



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*“Efectos de la terapia grupal cognitivo conductual en la ansiedad de los cuidadores
primarios con niños que padecen parálisis cerebral”*

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica

Autora:

María Emilia González Salto

Directora:

Mg. María Cecilia Salazar Icaza

Cuenca-Ecuador

2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a toda mi familia, especialmente a mis padres Flavio y Mónica por su guía y amor incondicional. A mi hermana Daniela por apoyarme y siempre estar junto a mí.

Y a mi tutora la Mg. Cecilia Salazar a quien admiro profundamente por su gran calidad profesional y humana, le agradezco infinitamente el ser un pilar fundamental en mi vida.

María Emilia González Salto

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos seres humanos que formaron parte del proceso de forjarme profesionalmente, tanto dentro como fuera de las aulas, especialmente a quienes me brindaron aquellos principios éticos tan necesarios en esta profesión.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
Marco Teórico.....	3
1.1 Parálisis cerebral.....	3
1.2 Ansiedad.....	7
1.3 El cuidador primario de la parálisis cerebral.....	11
1.4 Terapia Grupal.....	16
1.5 Intervención Cognitivo-Conductual.....	18
Metodología.....	27
2.1 Objetivos.....	27
2.2 Tipo de estudio.....	27
2.3 Instrumentos.....	28
2.4 Población de estudio.....	29
2.5 Procedimiento de la investigación.....	30
2.6 Propuesta de intervención grupal cognitivo conductual para la ansiedad.....	31
Análisis de Resultados.....	56
3.1 Análisis cualitativo.....	61
3.2 Análisis cuantitativo.....	63
Discusión.....	76
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I. Procedimiento de la investigación.....	31
Figura III. Escala de Ansiedad de Beck distribuida en forma general por sexos.....	65
Figura IV. Escala de Ansiedad de Beck distribuida de forma específica por niveles.....	69
Figura V. Escala de Ansiedad de Beck previo al proceso terapéutico.....	70
Figura VI. Escala de Ansiedad de Zung posterior al proceso terapéutico.	71
Figura VII: Comparación Test vs Re-test	73
Figura VIII. Comparación Test vs Re-test de la Escala de Ansiedad de Beck	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Propuesta terapéutica grupal cognitivo-conductual en forma general.....	36
Tabla 2. Datos sociodemográficos distribuidos por sexos	64
Tabla 3. Distribución general por sexos.....	65
Tabla 4. Nivel de ansiedad y edad	66
Tabla 5. Nivel de ansiedad y niveles de estudio	66
Tabla 6. Nivel de ansiedad y composición familiar	67
Tabla 7. Nivel de ansiedad y tipo de vivienda	67
Tabla 8. Nivel de ansiedad y remuneración económica.....	68
Tabla 9. Nivel de ansiedad y tipo de parentesco.....	68
Tabla 10. Distribución general por niveles.	69
Tabla 11. Comparación Test vs Re-Test.	72

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica.....	92
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	93
Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck.....	95
Anexo 4. Escala de Ansiedad de Zung.....	96
Anexo 5. Fotos.....	98

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en la ansiedad de los cuidadores primarios con niños que padecen parálisis cerebral. Esta investigación es de tipo transversal, descriptivo y comparativo, con una metodología cuantitativa y cualitativa que se llevó a cabo con 40 cuidadores primarios. Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Ansiedad de Zung. Los resultados indicaron que el 70% de los cuidadores primarios presentaban ansiedad entre moderada y severa. Además se encontró que el 100% de los cuidadores disminuyeron sus grados de ansiedad después de aplicar la terapia grupal cognitivo-conductual.


Palabras claves: ansiedad, cuidadores primarios, terapia grupal cognitivo conductual, parálisis cerebral.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effect on anxiety of cognitive behavioral group therapy in primary caregivers of children with cerebral palsy. This research is cross-sectional and comparative with a quantitative methodology that was carried out with 40 primary caregivers. The Anxiety Depression Inventory and the Zung Anxiety Scale were used. The results indicated that 70% of primary caregivers had moderate to severe anxiety. In addition, it was found that 100% of caregivers decreased their anxiety levels after applying cognitive behavioral group therapy.

Keywords: anxiety, anxiety levels, primary caregivers, cognitive behavioral group therapy, cerebral palsy.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

INTRODUCCIÓN

Actualmente se reporta que alrededor de 17 millones de personas en el mundo sufren de parálisis cerebral, y se conoce que aproximadamente el 22% de estos sujetos padecen de esta enfermedad en el Ecuador (Rivera, 2014). Pese a que cada vez se obtiene mayor información acerca de este padecimiento, se ha restado gran importancia a los sujetos que cubren las necesidades básicas de estos individuos, lo cual pudo ser evidenciado durante la experiencia de las prácticas profesionales, es allí donde surge la iniciativa del presente trabajo.

En vista de que la parálisis cerebral es un malestar incapacitante se requiere la presencia de un sujeto que cubra las responsabilidades de estos individuos, los cuales se denominan cuidadores primarios. El rol al que los sujetos se ven asignados produce el exceso de tareas, lo cual ocasiona un impacto negativo en estos individuos y una serie de conflictos tanto familiares como psicológicos.

Así también, la preocupación excesiva por los individuos padecientes ha marcado la actitud individual y social frente al autocuidado, ya que se normaliza el abandono de la atención en uno mismo, generando la formación y mantenimiento de enfermedades que causan un estado de sufrimiento constante en el cuidador primario.

Es importante resaltar que la ansiedad es uno de los conflictos habituales que los cuidadores primarios deben combatir, pues estos sujetos afrontan diversas circunstancias generadoras de angustia y malestar; siendo esta, una enfermedad que se distingue por un grupo de síntomas físicos, emocionales, y conductuales limitantes, por lo cual en esta investigación se pretende examinar este tema.

A través de los años se han realizado diversos estudios sobre la sobrecarga, depresión y ansiedad en los cuidadores primarios, aunque siguen aumentado las numerosas estadísticas

sobre esta problemática, no existen abundantes investigaciones que ofrezcan una posible solución, por esta razón es elemental formular una estrategia para abordar la enfermedad que el cuidador primario se encuentra sufriendo.

El presente estudio examinó el efecto de la terapia grupal con enfoque cognitivo-conductual en los niveles de ansiedad presentes en los cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral pues, aunque este tema es común como se mencionó anteriormente, es poco estudiado en el ámbito de la psicología. Además, cabe destacar que diversos estudios afirman que este tratamiento utiliza una serie de técnicas efectivas en la modificación de pensamientos, emociones y conductas disfuncionales, y también resaltan la importancia de realizar la intervención en grupo, por lo cual se ha planteado incluirlo en la presente investigación.

Basándonos en estos antecedentes, este estudio se realizó con 40 cuidadores primarios del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, el mismo se ejecutó mediante la aplicación de fichas y de dos escalas: Inventario de Ansiedad de Beck y el Test de Ansiedad de Zung; además, se diseñó y se aplicó un programa terapéutico dirigido exclusivamente a un grupo de 15 cuidadores primarios y con un enfoque cognitivo-conductual. Este trabajo es de tipo transversal, comparativo, descriptivo donde se analizaron datos cuantitativos y cualitativos. Esta investigación se encuentra conformada por cinco capítulos, marco teórico, metodología, resultados, sesiones de intervención del cuidador primario y otro de discusión.

Marco Teórico

1. Ansiedad en los cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral.

A lo largo de este capítulo, se incluirán las diferentes definiciones y clasificaciones sobre la parálisis cerebral, la ansiedad, los cuidadores primarios y la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual.

Esta sección procura ofrecer al lector un mapa general acerca de la ansiedad, describiendo y buscando especificar los síntomas de este trastorno dirigido puntualmente a los cuidadores primarios de individuos con parálisis cerebral, intentado además brindar una noción precisa sobre el perfil que tienen los cuidadores y el impacto que causa el exceso de carga en su ser y en su vida, detallando también los diferentes niveles de afectación de los sujetos con parálisis cerebral.

Así mismo, con el propósito de tener una visión precisa sobre la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual, este apartado busca otorgar una noción clara sobre el concepto y los efectos de la terapia grupal, la intervención cognitivo conductual y las técnicas más eficaces y efectivas para este tratamiento, que es el tema planteado en el presente estudio.

1.1 Parálisis cerebral.

1.1.1 ¿Qué es la parálisis cerebral?

Según Gómez-López, Jaimes, Palencia Gutiérrez, Hernández & Guerrero, (2013) mencionan que la parálisis cerebral se caracteriza por un conjunto de trastornos del control motor, los cuales causan una serie de alteraciones o dificultades en la coordinación motora, el tono muscular y la postura.

Cabe destacar a Martínez González (2018) quien manifiesta que el término parálisis se refiere a un problema en el uso de los músculos, que causa alteraciones en el control motor;

mientras que el término cerebral tiene relación con una lesión o daño en las áreas motoras del cerebro.

Entonces podemos conceptualizar que la parálisis cerebral es primordialmente un trastorno motor, el cual generalmente y con frecuencia se encuentra acompañado a otros trastornos de orden cognitivo, perceptivo, conductual, sensitivo, lenguaje, entre otros y cuya presencia o no, condicionará de manera crucial el pronóstico individual de los sujetos con este padecimiento (Gómez-López, Jaimes, Palencia Gutiérrez, Hernández, & Guerrero, 2013).

Es importante reconocer que la parálisis cerebral se divide en distintos subgrupos, de acuerdo a Garrido Dardón (2014) estos se distinguen entre sí por los síntomas y signos que predominan; la espástica, sobresale por la rigidez muscular en las extremidades y disminución en las respuesta reflejas; la atetoide, se caracteriza por movimientos no voluntarios distales de los miembros, acompañada o no de hipotonía; la atáxica, se destaca por la disminuida coordinación motora, los problemas de equilibrio y la hipotonía; finalmente la mixta, cuando existe una mezcla de síntomas o signos.

1.1.2 Factores de riesgo

Según Gómez-López et al (2013) existen tres tipos de factores de riesgo, prenatales, perinatales y postnatales; estos se clasifican de la siguiente manera, el primero se caracteriza por hemorragia o fiebre materna, exposición a toxinas, infarto placentario e infartos cerebrales arteriales y venosos; en el segundo sobresalen la asfixia pre-perinatal, prematuridad y la infección pre-perinatal, por último en el tercero se destacan la hidrocefalia, el traumatismo craneal, la hemorragia o tumor intracraneal y el infarto cerebral.

Además, podemos encontrar otros factores de riesgo de la parálisis cerebral como la elevada edad paterna, el nivel socioeconómico bajo, la historia familiar con este padecimiento, así

también como el uso de determinadas drogas durante el embarazo y los tratamientos para tratar la infertilidad (Mejía Cherez & Tenemaza Ortega, 2018).

1.1.3 Grados de afectación

López-Cerón (2011) define al grado de afectación partiendo desde el concepto de la dependencia, que hace referencia a aquellos sujetos quienes por diversas causas como la edad, enfermedad o discapacidad mental, sensorial o física, requieren la asistencia y cuidado de otros individuos para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria, que son conceptualizadas como aquellas actividades elementales que permiten a un sujeto desarrollarse con un mínimo de autonomía e independencia

El Servicio de asistencia psiquiátrica y coordinación sociosanitaria, (SAPCS, 2017) menciona una clasificación del grado de limitaciones que pueden presentar los individuos en las tareas básicas de la vida cotidiana:

Dependencia moderada: esta sección caracteriza a los individuos que requieren apoyo para realizar actividades básicas al menos una vez durante el día, o necesitan ayuda de forma alternada o limitada en su autonomía personal.

Dependencia severa: a este pertenecen aquellos individuos que requieren apoyo para realizar actividades básicas dos o tres veces durante el día, también necesitan ayuda de un cuidador primario en lo que corresponde a su autonomía personal, aunque no de forma permanente.

Gran dependencia: aquí resaltan los sujetos que requieren de apoyo continuo para realizar actividades básicas durante todo el día, así mismo, necesitan la ayuda indispensable y persistente de un cuidador para cubrir la pérdida total de su autonomía intelectual, sensorial o física.

Otro autor Lucero Taguada (2013) presenta una clasificación sobre el grado de discapacidad, la misma que se divide en cuatro según el nivel de gravedad presente en el individuo:

Afectación leve: en este apartado sobresalen los individuos que presentan alteraciones sensorio-motrices, estos manifiestan dificultad en la coordinación y el movimiento, evidenciando estos conflictos en las actividades motrices.

Afectación moderada: en estos individuos las alteraciones sensorio-motrices provocan dificultades en la sedestación, la marcha, la manipulación y el lenguaje; con el paso del tiempo estos sujetos requieren de transformaciones en el entorno, adaptándolo para preservar su seguridad, de igual manera necesitan apoyo físico para participar en diligencias propias de su edad.

Afectación grave: los individuos de esta sección se caracterizan por la dificultad en la interacción social debido al déficit en el lenguaje, además suelen manifestar problemas en el control del equilibrio y menor capacidad para el uso de las extremidades superiores. Los niños o adultos afectados requieren de una adaptación en el entorno y el material que utilizan, también es importante resaltar que es indispensable la asistencia personal para actividades básicas como la movilidad, controlar la postura o el equilibrio.

Afectación profunda: resalta la ausencia o la reducción severa de la capacidad motriz, incluso en funciones básicas de la movilidad, aquí es imprescindible la asistencia personal para las actividades más simples, requieren también de equipo especial para sus actividades diarias y generalmente presentan complicaciones constantes y serias en su salud. Además, esta alteración suele ir acompañada a otros déficits sobresalientes a nivel cognitivo, visual, de lenguaje, entre otros.

Después de conocer los distintos grados de afectación, hay que destacar la necesidad primordial que tienen los individuos que padecen parálisis cerebral de un cuidador primario ya que, aunque los niveles de afectación anteriormente manifestados varían en cuanto a severidad, el peligro al que estos individuos se ven expuestos está presente en cualquier grado, ya sea el más básico o leve, por lo cual se torna primordial e importante la presencia de un cuidador primario, el cual a causa de exceso de responsabilidades desarrolla y mantiene una serie de enfermedades que afectan su estabilidad mental y emocional, una de las más comunes es la ansiedad, la cual será abordada a continuación.

1.2 Ansiedad.

1.2.1 ¿Qué es la ansiedad?

Según Clark & Beck (2010) quienes toman como referencia a Barlow, la Ansiedad se describe como un estado de preocupación constante, donde están presentes percepciones de impredecibilidad o de falta de control en relación a acontecimientos potencialmente peligrosos y con la presencia de un foco de atención a sucesos aversivos o hacia la propia respuesta afectiva sobre esos hechos.

Otra definición según Acosta Rosero (2017) es que la ansiedad surge de situaciones ambiguas o inciertas donde se anticipa el resultado negativo o amenazante, es así que esta autora detalla tres aspectos que acompañan la ansiedad: el cognitivo, que se destaca por pensamientos automáticos disfuncionales, imágenes inadecuadas y la anticipación frecuente constante a sucesos amenazantes; el fisiológico, se caracteriza por la alteración respiratoria, vascular y la estimulación de los centros nerviosos; por último, los motores y de conducta, en esta sobresalen el comportamiento defensivo, la pasividad, la evitación, la irritabilidad, la inhibición motora o la respuesta motora extrema y exagerada.

Además, la ansiedad se distingue por una serie de cogniciones y conductas disfuncionales, problemáticas e incapacitantes, por lo que es importante destacar a Ruíz, Díaz & Villalobos (2012) en el “Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales”, quienes detallan la triada cognitiva de pacientes con ansiedad, la cual está conformada por una visión de vulnerabilidad sobre sí mismo, una visión amenazante sobre el mundo, y una visión de incontrolabilidad acerca del futuro.

Los mismos autores Ruíz, Díaz & Villalobos (2012) manifiestan que los esquemas subyacentes de peligro o riesgo predisponen a los sujetos a mantener pensamientos y conductas disfuncionales que conducen a la ansiedad, dentro de las cuales encontramos:

- Limitar la atención solo a probables amenazas.
- Interpretar catastróficamente estímulos ambiguos.
- Minimizar las habilidades de afrontamiento.
- Subestimar la posibilidad de que otros individuos lo auxilien si se encuentra en peligro.
- Presentar conductas de afrontamiento disfuncionales como evitación o huida.

