



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA**  
**EDUCACIÓN**  
**Escuela de Psicología Clínica**

**“Nivel de ansiedad en relación al género de padres con hijos  
con discapacidad intelectual”**

Tesis previa a la obtención del título de Psicología Clínica

**Autores:**

Carlos Javier Muñoz Cabrera

Jessica Lisseth Salinas Zhiminaicela

**Directora**

Mst. Lucía Cordero Cobos

**Cuenca, Ecuador**

**2019**

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por la paciencia y fortaleza para culminar una meta más en mi vida, a dos personas muy importantes en el desarrollo de mi personalidad, quienes ya no se encuentran en este plano dimensional, a mi sabio padre, Gilberto A. Muñoz, y a mi tía Sor Cecilia Muñoz por su cariño incondicional y sus sabios consejos. A mi familia por su apoyo incondicional y paciencia.

**Carlos Javier Muñoz**

## **DEDICATORIA**

En primera instancia dedicó este logro a Dios, quien me ha dado la fortaleza para salir adelante en momentos difíciles de mi vida y me da la oportunidad de cumplir uno de mis logros y sueños; a mis padres Luis Alfonso y Luisa quienes son mi más grande ejemplo, mi pilar de vida y la mejor bendición del cielo. Finalmente a mis hermanas Nikole y Lesly por estar incondicionalmente conmigo y enseñarme con risas el verdadero amor de familia.

**Jessica Salinas Zhiminaicela**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos principalmente a Dios por la salud y la oportunidad de culminar los estudios universitarios, de igual manera a nuestros padres y familiares por su amor y apoyo incondicional en el transcurso de nuestra formación profesional.

A nuestra directora de tesis Msgt. Lucia Cordero por toda la entrega y disposición brindada en nuestro proceso de investigación, guiándonos exitosamente.

A Msgt. María Isabel Sigüenza directora de la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz” por la oportunidad y apoyo brindado.

**Carlos Javier Muñoz y Jessica Salinas**

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS.....</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 ANSIED Y DEFICIENCIA INTELECTUAL .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD.....	4
1.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD. ....	4
1.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	5
1.1.4 NIVELES DE ANSIEDAD.....	6
1.1.5 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD. ....	7
<b>1.2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	8
1.2.2 NIVELES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	9
1.2.3 DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN NIÑOS. ....	10
1.2.4 IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA FAMILIA.....	11
1.2.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	13
<b>1.3 PSICOTERAPIA CONDUCTUAL ENFOCADA EN PADRES CON ANSIEDAD.....</b>	<b>16</b>
1.3.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA CONDUCTUAL. ....	17
1.3.2 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL. ....	17
1.3.3 TERAPIA COGNITIVA DE JUEGO CONDUCTUAL. ....	19
1.3.4 DESENSIBILIZACIÓN DEL SISTEMA.....	19
1.3.5 TERAPIA DE AVERSIÓN. ....	19

1.4 RELACIÓN DEL GÉNERO DE ACUERDO A LA ANSIEDAD .....	22
1.5 ESTUDIOS RELACIONADOS .....	24
1.6 CONCLUSIÓN .....	28
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>29</b>
2.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	29
2.2 DESCRIPCIÓN PARTICIPANTES .....	30
2.3 RESULTADOS .....	31
2.3.1 Nivel de Ansiedad según Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). .....	31
ANSIEDAD: ESTADO Y RASGO (CENTIL) .....	31
2.3.2 ANSIEDAD SEGÚN ESCALA DE HAMILTON (ESCALA 0-56).....	34
2.4 SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.....	34
2.5 ANSIEDAD SEGÚN SEXO. (STAI) .....	35
2.6 SÍNTOMAS SEGÚN SEXO (HAMILTON ) .....	36
2.7 CONCLUSION .....	37
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>38</b>
3.1 PLAN DE INTERVENCIÓN .....	38
3.1.2 PSICOTERAPIA PARA LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD. ....	39
Taller No1 .....	39
Taller No2 .....	40
Taller No3 .....	42
3.2 CONCLUSIÓN .....	43
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>48</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SUBESCALAS DEL INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO. ....	15
TABLA 2. CARACTERÍSTICA DE LOS PARTICIPANTES N=80.....	30

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	52
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52
ANEXO 2. HALLAZGOS DESCRIPTIVOS DE LA ANSIEDAD Y SUS DIMENSIONES .....	53
ANEXO 3. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	54
ANEXO 4. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RANGO (STAI) .....	55
ANEXO 5. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .....	57
ANEXO 6. ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN.....	58

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo identificar el nivel de ansiedad en relación al género, en padres de hijos con discapacidad intelectual, en la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz”, en el cual participaron 80 padres de familia, el tipo de investigación es analítico, de corte transversal, descriptivo, se aplicó, el Test de Hamilton para la Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

Con los resultados obtenidos se comprobó que las mujeres presentaron mayores valores de Ansiedad, sin embargo no fueron muy superiores a los hombres.

**Palabras Claves:** Ansiedad, Discapacidad Intelectual, Género, Padres.

## ABSTRACT

This research work aims to identify the level of anxiety in relation to gender in parents of children with intellectual disabilities from the Unidad Educativa Especial "Agustín Cueva Tamariz". 80 parents participated and the research was analytical, cross-sectional and descriptive. The Hamilton Test for Anxiety and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied. With the obtained results, it was found that women presented higher anxiety values, however they were not much higher than men.

**Keywords:** Anxiety, intellectual disability, gender, parents.



Translated by  
Ing. Paúl Arpi

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta normal a una amenaza o una situación de estrés, que ocasionalmente puede experimentar cualquier persona a lo largo de su vida. Está relacionada con la sensación de miedo y cumple una importante función en la supervivencia. Cuando alguien tiene que afrontar una situación peligrosa, la ansiedad desencadena una respuesta de lucha o huida. Esta respuesta proporciona al cuerpo, distintos cambios fisiológicos como el incremento del flujo sanguíneo en los músculos y en el corazón, además de la energía y la fuerza necesaria para afrontar situaciones amenazantes para la vida.

Sin embargo, la ansiedad se considera patológica cuando aparece en momentos inoportunos, o es de tal intensidad y duración que interfiere en el desarrollo de la actividad habitual de la persona, por lo tanto, es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella. En consecuencia, se puede decir que es un fenómeno que moviliza las operaciones defensivas del organismo, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. Es importante señalar que en exceso, la ansiedad es nociva, compromete y puede ocasionar enfermedades.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite estar alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante.

Sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente, cuando la misma es excesiva. La ansiedad desproporcionada se presenta en ausencia de cualquier peligro, el sujeto se siente paralizado, e indefenso; en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.

Según los teóricos todos los síntomas de ansiedad por lo regular son diferentes, sin embargo atacan por igual a las personas, los padres con hijos que padecen necesidades

educativas especiales presentan ansiedad cuando no se encuentran preparadas para recibir esta noticia. Es el caso de algunos padres que les toca vivir situaciones negativas, estresantes perturbadoras; además de las obsesiones que presentan de sentirse desamparadas, atrapadas y sin ninguna solución a los problemas.

En ese sentido, (Heisnd, 2010), establece que el trastorno de la ansiedad “lo experimentan las personas, ya sea en sensación de aprensión o tensión en relación a situaciones estresantes”. Este tipo de ansiedad se da como una reacción normal al estrés, que suele ayudar; en lugar de perjudicar al funcionamiento cotidiano. Sin embargo, algunas personas experimentan ansiedad en situaciones en las que no hay un motivo para sentir este tipo de angustia y para que este problema se dé sin ninguna justificación, por lo que se le considera un problema psicológico.

Es oportuno mencionar, que la ansiedad se refiere a un estado, en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso, incómodo en exceso, pensando que algo terrible le pueda suceder. Por ello cuando una persona está ansiosa, siente que algo terrible le va suceder y que no tiene el poder para cambiarlo, es una persona desconfiada y muy alerta respecto a la posibilidad de algún peligro o amenaza que imaginariamente siente. Por tal razón, la misma se convierte en fuente de preocupación clínico, cuando alcanza un nivel intenso que interfiere en la habilidad del funcionamiento en la vida cotidiana, en el cual la persona entra en una vida desadaptada, caracterizada con reacciones físicas y psicológicas extremas.

Desde otra perspectiva, se puede resaltar, que la familia es el mayor y más significativo grupo de referencia para todas las personas en la sociedad. La familia es la primera institución que ejerce influencia en el niño, aquella que trasmite valores y costumbres por medio de la convivencia diaria. En el caso de los niños con discapacidad intelectual, la familia juega un papel crítico ya que los padres y familiares son los que proveerán al niño la estimulación y la oportunidad necesaria para conocer el mundo que lo rodea.

Los padres requieren de redes de apoyo, guía y orientación durante el proceso de ser padres, pues no sólo desde la teoría está definida la complejidad de dicho rol, sino que son ellos mismos quienes expresan las dificultades con las que se

encuentran en el proceso; no solo de situaciones específicas, sino también donde puedan expresar sus necesidades e intercambiar experiencias con otros padres.

En el caso de los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual (DI), la necesidad de apoyo y orientación se hace más evidente, debido a que deben afrontar otros aspectos como por ejemplo: la falta de conocimiento sobre la discapacidad, el impacto en los hermanos y los cuidados de un hijo que presenta necesidades específicas.

Así mismo, (Gaimond, 2007) señala lo difícil que puede ser para la pareja tener un hijo con discapacidad y agrega que este acontecimiento suele producir un gran impacto en el plano conyugal. Los efectos que la situación trae consigo pueden ser positivos o negativos; ya que muchas parejas se ven fortalecidas a partir de la vivencia, además que el niño se convierte en un elemento de unión, tanto para la pareja como para la familia. Sin embargo, para otros progenitores la circunstancia de tener un descendiente con discapacidad es producto de malestar y ruptura.

El acontecimiento de tener un hijo con alguna discapacidad puede afectar al padre y a la madre de manera diferente. En el caso específico de la discapacidad intelectual se ha observado dicha variación ya que padres y madres manifiestan niveles de estrés similares, pero en áreas distintas. Los padres se inquietan más por la aceptabilidad del niño y por las exigencias que acarrea, mientras que las madres se enfocan en la intervención cotidiana, sus cuidados o sus relaciones emocionales. En todo lo planteado se basa el presente estudio en el cuál se pretende determinar el nivel de ansiedad en relación al género en padres de hijos con discapacidad intelectual en la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz”. En este sentido, a continuación se presentan una serie de conceptos que permitirán conocer ampliamente el tema en cuestión.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 ANSIED Y DEFICIENCIA INTELECTUAL**

#### **1.1.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD.**

La ansiedad es un término general aplicado a varios trastornos que causan nerviosismo, miedo, temor y preocupación que afectan la forma de sentir y comportarse, originando síntomas físicos. Esta patología afecta a 40 millones de personas solamente en Estados Unidos y corresponde al grupo más común de enfermedades mentales. Sin embargo, solo el 36,9% de las personas con esta afección recibe tratamiento de acuerdo a lo publicado por The MNT Editorial Team (2017).

La Asociación Americana de Psicología (APA) define la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el aumento de la presión arterial, haciendo hincapié en la importancia de conocer la diferencia entre los sentimientos normales de ansiedad y un trastorno de ansiedad, el cual requiere de atención médica (The MNT Editorial Team, 2017).

Según Holland (2018), la ansiedad es la respuesta natural del cuerpo al estrés, es un sentimiento de miedo o temor por lo que está por venir, situaciones como el primer día de clases, ofrecer un discurso o asistir a una entrevista de trabajo puede hacer que la mayoría de los individuos sientan temor y nervios, pero si los sentimientos de ansiedad son extremos, duran más de seis meses y están interfiriendo con la vida cotidiana, ya se puede decir que presenta un trastorno de ansiedad.

#### **1.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD.**

Cada individuo experimenta la ansiedad de manera diferente, desde simples manifestaciones hasta sensación de estar fuera de control, como si existiera una desconexión entre el cuerpo y la mente. Otras formas en que las personas experimentan

ansiedad incluyen pesadillas, ataques de pánico y pensamientos o recuerdos dolorosos que no puede controlar, incluso pueden llegar a tener sentimientos generales de temor y preocupación o que tenga miedo de un lugar o evento específico. Holland (2018) señala que entre los síntomas de la ansiedad generalmente se encuentran:

- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Respiración rápida.
- Inquietud.
- Problemas para concentrarse.
- Dificultad para conciliar el sueño.

