min

relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

Tema: Programa preventivo para tratamiento de Sensitividad Interpersonal

Objetivo: Reducir los síntomas Sensitividad Interpersonal

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Detención de pensamiento	También llamado parada de pensamiento, es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas.	CEIAP	20 min
Ventilación emocional	Esta técnica se basa en la expresión de aquellas emociones que nos oprimen.	CEIAP	30 min
Técnica banco de niebla	Consiste en la reducción de sentimientos de culpabilidad que se sienten cuando se es criticado o nos ponemos a la defensiva consiste en escuchar activamente a la otra persona y dar una respuesta asertiva.	CEIAP	35 min

Elaborado por: Tatiana Franco y Rosana Vázquez

CONCLUSIONES

Se ha revelado en las distintas investigaciones realizadas en diferentes países como Colombia que la prevalencia de ansiedad va desde el 3 al 12% cada año, en Estados Unidos una prevalencia del 19.7%, en Chile la prevalencia es del 17.9% y en Ecuador según la INEC la prevalencia de poseer ansiedad es de un 3.8%.

En lo que respecta a esta investigación de acuerdo a los resultados de los test aplicados a los padres de familia se evidencia una prevalencia inferior al porcentaje nacional, siendo la prevalencia de ansiedad en el Centro CEIAP correspondiente a 30 padres un porcentaje del 3.3%.

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación como resultado obtuvimos que los padres no presentan un nivel alto de ansiedad; según el sexo del representante no se observó una diferencia representativa de adquirir ansiedad, tampoco se evidenció que el nivel de ansiedad sea determinado a la severidad del diagnóstico de los hijos que se encuentra en un proceso psicoterapéutico. Debido a los resultados obtenidos no se realizó los talleres planteados en el diseño de tesis, sin embargo, se elaboró un plan preventivo que abarca a los distintos síntomas encontrados en 17 padres de familia según la evaluación de acuerdo al inventario SCL-90, los cuales afectan significativamente su salud tanto emocional como psicológica, cuyos resultados son : El 6.7% de los padres presentan sintomatología correspondiente a somatización; 6.7% corresponde a Obsesiones; el 10% presentan Sensitividad Interpersonal; el 10% presentan Depresión; un 6.7% Hostilidad; el 3.3% presentan Ansiedad Fóbica; el 6.7% de Ideación Paranoide y finalmente el 6.7% presentan Psicoticismo.

A pesar de que los resultados obtenidos nos indican que no existe un porcentaje significativo de ansiedad en los padres de familia, de acuerdo a la interacción directa que se mantuvo durante el año lectivo se evidenció la presencia de síntomas ansiosos tales como preocupación excesiva, insomnio, llanto fácil, tensión, cansancio, falta de concentración, entre otros, los cuales pueden ser un indicador de la negación de los padres ante estos síntomas y signos, lo cual puede ser producto de la presión social y miedo que sienten los padres al ser ellos los evaluados.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación podemos recomendar al Centro “CEIAP” que se incluya un proceso psicoterapéutico y de acompañamiento a los padres de familia que se encuentran bajo el cuidado directo de los niños, una vez por mes con el objetivo de cuidar el bienestar y estabilidad familiar; lo cual es primordial en la evolución del proceso terapéutico de aquellos niños y adolescentes que asisten al Centro.

Igualmente se recomienda capacitar a los padres no solo sobre el cuidado al menor, sino también al cuidado propio; para que así puedan brindar una adecuada calidad de vida a su hijo. Debido a que el bienestar de todos los integrantes de la familia influye en el mejoramiento del paciente.

REFERENCIAS

- Aguilera, A., Moreno, F.J., & Rodríguez, I.R. (2007). The Prevalence Estimates of Autism Spectrum Disorders in the School Population of Seville, Spain. *British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 97-109
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12 , 525-532.
- Albano, A.M., Chorpita, B.F. y Barlow, D.H. (1996). Childhood anxiety disorders. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 196-241). Nueva York: Guilford Press.
- Alday, J., Alonso, V., Fernández-Calatrava, B., García-Baró, R., González- Juárez, C., Pérez-Pérez, E., y Poza, A. (2005). Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19 , 448-455
- American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical practice guideline: *diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Pediatrics*. 105, 1158-70
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition-Text revised (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amorós, M. O., Carrillo, F. X. M., & Alcázar, A. I. R. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, *19*(2), 193.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5 Ed. Arlington, VA.
- Atarso, B., Goñi, A. & Gómez, A. R. (2001). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Diagnóstico Psicogeriátrico en Navarra. *Revista Geriatrika*, *17* (2), 39-43.
- Ballesteros BP et ál. Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas. *Perspectivas del cuidador principal*. Univ. Psicol. 2006; *5*(3):457-473.
- Barrera L et al. (2005). *Evaluación de un programa de fortalecimiento de habilidades de cuidado dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Universidad Nacional de Colombia y Colciencias
- Barrera-Ortiz L, Sánchez-Herrera B, Carrillo González. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería* .*29*(1):39-47.
- Belinchón, M. (Ed.) (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Obra social Caja Madrid