Además, es importante mencionar las creencias nucleares de los individuos que padecen ansiedad entre las cuales tenemos, la necesidad de tener todo bajo control, de evadir situaciones desconocidas, de mantener un estado de calma todo el tiempo y de ser tan capaz o más que otros individuos (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012).

1.2.2 Síntomas de la Ansiedad

La ansiedad es un padecimiento dentro del cual están presentes una serie de síntomas característicos, estos causan inestabilidad en el sujeto que los sufre, en este caso los cuidadores primarios, es por esto que es necesario detallar estos síntomas y sus características principales.

Citando a Díaz Santos (2018) dentro de los diversos síntomas que puede producir la ansiedad, los más comunes son:

- **Síntomas físicos:**

- Desvanecimientos, sudoración y sequedad de la boca.
- Dolor de cabeza y estremecimientos.
- Palpitaciones, estreñimiento, náuseas, vómitos, diarrea.
- Micción frecuente.
- Conflictos a nivel sexual.

- **Síntomas psicológicos:**

- Cansancio y preocupación constante, aprehensión.
- Miedo a la muerte inmediata, perder el juicio o el control.
- Falta de concentración y pérdida de memoria.
- Irritabilidad frecuente.
- Inhibición psicomotora, obsesiones o compulsiones.

- **Síntomas conductuales:**

- Rigidez muscular.
- Bloqueos continuos.
- Respuestas exageradas a estímulos ambientales.

Dentro de este apartado cabe destacar a Luzuriaga Bonilla (2017) quien describe dos tipos de manifestaciones sintomáticas en la ansiedad, las cuales detallaremos a continuación:

- **Manifestaciones Psíquicas y Conductuales:**

- **Aprehensión.** Es el síntoma más importante, causa un estado de preocupación constante. Es el síntoma nuclear. Provoca una actitud vigilante, buscando adelantarse al riesgo.

- Alteraciones cognitivas. Dificultad en la concentración, aparece la fatiga intelectual y la pérdida de memoria.
 - Alteraciones del comportamiento. Conductas exageradas o inhibidas, irritabilidad, con presencia obsesiones y compulsiones en alguno casos.
 - Alteraciones de sueño. Insomnio, hipersomnias, dificultad o retraso en la conciliación, pesadillas constantes, sueño interrumpido y sensación de sueño no reparador.
- **Manifestaciones Físicas:**
 - Síntomas cardiocirculatorios: taquicardia, palpitaciones, opresión.
 - Síntomas gastrointestinales: estreñimiento, náuseas, diarrea, vómitos, y pérdida o exceso del apetito.
 - Síntomas respiratorios: sensación de ahogo, dificultad al respirar disnea.
 - Síntomas genitourinarios: micción frecuente, dificultades en la esfera sexual.
 - Síntomas neurológicos: dolor de cabeza, vértigos y entumecimientos.
 - Síntomas musculares: tensión muscular, debilidad física, sensación de inestabilidad.
 - Síntomas neurovegetativos: sudoración, sequedad de boca, rubor o palidez.

1.2.3 Consecuencias de la Ansiedad

Existen diversas consecuencias al padecer esta enfermedad psicológica, Cano Vindel & Dongil Collado (2019) manifiestan que la ansiedad que puede padecer un individuo en cualquier grado es un factor desencadenante para desarrollar ciertos trastornos o enfermedades mentales, y además este padecimiento puede ocasionar un impacto negativo sobre el rendimiento del sujeto a nivel general, causando respuestas disfuncionales que generan en el cuidador emociones y pensamientos extremos y rígidos.

De igual manera dentro de los efectos podemos encontrar numerosas manifestaciones, citando a Luzuriaga Bonilla (2017) se encuentran: el abandono del trabajo, la distancia afectiva, la dificultad para concentrarse, la baja autoestima, la ideación suicida y la irritabilidad, limitación en actividades de ocio o actividades sociales, la sobrecarga, el estrés, los problemas en el sueño, las dificultades en el entorno laboral y el malestar psicológico, provocando el deterioro integral de la vida del individuo.

1.3 El cuidador primario de la parálisis cerebral.

1.3.1 ¿Qué perfil emocional tiene el cuidador primario?

El perfil emocional que tiene el cuidador primario, según Martínez Cepero (2012) es el de un enfermo silencioso que acumula una variedad de malestares, los cuales se encuentra encubiertos por el alto grado de exigencia del familiar padeciente, obviando en su esfuerzo por cubrir todas las demandas del enfermo, el autocuidado necesario para la conservación de su salud.

Citando a Domínguez Rodríguez (2016) manifiesta que puede definirse al cuidador primario como aquel ser humano, quien generalmente es familiar del individuo, el cual mantiene un vínculo afectivo estrecho con el mismo, cuya función primordial es la de satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente. Esto se relaciona con una investigación realizada por Martínez López, Ramos del Río, Robles Rendón, Martínez González, & Figueroa López (2012) donde se encontró que la relación de los cuidadores primarios era de padres de los niños con parálisis cerebral (100%).

Además, se debe resaltar que el rol del cuidador primario es sumamente difícil, ya que debe ser responsable por una serie de tareas como la administración de medicamentos, dirigir la economía del hogar para solventar las necesidades del mismo y del individuo con discapacidad, además debe realizar acompañamiento a tareas como consultas médicas, e inclusive manejar

las pocas tareas propias que en su mayor parte tienden a ser abandonadas por las numerosas responsabilidades sobre el sujeto que padece de parálisis cerebral, esto ocasiona que aquellos individuos terminen presentando un estado de vulnerabilidad y estrés, lo cual aumenta el peligro de presentar problemas familiares, emocionales, sociales y físicos (Velázquez Pérez & Espín Andrade, 2014). Además en este rol, los cuidadores primarios generalmente se ven ausentes de apoyo dentro del hogar, es así que se encontró en un estudio escrito por Ortiz Claro, Lindarte Clavijo, Jiménez Sepúlveda, & Vega Angarita (2013) que los cuidadores primarios con mayores niveles de ansiedad pertenecían a una familia nuclear (57,9%).

Otro autor Flores Villavicencio et al (2017) manifiesta que en la mayor parte de familias el perfil característico del cuidador primario es de un sujeto quien se hace cargo de la mayoría de responsabilidades para con las necesidades del individuo enfermo, por lo general son mujeres jóvenes, en vista de que la sociedad favorece mensajes de que estas tienen más capacidad de altruismo y solidaridad, aunque cada vez hay más hombres que participan en esta situación bien como ayudantes o en el papel mismo de cuidadores primarios. Esto coincide con un estudio realizado por Morocho Romero & Mosquera Roja (2019) donde se encontró que los cuidadores primarios tenían un rango de edad de entre 18-35 años (51,6%) y mayormente eran mujeres (80,6%).

1.3.2 Posibles problemas emocionales del cuidador primario

Los cuidadores primarios se ven afectados debido a una serie de conflictos emocionales, los cuales se deben a agentes estresores, que son definidos por Ruíz-Robledillo & Moya-Albiol (2012) cómo el de rol y los intrapsíquicos, el primero se refiere a las consecuencias negativas en la vida del cuidador específicamente en las esferas familiar, laboral y social, a causa de atender a un individuo dependiente; y el segundo se relaciona con la baja autoestima, la falta de autorregulación emocional y la disminución de autoeficacia en el cuidado.

Hernández, Moreno & Barragán (2014) mencionan que los cuidadores que experimentan procesos de larga duración en esta labor, manifiestan inseguridad y ansiedad, causadas por el cuidado de sus familiares enfermos, además presentan miedo ante tareas que requieren conocimientos o habilidades técnicas. También se menciona que los problemas emocionales que poseen los cuidadores primarios se relacionan con la instrucción académica, ya que a menor nivel escolar mayores problemas emocionales, como en el estudio realizado por Morocho Romero & Mosquera Roja (2019) donde se encontró que la mayor parte de cuidadores primarios que padecían de ansiedad habían culminado la secundaria (40,3%) mientras que otros solo concluyeron únicamente la primaria (51,6%).

Además, el cuidador primario presenta una serie de conflictos que afectan la armonía física, psicológica y socioeconómica dentro de los cuales encontramos dificultades emocionales como: el insomnio, problemas interpersonales, sentimientos de angustia, rencor al individuo que custodia, ideas de abandono o muerte, recurrentes cefaleas o dolores de espalda, fatiga, cansancio, aislamiento, ansiedad y depresión (Hernández-Cantú, Reyes-Silva, Villegas-García, & Pérez-Camacho, 2017). Dentro de los problemas socioeconómicos se debe mencionar que los cuidadores primarios con bajos salarios presentan mayores problemas emocionales como se menciona en un estudio escrito por Ortiz Claro, Lindarte Clavijo, Jiménez Sepúlveda, & Vega Angarita (2013) donde se obtuvo que los cuidadores primarios con niveles de ansiedad se encontraban en una precaria situación económica (91,7%).

Cabe destacar que uno de los conflictos emocionales más comunes en los cuidadores es la ansiedad, es así que en una investigación realizada por Montero Pardo, Jurado Cárdenas & Méndez Venegas (2014) se obtuvo que alrededor del 46% de individuos presentaban ansiedad entre moderada y severa. Así mismo, otro estudio realizado por Cedillo-Torres, Grijalva, Santaella-Hidalgo, Cuevas-Abad & Pedraza-Avilés (2015) encontró que alrededor del 50% de los casos presentaba ansiedad entre moderada y severa.

El conjunto de conflictos que presenta el cuidador primario causa interferencia en la asistencia adecuada del individuo enfermo y en el desarrollo de su malestar; también ocasionan el deterioro en la calidad de vida del cuidador, en donde las actividades sociales se ven reducidas o eliminadas a causa de las demandas del cuidado, es ahí donde este individuo empieza a presentar un estado de vulnerabilidad y por ende es propenso a desarrollar una serie de dolencias somáticas y psíquicas, producto de la agotadora y frustrante labor que realiza (Hernández-Cantú, Reyes-Silva, Villegas-García, & Pérez-Camacho, 2017).

1.3.3 Posibles conflictos por la presencia de un miembro con discapacidad

Según García Núñez & Bustos Silva (2015) la presencia de un individuo con discapacidad puede ocasionar una serie de conflictos en la vida cotidiana de los progenitores o cuidadores que pueden ser de dos tipos: los problemas en el vínculo conyugal y las dificultades en el vínculo padres-hijo con discapacidad.

Dentro de las primeras podemos encontrar que predomine la relación paterna sobre la de pareja de manera desproporcionada, es así que las necesidades de la pareja pasan a segundo plano por las excesivas demandas de atención del hijo enfermo o discapacitado, causando alejamiento y ausencia de comunicación; también pueden presentarse recriminaciones entre progenitores, sean explícitos o implícitos, sobre la presunta culpabilidad en la discapacidad del hijo (García Núñez & Bustos Silva, 2015).

Otro estudio, manifiesta que los divorcios pueden acontecer debido a varios motivos. Por un lado, porque uno de los miembros se encuentra decidido a dedicarse básicamente al cuidado de la persona afectada y se siente abandonada por el otro miembro de la pareja. Por otro lado, puede darse porque anteriormente a la situación actual existía inestabilidad en la pareja (Pérez Ayesa, 2016).

En cuanto a las dificultades en el vínculo padres-hijo con discapacidad según García Núñez & Bustos Silva (2015) podemos encontrar:

En variadas situaciones, los padres de individuos con discapacidad padecen de confusión, incertidumbre y ausencia de seguridad en la práctica de su rol de padres, esto se debe a la inexperiencia que causa el convivir y criar a un individuo especial.

En otras situaciones, ciertos padres al no encontrar un método para corregir totalmente la discapacidad de su hijo permanecen en un estado de compromiso eterno y lo compensan con sacrificios inagotables. Esto a lo largo del tiempo puede conllevar a una completa dependencia del hijo discapacitado y, transformarlo en un sujeto insatisfecho y demandante.

De igual forma, en muchas ocasiones es común que el hijo con discapacidad ocupe un lugar principal dentro de la familia, provocando que se dejen de lado las necesidades de todos los demás miembros de la familia, como los padres o los hermanos.

Es muy común toparse con padres que eduquen a sus hijos con un estilo de permisividad excesivo y desproporcionado, es decir que no existen límites o disciplina para con la conducta del hijo discapacitado, evitando convertirlo en un ser que posee autocontrol y responsabilidad, causando que se transforme en un individuo con baja tolerancia a la frustración y que busque la satisfacción de sus deseos y caprichos de manera inmediata. Así mismo, en otros casos los padres exteriorizan una conducta que oscila entre excesiva tolerancia y rigidez exagerada.

Otra dificultad que puede presentarse es que los padres se centran únicamente en la discapacidad del hijo, ocasionando que limiten excesivamente el desarrollo del individuo incluso en actividades comunes e indefensas a causa de la sobreprotección, provocando que su hijo se aleje de realizar muchas experiencias que podrían ayudarlo a madurar como persona y distanciándolo de establecer un sentido de autonomía e independencia.

1.4 Terapia Grupal.

1.4.1 ¿Qué es la terapia grupal?

Cruz (2009) afirma que la terapia grupal es un tratamiento, en donde el paciente junto al terapeuta y a otros pacientes, intentan aliviar tensiones emocionales a través de la movilización de actitudes negativas que le provocan malestar o sufrimiento incluyendo a su contexto familiar y social.

Otros autores Flóres Restrepo & Jiménez Arcila (2017) definen a la terapia grupal como un espacio seguro en donde los pacientes que comparten trastornos o situaciones problemáticas, se vinculan entre sí, permitiendo mediante este contacto conectarse con su sufrimiento o padecimiento a través del otro, encontrando en esta vía, comprensión y apoyo en otros individuos que comparten situaciones similares, posibilitando que el psicólogo utilice ciertas técnicas en la terapia y potenciando a los sujetos tratados a emplear los recursos brindados en este entorno controlado para luego realizarlo en el medio exterior.

Entonces, se define de forma concreta como aquella terapia que hace uso de la intervención grupal y de aquellos sucesos internos propios del proceso con fines de carácter terapéutico. Además, es importante resaltar que dentro de la terapia grupal existe un gran impacto en la interacción terapeuta-paciente y aun de forma más profunda en la interacción paciente-paciente, que es una ventaja para conseguir la mejoría de los sujetos padecientes (Flóres Restrepo & Jiménez Arcila, 2017).

Dentro de la terapia de grupo existen ciertos factores terapéuticos, estos se definen como elementos que ocurren dentro de la terapia en la interacción del terapeuta y pacientes, los cuales contribuyen a la mejoría de los pacientes. En una sección de la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se expresa que Irwin Yalom es quien realizó la clasificación más clara y concisa de los factores terapéuticos que posibilitan la mejoría y el crecimiento personal

de los participantes padecientes, dentro de los cuales describe la cohesividad, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar, habilidades de socialización, aprendizaje existencial e interpersonal, infusión de esperanza, altruismo y universalidad (Ribéa, y otros, 2018).

1.4.2 Beneficios de la terapia grupal en pacientes con ansiedad

La intervención grupal tiene un efecto favorecedor en los individuos que padecen ansiedad, como lo describe Díaz Portillo (2014) pues esta terapia causa una actitud altruista y solidaria, donde el participante no se siente solo, favoreciendo el aprendizaje a través de la interacción didáctica, al conocer como sus compañeros atraviesan dificultades similares, y también facilita la práctica de recursos en un contexto social de comprensión y aceptación.

En general, entre los beneficios encontrados en la aplicación de terapia grupal en pacientes con ansiedad, tenemos: el aumento de autoestima, el autoconocimiento, la adquisición de habilidades sociales y el establecimiento de relaciones interpersonales; además, existe el apoyo y la retroalimentación de individuos que se encuentran afrontando síntomas, características y situaciones similares. El grupo se convierte en un ambiente seguro que promueve la aceptación y el apoyo necesarios para atravesar las dificultades presentes, también brinda un sentido de pertenencia y ofrece la oportunidad de colaborar en la búsqueda de nuevas habilidades de afrontamiento frente a las opciones que no están funcionando (Correa-Palacio, 2016).