### **1.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.**

Varios autores como (Evans, 2005) expresan que definir los límites entre los extremos del comportamiento normal y la psicopatología es un dilema que se extiende por toda la psiquiatría como lo es el caso de la ansiedad, donde es complicado establecer los límites entre el comportamiento normal y la patología porque cuando la ansiedad es leve, desempeña un papel adaptativo en el desarrollo humano, lo que indica que se requiere una acción de autoprotección para garantizar la seguridad. Por el contrario cuando la ansiedad es extrema representa solo una expresión severa del rasgo, en lugar de un estado distinto o patológico. Sin embargo, las distribuciones pueden consistir en entidades distintas, como el caso de ciertos desórdenes mentales que son consecuencia de una lesión neurológica, lo cual representan un alejamiento cuantitativo de los factores que influyen en las variaciones normales de la inteligencia. Por analogía, el hecho de que la ansiedad caiga en un continuo de gravedad no excluye la presencia de trastornos cualitativamente distintos en ningún punto de la distribución.

La ansiedad puede volverse sintomática a cualquier edad cuando previene o limita el comportamiento adaptativo apropiado para el desarrollo. Sin embargo, la ansiedad por circunstancias particulares puede desarrollarse en una u otra etapa de desarrollo, en función de las experiencias típicas relacionadas con la edad que se producen durante esta

etapa. Una regla práctica para determinar el umbral de diagnóstico es la capacidad de la persona para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ansiedad cuando la situación que lo provoca está ausente. Además, el grado de angustia y disfunción influye en las decisiones de diagnóstico; estos varían con la etapa de desarrollo, así como con los estándares culturales y familiares. Cuando los síntomas de ansiedad son inadecuados para el desarrollo, la angustia subjetiva es relativamente más informativa. En resumen, tres características clínicas inciden en la definición de ansiedad patológica, las cuales son la angustia y la disfunción, que varían en importancia en función de la etapa de desarrollo y la inflexibilidad sintomática, relevante para el diagnóstico independientemente de la edad (Evans, 2005).

#### **1.1.4 NIVELES DE ANSIEDAD.**

Existe un nivel de ansiedad conocido como umbral emocional o estado normal de ansiedad, el cual favorece el desempeño de las personas en diversas actividades; sin embargo, cuando el nivel de ansiedad excede este umbral se evidencia un deterioro en las actividades cotidianas, lo que origina una reducción del rendimiento esperado, indicando el comienzo de un trastorno de ansiedad (Castellanos, Guarnizo, & Salamanca, 2011).

Considerando que la ansiedad es un mecanismo adaptativo que permite a las personas estar en estado de alerta ante situaciones que pueden ser percibidas como amenazantes, activando el sistema de respuesta del organismo ante estas situaciones facilitando el proceso de concentración para afrontar estas eventualidades de manera eficiente, un elevado nivel de ansiedad puede producir sentimientos de indefensión aun cuando el individuo se encuentre ante la ausencia de estímulos que generen esta reacción, conduciendo a una disfuncionalidad a nivel psicológico y fisiológico que interfiere con las actividades normales (Riveros, Hernández, & Rivera, 2007).

### **1.1.5 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD.**

La necesidad de establecer un diagnóstico de la ansiedad ha originado un conjunto de instrumentos o escalas estructuradas que tienen el objetivo de detectar posibles casos de esta patología. Sin embargo, estas escalas o índices no generan diagnósticos por sí mismos, aunque permiten seleccionar individuos con alta puntuación de sospecha de presencia de ansiedad, justificando el desarrollo de estudios posteriores más profundos. Por lo tanto, no se recomienda usar exclusivamente estas escalas con fines diagnósticos, debe apoyarse en la entrevista clínica, sirviendo de apoyo para fortalecer el diagnóstico, la detección de casos, investigación y seguimiento de casos (Secretaría de salud, 2010).

#### ***Test de Hamilton para la ansiedad.***

Este test se desarrolló para la evaluación de la depresión mediante una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de establecer cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido, realizando la valoración conforme con la información obtenida en la entrevista clínica (Tellería, 2014).

El test se compone de 14 ítems con opción de entre tres y cinco posibles respuestas con una puntuación que oscila entre 0-2 y 0-4, respectivamente, para una puntuación máxima de 56, la cual permite establecer los siguientes niveles de ansiedad:

- No deprimido (entre 0 y 7 puntos).
- Depresión ligera (entre 8 y 13 puntos).
- Depresión moderada (entre 14 y 18 puntos)
- Depresión severa (entre 19 y 22 puntos).
- Depresión muy severa (superior a 23 puntos).

#### ***Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).***

El Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) fue diseñado en 1982 por Spielberger, Gorsuch y Lushene para medir la ansiedad de manera específica, con dos

escalas de autoevaluación que evalúan dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo, definiendo la ansiedad estado como una condición emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, mientras que la ansiedad rasgo se define como una propensión ansiosa estable que hace percibir a las personas y las situaciones como amenazadoras, elevando así la ansiedad. Tanto la escala estado como la escala rasgo tienen 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (Río, Cabello, Cabello, & Aragón, 2018).

## **1.2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

La National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2015) señala que la inteligencia es la capacidad mental general que implica el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje eficiente y el aprendizaje a partir de la experiencia de acuerdo a la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD).

### **1.2.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

La discapacidad intelectual, anteriormente denominada como retraso mental, ha sido definida como el déficit cognitivo significativo, que se han establecido a través de una medida estandarizada de inteligencia, en particular, con una puntuación de coeficiente intelectual inferior a 70, que representa dos desviaciones estándar por debajo de la media de 100 en la población y también por déficits significativos en las habilidades funcionales y de adaptación (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013). Define la discapacidad intelectual como un trastorno del desarrollo neurológico que comienzan en la infancia y se caracteriza por dificultades intelectuales y también en las áreas de la vida conceptual, social y práctica, requiriendo para el diagnóstico de identificación la satisfacción de tres criterios:

1. Déficit en el funcionamiento intelectual, que involucra el razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje a partir de la experiencia, confirmado por la evaluación clínica y las pruebas de IQ estándar individualizada.
2. Las deficiencias en el funcionamiento adaptativo que obstaculizan significativamente el cumplimiento de las normas socioculturales y de desarrollo para la independencia del individuo y la capacidad para cumplir con su responsabilidad social.
3. Que el inicio de estos déficits suceda durante el periodo de la infancia.

Generalizando se puede decir que la discapacidad intelectual es un término empleado cuando el individuo no posee la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida diaria (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2018).

### **1.2.2 NIVELES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

A diferencia del pasado, actualmente los diferentes tipos de discapacidad intelectual están clasificados por niveles de deficiencia cognitiva y no por síndrome, sin embargo, algunos de estos síndromes aún se clasifican entre alguno de los niveles de deficiencia, encontrando los siguientes:

#### ***Discapacidad intelectual leve.***

Caracterizada porque quienes la presentan se sitúan entre 50 y 70 de Cociente Intelectual, encontrando de acuerdo a los estudios realizados que el 85% de los discapacitados intelectuales se ubican en este nivel. Los que presentan este nivel de discapacidad presentan un retraso cognitivo y una ligera afectación del campo sensoriomotor, siendo capaces de permanecer en el sistema educativo, formarse e incluso

tener actividad profesional, aunque para el aprendizaje requieren de mayor tiempo con respecto a otras personas (Peredo, 2016).

#### ***Discapacidad intelectual moderada.***

Este nivel, que se sitúa por debajo de 50 en cociente intelectual, conlleva la necesidad constante de una supervisión, tanto en la educación como en el trabajo, aunque, con mucha terapia pueden tener cierto grado de autonomía (Peredo, 2016).

#### ***Discapacidad intelectual grave.***

El Cociente Intelectual se ubica entre 20 y 35, haciendo que quienes la padecen necesiten de una supervisión continua, debido que generalmente presentan daños a nivel neurológico, lo cual acarrea que el individuo posea habilidades reducidas, poca o nula comprensión lectora y numérica, comunicándose normalmente con holofrases y desde el punto de vista legal son considerados incapaces de tomar decisiones propias (Peredo, 2016).

#### ***Discapacidad intelectual profunda.***

Es uno de los más infrecuentes, quienes la padecen tienen una capacidad de cociente intelectual menor a 20, lo que implica un cuidado de forma permanente y la tasa de supervivencia es muy baja, ya que suele aparecer acompañada de problemas neurológicos, con habilidades motoras limitadas y la capacidad comunicativa es bastante baja o inexistente (Peredo, 2016).

### **1.2.3 DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN NIÑOS.**

En el caso de los infantes, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, abarcando desde un nivel leve hasta problemas muy graves, presentando dificultad para comunicar a otros lo que quieren o necesitan, así como para valerse por sí mismos. La discapacidad intelectual podría hacer que el niño aprenda y se desarrolle de manera más lenta que otros niños de la misma edad, necesitando más tiempo para aprender

a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también presenta problemas de aprendizaje en la escuela (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2018).

Generalmente, mientras más grave sea el grado de discapacidad intelectual, más temprano se identificarán los síntomas. Sin embargo, podría ser difícil indicar la manera como la discapacidad intelectual afectará a los niños más tarde en la vida, debido a la complejidad y numerosos síntomas que puede presentar, pudiendo presentar los siguientes:

- El niño se sienta, gatea o camina más tarde con respecto a otros niños.
- Aprende a hablar más tarde o presenta problemas para hablar.
- Tiene dificultad para recordar cosas o situaciones.
- Dificultad para entender las reglas sociales.
- Presentan dificultad para prever las consecuencias de las acciones que realiza.
- Se le dificulta para resolver problemas.

#### **1.2.4 IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA FAMILIA.**

Un niño con un retraso en el desarrollo puede afectar tanto a la familia como a los miembros individuales de múltiples formas, diversos estudios enfocados en familias de adolescentes con discapacidades intelectuales graves, encontraron un alto estrés en los padres y psicopatología, evidenciando que los padres estaba en el rango clínico o límite para la ansiedad y en menor nivel para la depresión. Por lo tanto, el bienestar de los padres se ha relacionado negativamente con los problemas de conducta infantil y de forma positiva con las conductas adaptativas infantiles (Blacher, Neece, & Paczkowski, 2005).

De acuerdo a lo anterior, la discapacidad del niño también tiene implicaciones para la vida familiar en conjunto, estudios realizados con niños y adultos con discapacidades intelectuales han señalado que existe un ingreso familiar promedio más bajo y menores niveles de ahorro entre las familias (Parish, Seltzer, Greenberg, & Floyd, 2004). Además,

es menor la posibilidad que las madres de niños con discapacidades del desarrollo sean empleadas a tiempo completo o se mantengan empleadas continuamente durante más de 5 años, existiendo restricciones familiares en áreas como actividades recreativas y ocio, siendo más difíciles de implementar debido a la necesidad de acomodar el déficit de habilidades, las demandas de planificación y los servicios de los niños (Mactavish & Schleien, 2004).

En investigaciones más profundas, donde se examina la función de amortiguamiento del apoyo formal e informal, se ha encontrado que los padres que percibían una mayor utilidad de los apoyos informales reportaron un menor estrés, ansiedad y depresión, señalando también que en los estudios de adolescentes y adultos jóvenes con discapacidades intelectuales, se encuentra que el alcance y la gravedad de los problemas de conducta de los jóvenes es el mejor indicador del bienestar materno, conclusión derivada del examen del impacto diferencial del diagnóstico, bien sea autismo, síndrome de Down o síndrome de X frágil, en el pesimismo materno sobre el futuro del joven, las relaciones con él y los síntomas depresivos, reportando que las madres de jóvenes con autismo y síndrome de Down experimentan el bienestar más y menos comprometido, respectivamente, mientras que las madres de niños con X frágil generalmente se encuentran en un nivel medio (Abbeduto, y otros, 2004).