- Best, J., Miller, P., & Jones, L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*, 29, 180-200.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939- 956.
- Bristol, M. (1984). Family resources and successful adaptation to autistic children. En Schopler, E. y Mesibov, G. (Eds.), *The effects of autism on the family*. New York. Plenum press.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2006). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Recuperado de: <http://www.fundacioniccap.org>.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 , 492-498.
- Carbone, J. M. (2011). Relación existente entre la valoración de la alimentación y hábitos alimentarios de los adolescentes.
- Cerquera, A. & Galvis, A. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*. 12(1), 149-67.

- Corcoll-Champredonde, A., González, G., Burgos, R., Dos Santos, N., y Carbonés J., (2010). Evaluación de la sintomatología negativistadesafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22, 455-459.
- Da Fonseca, D., Cury F., Santos A., Sarrazin P., Poison F., & Deruelle C. (2010). How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 234-237.
- Derogatis, L.R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Espín, (2009). “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. pp35(2):1-14.
- Félix, V. (2007). Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes [en línea]. Disponible en: <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf> [consulta: 2011, 3 de marzo].
- Fraga, A. (2006). Descenso de la fecundidad en Cuba. De la primer a la segunda transición demográfica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (1), 2-6.
- García, M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de seguridad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-39.
- García-Calvente, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. (2009) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres.
- Gómez-Ramosa, J.M. y González-Valverde, F.M. (2004). El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, (3), 154-159.

- Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. (2da. Ed.). D. F., México: Manual Moderno.
- Grupo de cuidado. (1998). Avances conceptuales del grupo de cuidado. Recuperado de <http://search.scielo.org>.
- Gutiérrez Calvo, M., Espino, O., Palenzuela, D. L., & Jiménez Sosa, A. (1997). Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9(3).
- Hernández, M., Coronado, O., Araújo, V. y Cerezo, S. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y autoevaluación. *Acta colombiana de psicología*, 11,13-23.
- Johnson, M et al. (1999). *Nursing outcomes classification (NOC): estresores del cuidado*. EEUU: Mosby Year Book Inc.
- Jordana, G. B. (2010). Trastornos por ansiedad. *El Farmaceutico Hospitales*, (195), 12-16.
- Kelly D and Aylward (1992). Attention deficits in schoolaged children and adolescents. *Ped Clin N Am*,39:487-512.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Lavigne JV, Cicchetti C, Gibbons RD, Binns HJ, Larsen L, DeVito C. (2001) Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 1393-400.
- Lima Álvarez M. y Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(16).

- Llible, J. J. (2002). Estrategias de investigación en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 18 (4), 13-20.
- Loeber, R., Bruke J., & Pardini, A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 50, 133-142.
- López Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26(2).
- López, J. y Crespo, M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. (2007). *Psicothema*, 19, (1), 72-80.
- Lopez, O., Lorenzo, A.& Santiago. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy S., Buntix, W.H.E., Coulter, DÍ., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports*
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.

- Miranda, A.; Jarque, S. y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28 (2), 182-188.
- Molina, J., Iañez, M., & Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- Montemurro, F. L. (2011). Psicoeducación en trastornos de ansiedad.
- Muñoz, L., Arancibia, S. & Paredes, L. (1999). La experiencia de los familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 17 (2), 35-49.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. D. F., México: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas Ginebra: OMS.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120.
- Pascual-Castroviejo (2002) Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 35: 11-7.
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo.
- Pérez-Villalobos, C., Bonnefoy-Dibarrat, C., Cabrera-Flores, A., Peine-Grandón, S., Abarca, K., & Baqueano-Rodríguez, M. (2012). Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de concepción, Chile. *Anales De Psicología*, 28(3), 797-n/a.

- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a metaanalysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), 250-267.
- Pinto N, Sánchez B., (2000). El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Cuidado y Práctica de Enfermería.*; 172-183.
- Piven, J., Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 156, 557–563.
- Ponce de León, Y. López, J. & Medina, M. (2006). Habilidades psicológicas en los atletas de primera fuerza en atletismo. *Revista de Ciencias del Ejercicio - FOD*, 2(1), 42-57.
- Ponce-Meza, J. (2017). Atención temprana en niños con trastornos del neurodesarrollo/Early care in children with neurodevelopmental disorders. *Propósitos y Representaciones*, 5(1), 403-422.
- Reyes Tejada, Y. N. (2003). Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y el asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM.
- Ruiz-Juan, F. Zarauz, A. & Flores-Allende, G. (2015). Variables predictoras de la ansiedad precompetitiva: Aspectos diferenciales en corredores de fondo en ruta. *Universitas Psychologica*, 14(3).
- Sánchez B. (2001) La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*; XIX(2): 36-51.

- Sánchez B. (2002) Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos;
- Seguí, J. D., & Ortiz-Tallo, M. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales De Psicología*, 24(1).
- Spencer, T.J. (2006). ADHD and Comorbidity in Childhood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27-31.
- Spielberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. D.F., México: Multimedia Publications.
- Toro, R. J., & Yepes, L. E. (1997). Fundamentos de medicina. *Psiquiatría. 3ª edición. Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.*
- Tuchman, R. F., Moshé, S. L., & Rapin, I. (2005). Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia. *Rev Neurol*, 40(Supl 1), S3-S10.
- Valencia-García, M.R., y Andrade-Palos, R. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 499-520.
- Valero, L., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Virgen R, Lara AC, Morales G, Villaseñor S.(2005) Los trastornos de ansiedad. *Rev Dig Univ*.6:2-11.
- Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.

Zwaigenbaum, L., Bryson S., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral markers of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23, 143-152.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., et al. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123, 1383-1391.

Recuperado de: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

Recuperado de: OMS <http://www.who.int>

ANEXOS**Anexo 1: Entrevista a padres**

Entrevista a padres CEIAP

Representante de: _____

Parentesco: _____Madre _____Padre

Lugar y fecha de nacimiento: _____,____/____/_____

Edad: _____ Género: M____ F____ GLBTI_____

Nivel de Instrucción académica: _____

Ocupación actual: _____

Estado Civil: _____ Número de hijos: _____

Diagnóstico del hijo que se encuentra en psicoterapia:

Antecedentes: _____

Recibe y Acepta las condiciones postuladas para la investigación “Nivel de Ansiedad en Padres con hijos que reciben Psicoterapia en el Centro CEIAP”.

Acepto_____ No Acepto_____

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Anexo 2: Test de Hamilton

Test 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 Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2 Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>				
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>				
4 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>				
6 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>				
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>				
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>				
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>				
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>				
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>				
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>				
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro.	<input type="radio"/>				

Anexo 3: Cuestionario de Síntomas SCL-90

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra Prof. M.M. Casullo, 1998, CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto

Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a

Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

	Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

Anexo 4: Consentimiento Informado

Rosana Vázquez Ordoñez, Tatiana Franco Ordoñez
Estudiantes de la Universidad del Azuay

Reciba un cordial saludo de Rosana Vázquez Ordoñez y Tatiana Franco Ordoñez, estudiantes del Décimo Ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay. Actualmente nos encontramos realizando una investigación acerca del nivel de ansiedad en padres que tienen hijos recibiendo psicoterapia en el centro Ceiap. A través del presente documento deseáramos solicitar su participación **libre y voluntaria** en nuestro proyecto.

El **propósito** de esta investigación es identificar el nivel de ansiedad en padres que tienen hijos recibiendo psicoterapia en el centro Ceiap. Posteriormente brindar talleres acerca de herramientas de afrontamientos y psicoeducación.

Para ello, se utilizará dos escalas denominadas: Escala de Hamilton y Escala de Síntomas SCL-90. La información obtenida será **totalmente confidencial y de uso exclusivo para esta investigación**.

A través de su firma, usted **acepta libre y voluntariamente su participación en la investigación mencionada**. Si usted no desea participar, o desea retirarse en cualquier momento de este proceso, puede hacerlo libremente sin ningún tipo de represalias o problemas.

Atentamente,

Rosana Vázquez Ordoñez

Tatiana Franco Ordoñez

Nombre y firma del Padre

Nombre y firma de la madre