Mediante la terapia grupal el paciente con ansiedad puede entenderse y encontrarse a sí mismo, ya que su compañero, el otro, es un ser diferente pero al mismo tiempo es alguien similar y cercano a él, causando que puede verse reflejado y que pueda compararse con él. Así también, este contacto permite que cada sujeto desintegre aquellas ideas erróneas en las que plantea que es el único que está sufriendo aquella situación y mediante el trabajo terapéutico comprende que no es el único afectado; además el iniciar una intervención terapéutica grupal

se puede originar el proceso de la cura que aunque no se alcanza fácilmente puede insertar un claro mensaje de esperanza y alivio mediante el conocimiento de la cura del otro compañero (Flóres Restrepo & Jiménez Arcila, 2017).

Poves, Romero y Vucínovichc (2009) afirman que existen diversos beneficios de la terapia grupal, uno de los más característicos es la disminución de los síntomas de la ansiedad; es así que la sintomatología tiene gran impacto al inicio de la terapia grupal pero a medida que avanza el proceso, los pacientes van centrándose ya no en aquellos síntomas sino en las vivencias personales que los provocaban y en la manera adecuada de afrontarlos.

1.5 Intervención Cognitivo-Conductual.

1.5.1 ¿Qué es la terapia cognitiva-conductual?

Cerda de la Torre & Castellanos Valencia (2011) definen el propósito de la terapia cognitiva-conductual como la reestructuración de pensamientos distorsionados y la alteración de conductas disfuncionales negativas. Es una intervención directiva y dinámica para el paciente, donde se plantean objetivos específicos y realistas que promueven nuevas perspectivas.

Por otro lado, Puerta Polo & Padilla Díaz (2011) expresan que la terapia cognitivo-conductual está enfocada en abordar diversos trastornos mentales, dirigiéndose principalmente en guiar al paciente a que identifique y modifique aquellas cogniciones, emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas desadaptativas por otras funcionales para solucionar sus malestares.

Citando a Chávez-León, Benitez-Camacho & Ontiveros Uribe (2014) manifiestan que la finalidad primordial y elemental de la terapia cognitiva-conductual es identificar y reestructurar aquellos patrones disfuncionales y desadaptativos de procesamiento de información y del

comportamiento. Dicho de otra manera, la terapia cognitiva-conductual se basa en como el individuo piensa y actúa, para justamente modificar estos elementos y por consiguiente a las emociones y comportamientos por otros que sean saludables.

Además, es importante recalcar que la terapia cognitiva-conductual es la asociación de dos componentes, uno cognitivo y otro conductual los cuales son conceptualizados, según Losada (2011) de la siguiente forma: el objetivo cognitivo es reducir la frecuencia o alterar aquellos pensamientos disfuncionales vinculados al cuidado, los cuales son claves en su malestar o de un afrontamiento negativo; el objetivo conductual es modificar un conjunto de comportamientos y habilidades de afrontamiento propias el cuidador, pues estos mantienen su estado de malestar emocional, de esta manera se establecen nuevas formas de conducta y estrategias de afrontamiento para su situación.

Entonces la terapia cognitiva-conductual es la asociación de estos dos enfoques para forjar uno, cuyo fin es que el paciente pueda evidenciar sus propias interpretaciones, las comprenda y principalmente las acepte para que mediante el uso de técnicas psicológicas trabaje en disminuir su malestar psíquico (Londoño Salazar, 2017).

1.5.2 Efectos de la terapia cognitiva conductual en grupo

Según Orozco-Gómez, Eustache-Rodríguez & Grosso-Torres (2012) la relevancia de crear y llevar a cabo un proceso de intervención psicológico dirigido a los cuidadores que actúe sobre las variables cognitivas y conductuales, se debe a que estos factores son partícipes en los procesos de formación y mantenimiento de la salud en los cuidadores.

Citando a Espín Andrade (2011) se ha evidenciado que esta terapia puede disminuir o evitar cogniciones, emociones y conductas desadaptativas en el vínculo cuidador-enfermo. Además, el mismo autor señala algunos beneficios de la aplicación de estas intervenciones entre las

cuales encontramos que reduce la ingesta de medicamentos, los problemas de comportamiento, y mejora la adaptación del cuidador a la nueva situación, provocando un aumento en la calidad del cuidado y un descenso en los conflictos emocionales que presenta el cuidador y el enfermo.

Así mismo, en un artículo realizado por Sales, Pardo Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons & Meléndez (2015) encontramos también otros efectos como “reestructurar el contexto del sujeto, lograr una mayor adaptación y mejorar las diferentes redes de apoyo social” (pág. 171). Otro artículo publicado por Espín Andrade (2011) manifiesta que este tipo de programas permiten disminuir los problemas emocionales del cuidador y también del paciente

Cabe resaltar un estudio publicado por Baeza Moreno, Rivera Hidalgo, & Lechuga Correa (2016) donde se obtuvo que alrededor del 65% de cuidadores primarios disminuyeron sus niveles de ansiedad al implementar este tipo de programas terapéuticos.

Es entonces que podemos reconocer que en el caso de los cuidadores primarios existen efectos positivos al ser un participante en una intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual; estos individuos obtienen estabilidad mental y alcanzan un estado de bienestar personal a través de la red de apoyo que forja en el grupo al compartir emociones, vivencias y también por medio de la reestructuración de pensamientos erróneos y desadaptativos.

1.5.3 Efectos de la terapia cognitiva conductual en pacientes con ansiedad

Dentro de los efectos que causa la intervención cognitiva conductual en pacientes con ansiedad encontramos, el aumento en la frecuencia de tareas satisfactorias, la práctica de habilidades de afrontamiento, entre las que tenemos las técnicas de relajación, el solicitar apoyo y la alteración de conductas problemáticas, las cuales se ven afectadas debido a la alta demanda a la que se ven asignados los cuidadores, por lo cual es necesario ocuparse de estas (A. Losada, 2011).

Así también, según Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood (2011) manifiestan que existe la presencia de otros efectos como: la regulación emocional, la corrección de sesgos cognitivos, el reajuste de conductas desadaptadas y la disminución de la activación fisiológica.

Además, se conoce que uno de los efectos positivos de la intervención cognitiva-conductual para superar la ansiedad es la aceptación de situaciones inmutables, el cual es difícil de conseguir ya que los individuos por lo general se refugian en la evitación experiencial, y esto solo provoca un aumento en el malestar emocional, por lo que es primordial trabajar en la aceptación (Losada, y otros, 2015).

Así mismo, se debe mencionar una investigación escrita por Montero Pardo et al (2012) donde se encontró que el 70% de los cuidadores primarios disminuyeron su ansiedad global a través de la aplicación de este tipo de intervención. También, se encontró otro estudio que utilizó el enfoque cognitivo conductual, el cual se realizó con cerca de 500 pacientes que tenían ansiedad mostrando ser efectivo en la disminución o remisión total de los síntomas presentes (Romero Calderón, 2018).

Cabe destacar un artículo escrito por Clark & Beck (2010) donde se presentan descubrimientos neurobiológicos, mencionando que existen diversas regiones del cerebro implicadas en los procesos de la generación y regulación emocional; esto hace referencia a dos formas de procesamiento, los cuales son: procesos automáticos, reflexivos, ascendentes y los procesos de esfuerzo, simbólico y descendentes. El procesamiento ascendente es automático, implícito, está asociado a estados emocionales negativos y según estudios a la evaluación emocional con la amígdala, mientras que el procesamiento de arriba hacia abajo es lento, explícito y racional, el cual estaría regulado por la corteza orbitofrontal.

Según Jokić-Begić (2010) en el artículo titulado “Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: towards closer integration [Terapia cognitivo-conductual y neurociencia: hacia una integración más estrecha]” afirma que:

Los estudios indican que la mejoría de los síntomas en la ansiedad después de la TCC se asocia con una disminución de la actividad en las regiones subcorticales de amígdalo-hipocampo que implican el procesamiento de emociones de abajo hacia arriba y una mejor actividad de los procesos de arriba hacia abajo en la corteza orbitofrontal (OFC), la corteza prefrontal medial (vmPFC), y la corteza cingulada anterior ventral y dorsal (ACC). El ACC y el mPFC son responsables de las funciones cognitivas ejecutivas de orden superior, que se dirigen principalmente durante la TCC. (págs. 241-242)

1.5.4 Técnicas de la terapia cognitiva conductual en terapia grupal para pacientes con ansiedad

Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román & Riveros-Rosas (2014) refieren que los componentes cognitivo-conductuales son elementos indispensables en el tratamiento de la ansiedad, lo cual hace necesario intervenir en dos grandes áreas, la primera se refiere al aumento de habilidades, conocimientos y tareas relacionadas con sus capacidades; la segunda se relaciona con la reducción de tareas, situaciones o conductas conflictivas o problemáticas.

Dentro de la intervención cognitivo-conductual existe una serie de técnicas primordiales y necesarias para disminuir la ansiedad en el grupo de cuidadores primarios, dentro de las más importantes encontramos:

-Psicoeducación: mediante esta técnica el terapeuta expone de forma didáctica información y conceptos importantes con el propósito de contestar interrogantes acerca del origen, el desarrollo y el abordaje adecuado de la enfermedad presente, además esto implica la consejería y el entrenamiento del paciente en técnicas para afrontar el malestar (Montiel-Castillo & Guerra-Morales, 2016).

Cabe resaltar que la psicoeducación parte de la obligación clínica de proveer al paciente de estrategias que le ayuden a aceptar y conocer de manera profunda su enfermedad y el posible tratamiento de la misma; sustituyendo así, al sentido de culpa por el de responsabilidad, al desamparo por la proactividad, al estado de negación por el de aceptación y al auto-estigma por la autoestima (Colom, 2011).

Casañas (2010) manifiesta que mediante esta técnica se refuerzan las capacidades, habilidades y recursos propios de los pacientes para que pueden afrontar la nueva situación, contribuyendo con su bienestar integral y evitando recaídas.

-Técnicas de relajación: antes de explicar este apartado es importante conocer que, la relajación es un estado del organismo donde existe una ausencia de tensión en tres niveles: el primero es el fisiológico, en este existe la ausencia la rigidez muscular, la disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria; el segundo es el conductual, sobresalen los movimientos reposados y las expresiones relajadas; por último el cognitivo, donde resaltan aquellas imágenes de calma, pensamientos de bienestar y sentimientos de placer (Peig Martí, y otros, 2011).

Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román & Riveros-Rosas (2014) manifiesta que independientemente de la causa, se deben practicar las técnicas de relajación para controlar los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad. Además se debe reconocer que la relajación es un estado necesario para mantener una buena salud y por ello se debe resaltar la importancia de ejecutar técnicas de relajación y repetirlas para obtener mejoría frente a cualquier malestar. Cabe resaltar que antes de comenzar con la aplicación de las técnicas, se debe instruir al paciente de forma concisa y clara sobre los síntomas que presenta para después repasar las alteraciones provocadas con la práctica de la relajación.

-Identificación y reestructuración de pensamientos negativos: Jokić-Begić (2010) menciona que la reestructuración cognitiva es la técnica básica utilizada para reemplazar una manera de pensar disfuncional por una funcional. Es así que, desde la perspectiva neurobiológica el procesamiento descendente es el encargado del procesamiento racional y además posibilita la regulación de estados emocionales negativos, como la ansiedad. Se ha demostrado que la reestructuración cognitiva, posibilita una mayor activación de las regiones corticales frontales encargadas del procesamiento de arriba hacia abajo, causando así una disminución de la ansiedad presente.

Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román & Riveros-Rosas (2014) manifiesta que pueden existir dos tipos de pensamientos a abordar; el pensamiento irreal, en el cual hay que identificar los errores cognitivos y mediante estrategias modificarlos por respuestas cognitivas racionales y adaptativas; y el pensamiento sea real, en el cual se recomienda aplicar herramientas de solución de problemas. Finalmente, si el pensamiento real no puede ser alterado se debe utilizar los principios de la terapia de aceptación, el paciente identifica los pensamientos y se expone a los mismos de forma paulatina, simulando a un observador externo y evitando juicios de valor, consiguiendo el aumento a su nivel de tolerancia.

Es importante recalcar que en este proceso los cuidadores suelen tener pensamientos similares, lo que favorece el desarrollo de estas técnicas y además, el vínculo entre compañeros permite forjar una red de apoyo que facilita el afrontamiento de las diversas dificultades que se presentan (Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román, & Riveros-Rosas, 2014).

-Resolución de problemas: Ventura Bances (2010) expresa que los individuos padecientes de ansiedad a menudo se encuentran atrapados en percepciones que anticipan posibles amenazas, manteniendo un estado de inquietud constante y que no existe otra actividad en sus esquemas aparte de esta; por este motivo es importante guiar a estos individuos para que

aprendan a definir de manera adecuada aquellos pensamientos reales que representan problemas o conflictos en su vida, buscando de esta manera encaminarlos a generar soluciones alternas y adaptativas que permitan afrontar el problema presente y así, disminuir los síntomas propios de la ansiedad, lo que representa un elemento clave y necesario para obtener una mejor calidad de vida; además el grupo de cuidadores al utilizar esta herramienta puede compartir experiencias en las que detallen vivencias actuales y como a través de esta técnica las han modificado.

-Planificación de actividades: es necesario que los cuidadores conozcan la importancia que tiene planificar el tiempo y las actividades a realizar, además se debe estimular a los individuos a realizar actividades satisfactorias o de ocio al menos una vez a la semana, pues se conoce que los cuidadores primarios dedican 17 horas del día al cuidado del individuo enfermo y tan solo el 40% recibe apoyo en esta labor (Hernández, Moreno, & Barragán, 2014).

Es común que los cuidadores primarios abandonen las actividades de disfrute que sirven para mantener la vida, la salud y el bienestar, además los cuidadores primarios con ansiedad presentan una ausencia en la organización del tiempo, en vista del estado aprehensivo que se encuentran padeciendo, lo cual aumenta el grado de ansiedad, por esto es indispensable aplicar esta técnica para conseguir la disminución de síntomas y de la sensación de angustia (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017).

Entonces, al conocer los efectos positivos de las técnicas descritas anteriormente, es fundamental aplicarlas con los cuidadores primarios que presentan síntomas de ansiedad, que es lo que se pretende en esta investigación.

Conclusiones del capítulo

Como se expuso a lo largo de este capítulo, la parálisis cerebral es una enfermedad incapacitante y está integrada por trastornos concomitantes, siendo el principal afectado el motor.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario de un cuidador primario, quien se ve sometido a una gran carga ocasionada por el exceso de responsabilidades a las que se ve asignado. Por otro lado, existen factores como la carga social o familiar, los eventos estresantes, el entorno y las situaciones de riesgo, los cuales podrían desencadenar un problema de ansiedad.

La ansiedad es una preocupación constante y excesiva, la cual causa una serie de síntomas, manifestaciones y consecuencias que han sido respaldadas por la literatura científica. Es importante destacar las manifestaciones psíquicas, conductuales y físicas cuya consecuencia es un estado de inestabilidad y por consiguiente el deterioro en la calidad de vida del cuidador.

Sobresalen aquellos enfoques o modelos que acentúan el efecto positivo de la intervención cognitivo-conductual a nivel neurobiológico como también a nivel comportamental en los individuos que sufren de ansiedad. Como ha aportado la literatura científica sabemos que existen una serie de técnicas y estrategias cruciales e imprescindibles para conseguir el objetivo propuesto en esta investigación. De igual forma, los beneficios de aplicar una terapia cognitivo conductual a nivel grupal, son efectivos para el equilibrio emocional del cuidador primario; de hecho, encontrarse con sujetos quienes comparten un situación similar, ser comprendidos y confrontados por ellos genera una interacción positiva y favorable.

Metodología

2. Introducción

A lo largo de este capítulo, encontraremos el diseño metodológico que fue empleado para obtener los datos necesarios en la creación de esta investigación. Así mismo, se detallará información sobre los objetivos planteados, el tipo de estudio, la muestra que fue utilizada, los instrumentos requeridos y el procedimiento correspondiente. Además se presentara una descripción de la propuesta terapéutica, la selección del grupo, la planificación y ejecución de la misma.

2.1 Objetivos

Objetivo General: evaluar el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en cuidadores primarios con ansiedad de niños con parálisis cerebral.

Objetivos específicos:

- Identificar los niveles de ansiedad presentes en el grupo experimental de los cuidadores primarios de los individuos con parálisis cerebral.
- Diseñar y aplicar una propuesta de terapia grupal cognitivo conductual al grupo experimental de los cuidadores primarios de los individuos con parálisis cerebral.
- Comparar los resultados pre-post prueba obtenidos luego de la aplicación de la terapia grupal cognitivo conductual y las escalas de ansiedad en el grupo experimental.