El funcionamiento de los padres y los niños está íntimamente ligado, así se puede mencionar los resultados de la investigación de Friedman y colaboradores (2004) quienes examinan la relación entre el bienestar de los padres y la adaptación del niño con discapacidades, encontrando que un mejor ajuste matrimonial y psicológico de los padres se asoció con un mejor funcionamiento del niño, especialmente con respecto a las conductas de externalización. Como complemento en el estudio de Beck y colaboradores (2004) que evaluaron la emoción expresada por las madres, considerando la crítica, hostilidad y sobreprotección durante una muestra de discurso de cinco minutos sobre la relación de la madre con el niño, se evidenció que la emoción expresada fue más alta hacia los hijos con discapacidades en comparación con los hermanos no discapacitados y la

emoción expresada se relacionó significativamente con la extensión de los problemas de conducta infantil.

### **1.2.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**

El estrés es un fenómeno resultante de la relación entre la persona y los eventos del medio, que son evaluados como desmesurados o amenazantes para los recursos y pueden poner en riesgo el bienestar personal, por lo que el individuo debe implementar estrategias que le permitan afrontar dicho estrés, resultando en afrontamiento, definido como el esfuerzo cognitivo y conductual dinámico, orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar dichas demandas externas e internas que generan estrés (Castaño & León, 2010).

La habilidad de afrontamiento se puede conceptualizar como una combinación de estilo de afrontamiento y rango de estrategias de afrontamiento implementales, siendo el estilo de afrontamiento una mezcla de estilo atributivo o fuente de estrés percibido, locus de control, perspectiva optimista o pesimista para encontrar una solución y características de la personalidad, como tolerancia al riesgo, sentido de autoeficacia e introversión o extroversión. En consecuencia, las estrategias de afrontamiento reflejan el repertorio de respuestas al estrés que el individuo tiene disponible y puede usar con éxito, mientras que la personalidad es relativamente fija, las estrategias de afrontamiento pueden enseñarse explícitamente o por medio de modelos (Carey, Crocker, Coleman, Roy, & Feldman, 2009).

#### ***Tipos de estrategias.***

El afrontamiento es un aspecto muy relevante del funcionamiento personal y se divide en estilos y estrategias de afrontamiento, conceptos que son considerados complementarios, considerando el estilo como predisposiciones personales que permiten hacer frente a diversas situaciones, siendo estables en el tiempo y situacionalmente consistentes, lo cual determina el uso de ciertas estrategias (Solís & Vidal, 2006).

En el caso de las estrategias son definidas como procesos concretos y específicos utilizados en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes, presentando ciertas ventajas, tales como mayor capacidad predictiva, convirtiéndose en más atractiva desde la perspectiva de la intervención. Factores personales, como relaciones de pareja estables y la presencia de hijos, se han asociado con una mejor aplicación de las estrategias de afrontamiento (Nava, Ollua, Vega, & Soria, 2010).

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en escalas primarias y escalas secundarias o subescalas.

### ***Escalas primarias.***

Clasificadas como estrategias activas y estrategias pasivas.

### ***Estrategias activas.***

Se refiere a comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social (Cruz, y otros, 2010).

### ***Estrategias pasivas.***

Se desarrollan valiéndose de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva (Cruz, y otros, 2010).

Las estrategias activas o adaptativas tiene un asiento neurobiológico en las áreas del pensamiento lógico-formal o áreas frontales, mientras que las pasivas dependen de mecanismos más instintivos, es decir, del sistema límbico (Cruz, y otros, 2010).

*Escalas secundarias.*

A la vez, las estrategias primarias se dividen en 8 subescalas o estrategias secundarias, tal como se describe en la siguiente tabla:

*Tabla 1. Subescalas del inventario de afrontamiento.*

<b>Estrategia activas</b>	<b>Resolución de problemas</b>	Estrategias cognitivas y conductuales orientadas a eliminar el estrés, modificando la situación que lo produce.
	<b>Reestructuración cognitiva</b>	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
	<b>Apoyo social</b>	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
	<b>Expresión emocional</b>	Estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
<b>Estrategias pasivas</b>	<b>Evitación de problemas</b>	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
	<b>Pensamiento desiderativo</b>	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
	<b>Retirada social</b>	Estrategias de retirada de amigos, familiares, personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.
	<b>Autocrítica</b>	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante y el manejo inadecuado.

Fuente: Sepúlveda, Romero, & Jaramillo (2012)

Algunos autores incorporan una tercera estrategia que es la evitación, la cual puede entenderse como negación, donde la persona decide que no existe un factor estresante y, por lo tanto, no es necesario cambiar el comportamiento, la percepción o la respuesta emocional. En esta situación, la única forma en que el individuo puede enfrentarse con las situaciones esto es olvidándolas o distrayéndose para no intentar lidiar con él. La evitación también puede resultar de la sensación de que, si bien la situación es realmente estresante, nunca puede cambiarse (Carey, Crocker, Coleman, Roy, & Feldman, 2009).

La evitación y las estrategias de negación pueden ser medidas apropiadas para evitar las brechas, como cuando el estrés es tan agudo que reconocerlo de inmediato sería

abrumador, también pueden ser la mejor respuesta cuando la infracción es pequeña o involuntaria. Sin embargo, surgen problemas cuando la respuesta aguda se arregla a pesar de todas las pruebas en contrario o cuando las acciones de una persona son esenciales para resolver un problema (Carey, Crocker, Coleman, Roy, & Feldman, 2009).

La evitación predice estrés y depresión a futuro, por tanto, esta estrategia de afrontamiento es más frecuente en personas menos familiarizadas con el adecuado manejo de la adversidad, reportando algunos estudios que las personas con trastornos de ansiedad presentan predominantemente enfoques focalizados en la emoción y en la evitación-escape, es decir, estrategias pasivas, mientras que los individuos sin patologías psiquiátricas obtenían puntuaciones más altas en las dimensiones centradas en el problema y en la evaluación, es decir, estrategias activas (Satterfield & Becerra, 2010).

Considerando que la inteligencia es la capacidad mental general que implica razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas y el aprendizaje eficiente a partir de la experiencia, la discapacidad intelectual representa un trastorno grave del desarrollo neurológico, especialmente porque se origina en el periodo de la niñez, caracterizada por dificultades intelectuales que causan fallas en el desarrollo de áreas primordiales de la vida, tal como la conceptual, social y práctica, causando un gran impacto en la vida familiar, por el desconocimiento de técnicas apropiadas para afrontar esta situación.

### **1.3 PSICOTERAPIA CONDUCTUAL ENFOCADA EN PADRES CON ANSIEDAD**

En el caso de los padres con hijos que presentan discapacidad intelectual, se ha evidenciado un incremento de los niveles de estrés, estableciendo un rango clínico que limita con niveles elevados de ansiedad, atacando en ocasiones de manera superior a las madres, con respecto a los padres, siendo todos estos conceptos analizados y expuestos en el presente capítulo para incrementar la comprensión del tema, así como determinar las

herramientas que desde el punto de vista clínico se dispone para minimizar los efectos de la ansiedad causada por hijos con retraso en el desarrollo cognitivo.

### **1.3.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA CONDUCTUAL.**

La terapia conductual es un término general aplicado a los diversos modelos de terapia que tratan los trastornos de salud mental, buscando cada uno de los modelos terapéuticos conocidos identificar y ayudar a modificar conductas potencialmente autodestructivas o poco saludables, funcionando con la idea de que todos los comportamientos son aprendidos y que los comportamientos no saludables pueden ser cambiados, por tanto, generalmente el enfoque del tratamiento es en los problemas actuales y cómo cambiarlos (Gotter, 2016).

Existen diversos tipos de terapia conductual entre las cuales se puede mencionar:

### **1.3.2 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.**

Se puede decir que es la más conocida y popular, debido que combina terapia conductual con terapia cognitiva, centrando el tratamiento en cómo los pensamientos y creencias de una persona influyen en las acciones y estados de ánimo, enfocándose a menudo en los problemas actuales del individuo y cómo resolverlos, con el objetivo a largo plazo de cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento de una persona a patrones más saludables (Gotter, 2016).

De acuerdo con la American Psychological Association (2019) la terapia cognitiva conductual se puede definir como una forma de tratamiento psicológico que ha demostrado ser eficaz para una variedad de problemas, como depresión, trastornos de ansiedad, problemas de consumo de alcohol y drogas, problemas maritales, trastornos de la alimentación y enfermedades mentales graves, sugiriendo numerosas investigaciones que conduce a una mejora significativa en el funcionamiento y la calidad de vida, siendo tan

efectiva o más efectiva que otras formas de terapia psicológica o medicamentos psiquiátricos.

Es importante enfatizar que los avances en este tipo de terapia se han realizado sobre la base de la investigación y la práctica clínica, enfocándose en una amplia evidencia científica de que los métodos que se han desarrollado realmente producen cambios, estableciendo diferencias significativas de otras formas de tratamiento psicológico.

La terapia cognitiva conductual se fundamenta en tres principios básicos:

1. Los problemas psicológicos se originan en formas de pensar defectuosas. La TCC se basa en el aquí y en el ahora.
2. Los problemas psicológicos se basan generalmente en patrones aprendidos de comportamiento patológico.
3. Las personas que sufren problemas psicológicos pueden aprender mejores formas de enfrentarlos, aliviando así los síntomas y haciéndose más efectivos para la vida.

Fundamentándose en estos principios la terapia cognitiva conductual implica esfuerzos para cambiar los patrones, tanto de pensamiento como de comportamiento. En el caso del pensamiento se incluyen estrategias como las siguientes:

- Aprender a reconocer las distorsiones en el pensamiento que crean problemas y luego reevaluarlas a la luz de la realidad.
- Lograr una mejor comprensión del comportamiento y la motivación de los demás.
- Uso de habilidades de resolución de problemas para hacer frente a situaciones difíciles.
- Aprender a desarrollar un mayor sentido de confianza con las propias habilidades.

Las estrategias para modificar o influir en el cambio de patrones de comportamiento aplicadas son:

- Enfrentar los miedos en lugar de evitarlos.

- Usar el juego de roles para prepararse para interacciones potencialmente problemáticas con otros.
- Aprender a calmar la mente y relajar el cuerpo.

Sin embargo, no todas las terapia cognitiva conductual utilizan todas estas estrategias, debido que existe un trabajo conjunto y colaborativo entre el psicólogo y el paciente que permite desarrollar una mayor comprensión del problema y diseñar una estrategia de tratamiento.

### **1.3.3 TERAPIA COGNITIVA DE JUEGO CONDUCTUAL.**

La terapia cognitiva de juego conductual es usada comúnmente con los niños. Al observar a los niños jugar, los terapeutas pueden comprender la incomodidad que sienten con respecto a lo que expresan. Los niños pueden elegir los propios juguetes y jugar libremente, se les puede pedir que hagan un dibujo o usen juguetes para crear escenas en un arenero, permitiendo a los terapeutas enseñar a los padres sobre cómo usar el juego para mejorar la comunicación con los hijos (Gotter, 2016).

### **1.3.4 DESENSIBILIZACIÓN DEL SISTEMA.**

La desensibilización sistemática se basa en gran medida en el condicionamiento clásico y es usado a menudo para tratar las fobias, enseñando a las personas a reemplazar una respuesta de miedo a una fobia con respuestas de relajación. Primero se enseñan técnicas de relajación y respiración y una vez dominados, el terapeuta los expondrá lentamente al miedo en dosis elevadas mientras practican estas técnicas (Gotter, 2016).

### **1.3.5 TERAPIA DE AVERSIÓN.**

La terapia de aversión se usa a menudo para tratar problemas como el abuso de sustancias y el alcoholismo, funciona enseñando a las personas a asociar un estímulo que

es deseable pero poco saludable con un estímulo extremadamente desagradable, este estímulo desagradable puede ser algo que causa malestar (Gotter, 2016).