2.2 Tipo de estudio

Se trata de un diseño pre experimental cuyo enfoque es cuantitativo y cualitativo. Es transversal, descriptivo y comparativo, se investiga el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en cuidadores primarios con ansiedad de niños con parálisis cerebral. La muestra es de tipo no probabilística ya que se tomaron en cuenta los criterios planteados en este estudio.

2.3 Instrumentos

Ficha sociodemográfica: se aplicó la ficha sociodemográfica ad hoc. estructurada con un total de 7 ítems de opción múltiple como: edad, género, nivel educativo, la composición de la familia, el tipo de vivienda que posee, la remuneración económica y parentesco con el individuo que padece parálisis cerebral (anexo 1).

Consentimiento informado: Se aplicó esta ficha para obtener el permiso adecuado y legal de cada participante en esta investigación, en la misma se detallan el procedimiento, los instrumentos y las normas bajo los cuales se llevó a cabo este estudio (anexo 2).

Inventario de Ansiedad de Beck: Este instrumento está conformado por 21 ítems, donde se presentan cuatro afirmaciones valoradas del 0 al 3. Los puntos de corte corresponden a: 0-7: ansiedad mínima; 8-15: ansiedad leve; 16-25: ansiedad moderada y 26-63: ansiedad severa, donde la sintomatología ansiosa es significativa clínicamente en el punto de corte de 16. El BAI es uno de los instrumentos mayormente utilizados para medir la sintomatología ansiosa evidenciando una validez mayor a 0,50 y una alta consistencia interna de 0,90, lo cual demuestra que esta prueba es fiable (anexo 3).

Escala de Evaluación de Ansiedad de Zung: esta escala está conformada por 20 ítems, con cuatro alternativas de respuesta de 1, 2, 3, 4 los cuales pueden variar si la pregunta tiene sentido positivo. Para obtener el nivel de ansiedad presente se compara el resultado total con la escala clave sobre un índice de 100. Las pautas de corte corresponden de 25 a 44 no hay ansiedad presente, de 45 a 59 hay ansiedad mínima, de 60 a 74 una ansiedad moderada, y de 75 a 100, hay ansiedad severa. Esta escala presenta un alfa de Cronbach = .93 lo cual demuestra que este instrumento es fiable (anexo 4).

2.4 Población de estudio

La población está conformada por 40 cuidadores primarios del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay de los siguientes niveles: inicial, funcional o social, académico y vocacional, los individuos de sexo femenino y masculino. Se estableció un plazo de recolección de datos de 2 semanas, obteniendo una muestra final de 15 participantes para la aplicación del programa terapéutico los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión:

- ✓ Cuidadores primarios no remunerados de niños con parálisis cerebral.
- ✓ Cuidadores primarios con nivel de educación secundaria.
- ✓ Cuidadores primarios con asistencia regular al instituto de parálisis cerebral.
- ✓ Cuidadores primarios con niveles de ansiedad moderada y grave.
- ✓ Cuidadores primarios mayores a 18 años y menores a 65 años.
- ✓ Cuidadores primarios comprometidos con el proceso.
- ✓ Cuidadores primarios con disponibilidad de tiempo.

b) Criterios de exclusión:

- ✓ Cuidadores primarios remunerados de niños con parálisis cerebral
- ✓ Cuidadores primarios con asistencia irregular al instituto de parálisis cerebral
- ✓ Cuidadores primarios ausentes de educación secundaria.
- ✓ Cuidadores primarios con niveles de ansiedad leve.
- ✓ Cuidadores primarios menores a 18 años y mayores a 65 años
- ✓ Cuidadores primarios no comprometidos con el proceso.
- ✓ Cuidadores primarios sin disponibilidad de tiempo.

2.5 Procedimiento de la investigación

-Se solicita el permiso correspondiente en el Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay para realizar la recolección de datos: este procedimiento se llevó a cabo con el director del Instituto y los coordinadores del mismo, solicitando el permiso correspondiente para convocar a 40 cuidadores primarios.

-Aplicación de los reactivos iniciales y la ficha sociodemográfica: debido a la naturaleza de las fichas y escalas correspondientes, fue imprescindible explicar el fin y el procedimiento adecuado para completar los datos solicitados. Este apartado fue realizado en un plazo de dos semanas, las fichas fueron contestadas de forma anónima, indagando datos sociodemográficos así como información del Inventario de Ansiedad de Beck y el consentimiento correspondiente.

-Diseño y aplicación del plan terapéutico grupal con enfoque cognitivo conductual: realizamos el diseño del plan terapéutico, después seleccionamos mediante muestreo no probabilístico a 15 individuos que cumplan con los criterios expuestos anteriormente para conformar el grupo experimental y posteriormente desarrollamos el proyecto planteado en un plazo de dos meses distribuido en nueve sesiones; una por semana.

-Se realiza la aplicación de la Escala de Ansiedad de Zung posterior al procedimiento terapéutico grupal: socializamos el procedimiento apropiado para completar este reactivo, después se realizó la aplicación de la escala completando los datos requeridos.

-Análisis estadístico y elaboración de resultados finales: después de conseguir los datos y el consentimiento correspondientes se presenta la información como porcentajes. El análisis estadístico de los datos fue realizado por medio del programa de Excel, elaborando las tablas y los gráficos correspondientes, obteniendo de esta manera los resultados finales.

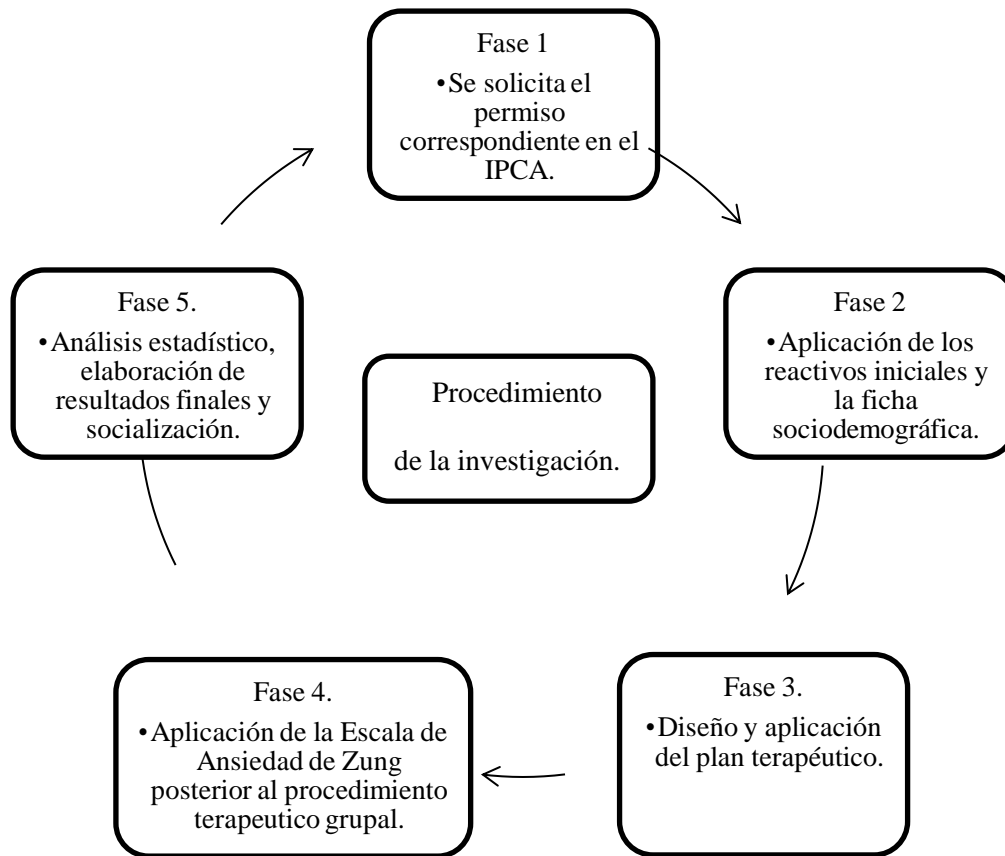


Figura 1. Procedimiento de la investigación.

2.6 Propuesta de intervención grupal cognitivo conductual para la ansiedad

2.6.1 Selección del grupo

El universo fue de 40 cuidadores primarios, 10 por los 4 niveles académicos del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay y bajo los criterios de inclusión y exclusión se determinó la muestra. Luego de realizar el análisis correspondiente de la Escala de Ansiedad de Beck la muestra quedó establecida en un grupo de 15 participantes, cuidadores primarios de sexo femenino y masculino, con un rango de edad comprendido entre los 18 a los 65 años que presenten niveles de ansiedad entre moderados y severos, que culminaron los estudios secundarios, y que aceptaron participar del proceso psicoterapéutico mediante un consentimiento informado. Además cabe resaltar que se trata de un grupo cerrado, con miembros fijos sin inclusión de nuevos integrantes.

2.6.2 Planificación de sesiones de intervención grupal desde el modelo cognitivo conductual

Para preparar estas sesiones que se especifican a continuación tome sugerencias de la “Guía de tratamientos psicológicos eficaces” escrita por Pérez Alvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez & Amigo Vázquez (2013), adaptando a las necesidades del grupo con el cual se trabajó.

2.6.2.1 Planificación

Para llevar a cabo las siguientes sesiones se planteó un objetivo general y los objetivos específicos que abarcan este proyecto de terapia grupal, sin embargo, cada sesión tiene un objetivo particular a cumplirse. A continuación se detallarán los objetivos para todas las sesiones, luego de esto se enumeraran las técnicas con las que trabajaremos las diferentes sesiones y concluiremos explicando brevemente sesión por sesión como se trabajó grupalmente en las mismas.

2.6.2.2 Objetivos del proceso

Objetivo general: Disminuir los síntomas de ansiedad a través de las técnicas cognitivo conductuales para identificar y reestructurar cogniciones y conductas, control de las emociones y comportamientos.

Objetivos específicos:

1. Psicoeducar sobre la ansiedad en el cuidador primario.
2. Brindar técnicas que permitan tener un estado de relajación
3. Identificar los pensamientos automáticos relacionados con la triada cognitiva de la ansiedad del cuidador primario

4. Analizar la conexión entre pensamientos- emociones y conductas
5. Evaluar la autenticidad de los pensamientos automáticos
6. Sustituir los pensamientos distorsionados por interpretaciones alternativas funcionales
7. Alterar los esquemas subyacentes
8. Enseñar habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan mucha ansiedad
9. Revisar las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria

2.6.2.2 Técnicas a ser utilizadas en las sesiones

Estas técnicas serán explicadas detalladamente en el capítulo I de esta tesis, aquí se enumeraran las técnicas en las que nos basamos en las diferentes sesiones de la terapia grupal, señalando las áreas de las personas a las que están enfocados principalmente.

Técnicas Cognitivas:

- Psicoeducación
- Identificación y reestructuración de pensamientos
- Resolución de problemas
- Planificación de actividades

Técnicas Conductuales:

- Entrenamiento en relajación
- Tareas para la casa

2.6.3 Ejecución de las sesiones

Las sesiones de terapia grupal fueron empleadas de manera que los participantes del grupo puedan aprovecharlas, sin ser frustrantes o agotadoras, el tiempo utilizado en las sesiones fue

el recomendado, las tareas encomendadas eran necesarias y se relacionaban con la sesión atendida, fueron importantes y tuvieron una aceptación exitosa.

2.6.3.1 Lugar

El plan de intervención se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, específicamente en el auditorio.

2.6.3.2 Frecuencia y Duración

Las sesiones tienen una frecuencia de 1 día a la semana, la duración de las sesiones es de 1 hora y la conducción del grupo fue directiva mayormente.

2.6.3.3 Perfil de los participantes

Un grupo heterogéneo dado que todos eran cuidadores primarios, formaban parte del Instituto de Parálisis del Azuay y todos sufrían de ansiedad, sin embargo sus características en el sentido de edad, se encontraban entre 23 a 42 años, el sexo masculino y femenino, la situación familiar y económica de cada uno es distinta.

Las posibles causas de la ansiedad al momento diagnóstico son diversas. Podemos decir que en general es un grupo con una alta carga de responsabilidades lo cual ocasiona síntomas de ansiedad que pueden ser peligrosos si no se abordan de manera adecuada y eficaz.

2.6.3.3 Reglas y normas a seguir en las sesiones

Estas fueron puestas a consideración de los participantes del grupo para la aprobación y adición de normas, las mismas fueron aprobadas y respetadas por los participantes del grupo.

- Puntualidad: es importante para comenzar las sesiones de manera adecuada con todos los participantes.
- Asistencia: esta es obligatoria, en vista de la dinámica grupal, la cual se pierde si se falta a la misma.
- Respeto y confidencialidad: no se puede compartir información de ninguno de los participantes que se comparte en las sesiones, además no se puede juzgar, hablar ni hacer burla mientras el otro habla.
- Participar en las sesiones: compartir sus ideas u opiniones con el grupo ya que esto motivara la participación de otros miembros, además se debe escuchar atentamente la opinión de los demás miembros del grupo.
- Compromiso en las sesiones: realizar las tareas que se envían a la casa y presentarlas al inicio de cada sesión.

2.6.3.4 Indicaciones generales

Antes de iniciar la terapia de grupo se indica a los cuidadores primarios la forma en que se llevaran a cabo las sesiones de tratamiento, se hará una presentación entre los participantes del grupo. Luego se hablara de la ansiedad y cómo vamos a aprender la forma útil de pensar en la misma, tomar conciencia de como intervienen nuestros pensamientos en lo que sentimos y hacemos.

2.6.3.5 Trabajando sesión por sesión

Las sesiones se inician verificando la asistencia de los participantes, se realiza un retroalimentación de lo tratado en la sesión anterior y como han trabajado las tareas enviadas a casa. A continuación se detallaran las sesiones realizadas en el Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, con un grupo de 15 participantes.

Cabe mencionar que las sesiones están estructuradas de la siguiente manera:

- Inclusión: Integrar a los participantes, dar la bienvenida, establecer un ambiente cómodo y establecer el rapport.
- Confrontación: Aplicar técnicas y ejercicios seleccionados que permitan aumentar la conciencia sobre el problema y los cambios a llevar a cabo.
- Conclusión: al final de cada sesión se plantea reforzar los conocimientos adquiridos, intercambiar opiniones y emociones.

2.6.4 Sesiones de terapia grupal cognitivo conductual para la ansiedad

2.6.4.1 Descripción de las sesiones de terapia grupal cognitivo-conductual de forma general

En la Tabla 1 se presenta la propuesta terapéutica grupal cognitivo-conductual de forma general, que se divide en nombre, número, objetivo planteado, técnicas utilizadas, materiales requeridos y la justificación, correspondientes a cada sesión (anexo 5).

Tabla 1

Propuesta terapéutica grupal cognitivo-conductual en forma general.

Sesión	Nº	Objetivo	Técnica	Materiales	Justificación
1 sesión Formulación y psicoeducación	1	Psicoeducar sobre la ansiedad en el cuidador primario.	-Dinámica: los cerillos -Presentación en power point: “la ansiedad” -Metáfora: invitado indeseado -Dinámica: el globo - Dinámica: el frijol TIS: “que sucede cuando me siento ansioso”	- Caja de cerillos -Computadora -Video -Globos -Frijoles -Papel bond -Lápices	Una de las bases de la terapia cognitivo-conductual incluye educar al paciente acerca del padecimiento y conocer a profundidad el vínculo entre síntomas y las consecuencias.

1 sesión Controlando nuestras emociones	2 Brindar técnicas que permitan tener un estado de relajación	-Dinámica: el masaje -Presentación en power point: “porque es importante relajarnos” -Respiración controlada -Relajación física de Jacobson -Actividades relajantes - Dinámica: espacio catártico TIS: realizar una técnica de relajación una vez por semana durante las 9 semanas	-Sillas -Computadora -Espacio físico -Papel bond	Es fundamental el poder disminuir los niveles de ansiedad, los cuales pueden conseguirse en base a la relajación, esto permitirá a los individuos aprender a manejar los síntomas y las reacciones fisiológicas presentes.
1 sesión Registro de pensamientos automáticos	3 Identificar los pensamientos automáticos relacionado s con la triada cognitiva de la ansiedad del cuidador primario.	-Dinámica: dirigir la orquestra -Presentación en power point: “los pensamientos automáticos” -Metáfora: las arenas movedizas -Ejercicio: “mis pensamientos angustiantes” -Metáfora: quien maneja nuestra vida -Dinámica: la caja china TIS: registro diario emociones- pensamientos y conductas	-Espacio físico -Computadora -Video -Papel bond -Caja de cartón -Caja pequeña de cartón -Lápices	Es importante determinar las distorsiones cognitivas principales en la ansiedad ya que permitirá aumentar la conciencia respecto a la naturaleza y el tipo de distorsiones para así lograr modificaciones futuras.