Según Kübler-Ross (2017), en el caso de los padres, cuando se diagnostica un hijo con deficiencia, el entorno familiar sufre un fuerte golpe y estos experimentan diferentes etapas psicológicas y emocionales que pueden variar según cada caso. Estas reacciones y el devenir de la deficiencia dependerán de diversos factores, tal como el grado de incapacidad del hijo, la dinámica familiar antes del diagnóstico, la situación económica, social e intelectual de la familia o las creencias religiosas, identificándose cinco etapas emocionales que suelen atravesar los padres con un hijo con discapacidad y que, en función de cada situación, pueden durar más o menos tiempo, presentarse a la vez o volver a aparecer más adelante, siendo las siguientes:

1. **Negación:** Se aferran a la idea de un diagnóstico falso o erróneo.
2. **Agresión:** Pueden culparse mutuamente de la discapacidad del niño, desatar la ira contra el médico, la religión y/o la vida e inclusive contra el propio hijo, reacciones originadas de la impotencia, aunque acaban sintiendo culpa o vergüenza por tal comportamiento.
3. **Negociación:** No aceptan el diagnóstico completamente, sin embargo, dialogan con el médico y el niño sobre el problema.
4. **Depresión:** Cuando el agotamiento de los padres, tanto físico como mental, se convierte en una pesada carga y se manifiesta con síntomas de la depresión.
5. **Aceptación:** Aceptan parcial o totalmente la discapacidad del niño, aunque las etapas anteriores pueden volver a aparecer.

Lo anterior indica que el nacimiento de un hijo con discapacidad, el diagnóstico de ésta o el hecho de que ella sobrevenga, puede, en la mayor parte de los casos, generar situaciones de ansiedad, la cual puede poner en crisis al sujeto desde el punto de vista emocional, cognitivo y comportamental, determinando las tres áreas en las que el individuo debe trabajar, considerando que no sólo se ven afectados en relación con el hijo sino en relación con el mismo y el sistema familiar (Fantova, 2000).

En consecuencia, la primera necesidad que aparece es la de apoyo emocional, es decir, la presencia de algún tipo de soporte humano que facilite la situación, apoyo que difícilmente lo puede dar un profesional, por el contrario, se fundamenta en el entorno familiar o de amigos, gente significativa con la que ya existen lazos afectivos. Desde la posibilidad de no hundirse en una confusión emocional grave, se abre la necesidad de hacer, debido a que el niño está ahí y los padres tienen que hacer cosas, por lo que puede resultar favorable y útil la presencia de otros padres con hijos discapacitados, orientando el hacer con la necesidad de saber, una necesidad a la que hay que responder en dosis asimilables por el sujeto, por lo que en esta etapa es importante el papel del profesional, ayudando a combinar realismo y positividad. Estos procesos no se dan sólo en la relación entre la madre o el padre y el hijo o hija sino que afectan a todo el sistema familiar, presentándose la necesidad de brindar apoyo en el subsistema conyugal, en la relación de los padres con los otros hijos o en el subsistema extra familiar (Fantova, 2000).

A partir de un primer arrumbamiento de la relación y las iniciativas, los tres factores mencionados, emociones, habilidades y conocimientos, evolucionarán, relacionándose e influyendo unos con otros, por lo que es propicio que exista un equilibrio y un crecimiento armónico de los tres, es decir, ser cada vez más competentes como padres, saber sobre lo que se tiene entre manos y sentirse bien, consiguiendo de esta manera sucesivos niveles de adaptación y ajuste personal y familiar. Progresivamente los padres irán sintiendo, pensando y comportándose de manera nueva a partir de los datos novedosos que han de integrar y que forma parte de su vida (Fantova, 2000).

Desde el punto de vista de la psicoterapia existen al menos cuatro aspectos que deben ser atendidos en los casos de incorporación de hijos con problemas de discapacidad en las familias, que son la herida narcisista originada por el sentimiento de haber concebido un hijo con fallas; la depresión materna, que generalmente tiene características singulares y que se transforma en el más importante obstáculo en el proceso de humanización del niño, dejándolo en numerosos casos en situación de abandono emocional; el lugar que ocupa el hijo en la fantasía de los padres, traducida en la resolución del duelo por el hijo perfecto soñado; y finalmente, la ambivalencia materna y paterna, que se puede observar en los

sentimientos de amor/odio, los deseos de muerte y la consiguiente culpa (Abraham & Sosa, 2014).

#### **1.4 RELACIÓN DEL GÉNERO DE ACUERDO A LA ANSIEDAD**

El estudio de las diferencias de género en los trastornos mentales es un campo de investigación que recientemente está en alza a nivel preclínico para aclarar la relación entre género y psicopatología. Es por ello que instituciones internacionales de la salud como American Psychological Association, American Psychiatric Association, National Institute of Mental Health y la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideran importante evaluar los determinantes específicos de cada sexo en los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y a la adversidad (Ter Horst, Wichmann, Gerrits, Westenbroek, & Lin, 2009).

Hay consenso en considerar que los factores psicosociales y socioculturales no pueden explicar todas las diferencias observadas entre ambos sexos y dada la coherencia de los hallazgos en los distintos grupos culturales, la conclusión es que las diferencias de género en las tasas de los trastornos psiquiátricos son en gran parte psicobiológicas. Por lo tanto, los estudios donde se evalúa cuáles de los factores explicativos de las diferencias entre los sexos son de naturaleza biológica y cuáles son de naturaleza social, permiten conocer cuántos de estos factores son inmutables o no (Dalla & Shors, 2009).

También estudios epidemiológicos y clínicos han corroborado que el trastorno de ansiedad evidencia una frecuencia doble en las mujeres y que la edad de inicio es diferente en cada sexo; en hombres se presenta entre los 15 y los 24 años mientras que en las mujeres se inicia algo más tarde, entre los 35 y los 44 años. Asimismo, el trastorno de ansiedad en mujeres tiende a ser más severo que en los hombres y se asocia con tasas elevadas de comorbilidad con agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de somatización, encontrando diferencias sexuales en la sintomatología, ya que en las mujeres el pánico presenta predominantemente síntomas respiratorios, mientras que en los

hombres son síntomas gastrointestinales acompañados de sudoración intensa (Leskin & Sheikh, 2004).

Se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos, encontrando entre estos factores los de índole psicosocial y sociocultural que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos (Arenas & Puigerver, 2009).

Diversos estudios dejan al descubierto diferencias de sexo, tanto estructurales como funcionales, en las regiones cerebrales relevantes para la ansiedad, incluida la corteza prefrontal, el hipocampo y el complejo de amígdala extendido, mencionando las investigaciones de Lochner et al. (2004) y Segalàs et al. (2010), que informan sobre diferencias genéticas significativas entre hombres y mujeres con desorden obsesivo compulsivo. También, la presión arterial y el pulso son más reactivos a la ansiedad en las mujeres que en los hombres, de acuerdo al estudio de Altemus (2006), dando como resultado estas diferencias entre los sexos que las mujeres se encuentren más condicionadas que los hombres, incrementando estas características mayor sensibilidad al estrés y estableciendo una vía biológica para la generación desproporcionada de trastornos afectivos en las mujeres.

Por otra parte, las hormonas gonadales femeninas, como el estrógeno y la progesterona, posee efectos sustanciales sobre las funciones de los sistemas neurotransmisores relacionados con la ansiedad y afectando la extinción del miedo, encontrando asimismo que entre las hormonas gonadales masculinas, se ha evidenciado

que la testosterona tiene efectos ansiolíticos al reducir la capacidad de respuesta al estrés y suprimir la actividad del eje hipotalámico hipofisario suprarrenal, razón por la cual las hormonas gonadales representan, en parte, el aumento de la prevalencia y la gravedad de los trastornos de ansiedad en las mujeres (Durbano, 2015).

Se ha encontrado que las fluctuaciones en el estrógeno y la progesterona a lo largo del ciclo menstrual femenino afectan la reactividad del eje hipotalámico hipofisario suprarrenal, la sensibilidad a la retroalimentación de los glucocorticoides y las conexiones cerebrales GABA, conocido como el neurotransmisor que reduce el estrés y la ansiedad, lo que hace que el sistema homeostático se vuelva menos estable en las mujeres en comparación con los hombres, causando estas fluctuaciones inestabilidad a corto plazo en las mujeres y siendo responsables de más cambios a largo plazo en la gravedad de los síntomas de ansiedad que se producen en relación con la pubertad, el embarazo, la lactancia y la menopausia (Altemus, 2006).

Por lo tanto, independientemente de las diferencias encontradas entre géneros, se puede establecer la existencia de un estado o umbral normal de ansiedad que favorece el normal desenvolvimiento de los individuos en las actividades diarias, no obstante, cuando este nivel de ansiedad excede este umbral se comienza a evidenciar el inicio del deterioro en el desarrollo de la vida cotidiana, ocasionando la reducción del rendimiento esperado y el comienzo de un trastorno de ansiedad, lo cual ha originado el diseño y desarrollo de un conjunto de escalas estructuradas, instrumentos que tienen el objetivo de detectar la presencia de esta patología permitiendo elaborar o trazar las estrategias apropiadas de afrontamiento.

## **1.5 ESTUDIOS RELACIONADOS**

**Caso I. "Nivel de ansiedad en padres de niños con necesidades educativas especiales (estudio realizado en la escuela especial de niños del municipio de pueblo nuevo suchitepéquez)" - (Guatemala).**

El objetivo de la investigación se realizó para comprobar que nivel de ansiedad presentan los padres al observar los problemas que presentan sus hijos con capacidades diferentes, se trabajó con cuarenta y cinco personas distintas de un universo de cincuenta que es la población de una muestra pero que sólo veinticuatro personas presentaron problemas de ansiedad alta evaluadas por medio del cuestionario auto evaluativo STAI 82, y se arrojó además que estas personas en su gran mayoría son las madres.

Finalmente, fueron comprobadas cualitativa y cuantitativamente en las escalas de ansiedad estado y rasgo. Situación que presentan los padres de niños con necesidades educativas especiales de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez. En el campo de la investigación descriptiva determina como se efectuó el trabajo comunitario, en cuanto a la salud de los padres, la educación de los niños entre otros mencionados.

Lo que llamo la atención, es la primer variable, porque las madres de familia presentan ansiedad según las causantes influyeron los factores ambientales como: desintegración familiar, el analfabetismo, la enseñanza aprendizaje de los niños entre otros que generó síntomas físicos, dermatológicos, traumas, aprensión, alteraciones del pensamiento, tensión desconfianza, preocupación, miedo, bajo autoestima entre otros; que obviamente trae como consecuencias problemas psicológicos.

## **Caso II. Evaluación de las necesidades de apoyo y niveles de estrés y ansiedad de los padres con hijos que tienen discapacidad intelectual y/o del desarrollo en Brasil – (Madrid).**

Este proyecto, tuvo como objetivo detectar las necesidades de apoyo de las familias con un miembro con discapacidad Intelectual y/o del desarrollo (DID) ha sido una preocupación constante en las investigaciones (Anderson, Larson, y Wuorio, 2011; Chiu, Turnbull, y Summers, 2013; Giné et al., 2013a; Vilaseca, Gràcia, Beltran, Dalmau, Alomar, Adam, y Simó, 2015; Zuna, Seling, Summers, y Turnbull, 2009).

Una respuesta adecuada a tales necesidades proporciona cambios positivos en las familias, lo cual puede contribuir a mejorar su calidad de vida. Esta tesis ha estado guiada por el interés de investigar, en relación con su evaluación, las necesidades de apoyo de las familias brasileñas con personas con DID mayores de 18 años y analizar los niveles de

ansiedad de los padres respecto del género, con el fin de identificar dichas necesidades y, de esta forma, promover cambios positivos en las familias, mejorando tanto su funcionamiento como la calidad de vida de todos los miembros que la componen. Han participado 228 familias con hijos mayores de 18 años con DID de diferentes regiones de Brasil.

**Caso III. Prevalencia de la ansiedad de la madre en el cuidado del niño/a con y sin discapacidad y factores asociados en el centro de educación inicial angelitos y centro de desarrollo integral para las personas con síndrome de down. Cuenca, 2016**

El cuidado del niño con y sin discapacidad supone para la madre una carga tensional, que puede generar ansiedad y se ve influido por diversos factores asociados. En este proyectos se planteó cómo objetivo general determinar la prevalencia de la ansiedad de la madre en el cuidado del niño con y sin discapacidad y factores asociados en el centro de educación inicial Angelitos y centro de desarrollo integral para las personas con Síndrome de Down. Cuenca, 2016.