1 sesión Analizando el proceso cognitivo-conductual en la ansiedad	4	Analizar la conexión entre pensamientos- emociones y conductas	<p>-Dinámica: comprando una emoción</p> <p>-Presentación en power point: “pensar, sentir y actuar”</p> <p>-Ejercicio: la trampa negativa</p> <p>-Video: pensamiento- emoción-acción</p> <p>-Actividad: el círculo mágico</p> <p>TIS: “el triángulo tramposo”</p>	<p>-Cartulina</p> <p>-Silla</p> <p>-Computadora</p> <p>-Video</p> <p>-Papel bond</p> <p>-Lápices</p> <p>-Video</p> <p>-Papelógrafo</p> <p>-Marcadores</p> <p>-Hoja de papel</p> <p>-Lápices</p>	Es necesario examinar el vínculo entre el pensamiento -emoción y conducta, para que los participantes puedan ser conscientes del proceso que conlleva el padecer aquellos síntomas como y modificarlos.
1 sesión Evaluación de pensamientos	5	Evaluar la autenticidad de los pensamientos automáticos	<p>-Dinámica: ojos nuevos</p> <p>-Presentación en power point: “evaluación de pensamientos”</p> <p>-Metáfora: la fábula el león y el ratón</p> <p>-Ejercicio: piensa de forma equilibrada</p> <p>-Ejercicio: el termómetro mental</p> <p>-Interacción didáctica</p> <p>-Dinámica: la mirada retrospectiva</p> <p>TIS: “busca posibles evidencias”</p>	<p>-Cartulinas</p> <p>-Computadora</p> <p>-Video</p> <p>-Espacio físico</p> <p>-Silla</p> <p>-Papel bond</p> <p>-Lápices</p> <p>-Papelógrafo</p> <p>-Marcadores</p>	Impulsar el desarrollo de la valoración de la coherencia de las cogniciones disfuncionales presentes y el cuestionar la validez que tiene el mantenerlos para poder conseguir la formulación de cogniciones alternativas más equilibradas y funcionales.

1 sesión Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas	6 Sustituir los pensamientos distorcionados por interpretaciones alternativas funcionales	-Dinámica: murió la tía Irma -Presentación en power point: “el control de nuestros pensamientos” -Ejercicio: el cuestionador de pensamientos -Interacción didáctica -Dinámica: la palabra clave TIS: “encontrar lo positivo”	-Espacio físico -Computadora -Video -Papel bond -Lápices -Papelógrafo -Marcadores	Incrementar el desarrollo de procesos de pensamiento más equilibrados y funcionales sustituyendo cogniciones distorcionadas por interpretaciones alternativas sanas y adecuadas, para conseguir reducir los niveles de ansiedad presentes.
1 sesión Modificando asunciones básicas	7 Alterar los esquemas subyacentes	-Dinámica: contando una historia -Presentación power point: “creencias nucleares” -Ejercicio: identificar las creencias nucleares con el método “entonces que” -Ejercicio: aprende a cuestionar tus creencias nucleares -Interacción didáctica TIS: describir la evidencia de las creencias nucleares.	-Cartulina -Computadora - Papel bond - Lápices	Se aspira lograr la modificación de asunciones básicas disfuncional es, ya que estos pensamientos son los predisponent es para el desarrollo de interpretaciones ansiosas y distorcionadas.

1 sesión Aprendiendo habilidades de enfrentamiento	8	Enseñar habilidades de enfrentamiento en situaciones que provocan mucho ansiedad.	-Dinámica: vuelta a la sábana -Presentación en power point “porque debemos solucionar nuestros problemas y cómo hacerlo” -Ejercicio: identifica posibles soluciones -Ejercicio: consecuencias de mis soluciones -Juego de roles TIS: “párate, planifícate y actúa”	-Sábana -Espacio físico -Computadora -Video -Papel bond -Lápices	Mediante la práctica se busca reforzar lo anteriormente aprendido y aplicar herramientas que permitan manejar las situaciones que provocan malestar.
1 sesión Finalización del programa	9	Revisar las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de enfrentamiento en la vida diaria.	-Dinámica: los aprecios -Presentación en power point: finalización del programa -Dinámica: el cierre -Dinámica: expresando las emociones.	-Sellos -Espacio físico -Computadora -Papel bond -Lápices -Papelógrafo -Marcadores -Cartulina	Cierre del proceso terapéutico.

Fuente: Instrumentos aplicados.
Elaboración: Por el autor.

2.6.4.2 Descripción de las sesiones de terapia grupal cognitivo-conductual sesión a sesión

A continuación se presenta la propuesta terapéutica grupal cognitivo-conductual sesión a sesión, donde se describe de manera detallada cada una de las 9 sesiones, distinguiendo tres momentos importantes como la inclusión, confrontación, y conclusión, además de justificar los mismos de manera específica.

Sesión 1. Formulación y psicoeducación

Inclusión: impulsar a los participantes mediante la presentación de cada uno de ellos con el fin de generar cohesión grupal.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Los cerillos: es una dinámica donde los participantes deben presentarse al grupo, expresando su nombre y comentando algo que les guste, la variante es que inicialmente se entrega al grupo un cerillo de forma individual, al comenzar la actividad se debe mantener el fuego encendido pasando de un individuo a otro mediante el cerillo evitando que se apaguen, se explica que para esta dinámica se requiere agilidad (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá que los participantes puedan conocerse de una forma dinámica antes de iniciar las actividades subsecuentes.

Confrontación: instruir a los participantes acerca de la ansiedad generando la aceptación sobre el padecimiento y sobre su proceso terapéutico.

Tiempos: 40'

Actividad.

-Presentación en power point “la ansiedad”: mediante esta actividad se brinda una psicoeducación a los participantes acerca de la ansiedad en el cuidador primario, los síntomas, sus consecuencias y la importancia de admitir la presencia de esta enfermedad para que de esta manera puedan ocuparse sanamente de este padecimiento.

-El globo: mediante esta dinámica metafórica se guía a los participantes para que conozcan la importancia de trabajar en la ansiedad que padecen mediante el taller terapéutico, esto

consiste en pedir a los participantes que miren al grupo poniendo un globo frente a su rostro. Después deben comentar lo que observaron, de esta forma se les explica que la visión que tuvieron fue inadecuada y no les permitía mirar correctamente, en el caso de la ansiedad ese sería el enfoque o visión con el que manejan su vida (González, 2015).

Reflexión: generar en los participantes un estado de aceptación además de un compromiso para con el proceso terapéutico y con su padecimiento.

Conclusión: facilitar la aprehensión de los conceptos compartidos generando una interacción entre los participantes.

Tiempos 10'

Actividad.

-El frijol: se solicita a los participantes que piensen y elaboren un concepto acerca de lo trabajado anteriormente, entonces la facilitadora solicita que individualmente se acerquen al centro de la habitación a tomar un frijol de un pozuelo y expresen un concepto, luego el facilitador expresa esta analogía, en la que el frijol esta germinando al igual que el proceso que se inicia (González, 2015).

Reflexión: se intenta que cada individuo comparta al grupo la percepción del conocimiento adquirido ocasionando una interacción didáctica.

TIS: completar la actividad denominada “que sucede cuando me siento ansioso”

Sesión 2. Controlando nuestras emociones

Inclusión: crear una atmosfera grupal cálida, amigable y de aprendizaje.

Tiempos: 10'

Actividad.

-El masaje: los participantes deben formar subgrupos de tres, luego se solicita que dos individuos le brinden un masaje al tercer compañero, durante este lapso el facilitador enciende el equipo y coloca una canción divertida, animando a los participantes a realizar el masaje (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá que los participantes generen un ambiente cómodo y estimulante para poder iniciar las técnicas subsecuentes.

Confrontación: enseñar a los participantes acerca de la relajación y los beneficios que genera en los individuos que padecen de ansiedad.

Tiempos: 30'

Actividad.

-Presentación en power point “porque es importante relajarnos”: mediante esta presentación se justifica a los participantes la importancia de relajarse cuando se padece de ansiedad, además de enseñar tres técnicas: respiración controlada, relajación física y actividades relajantes.

Reflexión: se busca generar un estado de conciencia y compromiso en los individuos para realizar actividades relajantes y así disminuir algunos de los síntomas ansiosos.

Conclusión: facilitar la aprehensión de los conceptos compartidos generando una interacción entre los participantes.

Tiempos 20'

Actividad.

-El espacio catártico: se establecen tres sillas denominadas “cómo llegue”, “cómo me sentí durante la actividad” y “cómo me voy”, mediante esta actividad, los participantes comparten vivencias acerca del taller (González, 2015).

Reflexión: se pretende que cada individuo exprese sus experiencias también que reafirme la importancia del conocimiento adquirido y del avance en la sesión.

TIS: realizar una técnica de relajación practicada en este taller, una vez por semana durante las 9 semanas.

Sesión 3. Registro de pensamientos automáticos

Inclusión: promover un clima grupal adecuado y de interacción.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Dirigir la orquesta: un participante debe abandonar el lugar pocos minutos, después los participantes que están dentro de la habitación nombra a una persona como el director de la orquesta, los demás participantes deben imitar los movimientos que haga el director de la orquesta, de tal manera, que cuando el individuo que se encuentra afuera ingrese a la habitación con el grupo de participantes, intente reconocer al director de la orquesta (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá que los participantes generen un clima participativo y entusiasta para poder iniciar las técnicas subsecuentes.

Confrontación: compartir con los participantes conocimientos básicos acerca de los pensamientos automáticos.

Tiempos: 40'

Actividad.

-Presentación en power point “los pensamientos automáticos”: mediante esta actividad se enseña a los participantes conceptos básicos referentes a los pensamientos automáticos.

-Mis pensamientos “angustiantes”: mediante este ejercicio se dirige a los participantes para que puedan identificar los pensamientos automáticos referentes a la triada cognitiva de la ansiedad (Stallard, 2010).

-Quien maneja nuestra vida: se utiliza una caja dentro de la cual se colocan una serie de papeles denominados “pensamientos automáticos”, después se solicita a un individuo del grupo que intente sacar estos papeles sin romper la única abertura de la caja, cuando los participante se dan cuenta que no pueden hacerlo entonces se les explica que los pensamientos automáticos presentes en sus vidas son los que generan conflicto psíquico. Por esta razón, estos pensamientos que generan emociones inestables deben ser modificados en este proceso. (González, 2015).

-Las arenas movedizas: a través de una imagen sobre arenas movedizas se explica a los participantes cómo al intentar escapar de estas arenas aumenta el peligro de hundirse, siendo la arena aquellos “pensamientos rumiantes”, propios de la ansiedad (González, 2015).

Reflexión: se pretende que los participantes conozcan la triada cognitiva de la ansiedad que corresponde a: una visión de vulnerabilidad sobre sí mismo, una visión amenazante sobre el mundo, y una visión de incontrolabilidad acerca del futuro (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012). De esta manera aprenden a reconocer estos pensamientos distorsionados y toman conciencia de responsabilidad de todo este proceso.

Conclusión: reforzar los conceptos adquiridos en esta sesión de intervención.

Tiempos 10’

Actividad.

-La caja de ideas chinas: se pide a los participantes que escriban en un papel algún concepto que no haya quedado claro en la sesión, explicando que metafóricamente este concepto “está

en chino”, además se solicita a los participantes que lo pongan en una caja, que se preparó con anterioridad y la cual se encuentra ubicada en el centro de la habitación. Después cada individuo se acerca para tomar un papel de la caja y lee en voz alta lo descrito en el mismo, luego el facilitador o los participantes explican cada concepto de forma adecuada (González, 2015).

Reflexión: mediante esta actividad se fortalece lo aprendido en la sesión y se refuerza la cohesión grupal.

TIS: realizar un registro diario acerca de las emociones-pensamientos y conductas.

Sesión 4. Analizando el proceso cognitivo-conductual en la ansiedad

Inclusión: generar un clima terapéutico confiable, animado y de enseñanza.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Comprando una emoción: con anterioridad se forjan una serie de cartulinas de diferentes colores y descritas con diferentes emociones, se pide entonces al grupo que individualmente tomen una cartulina y expresen la emoción descrita mediante una experiencia de vida para que los demás participantes puedan reconocer de que emoción se trata (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá forjar un vínculo amistoso entre los participantes para generar un sentimiento de identificación en ciertas vivencias y experiencias personales compartidas.

Confrontación: analizar el ciclo negativo de los pensamientos y como impactan en la vida de los cuidadores primarios.

Tiempos: 35'

Actividad.

-Presentación en power point “pensar, sentir y actuar”: mediante esta presentación se enseña a los participantes la conexión que tienen las cogniciones con las emociones y las conductas y el impacto que causa intra e interpersonalmente.

-La trampa negativa: mediante esta actividad se refuerza lo aprendido en la sesión, se solicita a los participantes ubicar en los ítems aquellos pensamientos, emociones y comportamientos, utilizando los pensamientos automáticos identificados en sesiones pasadas (Stallard, 2010).

Reflexión: a través de las actividades los participantes adquirirán conocimientos sobre el ciclo de los pensamientos-emociones-conductas y su efecto en el proceso mental.

Conclusión: fortalecer las ideas expresadas anteriormente mediante una interacción didáctica entre los participantes.

Tiempos 15’**Actividad.**

-El círculo mágico: inicialmente se forman subgrupos y se solicita a los participantes que elijan dentro de sus subgrupos la que consideren como “peor experiencia”, después los participantes deben describir la vivencia seleccionada en un papelógrafo entregado con anterioridad, además se les solicita que identifiquen los pensamientos, emociones y conductas del individuo para finalmente exponerlo frente al grupo (Stallard, 2010).

Reflexión: los participantes mediante esta actividad reforzarán los conocimientos transmitidos durante la sesión.

TIS: realizar el ejercicio “el triángulo tramposo”.

Sesión 5. Evaluación de pensamientos

Inclusión: impulsar la comunicación y favorecer la libertad de expresión en el grupo.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Con ojos nuevos: esta dinámica rompehielos consiste en presentar ante los participantes dos grupos de tarjetas uno tipo A y otro tipo B, el primero está conformado por una serie de situaciones y el segundo está conformado por una serie de actitudes o emociones, estas tarjetas estarán presentadas de tal forma que no se conozca su contenido para que cada individuo las elija al azar. Después cada participante debe representar al grupo el acontecimiento en la tarjeta A con la actitud representada en la tarjeta B que haya escogido previamente (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá que los participantes estimulen su capacidad imaginativa para reforzar el vínculo grupal.

Confrontación: identificar los pensamientos y evaluar si los mismos necesitan sustituirse por aquellos pensamientos correctos y conservar los pensamientos encontrados en las actividades.

Tiempos: 35'

Actividad.

-Presentación en power point “evaluación de pensamientos”: mediante esta actividad se pretende generar conciencia sobre la importancia de evaluar la racionalidad de nuestros pensamientos para mantenerlos dentro de los esquemas o modificarlos si son disfuncionales.

-La fábula el león y el ratón: consiste en presentar una historia denominada “El león y el ratón” para de esta manera proceder a un análisis de la metáfora, durante esta actividad a los

participantes se les pregunta si algún momento de sus vidas se han detenido a cuestionar sus pensamientos como en la fábula expuesta (González, 2015).

-Piensa de forma equilibrada: mediante esta actividad se solicita a los participantes evaluar o cuestionar sus pensamientos negativos, puntualmente aquellos pensamientos automáticos y disfuncionales identificados en sesiones anteriores, además se trabaja en modificarlos por pensamientos positivos y realistas (Stallard, 2010).

-El termómetro mental: este ejercicio permitirá que los participantes valoraren la medida en la cual aceptan o creen en el pensamiento automático y también valorar el grado en el que aceptan o creen en el pensamiento positivo, ambos expresados en la actividad anterior (Stallard, 2010).