**Caso IV. Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del hospital “vicente corral moscoso”. Cuenca, 2014**

La investigación fué de tipo descriptivo. Se trabajó con un universo finito de 2800 mujeres gestantes que asistieron en el año 2013, la muestra fue por conveniencia e involucró a las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2014. Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se aplicó el consentimiento informado a las mujeres gestantes.

El 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad de 13- 17 significa menos que ansiedad mayor ; el 69% de multíparas tiene instrucción primaria; y el mayor porcentaje de edades de las gestantes es un 42,13% que comprende las edades de 19 a 25 años de mujeres que se encuentran en edad fértil; el 37% fue el mayor porcentaje en el estado civil de casada; la mayor parte de gestantes que asisten al Hospital son de escasos recursos económicos con un porcentaje de 56,50% y un 90% de las que acuden al Hospital son residentes de Cuenca ; el 69,10% de ellas la ocupación es de quehaceres domésticos;

el tipo de parto con mayor frecuencia fue eutócico con un 58,14% de los cuales el 87% no presentó complicaciones y el 99% no utilizó ningún instrumento al momento del parto; el 61% de gestantes tiene familias nucleares.

Se pudo constatar que el nivel de ansiedad de las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor de parto del “Hospital Vicente Corral Moscoso” varía dependiendo los factores determinantes tales como edad, estado civil, instrucción, ocupación; etc.

#### **Caso V. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento.**

El presente trabajo de investigación buscó identificar los niveles de ansiedad y depresión en las distintas etapas de un proceso de internamiento, y también determinar en qué etapa del proceso existe un mayor nivel de ansiedad y depresión. Esta investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio con alcance descriptivo. Para lograr los objetivos de la investigación, el proceso de recolección de la información contó con dos instrumentos de evaluación: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Hamilton.

El grupo de estudio estuvo conformado por 51 usuarios varones adolescentes drogodependientes del Centro de Tratamiento de Adicciones (Proespe) “Hogar Crecer”, las edades estuvieron comprendidas entre los 10 y los 17 años. Luego del análisis de los resultados se obtuvo que: en la fase de progreso se observan los mayores niveles de ansiedad con el 25,5% de participantes con ansiedad moderada/grave, seguida por el 15,7% en la fase de egreso y con el 13,7% en la fase de ingreso.

En cuanto a la depresión se evidenció que el nivel de depresión moderada prevalece en la etapa de ingreso con 9,8% de participantes y 11,8% en la fase de progreso. Por otro lado, en la etapa de egreso se observa un nivel considerable de depresión ligera/menor con 15,7%.

#### **Caso VI. Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento de padres con hijos que presentan discapacidad intelectual - Madrid (2011).**

El presente trabajo de investigación indica la necesidad de hondar en el tema de la prevención de la ansiedad. La muestra del estudio está integrada por 106 padres de la comunidad de Madrid, este estudio fué realizado en la Facultad de Educación de la

Universidad Complutense de Madrid; en el mismo se planteó un cuestionario, el mismo fue de ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los resultados arrojaron altos niveles de ansiedad por parte de las mujeres.

## **1.6 CONCLUSIÓN**

Finalmente se puede expresar que cuando dentro del núcleo familiar se presentan casos de hijos con discapacidad intelectual aumentan los niveles de ansiedad, por lo que surge una creciente necesidad de apoyo y orientación, debido que deben enfrentar aspectos no considerados antes de la presencia de la discapacidad, tal como el proceso de duelo, la falta de conocimiento de la discapacidad en sí, el impacto en el resto de la familia y los cuidados de un hijo que presenta necesidades específicas, afectando de manera indiferente tanto a padres como a madres, aunque quizás en las mujeres es más evidente el impacto emocional que se produce, encontrando en la terapia cognitiva conductual una importante herramienta para enseñar a manejar esta situación novedosa e imprevista, mediante estrategias que producen cambios en el pensamiento y el comportamiento.

## CAPITULO II

### 2.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La investigación realizada sobre el nivel de ansiedad en relación al género en padres de hijos con discapacidad intelectual; es analítico de corte transversal y descriptivo. Dicha investigación se realizó con una población de 80 padres de familia de la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz” de la ciudad de Cuenca. Para lo cual se tomó como consideración a padres con hijos que presenten discapacidad intelectual.

El procesamiento de información se realizó mediante la recolección de información obtenida a través de los test de Hamilton y State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

La escala de ansiedad de Hamilton es uno de los cuestionarios psicológicos más utilizados en el Ecuador. No es por tanto un instrumento de diagnóstico, sino un recurso útil y altamente eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus síntomas psicosomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos.

Este instrumento consta de 14 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, que van desde **0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante**

Así, una puntuación de 17 o menos, indica ansiedad leve. Una puntuación que vaya entre 18 y 24 puntos nos daría ya una pista de un estado de ansiedad moderado. Por último, si obtenemos una puntuación entre 24 o 30, indicará un estado severo de ansiedad.

Para confirmar y acotar los resultados obtenidos anteriormente se realizó el test (STAI) la cual constituyó para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado. Esta prueba consiste en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describir su estado de ánimo, veinte preguntas que miden la ansiedad como estado (como se siente en ese momento), y veinte, como rasgo (como se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Los resultados obtenidos se analizaron, mediante el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016. Los resultados se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión, además para la clasificación de niveles de medidas de frecuencia.

## 2.2 DESCRIPCIÓN PARTICIPANTES

El estudio fue realizado con 80 padres de 40 niños de entre 8 y 14 años con discapacidad intelectual que asistían regularmente a la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz” durante el periodo 2018- 2019. Participaron 39 hombres (48.8%) y 41 mujeres (51.2%) de entre 28 y 76 años con una edad media de 43.4 años (DE=9.9); quienes en su mayoría tenían un nivel de instrucción básico (62.5%) y las dos terceras partes estaban casados; el 66.3% mencionó realizar actividades laborales y el 32.5% eran amas de casa, el 90% de los participantes afirmaron tener solamente un hijo con discapacidad. Con respecto a la estructura familiar la mayoría (87.5%) eran nucleares pues vivían: madre, padre e hijos, el 7.5% extendida y el 5% monoparental. Los detalles se pueden observar en la tabla 1.

*Tabla 2. Característica de los Participantes N=80*

Característica		N	%
Sexo	Hombres	39	48.8
	Mujeres	41	51.2
Estado Civil	Soltero	8	10,0
	Casado	55	68,8
	Unión Libre	16	20,0
	Divorciado	1	1,3
Nivel de Escolaridad	Básico	50	62,5
	Bachillerato	23	28,8
	Universitario	7	8,8
Ocupación del representante	Trabaja	53	66,3

	Ama de casa	26	32,5
	No trabaja	1	1,3
Número de hijos con discapacidad	Uno	72	90,0
	Varios	8	10,0
Tipo de familia	Nuclear	70	87,5
	Extendida	6	7,5
	Monoparental	4	5,0

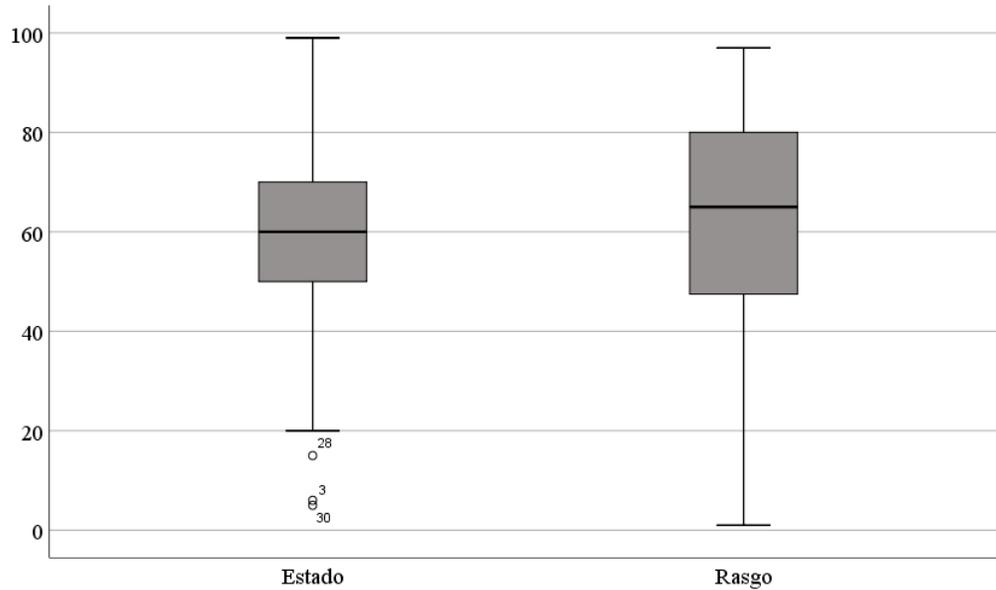
## 2.3 RESULTADOS

### 2.3.1 Nivel de Ansiedad según Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

#### ANSIEDAD: ESTADO Y RASGO (CENTIL)

La ansiedad medida como estado, es decir la evaluación de un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, reveló puntuaciones centiles entre 5 y 99 con una media de 56.7 (DE=18.2) indicando un nivel general sobre promedio y una alta dispersión de datos, lo que implica heterogeneidad de comportamiento. Por otra parte, la ansiedad medida como rasgo que: señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, se presentó en puntuación centil oscilante entre 1 y 97 con una media de 60.5 (DE=22.7) ubicándose también en un nivel general sobre el promedio con alta dispersión de datos.

La figura 1 reveló que a pesar de tener puntuaciones similares en estado y rasgo, en la ansiedad medida como estado, las personas se ubicaban del centil 20 hacia arriba; salvo 3 casos con puntuaciones muy inferiores al resto del grupo.

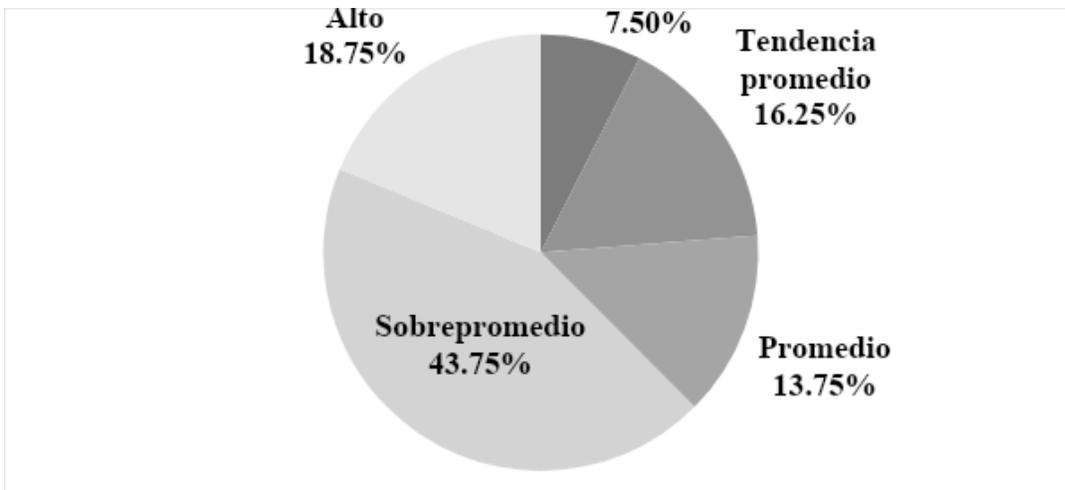


*Figura 1. Ansiedad: estado y rasgo.*

El diagrama de cajas y bigotes muestra el comportamiento de puntuación centil de los padres de familia, las líneas horizontales representan los valores: mínimo, máximo y cuartiles, la amplitud del diagrama simboliza la dispersión de datos. Los círculos externos representan casos atípicos.

***Estado.***

Se identificó que el 18.75% de padres tenían una alta ansiedad de estado; el 7.50% bajos niveles, el 73.75% restante se encontraban en un nivel medio, en su mayoría formando parte del nivel de ansiedad “sobrepromedio” con puntuaciones centiles oscilantes entre 55 y 70. Ver figura 2.

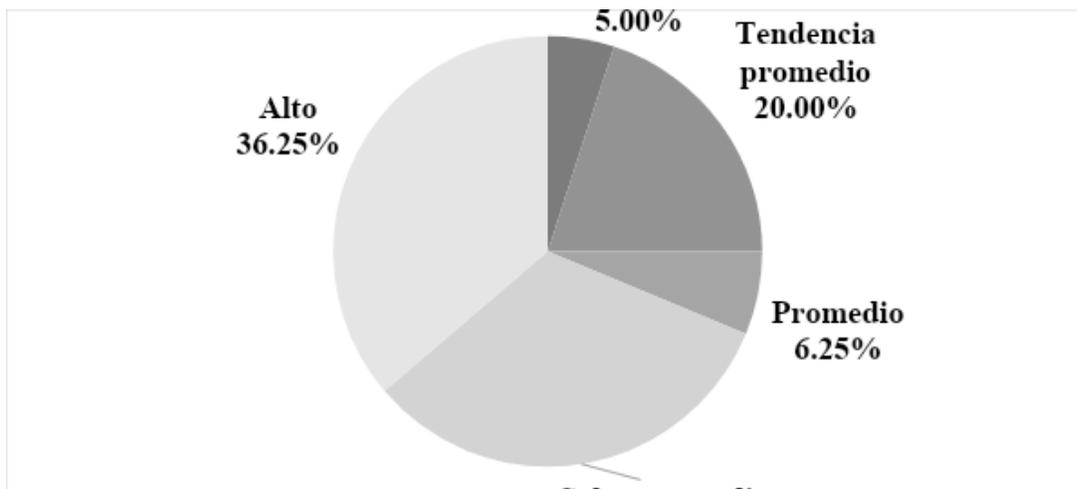


*Figura 2. Niveles de ansiedad presentes (Estado).*

El gráfico de pastel muestra la frecuencia porcentual de padres en cada nivel de ansiedad, presentado en la siguiente clasificación: sobrepromedio, alto, tendencia promedio, promedio, y baja.

***Rasgo.***

En la ansiedad medida como rasgo, se encontró que más de la tercera parte (36.25%) de padres tenían una alta ansiedad, el 5.00% bajo y el 58.75% en un nivel medio; encontrándose la mayoría en el nivel sobre promedio de ansiedad (32.5%), los detalles se pueden observar en la figura 3.



*Figura 3. Niveles de ansiedad presentes (Rasgos).*

El gráfico de pastel muestra la frecuencia porcentual de padres en cada nivel de ansiedad, presentado de la siguiente clasificación: sobrepromedio, alto, tendencia promedio, promedio y bajo.

### 2.3.2 ANSIEDAD SEGÚN ESCALA DE HAMILTON (ESCALA 0-56).

Para esta sección del estudio se excluyeron a 5 individuos quienes presentaban un estado de pánico. La ansiedad medida con la escala de Hamilton para determinar la intensidad reveló puntuaciones entre 0 y 35 con una media de 10.8 y una alta dispersión de datos (DE=6.9), lo que revela una direccionalidad hacia un bajo nivel de intensidad y comportamiento distinto en todos los participantes. Ver la figura 4.

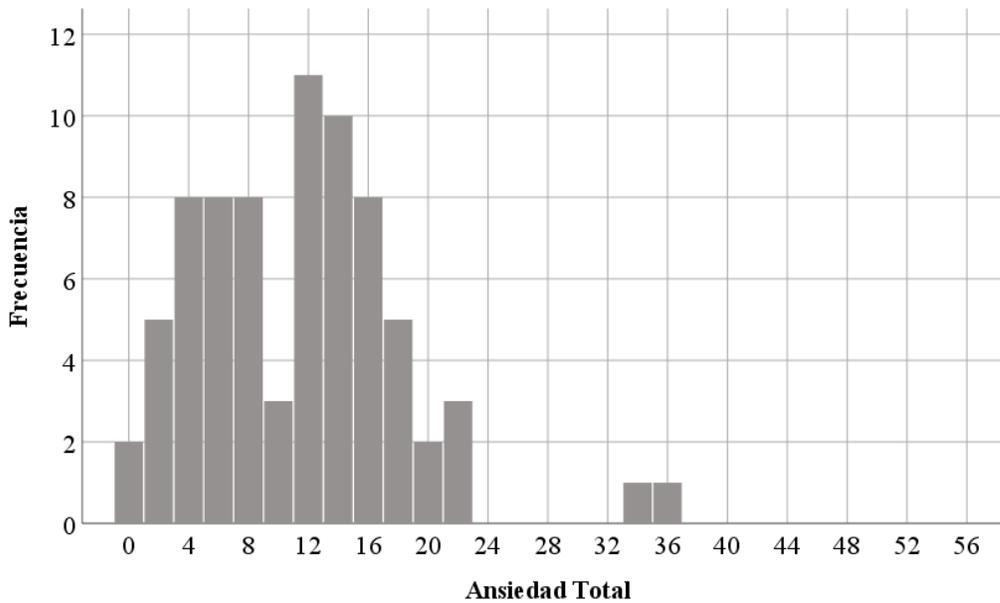


Figura 4. Niveles de ansiedad presentes (Rasgos).

El gráfico en barra muestra la frecuencia porcentual de padres en cada nivel de ansiedad.

### 2.4 SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.

La figura 5 muestra el comportamiento de valoración de los padres de familia a los síntomas psíquicos y somáticos medidos en escala de 0 a 28, en ella se puede ver que las puntuaciones oscilaban entre 0 y 20 con una media de 6.1 (DE=3.7) en los síntomas

psíquicos y de 4.9 (DE=3.8) en los somáticos siendo los de menos intensidad; se registró a una persona con alta presencia de síntomas psíquicos y 3 de somáticos

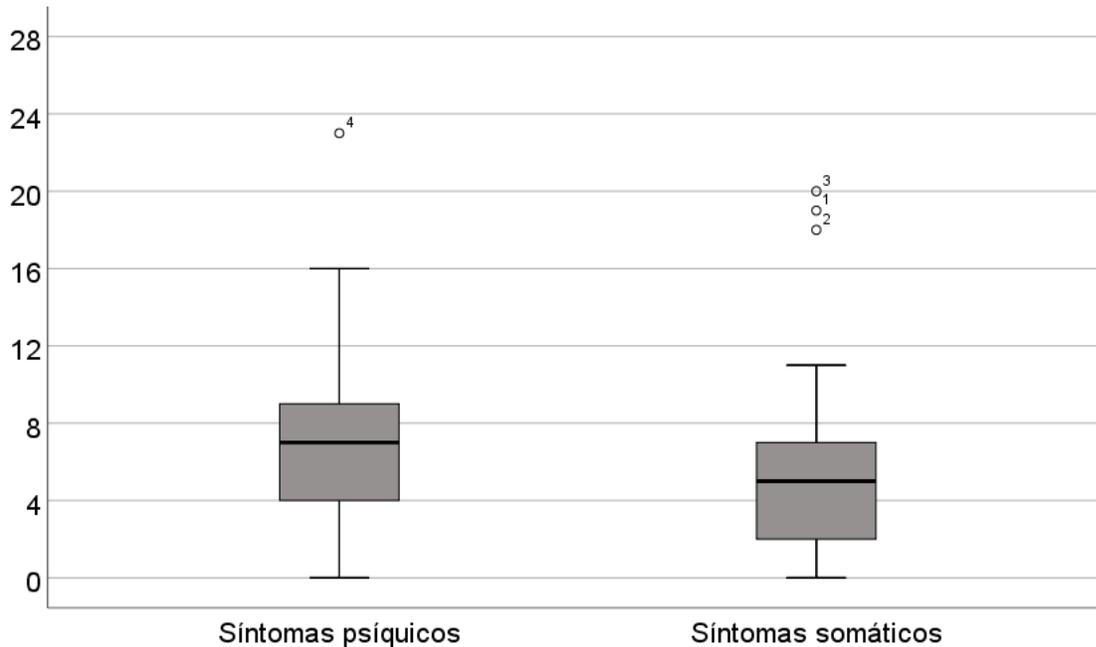


Figura 5. Valoración de síntomas de ansiedad.

El diagrama de cajas y bigotes muestra el comportamiento de puntuación centil de los padres de familia, las líneas horizontales representan los valores: mínimo, máximo y cuartiles, la amplitud del diagrama simboliza la dispersión de datos. los círculos externos representan casos atípicos.

## 2.5 ANSIEDAD SEGÚN SEXO. (STAI)

### *Estado y Rasgo.*

Las mujeres revelaron una puntuación media de ansiedad como estado de 58.00 (DE=21.0), mientras que los hombres mostraron una de 55.2 (DE=14.8), como se puede visualizar en la figura 7, los hombres tuvieron un comportamiento más similar entre ellos en comparación a las mujeres salvo 7 casos atípicos con puntajes muy superiores o muy inferiores al resto del grupo.

En la ansiedad como rasgo, las mujeres presentaron una puntuación superior a la de los hombres lo que es un indicador de mayor propensión ansiosa con medias de 64.8 (DE=25.7) y 55.9 (DE=18.3) respectivamente. A pesar de estas diferencias no se revelaron diferencias significativas según el sexo ( $p < .05$ ) (características similares).

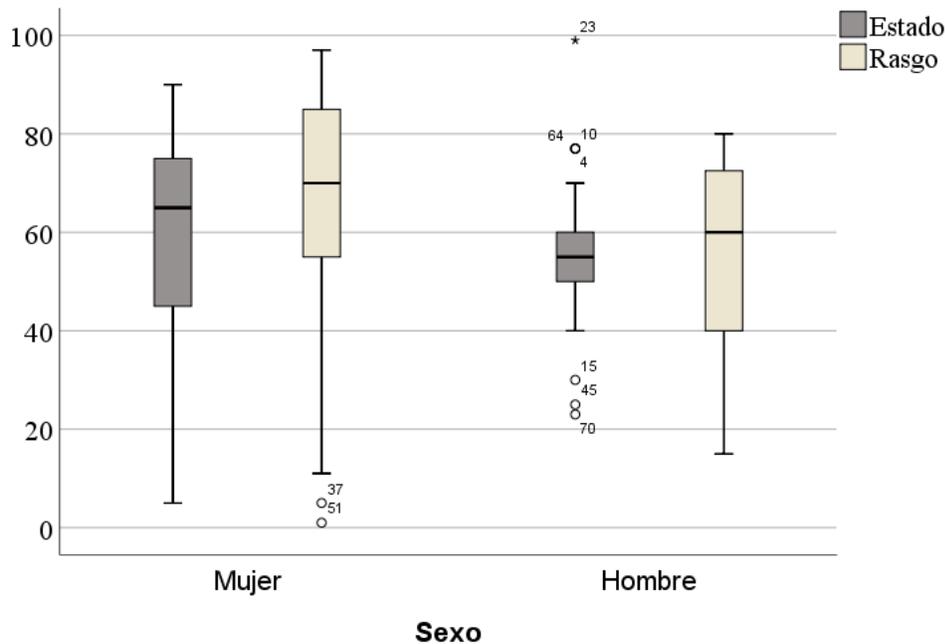


Figura 6. Valoración de síntomas de ansiedad.

El diagrama de caja y bigotes muestra el comportamiento de puntuación centil de los padres de familia, las líneas horizontales representan los valores: mínimo, máximo y cuartiles, la amplitud del diagrama simboliza la dispersión de datos. los círculos externos representan casos atípicos.

## 2.6 SÍNTOMAS SEGÚN SEXO (HAMILTON )

La intensidad de ansiedad presente en las mujeres fue de 11.2 (DE=6.7) y en los hombres de 12.2 (DE=8.5) a pesar de que los hombres presentaban mayores síntomas, estos no eran significativos ( $p=0.531$ ).

El grupo de hombres mostró una intensidad ligeramente mayor de síntomas psíquicos (M=6.7; DE = 4.7) y somáticos (M=6.7 ; DE = 4.7) que las mujeres; quienes presentaron puntuaciones medias de 6.4 (DE=3.8) y 4.9 (DE=3.5) respectivamente; sin embargo ello no indica diferencias grandes entre los dos grupos. Ver figura 7.