-Interacción didáctica: los participantes deben compartir las actividades elaboradas previamente y conocer las opiniones de sus compañeros (González, 2015).

Reflexión: se aspira que los participantes adquieran un conocimiento pleno sobre la importancia de cuestionar los pensamientos e impulsar la practicar de esta actividad para poder mejorar la estabilidad emocional y mental.

Conclusión: reforzar los conocimientos adquiridos durante la sesión.

Tiempos 15'

Actividad.

-La mirada retrospectiva: se conforman subgrupos y se solicita a los participantes que describan dentro de sus subgrupos en un papelógrafo cuatro cuestionamientos, “que nos agradó”, “que no fue tan agradable”, “que aprendimos” y “por qué fue importante realizar la evaluación de pensamientos”. Después cada subgrupo expone la actividad realizada frente a todos los participantes (González, 2015).

Reflexión: mediante este proceso los participantes refuerzan la información aprendida en la sesión grupal.

TIS: realizar el ejercicio “busca posibles evidencias”.

Sesión 6. Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas

Inclusión: estimular la capacidad creativa, la comunicación y la cohesión grupal.

Tiempos: 10’

Actividad.

-Murió la tía Irma: consiste en que cada individuo debe comunicar una noticia al participante que está a su lado, esta noticia es “murió la tía Irma”, la variante es que cada sujeto debe expresar la noticia con un estado emocional diferente o imitando a un animal (González, 2015).

Reflexión: esta actividad permitirá que los participantes empiecen el día con un ambiente cooperativo, cálido y de cohesión.

Confrontación: impulsar a los participantes al análisis de los pensamientos automáticos y su validez en los esquemas cognitivos.

Tiempos: 40’

Actividad.

-Presentación en power point “el control de nuestros pensamientos”: mediante esta actividad se justifica a los participantes porque deben modificar aquellas cogniciones negativas que controlan sus vidas.

-El cuestionador de pensamientos: mediante este ejercicio los participantes aprenden a elaborar pensamientos equilibrados, respondiendo una serie de ítems que hacen referencia a

los pensamientos emociones, conductas y la elaboración de un pensamiento más equilibrado o realista frente a una situación (Stallard, 2010).

-Interacción didáctica: con esta actividad se genera un compartir entre los participantes para conocer las opiniones sobre el tema principal de la sesión, reforzando los pensamientos equilibrados que se encontraron y la importancia de preservarlos (González, 2015).

Reflexión: se intenta que los individuos adquieran conocimientos relacionados con la modificación de los pensamientos disfuncionales y la preservación de los pensamientos equilibrados, además ponen en práctica las técnicas planeadas logrando así el objetivo principal.

Conclusión: reforzar en los participantes los conceptos compartidos en la sesión.

Tiempos 10'

Actividad.

-La palabra clave: se conforman subgrupos y se solicita a los participantes que escriban en un papelógrafo tres palabras con las que puedan definir la sesión realizada para después exponer lo realizado frente al grupo (González, 2015).

Reflexión: con este ejercicio los participantes valoran positivamente las actividades realizadas durante la sesión y también se genera movilidad grupal.

TIS: realizar el ejercicio “encontrar lo positivo”.

Sesión 7. Modificando asunciones básicas

Inclusión: trabajar la creatividad y la expresión verbal en los participantes.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Contando una historia: a cada individuo se le entregan tres palabras para narrar una historia de manera grupal, es así que cada individuo utiliza las tres palabras que se le entregaron y el participante a su lado debe continuar con la historia usando las tres palabras que posee, se recalca que la historia debe tener estructura y coherencia (González, 2015).

Reflexión: este ejercicio permitirá que los participantes se animen, reforzando su expresión verbal y su capacidad creativa.

Confrontación: generar en el grupo la capacidad de identificar y cuestionar las creencias nucleares presentes en los esquemas cognitivos.

Tiempos: 40'

Actividad.

-Presentación en power point “creencias nucleares”: mediante esta actividad se presentara a los participantes conceptos básicos sobre las creencias nucleares y el funcionamiento de la mente.

-Identificar las creencias nucleares con el método “entonces que”: mediante este ejercicio se solicita que de manera individual los participantes determinen sus creencias nucleares utilizando la frase “entonces que” en una hoja preparada con anterioridad (Stallard, 2010).

-Cuestionar tus creencias nucleares: en este ejercicio los participantes deben llevar a la práctica el debate de las creencias nucleares identificadas en la actividad anterior para determinar su disfuncionalidad y desecharlas de sus esquemas mentales (Stallard, 2010).

Reflexión: se enseña a los participantes a debatir las creencias nucleares y la importancia que tiene poner en práctica las actividades aprendidas.

Conclusión: fortalecer los conocimientos brindados durante la sesión.

Tiempos 10'

Actividad.

-Interacción didáctica: se solicita que individualmente expresen la forma en la que llevaron a cabo los ejercicios anteriores para generar una retroalimentación en el grupo (González, 2015).

Reflexión: los participantes realizan un intercambio de información para acentuar profundamente los conocimientos adquiridos y potenciar los cambios logrados durante esta intervención.

TIS: describir en base al diario enviado anteriormente las evidencias que no confirman las creencias nucleares.

Sesión 8. Aprendiendo habilidades de afrontamiento

Inclusión: crear un ambiente dinámico y estimular la búsqueda de soluciones a una situación conflictiva.

Tiempos: 10'

Actividad.

-Da la vuelta a la sábana: inicialmente se divide al grupo en dos, después se ubican dos sábanas en el piso y se solicita a los participantes generar una estrategia para que con todo el subgrupo encima de la sábana puedan darle la vuelta, finalmente deben realizar el ejercicio con una sábana y todo el grupo unido (González, 2015).

Reflexión: con esta actividad se pretende impulsar a los participantes en la práctica de sus habilidades para solucionar problemas.

Confrontación: motivar al grupo a elaborar soluciones eficientes y eficaces frente a los diferentes conflictos que presentan.

Tiempos: 40'

Actividad.

-Presentación en power point “porqué debemos solucionar nuestros problemas y cómo hacerlo”: se busca que los participantes conozcan la importancia de resolver los conflictos de una forma adecuada para evitar los síntomas de ansiedad.

-Identifica posibles soluciones: mediante este ejercicio los participantes aprenden a identificar sus problemas y formular una serie de soluciones de forma estructurada (Stallard, 2010).

-Consecuencias de mis soluciones: a través de esta actividad los participantes conocen una manera adecuada de afrontar un problema, mediante la ejecución de un listado de consecuencias positivas y negativas frente a una serie de soluciones, eligiendo finalmente la mejor opción (Stallard, 2010).

Reflexión: estos ejercicios hacen posible que los participantes aprendan técnicas efectivas para solucionar sus conflictos.

Conclusión: reforzar el conocimiento adquirido por medio de la práctica con los participantes.

Tiempos 10'

Actividad.

-Juego de roles: se forman subgrupos, luego se solicita a los sujetos que escojan un problema por subgrupo y que presenten el mismo mediante una obra teatral, recalando que deben llevar

a cabo dos finales uno adecuado y otro inadecuado, es decir un final solucionando el conflicto y otro final sin solución (González, 2015).

Reflexión: esta actividad posibilita que los participantes practiquen las técnicas brindadas anteriormente reforzando lo aprendido.

TIS: completar la actividad denominada “párate, planifícate y actúa”.

Sesión 9. Finalización del programa

Inclusión: crear un ambiente de confianza mediante el cual se puedan destacar las cualidades positivas de los participantes.

Tiempos: 10’

Actividad.

-Los apreios: a cada individuo se le entrega una hoja de sellos y se manifiesta que deben recorrer la habitación en círculos y colocar un sello al compañero con el cual se encuentren, también deben comentarle una cualidad positiva que han observado en esa persona durante el tiempo compartido en todo el proceso terapéutico (González, 2015).

Reflexión: este ejercicio permitirá que los participantes resalten sus aspectos positivos.

Confrontación: generar en el grupo una retroalimentación de las actividades realizadas, los conocimientos adquiridos y los cambios logrados durante todo el proceso terapéutico.

Tiempos: 35’

Actividad.

-El cierre: esta actividad se realiza mediante tres pasos; primero se solicita a los participantes que individualmente escriban en que aspecto ha mejorado su vida con el taller. Después se les pide que formen subgrupos y escriban en un papelógrafo “que les gusto”, “que aprendieron” y

“si sus objetivos se cumplieron”, finalmente se realiza una interacción didáctica, donde cada subgrupo expone frente a todos su trabajo (González, 2015).

Reflexión: mediante estas actividades se pretende que los sujetos compartan su experiencia sobre el grupo y realicen un cierre.

Conclusión: expresar las emociones individuales para concluir el taller.

Tiempos 15'

Actividad.

-La frase final: en los mismos subgrupos formados con anterioridad se solicita a los participantes que deben crear una frase final de cierre y otra motivadora para finalmente exponerla al grupo (González, 2015).

Reflexión: los participantes expresan sus sentimientos de despedida.

2.6.5 Evaluación por sesión

Sesión 1

Los participantes asisten con puntualidad, se evidencia interés y disposición al inicio de la terapia. Al principio de la sesión, la mayoría se muestran expectantes y nerviosos. En la etapa de inclusión colaboran con entusiasmo. Luego los participantes interactúan con mayor facilidad y llevan a cabo las consignas planteadas. En la etapa de confrontación se realiza la psicoeducación sobre la ansiedad en el cuidador primario, se pudo evidenciar la identificación con causas, consecuencias y síntomas presentados. En la etapa de conclusión se fortalecen los conceptos impartidos generando interacción entre los participantes. Existe participación espontánea, se genera un espacio de calidez y confort.

Sesión 2

Los participantes asisten de manera puntual y existe mayor interacción. En la etapa de inclusión existe disposición se genera cohesión en el grupo y aumenta el nivel de confianza. Después, durante la etapa de confrontación se expone una presentación sobre la relajación, brindando técnicas que permitieron alcanzar el objetivo planteado para la sesión. Los participantes se mostraron atentos y además compartieron diversas opiniones y experiencias relacionadas con el tema. A continuación, en la etapa de conclusión se fortalecen los conocimientos adquiridos por los individuos durante la sesión y además existe interacción entre compañeros.

Sesión 3

La sesión inicia con una retroalimentación de lo trabajado anteriormente. En un inicio existe poca participación. En la etapa de confrontación, frente al registro de pensamientos automáticos, el grupo se mantiene de forma adecuada y logran un estado de conciencia sobre los contenidos impartidos y a través de la práctica de ejercicios. Existe mayor interacción y participación, además existe identificación entre ciertas cogniciones determinadas. En la etapa de conclusión se evidencia tranquilidad e intercambio de opiniones.

Sesión 4

La asistencia del grupo se torna normal, inicialmente se realiza una retroalimentación de la sesión anterior, posterior en la etapa de inclusión existe mayor participación y disposición en los participantes. A continuación, en la etapa de confrontación, se logra que los participantes sean conscientes sobre la conexión entre los pensamientos, emociones y conductas, durante la misma se evidenció que los participantes estuvieron interesados en el tema y en el ejercicio

realizado. En la etapa de conclusión se evidenció una mayor capacidad de identificar sus procesos mentales. Expresan gran satisfacción durante este proceso.

Sesión 5

La sesión empieza con todo el grupo presente, al comienzo se llevó a cabo la retroalimentación de la sesión anterior y los conocimientos impartidos. En la etapa de inclusión se evidencia entusiasmo, colaboración y facilidad en la comunicación. En la etapa de confrontación, las técnicas aplicadas permitieron identificar y evaluar los pensamientos automáticos y su validez dentro de los esquemas mentales, algunos individuos se mostraron resistentes, sin embargo con la participación de la terapeuta y otros compañeros, se pudo trabajar en esto y avanzar. En la etapa de conclusión se reforzó los conocimientos impartidos durante la sesión. Existe de manera general una visión negativa sobre aquellas cogniciones.

Sesión 6

Se dio inicio a la sesión con el grupo completo. Se comenzó con una síntesis de las sesiones anteriores y la conexión de las mismas, lo que permitió a los participantes reflexionar sobre lo aprendido anteriormente. A continuación, en la etapa de inclusión se evidenció una mayor cohesión grupal y comunicación. En la etapa de confrontación se consigue que los participantes elaboren pensamientos equilibrados y trabajen para mantenerlos en los esquemas cognitivos. En la etapa de conclusión los participantes intercambian información, opiniones y conceptos relacionados con lo tratado en la sesión. En esta sesión existe mayor confianza para hablar de sus experiencias y sus pensamientos. Además existen nuevas cogniciones presentes que pueden ser evidenciadas en la interacción.

Sesión 7

La sesión empezó de forma normal con todo el grupo, inicialmente se realizó un resumen de las sesiones anteriores. La interacción antes del inicio es más fluida y espontánea entre los miembros del grupo. Los participantes se muestran interesados en las actividades. En esta sesión se consigue que los participantes trabajen en sus asunciones básicas y profundas cuestionando esquemas cognitivos lo cual se consigue con facilidad ya que es similar a como se trabajó en sesiones anteriores. Se evidencia un sentimiento de confianza en el grupo, satisfacción al liberar emociones y compartir en el grupo. En la etapa de conclusión se evidencian un nuevo significado a ciertas situaciones negativas.

Sesión 8

Se inició la sesión de manera puntual con la presencia de todos los miembros, quienes interactúan con mucha facilidad. Durante la sesión se muestran interesados y participativos. En la etapa de inclusión existe un ambiente dinámico y estimulante. En la confrontación una mejor capacidad para expresar emociones y además se trabaja en las habilidades de afrontamiento, se observa una descarga de información y perspectivas realistas. Para finalizar, se evidencia la interiorización de los aprendizajes recibidos y la práctica de los mismos mediante las técnicas ejecutadas.

Sesión 9

La sesión inicia a tiempo y con todos los participantes presentes. Se evidencia antes de iniciar la sesión a los miembros interactuar con facilidad y una buena cohesión grupal. Con conocimiento de los participantes se da por terminado el proceso terapéutico según lo previsto al cumplir los objetivos y la duración de la terapia. Al comienzo de la sesión los participantes se muestran entusiasmados y expectantes sobre la finalización del proceso. En la confrontación

se muestran concentrados y en armonía con las técnicas trabajadas. Existe integración entre los participantes. Además al finalizar la sesión se muestran emotivos, expresan su experiencia y agradecimiento.

Conclusiones del capítulo

En este capítulo se presentó el diseño metodológico y su procedimiento, el cual sirvió como guía para lograr los objetivos planteados. Igualmente se realizó una descripción del tipo de estudio, de la muestra seleccionada y de los instrumentos utilizados en esta investigación. Además, se detalló la propuesta terapéutica en cuanto a la selección de la muestra, la planificación, ejecución y evaluación de la misma. Esto fue útil para elaborar datos y formular resultados, los cuales serán expuestos en el capítulo siguiente.

Análisis de Resultados

3. Introducción

A continuación, presentaremos los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados en esta investigación. Partiremos del análisis cualitativo de datos, con un informe final que pretende determinar y evidenciar los beneficios alcanzados por medio de la terapia grupal cognitivo conductual. Después se realiza el análisis cuantitativo, en primera instancia, se muestran las características de la población en función de los datos sociodemográficos con el fin de determinar una perspectiva general sobre quienes participaron. Después se presenta la evaluación de los niveles de ansiedad que poseen los cuidadores primarios y además se muestra la relación con las variables sociodemográficas. En segunda instancia se presentan los resultados de los reactivos de los participantes del grupo terapéutico, seleccionados mediante muestreo no probabilístico, previo a la aplicación del proceso terapéutico. Luego se muestran los resultados de los reactivos de los participantes del grupo terapéutico posterior a la aplicación del proceso terapéutico y finalmente se presenta la comparación de los resultados pre-post prueba.

3.1 Análisis cualitativo

3.1.2 Resultados finales del proceso terapéutico

Luego de finalizar el proceso de terapia grupal cognitivo conductual se presenta a continuación los resultados obtenidos de una forma general. Dentro del informe se pretende evidenciar y detallar los avances y objetivos conseguidos por medio de las sesiones impartidas a 15 cuidadores primarios que padecían de ansiedad pertenecientes al Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay.