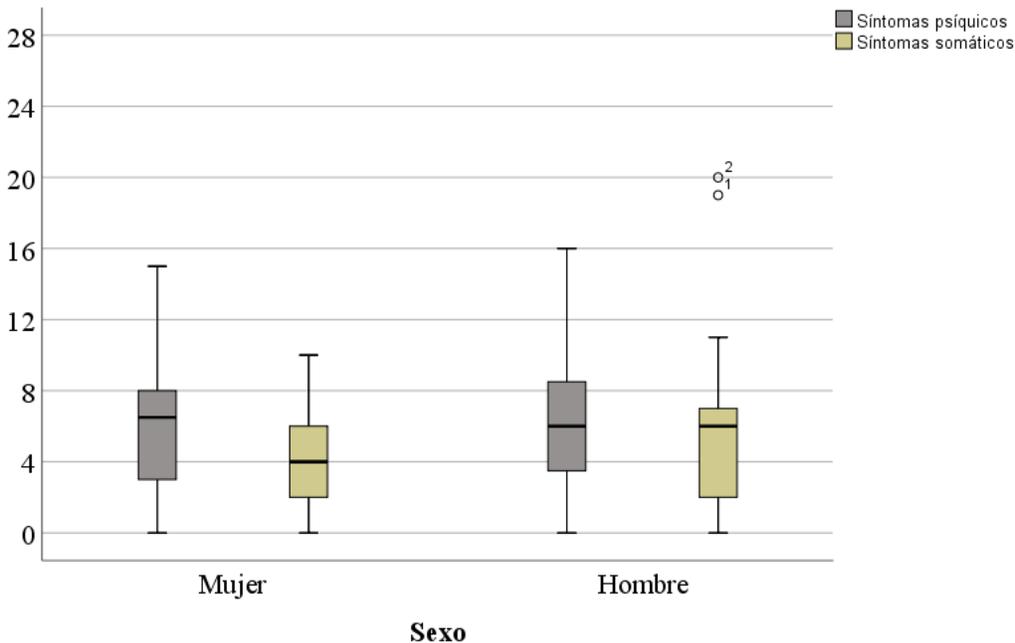


Figura 7. Valoración de síntomas de Ansiedad según sexo.

El diagrama de cajas y bigotes muestra el comportamiento de puntuación centil de los padres de familia, las líneas horizontales representan los valores: mínimo, máximo y cuartiles, la amplitud del diagrama simboliza la dispersión de datos. Los círculos externos representan casos atípicos.

## 2.7 CONCLUSION

Al analizar el nivel de ansiedad se pudo comprobar que todos los participantes tanto hombres como mujeres se encontraban en un nivel sobre promedio de ansiedad, principalmente en rasgo.

Las mujeres presentaron mayores valores de Ansiedad de estado y rasgo sin embargo no fueron muy superiores a la de los hombres.

De acuerdo a los resultados obtenidos con relación (síntoma) son los hombres quienes presentaron mayor intensidad de ansiedad.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 PLAN DE INTERVENCIÓN**

Dentro de la investigación se planteó elaborar un plan de intervención para los padres de familia que obtuvieron niveles de ansiedad altos en los resultados de los test de Hamilton y STAI, para de esta manera mejorar tanto el bienestar de los estudiantes, de la Unidad Educativa “Agustín Cueva Tamariz”, como la salud mental y bienestar familiar.

Se realizó 3 sesiones psicoterapéuticas de alrededor de una hora y media, en el salón de audiovisuales de la Unidad Educativa “Agustín Cueva Tamariz”; ya que los resultados obtenidos de acuerdo a los test psicológicos nos indicaron que las madres de familia obtuvieron una ansiedad sobre el promedio, en comparación con los padres de familia.

Los talleres fueron realizados en un horario factible para todos los padres de familia ya que se llevaron a cabo a la 3.30pm de la tarde con fechas del 3, 7 y 10 de Junio del 2019.

### 3.1.2 PSICOTERAPIA PARA LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD.

**Taller No1**

**Tema: Psicoeducación.**

Fecha: 03/06/2019

Objetivo: Reducir síntomas de ansiedad

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Rapport	Técnica basada en el mejoramiento de la comunicación, logrando el entendimiento mutuo y la empatía con los pacientes.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
Psicoeducación	Información brindada a los padre de familia de todo lo que engloba el tema de la Ansiedad y su tratamiento	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
Estrategias de Afrontamiento	Las acciones que realizamos al encontrarnos con cualquier tipo de problema, con el objetivo de solucionarlo, minimizarlo o eliminar sus efectos.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m

Elaborado por: Carlos Muñoz y Jessica Salinas.

**Evaluación del Taller No1:** Al inicio de la primera sesión del taller, los padres de familia se sentían incómodos ya que no todos se conocían, y varios no tenían discernimiento concreto de la razón por la que se encontraban en el lugar. Luego de explicarles el fin y los beneficios de estos talleres, los padres de familia se sintieron más cómodos y estuvieron atentos a la información brindada.

En el momento de realizar las técnicas para reducir la ansiedad la mayoría de padres de familia colaboraron con muy buena actitud y pocos estaban pendientes del celular.

**Taller No2****Tema: Técnicas para la Ansiedad**

Fecha: 07/06/2019

Objetivo: Reducir síntomas de ansiedad.

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Relajación de Jacobson	Técnica de relajación de tipo fisiológico, que se enfoca en el reposo; permitiendo obtener una estabilidad y control voluntario entre la tensión y distensión muscular.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
La bola de Cristal	Técnica usada para la solución de problemas y visión positiva del futuro. Se inicia con un recuerdo cercano un tanto olvidado o desplazado y luego otra visión de cómo en la que pueda recordar la manera en cómo solucionó el problema, sus reacciones, las personas involucradas.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
Reestructuración Cognitiva	El método de esta técnica se centra en la sustitución de pensamientos negativos por pensamientos positivos, logrando en el paciente una idealización positiva y cambio de conducta.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m

Elaborado por: Carlos Muñoz y Jessica Salinas.

**Evaluación del Taller No2:** Los padres de familia se mostraron atentos a las indicaciones de las técnicas aplicadas, estuvieron comunicativos y participaron en los ejemplos del diario vivir, sin embargo no todos asistieron al taller.

Cabe señalar que varios padres de familia nos pidieron realizar talleres de pareja para mejorar sus relaciones matrimoniales, lo cual se explicó nuevamente que el motivo de estos talleres es debido al tema de tesis planteado, sin embargo se puede relacionar el tema matrimonial con la ansiedad en el taller No3, y buscar soluciones a los problemas cotidianos que las parejas pueden tener en el diario vivir.

**Taller No3****Tema: Técnicas para somatización.**

Fecha: 10/06/2019

Objetivo: Reducir síntomas de somatización.

Actividad	Descripción	Lugar	Tiempo
Mindfulness	Técnica de relajación que permite al paciente a tomar conciencia plena de sus emociones, y así eliminar la frustración o ansiedad que produce el no poder cambiar ciertas situaciones.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
Visualización	Técnica usada para la solución de problemas y visión positiva del futuro. Se inicia con un recuerdo cercano un tanto olvidado o desplazado y luego otra visión de cómo en la que pueda recordar la manera en cómo solucionó el problema, sus reacciones, las personas involucradas.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m
Respiración Diafragmática	Técnica que por medio de la relajación, estiramiento muscular y activación de sentidos puede reducir y eliminar la sintomatología de ansiedad.	“Escuela Agustín Cueva Tamariz”	30m

Elaborado por: Carlos Muñoz y Jessica Salinas.

**Evaluación del Taller No3:** En el proceso del taller terapéutico No3 los padres de familia estaban bastante colaborativos al momento de pedirles su opinión y al realizar las técnicas sugeridas. Hubo un grupo más numeroso que el anterior taller, y los padres de familia indicaron como sugerencia, que sería bueno implementar este tipo de actividades para poseer una correcta armonía tanto personal como familiar.

Finalmente se realizó un feedback donde los pacientes exteriorizaron que les ha servido toda la información recaudada ya que en momentos de ansiedad y tensión pudieron tomar las herramientas sugeridas y fue diferente el resultado obtenido. De la misma manera las madres de familia nos comunicaron que el haber acudido a estos talleres les ayudó a concientizar sobre su salud y bienestar mental, para de esta manera proyectar el mismo beneficio en sus hijos y en su hogar.

### **3.2 CONCLUSIÓN**

Luego de las sesiones psicoterapéuticas realizadas podemos afirmar que tanto los padres, como madres de familia obtuvieron resultados visibles en la disminución de la ansiedad logrando mejorar sus actividades diarias. Señalaron que en la actualidad cuentan con una armonía física y mental tanto en el hogar como en sus lugares de trabajo.

Es importante señalar que parte de la muestra, de padres de familia que no obtuvieron resultados altos de ansiedad se sumaron a las sesiones psicoterapéuticas, con el fin de encontrar un alivio a los problemas personales y familiares.

Finalmente se puede concluir que se obtuvieron resultados positivos ante las diferentes técnicas implementadas en los padres de familia de la Unidad Educativa “Agustín Cueva Tamariz”.

### **DISCUSIÓN**

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad en relación al género en padres de hijos con discapacidad intelectual en una muestra de 80 padres de familia de la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz”, además de la aplicación de talleres psicoeducativos para quienes obtuvieron resultados altos de ansiedad

para que, de esta manera pudieran reducir la misma y obtener una estabilidad en su salud mental.

De acuerdo a varias investigaciones realizadas en distintos países, la prevalencia de ansiedad varía dependiendo de múltiples factores como el nivel económico, número de hijos, lugar de trabajo, zona de vivienda, etc.; es decir, el factor socioeconómico es de gran importancia en este tipo de casos. Como por ejemplo se puede indicar que en países como Estados Unidos existe una prevalencia del 19.7% de ansiedad, por otra parte países de Latinoamérica como Chile presenta una prevalencia de 17.9%, en Guatemala la prevalencia es del 19,2%, en Colombia la prevalencia de la ansiedad va desde el 3% hasta el 12%, y en Ecuador según la INEC la prevalencia de la ansiedad es del 3.8% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018).

En lo que respecta a esta investigación y con evidencia de los test aplicados se puede corroborar que los padres de familia presentan una prevalencia de ansiedad sobre el promedio. Es importante señalar que según un informe de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011), el Ecuador tiene un nivel medio alto, en lo referente al trastorno de ansiedad y se encuentra en décimo lugar en relación a Latinoamérica. En el mismo informe se indica que la prevalencia de la ansiedad es del 7.5% en mujeres, mientras que del 5.5% en los hombres, a nivel general.

Con respecto a la ansiedad en relación al género en esta investigación se obtuvo que las mujeres de acuerdo al test STAI, padecen un porcentaje más alto de ansiedad que el de los hombres, sin embargo no se indican diferencias grandes entre los dos grupos. Las mujeres en cuanto al resultado de ansiedad - estado obtuvieron el 21%, mientras que los hombres obtuvieron una puntuación del 14.8% con un porcentaje de relación o desviación porcentual de al menos el 80% uno del otro.

Con lo que respecta a la ansiedad – rasgo las mujeres obtuvieron una puntuación de 25.7%, mientras que los hombres 18.3%. De la misma manera, diferentes estudios indican que las mujeres son más propensas a padecer diferentes tipos de enfermedades como por ejemplo ansiedad, depresión o estrés. Agudelo (2005) en su estudio con una muestra española afirmó que existe mayor ansiedad en mujeres que en hombres, además Kohn (2005) encontró que los trastornos de ansiedad y crisis de pánico presentan una alta prevalencia en la población, la misma que es más frecuente en mujeres que en hombres,

debido que las mujeres en muchas ocasiones poseen mayores responsabilidades a diferencia de los hombres.

En el caso de Alvarado (Lucía, 2015) en un estudio realizado en Suchitepéquez (provincia), Guatemala; logró medir el nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales y por medio de la aplicación del test de STAI, indicó que los resultados de acuerdo al nivel alto de la ansiedad – estado fueron del 31%, y en un nivel alto la ansiedad – rasgo del 22%, como podemos apreciar en este caso y en comparación a nuestro estudio, los niveles de ansiedad son más altos, sin embargo no poseen una diferencia significativa, ya que los valores tienen una diferencia mínima.