3.1.2.1 Informe final del proceso terapéutico grupal cognitivo-conductual

Al finalizar las sesiones de grupo con enfoque cognitivo conductual, se evidencio que el grupo tuvo buen funcionamiento, existió empatía entre el terapeuta y los integrantes, esto facilito la dinámica y los beneficios entre participantes.

Los sentimientos de identidad, esperanza, pertenecía, libertad, desahogo y confianza logrados por medio de la alianza terapéutica fueron evidenciados en los participantes, aportando de manera positiva en la cohesión grupal.

El grupo era heterogéneo en cuanto a edades y homogéneo en cuanto a ansiedad y realidad social. Los integrantes se enriquecieron con las intervenciones individuales, creando un sentimiento de universalidad y un sentido de pertenencia, lo cual fue confortante para muchos de ellos.

Los síntomas de ansiedad fueron visiblemente disminuidos mediante la enseñanza de técnicas cognitivo-conductuales, conjuntamente con el control de los mismos y las habilidades de afrontamiento, se logró que los cuidadores piensen antes de actuar y principalmente que evalúen el tipo de cogniciones que presentan.

Los objetivos trazados sesión por sesión fueron satisfactoriamente cumplidos, las terapias grupales inician con la comprobación del cumplimiento de tareas enviadas en sesiones anteriores, las mismas fueron cumplidas en su gran mayoría por todos los participantes

El grupo fue muy activo ya que hubieron participaciones constantes además con las sesiones los participantes aprendieron técnicas que les permite modificar pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad, pues conocen el circulo que causa en sus emociones y conductas, siendo ellos quienes tendrán mayor control sobre los mismos.

Finalmente, se trabajó sobre las habilidades de afrontamientos de problemas, de esta forma se consiguió fortalecer la capacidad de resiliencia para afrontar una situación conflictiva y la forma adecuada de hacerlo, disminuyendo el malestar y reforzando el control de sus pensamientos, emociones y conductas; además se cerró el taller mediante una serie de actividades dinámicas que permitieron a los participantes desvincularse del grupo de una manera sana.

3.2 Análisis cuantitativo

3.2.1 Caracterización de la muestra.

Al distribuir la población por sexos encontramos los siguientes resultados. Las mujeres representaban al 90% mientras que los hombres al 10%. En los datos estadísticos que conforman la edad la media en varones es 29 (SD 5,04) y mujeres 35 (SD 11,43). En cuanto al nivel de estudios encontramos un porcentaje alto en bachillerato completo en mujeres (66,67%) y varones (75%). En cuanto a composición familiar se encontraron porcentajes similares en familia nuclear, en mujeres (50%) y en varones (50%). En cuanto a vivienda, los varones presentan un mayor porcentaje (75%) en vivienda prestada, mientras que las mujeres (47,22%) en vivienda arrendada. En lo que corresponde a remuneración económica las mujeres presentan un alto porcentaje en la escala menor al básico (38,89%), mientras que los varones en la escala mayor al básico (75%). Finalmente se obtuvo que la mayor relación de parentesco entre los niños que padecen parálisis cerebral y los cuidadores corresponde a hijo(a), respectivamente en mujeres (91,67%) y en varones (75%). Para más datos remitirse a la Tabla 2.

Tabla 2
 Datos sociodemográficos distribuidos por sexos.

		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-29	3	75%	16	44,44%	19	47,5%
	30-39	1	25%	10	27,78%	11	27,5%
	40-49	0	0%	6	16,67%	6	15%
	50-59	0	0%	2	5,56%	2	5%
	60-65	0	0%	2	5,56%	2	5%
	Total		4	100%	36	100%	40
Nivel de Estudio	Educación Básica Completa	0	0%	5	13,89%	5	12,5%
	Educación Básica Incompleta	0	0%	1	2,78%	1	2,5%
	Educación Secundaria Incompleta	0	0%	1	2,78%	1	2,5%
	Bachillerato Completo	3	75%	24	66,67%	27	67,5%
	Nivel Tecnológico	0	0%	0	0,00%	0	0%
	Nivel Superior	1	25%	4	11,11%	5	12,5%
	Nivel Postgrado	0	0%	1	2,78%	1	2,5%
	Total		4	100%	36	100%	40
Composición Familiar	Familia Nuclear	2	50%	18	50,00%	20	50%
	Familia Extensa	1	25%	14	38,89%	15	37,5%
	Familia Monoparental	1	25%	4	11,11%	5	12,5%
	Otros	0	0%	0	0,00%	0	0
	Total		4	100%	36	100%	40
Vivienda	Propia	0	0%	10	27,78%	10	25%
	Arrendada	1	25%	17	47,22%	18	45%
	Prestada	3	75%	9	25,00%	12	30%
	Otro	0	0%	0	0,00%	0	0%
	Total		4	100%	36	100%	40
Remuneración Económica	Básico	1	25%	5	13,89%	6	15%
	Mayor Al Básico	3	75%	4	11,11%	7	17,5%
	Menor Al Básico	0	0%	14	38,89%	14	35%
	Sin Sueldo	0	0%	13	36,11%	13	32,5%
	Total		4	100%	36	100%	40
Parentesco	Hijo (a)	3	75%	33	91,67%	36	90%
	Hijastro (a)	0	0%	0	0,00%	0	0%
	Hermano (a)	1	25%	0	0,00%	1	2,5%
	Nieto (a)	0	0%	3	8,33%	3	7,5%
	Sobrino (a)	0	0%	0	0,00%	0	0%
	Primo (a)	0	0%	0	0,00%	0	0%
	Total		4	100%	36	100%	40

Fuente: Instrumentos aplicados
 Elaboración: Por el autor

3.2.2 Ansiedad.

Para una óptima explicación de los resultados obtenidos a este apartado lo dividiremos, comenzando con una explicación global, luego la distribución de acuerdo a las variables sociodemográficas y finalmente en base a los niveles educativos.

3.2.2.1 Distribución General Por Sexos.

A continuación, se describen los datos estadísticos que se obtuvieron en la Escala de Ansiedad de Beck a nivel general. Estos valores se calcularon teniendo en cuenta la distribución por sexos (ver Tabla 3).

Tabla 3
Distribución general por sexos.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	0	0%	4	11,11%	4	10%
Ansiedad Leve	0	0%	7	19,44%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	1	25%	12	33,33%	13	32,5%
Ansiedad Severa	3	75%	13	36,11%	16	40%
Total	4	100%	36	100%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

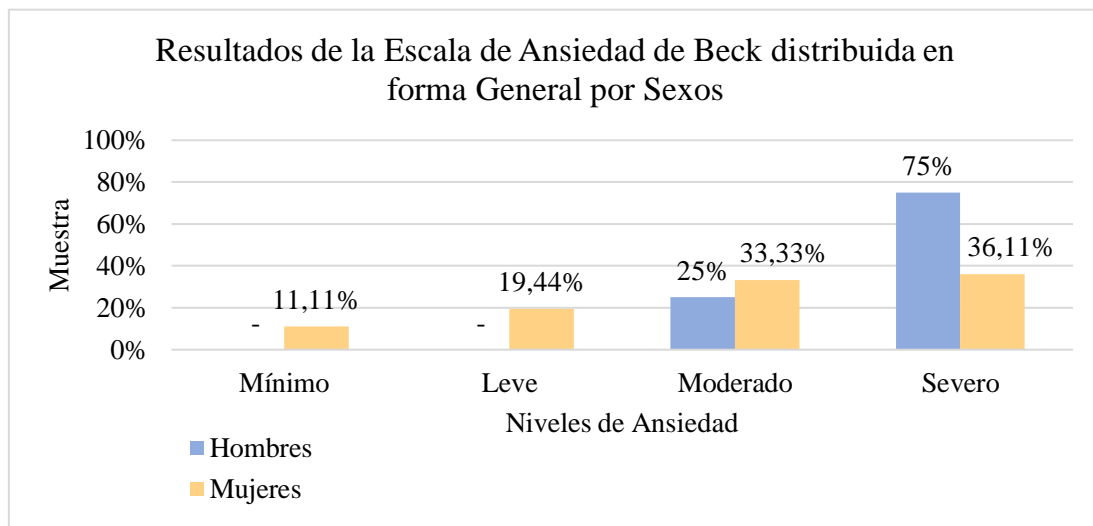


Figura II. Escala de Ansiedad de Beck distribuida en forma general por sexos.

Interpretación: se puede observar que los hombres presentan un alto porcentaje en ansiedad moderada (25%) y severa (75%), siendo similar en las mujeres donde se encuentra un alto porcentaje en ansiedad moderada (33,33%) y severa (36,11%) (véase Figura II).

3.2.3 Variables sociodemográficas y niveles de ansiedad en cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral.

3.2.3.1 Edad. Se observó que el rango de edad entre los 18-29 años presenta mayor número de casos dentro de ansiedad moderada (17,5%) y severa (20%). Los individuos entre 60-65 años evidenciaron los puntajes más bajos para ansiedad moderada y severa. Cabe mencionar que en el rango de edad 50-59 años, 1 de 2 sujetos presenta ansiedad severa (ver Tabla 4).

Tabla 4
Nivel de ansiedad y edad.

Nivel	Edad											
	18-29		30-39		40-49		50-59		60-65		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	2	5%	1	2,5%	0	0%	0	0%	1	2,5%	4	10%
Ansiedad Leve	2	5%	1	2,5%	2	5%	1	2,5%	1	2,5%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	7	17,5%	4	10%	2	5%	0	0%	0	0%	13	32,5%
Ansiedad Severa	8	20%	5	12,5%	2	5%	1	2,5%	0	0%	16	40%
Total	19	47,5%	11	27,5%	6	15%	2	5%	2	5%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

3.2.3.2 Nivel de estudios. Como se puede observar en la Tabla 5 sobre el nivel de años de estudio, se obtuvo que los sujetos que habían culminado el bachillerato presentaban un puntaje alto en niveles de ansiedad moderada (27,5%) y severa (30%) frente a los otros niveles.

Tabla 5
Nivel de ansiedad y niveles de estudio.

Nivel	Nivel de estudios													
	Básica Completa		Básica Incompleta		Secundaria Completa		Secundaria Incompleta		Superior		Postgrado		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%	2	5%	0	0%	4	10%
Ansiedad Leve	3	7,5%	1	2,5%	2	5%	0	0%	0	0%	1	2,5%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	0	0%	0	0%	11	27,5%	0	0%	2	5%	0	0%	13	32,5%
Ansiedad Severa	2	5%	0	0%	12	30%	1	2,5%	1	2,5%	0	0%	16	40%
Total	5	12,5%	1	2,5%	27	67,5%	1	2,5%	5	12,5%	1	2,5%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

3.2.3.3 Composición familiar. Como se evidencia en la Tabla 6 en el balance sobre el factor de composición familiar se encontró que aquellos individuos que pertenecían a una familia nuclear presentaban un alto puntaje en ansiedad severa (25%) y moderada (15%), de igual manera en la sección de familias extensas en ansiedad severa (12,5%) y moderada (12,5%), presentando los puntajes más bajos en el apartado de familia monoparental.

Tabla 6
Nivel de ansiedad y composición familiar.

Nivel	Composición familiar									
	Familia Nuclear		Familia Extensa		Familia Monoparental		Otros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	1	2,5%	2	5%	1	2,5%	0	0%	4	10%
Ansiedad Leve	3	7,5%	3	7,5%	1	2,5%	0	0%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	6	15%	5	12,5%	2	5%	0	0%	13	32,5%
Ansiedad Severa	10	25%	5	12,5%	1	2,5%	0	0%	16	40%
Total	20	50%	15	37,5%	5	12,5%	0	0%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

3.3.4 Vivienda. Como se puede observar los sujetos que arriendan una vivienda presentan un alto porcentaje en ansiedad severa (20%) y moderada (17,5), mientras que los individuos del apartado de vivienda prestada presentan un alto porcentaje en ansiedad severa (15%), siendo el apartado de vivienda propia el que corresponde a bajos porcentajes (observar Tabla 7).

Tabla 7
Nivel de ansiedad y tipo de vivienda.

Nivel	Vivienda									
	Propia		Arrienda		Prestada		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	2	5%	1	2,5%	1	2,5%	0	0%	4	10%
Ansiedad Leve	3	7,5%	2	5%	2	5%	0	0%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	3	7,5%	7	17,5%	3	7,5%	0	0%	13	32,5%
Ansiedad Severa	2	5%	8	20%	6	15%	0	0%	16	40%
Total	10	25%	18	45%	12	30%	0	0%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

3.3.5 Remuneración económica. Se evidencia en la Tabla 8 que los individuos que no tienen sueldo presentan un alto porcentaje en ansiedad severa (12,5%) y moderada (15%), mientras que en el apartado de menor al básico se encontró porcentajes altos en ansiedad severa (12,5%) y moderada (7,5%); presentando porcentajes bajos en el apartado de básico.

Tabla 8
Nivel de ansiedad y remuneración económica.

Nivel	Remuneración económica									
	Básico		Mayor al Básico		Menor al Básico		Sin Sueldo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	1	2,5%	1	2,5%	2	5%	0	0%	4	10%
Ansiedad Leve	1	2,5%	0	0%	4	10%	2	5%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	1	2,5%	3	7,5%	3	7,5%	6	15%	13	32,5%
Ansiedad Severa	3	7,5%	3	7,5%	5	12,5%	5	12,5%	16	40%
Total	6	15%	7	17,5%	14	35%	13	32,5%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaboración: Por el autor

3.3.6 Tipo de parentesco. Como se puede observar los individuos que tenían un parentesco de padres obtuvieron un alto porcentaje en ansiedad severa (40%) y moderada (30%), frente a los individuos que se encontraron en otros apartados (ver Tabla 9).

Tabla 9
Nivel de ansiedad y tipo de parentesco.

Nivel	Tipo de parentesco									
	Hijo(a)		Hijastro(a)		Hermano(a)		Nieta(a)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad Mínima	3	7,5%	0	0%	0	0%	1	2,5%	4	10%
Ansiedad Leve	5	12,5%	0	0%	0	0%	2	5%	7	17,5%
Ansiedad Moderada	12	30%	0	0%	1	2,5%	0	0%	13	32,5%
Ansiedad Severa	16	40%	0	0%	0	0%	0	0%	16	40%
Total	36	90%	0	0%	1	2,5%	3	7,5%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaboración: Por el autor

3.4 Distribución general por niveles.

En la Tabla 10, se detalla los datos estadísticos que se obtuvieron en la Escala de Ansiedad de Beck. Los valores se calcularon de acuerdo a las categorías de puntuación haciendo división de acuerdo a los niveles educativos antes redactados:

Tabla 10.
Distribución general por niveles.

Categorías	Ansiedad Mínima		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderado		Ansiedad Severo		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Inicial	0	0%	2	5%	3	7,5%	5	12,5%	10	25%
Académico	1	2,5%	1	2,5%	5	12,5%	3	7,5%	10	25%
Social	0	0%	0	0%	3	7,5%	7	17,5%	10	25%
Vocacional	3	7,5%	4	10%	2	5%	1	2,5%	10	25%
Total	4	10%	7	17,5%	13	32,5%	16	40%	40	100%

Fuente: Instrumentos aplicados
Elaboración: Por el autor

3.4.1 Distribución específica por niveles.

En la Figura III, se detallan los datos estadísticos que se obtuvieron en la Escala de Ansiedad de Beck. Los valores se calcularon de acuerdo a las categorías de puntuación haciendo división de acuerdo a los niveles educativos. Consiguiente se detallan específicamente.