Por otro lado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2015) establecen que en Madrid, España, las mujeres poseen una prevalencia de ansiedad estado-rasgo de 182 (DE=68.4) y en hombres de 84 (DE=31.6). Observando que representativamente estos datos son variables de acuerdo a la región en la que se habita. Esto, puede deberse a diversos factores del ámbito cultural.

Por otro lado, en lo que se refiere a la aplicación del test de Hamilton para efectos de este proyecto se ha obtenido que la intensidad de la ansiedad por parte de las mujeres fue de 11.2 con una desviación típica de 6.7; y en los hombres de 12.2 (DE=8.5) a pesar que los hombres han presentado como se dijo con anterioridad mayores síntomas, estos no eran significativos para este último estudio.

De acuerdo a (Martinez, 2015). En la ciudad de Madrid donde fue aplicado el test de Hamilton a una escuela de deficiencia intelectual, se obtuvo como resultado que las mujeres están en la media ponderada de 77.40 y los hombres de 64.87 con una desviación típica de 15.29 y 17.37 respectivamente. Mientras que, en la ciudad de Cuenca, en el Ecuador, se ha efectuado otro estudio (Chacha, 2016) acerca de la ansiedad de padres que tienen hijos con discapacidad, en donde se estable que de 334 personas analizadas en donde las mujeres encabezan la lista con un total de media ponderada de 67.5 (DE=12.34) y los hombres con una media ponderada de 59.8 (DE=19.5).

Cabe destacar que de acuerdo a los autores que hacen referencia en la ejecución de estos proyectos, se llega a la conclusión que en efecto es el género femenino es quién ha de sufrir más de estos problemas de ansiedad, bien sea por los diversos factores que con anterioridad se han definido.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en los test de Hamilton y STAI para medir el nivel de ansiedad de padres con hijos con discapacidad intelectual, se encontró que tanto hombres como mujeres presentan un nivel sobre el promedio.

Se considera que un 20% de la población en Latinoamérica ha presentado episodios de ansiedad, en Ecuador según la INEC existe una prevalencia de un 3.8% de ansiedad en toda la población. De acuerdo a los resultados obtenidos en los test de Hamilton y STAI se pueda afirmar, que tanto hombres como mujeres presentan un nivel sobre el promedio, haciendo referencia que tanto el padre como la madre de familia que posee hijos con discapacidad intelectual tiene más demandad en varios ámbitos y a lo largo de la vida de su hijo. Los resultados obtenidos en general son: en rasgo 18.75% alto, el 5% bajo y el 58% en un nivel medio. El resultado obtenido demostró que las mujeres poseen ansiedad como rasgo superior a la de los hombres, por lo contrario los hombres presentan mayor puntuación en síntomas. Esto demostró que tanto en mujeres como hombres no existe una diferencia significativa. En apoyo a la dinámica de investigación se realizó un acompañamiento con talleres de psi coeducación focalizada en ansiedad, en los cuales se evidencio la presencia de los siguientes síntomas: preocupación excesiva, presión social, estrés y miedo a ser evaluados. A través de los talleres brindados, pudimos ofrecer herramientas en las que los padres de familia pudieran utilizar para el manejo de su salud física y mental y de esa manera tener una armonio en el hogar. Podemos finalmente indicar que los talleres fueron de la satisfacción de todos los padres de familia y como recomendación se informó a la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz” que se realice con más frecuencia, talleres con diferentes temáticas en donde se pueda Psicoeducar y concientizar a los padres de familia para el beneficio de sus estudiantes.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda a la “Unidad Educativa Agustín Cueva” que incluya un proceso psicoterapéutico y de acompañamiento a los padres, con el objetivo de cuidar el bienestar y estabilidad familiar, ofreciendo un apoyo integral de los procesos educativos.

Diseñar programas y estrategias de afrontamiento ante la ansiedad para alumnos y padres, dirigidos a concientizar y controlar los estados emocionales y pensamientos disruptivos que pueden ocasionar inestabilidad en el día a día, también visibilizar la adquisición de conductas asertivas entre los padres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abbeduto, L., Seltzer, M., Shattuck, P., Krauss, M., Orsmond, G., & Murphy, M. (mayo de 2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. *Am J Ment Retard*, 109(3), 237-254. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072518>
- Abraham, M., & Sosa, . Abordaje psicoterapéutico a padres de niños con discapacidad. *Revista de Psicoanálisis en Niños*(11), 1-7. Recuperado el 10 de julio de 2019, de <http://www.fort-da.org/fort-da11/abraham.htm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* (5a ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2019). *What Is Cognitive Behavioral Therapy?* Recuperado el 19 de julio de 2019, de [www.apa.org](http://www.apa.org): <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Arenas, C., & Puigerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado el 9 de julio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003)
- Beck, A., Daley, D., Hastings, R., & Stevenson, J. (2004). Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 48(7), 628-638. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357682>
- Blacher, J., Neece, C., & Paczkowski, E. (2005). Families and intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry*, 18(5), 507-513. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639109>
- Carey, W., Crocker, A., Coleman, W., Roy, E., & Feldman, H. (2009). *Developmental-Behavioral Pediatrics* (4a e d.). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Castaño, E., & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

- Castellanos, M., Guarnizo, C., & Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Cruz, V., Austria, F., herrera, L., Vázquez, J., Vega, V., & Salas, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, 69(3), 137-142. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28207>
- Dalla, C., & Shors, T. (2009). Sex differences in learning processes of classical and operant conditioning. *Physiol Behav*, 97(2), 229-238. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699937/>
- Evans, D., Foa, E., Gur, R., Hendin, H., O'Brien, C., Seligman, M., & Walsh, T. (2005). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth* (1a ed.). Oxford.
- Fantova, F. (2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 31(192), 33-50. Recuperado el 10 de julio de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=40294>
- Friedman, D., Holmbeck, G., Jandasek, B., Zukerman, J., & Abad, M. (2004). Parent functioning in families of preadolescents with spina bifida: longitudinal implications for child adjustment. *J Fam Psychol*, 18(4), 609-619. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598166>
- Gotter, A. (2016). Behavioral Therapy. *Healthline*(14), 1-10. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.healthline.com/health/behavioral-therapy>
- Holland, K. (2018). Everything You Need to Know About Anxiety. *Health Line*(19), 1-17. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <https://www.healthline.com/health/anxiety>
- Julian, L. (2011). Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res*, 63(11), 1-11.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico* (1a ed.). Madrid: Penguin Random House Grupo Editorial.

- Leskin, G., & Sheikh, J. (2004). Gender Differences in Panic Disorder. *Psychiatric Times*, 21(1), 1-2. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.psychiatrictimes.com/gender-differences-panic-disorder>
- Mactavish, J., & Schleien, S. (2004). Re-injecting spontaneity and balance in family life: parents' perspectives on recreation in families that include children with developmental disability. *J Intellect Disabil Res*, 48(2), 123-141. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723655>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children* (1a ed.). Washington: National Academies Press.
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. (23 de mayo de 2018). *Facts About Intellectual Disability* . Recuperado el 8 de julio de 2019, de [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov): [https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents\\_pdfs/IntellectualDisability.pdf](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/IntellectualDisability.pdf)
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C., & Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20(2), 213-220. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-y-salud/articulo/inventario-de-estrategias-de-afrontamiento-una-replicacion>
- Parish, S., Seltzer, M., Greenberg, J., & Floyd, F. (2004). Economic implications of caregiving at midlife: comparing parents with and without children who have developmental disabilities. (6, Ed.) *Ment Retard*, 42(6), 42. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15516174>
- Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Psicología*(15), 101-122. Recuperado el 9 de julio de 2019, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322016000100007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007)
- Río, F., Cabello, F., Cabello, M., & Aragón, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n1/1657-9267-rups-17-01-00080.pdf>

- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista De Investigación En Psicología*, 10(1), 91-102.
- Satterfield, J., & Becerra, C. (2010). Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ*, 44(9), 908-916. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20716101>
- Secretaria de salud. (2010). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Recuperado el 9 de julio de 2019, de [www.cenetec.salud.gob.mx: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx:www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
- Sepúlveda, A., Romero, A., & Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol. Med. Hosp. Infant.* , 69(5). Recuperado el 9 de julio de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462012000500005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500005)
- Solis, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII(1), 33-39. Recuperado el 9 de julio de 2019, de [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/3-ESTILOS\\_Y ESTRATEGIAS\\_DE\\_AFRONTAMIENTO.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/3-ESTILOS_Y ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO.pdf)
- Tellería, C. (2014). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en pacientes con diabetes gestacional previa. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Período 2011-2012. *Comunidad y Salud*, 12(2), 62-72. Recuperado el 8 de julio de 2019, de <http://www.redalyc.org/pdf/3757/375740255009.pdf>
- Ter Horst, G., Wichmann, R., Gerrits, M., Westenbroek, C., & Lin, Y. (2009). Sex differences in stress responses: focus on ovarian hormones. *Physiol Behav*, 97(2), 239-249. Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19275910>
- The MNT Editorial Team. (2017). Anxiety: Causes, symptoms, and treatments. *Medical News Today*(12), 1-5. Recuperado el 24 de octubre de 2018, de <https://www.medicalnewstoday.com/info/anxiety>

## ANEXOS

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ representante del/a estudiante \_\_\_\_\_ doy mi autorización para ser partícipe de la investigación *NIVEL DE ANSIEDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO EN PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL “AGUSTÍN CUEVA TAMARÍZ”*, efectuada por los estudiantes Carlos Muñoz y Jessica Salinas, pertenecientes al Décimo ciclo de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay , siempre y cuando se guarde el debido anonimato y acceso voluntario a la participación de mi representación, por delicadeza de la temática.

---

**Nombre y Firma**

## ANEXO 2. HALLAZGOS DESCRIPTIVOS DE LA ANSIEDAD Y SUS DIMENSIONES

Instrumento	Dimensión /Aspecto	Mínimo	Máximo	Media	DE
STAI	Estado (centil)	5,0	99,0	56,7	18,2
	Rasgo (centil)	1,0	97,0	60,5	22,7
Test de Hamilton	Síntomas psíquicos (0-28)	0,0	16,0	6,1	3,7
	Síntomas somáticos (0-28)	0,0	20,0	4,9	3,8
	Ansiedad total (0-56)	0,0	35,0	10,8	6,9

### Según sexo.

#### Ansiedad según el sexo de los padres

Instrumento	Dimensión /Aspecto	Mujer		Hombre		p
		Media	DE	Media	DE	
STAI	Estado (centil)	58,0	21,0	55,2	14,8	0,687
	Rasgo (centil)	64,8	25,7	55,9	18,3	0,141
Test de Hamilton	Síntomas psíquicos (0-28)	6,4	3,8	6,7	4,7	0,933
	Síntomas somáticos (0-28)	4,9	3,5	5,6	4,6	0,212
	Ansiedad total (0-56)	11,2	6,7	12,2	8,5	0,531

### **ANEXO 3. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

<b>Nombres y apellidos</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Nivel de escolaridad</b>	
<b>Personas que viven en el hogar</b>	
<b>Ocupación</b>	

## ANEXO 4. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RANGO (STAI)

### 8.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

*Instrucciones:* A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

## ANEXO 5. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

**0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante**

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborismos, atónica intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficciones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular		<b>Puntuación Total</b>		
8. Somático (sensorial)	Tinitos, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

## ANEXO 6. ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN



**Referencia:** Salón de audiovisuales de la Unidad Educativa Agustín Cueva, 3 de junio de 2019.  
Taller de Psicoeducación sobre la Ansiedad.



**Referencia:** Salón de audiovisuales de la Unidad Educativa Agustín Cueva, 7 de junio de 2019.  
Taller de Ansiedad, Técnica basada en el Mejoramiento de la Comunicación.



**Referencia:** Patio de la Unidad Educativa Agustín Cueva, Taller de Ansiedad uso de la Técnica de Relajación de Tipo Fisiológico, 10 de Junio 2019.