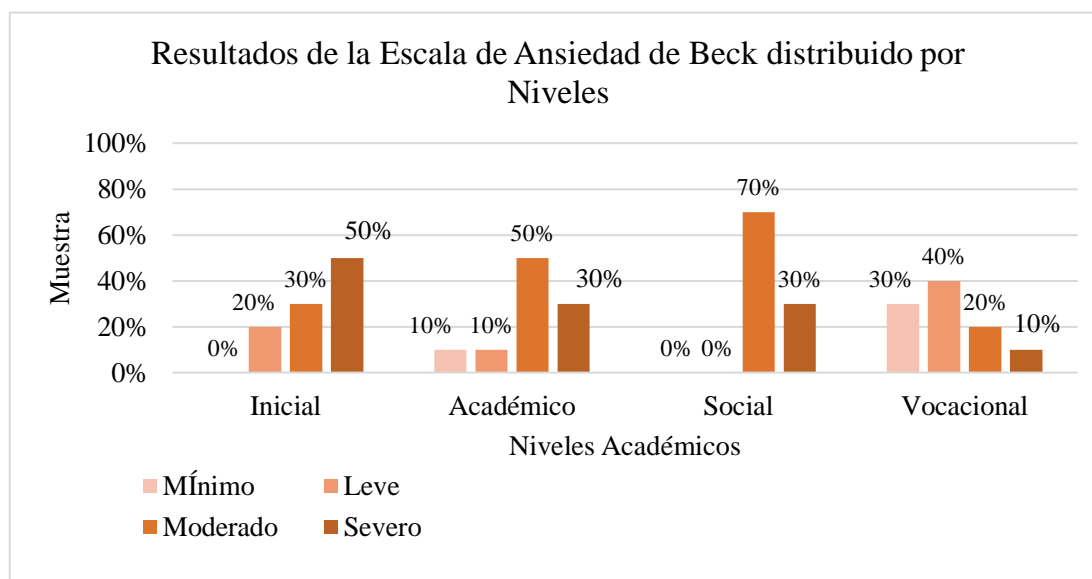


Figura III. Escala de Ansiedad de Beck distribuida de forma específica por niveles.

De acuerdo a la muestra compuesta por 40 individuos, siendo 10 sujetos por cada nivel educativo, en su totalidad 4 niveles, se obtuvo que la mayor parte de la población se encontraba presentando un nivel de ansiedad severo, tanto en varones (75%) como en mujeres (36,11%). En cuanto a los niveles educativos, se obtuvieron resultados similares en ansiedad severa para los niveles inicial (12,5) y social (17,5); se obtuvo un alto porcentaje de ansiedad moderada en el nivel académico (12,5), siendo diferente solo en el nivel vocacional, donde se obtuvo el mayor porcentaje en ansiedad leve (10%). Finalmente, se escogieron 15 participantes del taller según los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente.

3.5 Resultados de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Beck a los participantes previo al proceso terapéutico.

El test fue aplicado para conocer el nivel de ansiedad antes de la aplicación del programa terapéutico.

Resultados por puntuación individual

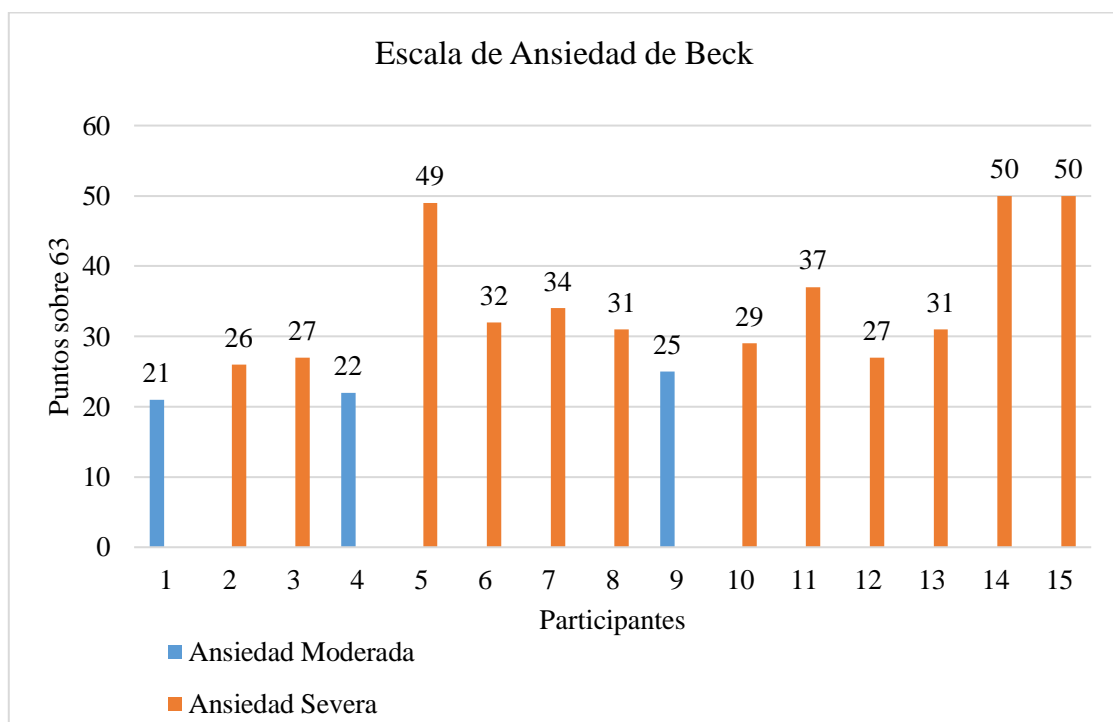


Figura IV. Escala de Ansiedad de Beck previo al proceso terapéutico.

Interpretación: se puede observar que alrededor de 3 participantes presentan niveles de ansiedad moderada siendo la más alta 25 sobre una puntuación de 63, mientras que un número de 12 individuos presentan ansiedad severa siendo la más alta 50 sobre una puntuación de 63 (observar Figura IV).

3.6 Resultados de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Zung posterior a la aplicación del proceso terapéutico

El test fue aplicado para conocer el nivel de ansiedad después de la aplicación del programa terapéutico.

Resultados por puntuación individual

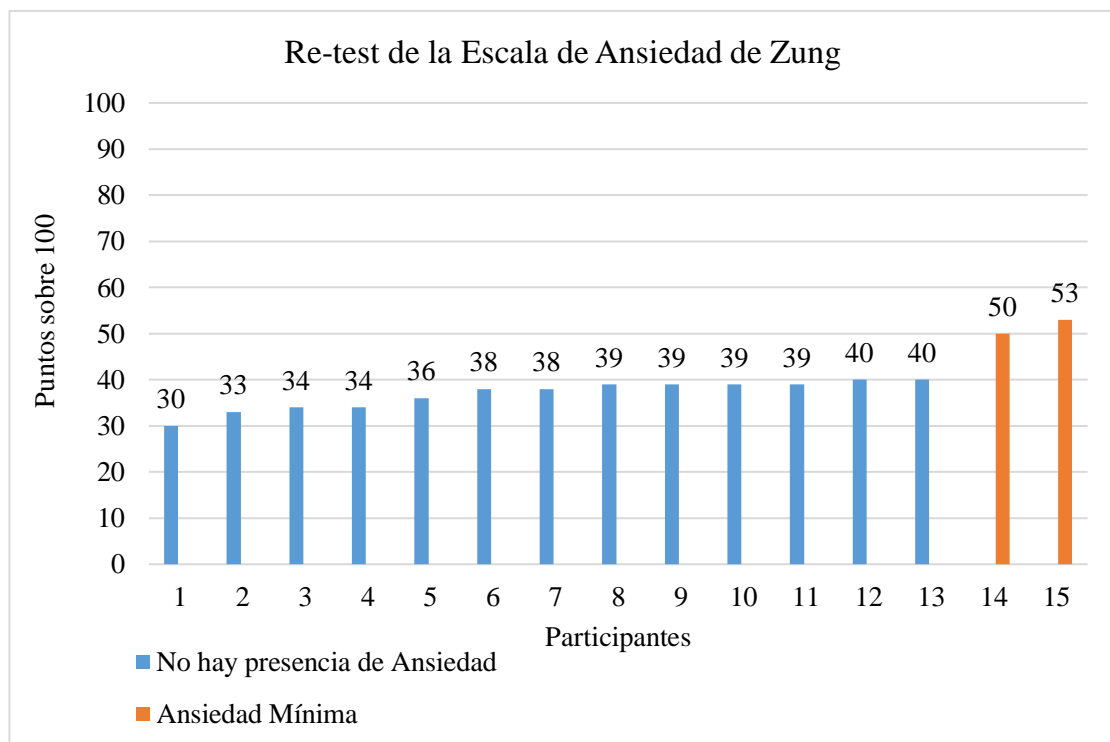


Figura V. Escala de Ansiedad de Zung posterior al proceso terapéutico.

Interpretación: se puede observar que alrededor de 13 participantes no presentan ansiedad siendo la más alta 40 sobre una puntuación de 100, mientras que un número de 2 individuos presentan ansiedad mínima siendo la más alta 53 sobre una puntuación de 100 (ver Figura V).

3.7 Resultados de la comparación del Test vs Re-Test

Comparación de datos

Tabla 11.

Comparación Test vs Re-Test.

	Test: Escala de Ansiedad de Beck		Re-test: Escala de Ansiedad de Zung	
	Puntuación sobre 63		Puntuación sobre 100	
	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad Mínima	No hay presencia
Participante 1	21			30
Participante 2		26		33
Participante 3		27		34
Participante 4	22			34
Participante 5		49		36
Participante 6		32		38
Participante 7		34		38
Participante 8		31		39
Participante 9	25			39
Participante 10		29		39
Participante 11		37		39
Participante 12		27		40
Participante 13		31		40
Participante 14		50	50	
Participante 15		50	53	

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaboración: Por el autor

Interpretación: Como se puede evidenciar en la Tabla 11, 13 de los participantes disminuyeron su nivel de ansiedad de forma total, mientras que 2 solo presentan un nivel de ansiedad mínima, el cual es relativamente bajo.

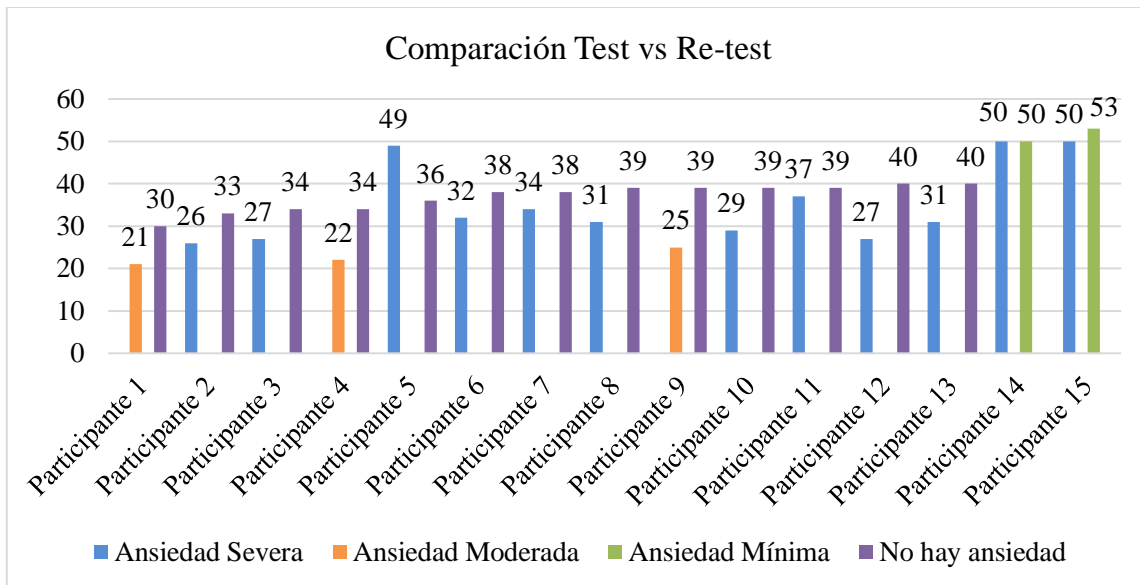


Figura VI: Comparación Test vs Re-test

Interpretación: dentro de esta comparación cabe resaltar que la Escala de Ansiedad de Beck se puntúa sobre 63 mientras que el Test de Ansiedad de Zung se puntúa sobre 100. Es así que tomando en cuenta los resultados obtenidos se puede observar que 3 (20%) de los participantes (1,4,9) que presentaban inicialmente ansiedad moderada muestran en el re-test no hay ansiedad, 10 (67%) de los participantes (2,3,5,6,7,8,10,11,12,13) que evidenciaban ansiedad severa presentan en el re-test no hay ansiedad, y finalmente 2 (13%) de los participantes (14,15) que presentaban ansiedad severa evidencian con el re-test ansiedad mínima (ver Figura VI).

3.7.1 Comparación Test vs Re-test de la Escala de Ansiedad de Beck

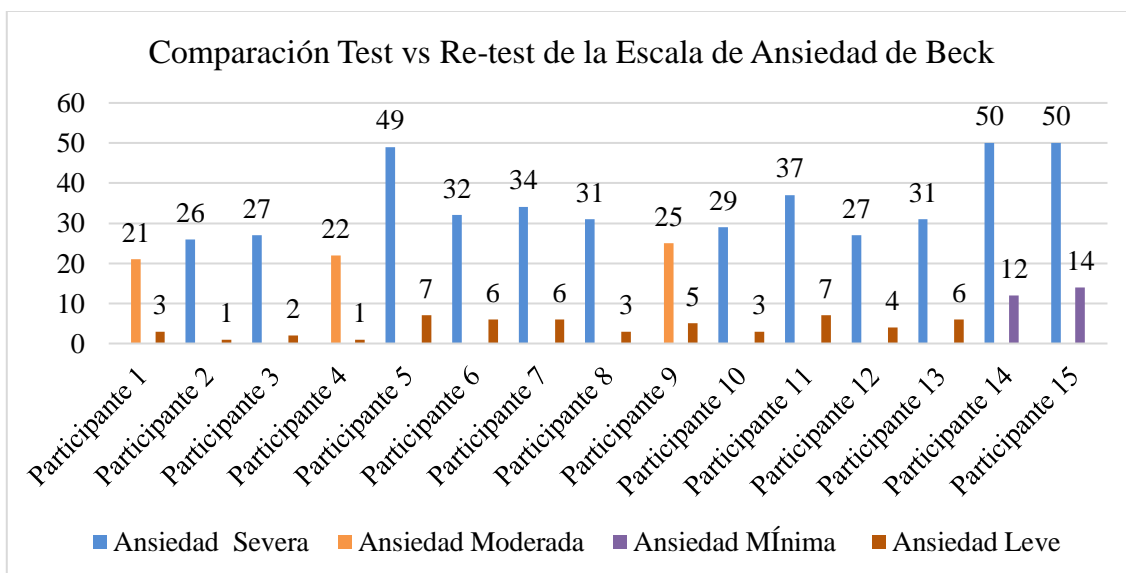


Figura VII. Comparación Test vs Re-test de la Escala de Ansiedad de Beck

Interpretación: Como se puede evidenciar en la Figura 8, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Beck, encontramos que inicialmente 3 (20%) de los participantes (1,4,9) que presentaban ansiedad moderada mostraron en el re-test ansiedad leve, 10 (67%) de los participantes (2,3,5,6,7,8,10,11,12,13) que presentaban ansiedad severa mostraron en el re-test ansiedad leve y finalmente 2 (13%) de los participantes (14,15) presentaban ansiedad severa evidenciaron en el re-test ansiedad mínima (ver Figura VII).

Conclusiones del capítulo

A lo largo de este capítulo se presentó el análisis estadístico de los resultados cualitativos y cuantitativos, logrando los objetivos propuestos inicialmente para esta investigación.

En cuanto a los resultados cualitativos conseguimos resaltar la validez e importancia de la terapia grupal con técnicas cognitivo conductuales; de esta manera los cuidadores primarios se beneficiaron en la modificación de pensamientos disfuncionales relacionados con la ansiedad. Los aprendizajes fueron significativos y duraderos, la experiencia que obtuvieron al formar parte de un universo de aprendizaje que enseña cómo superar síntomas de ansiedad y las técnicas empleadas hace que estos participantes sean beneficiados. Es importante resaltar que se estableció cohesión en el grupo que permitió mantener un entorno de confianza y aprendizaje.

En cuanto a los resultados cuantitativos, los datos evidenciaron que existe un gran porcentaje de cuidadores primarios tanto varones como mujeres que presentan altos grados de ansiedad (72,5%) sin embargo, cabe resaltar que absolutamente todos los individuos mostraron algún nivel de ansiedad (100%).

Dentro de los resultados donde se comparaban los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios con los datos sociodemográficos se encontró que los cuidadores primarios que presentaban altos grados de ansiedad son mujeres (90%), con una edad entre 18-29 años

(27,5%), concluyeron el bachillerato (57,5%), pertenecen a familias nucleares (40%), arriendan una vivienda (37,5%), no tienen remuneración económica (27,5%) y ejercen un rol de padres con los niños que padecen parálisis cerebral (70%).

El principal objetivo de este estudio era reducir los niveles de ansiedad presentes en los cuidadores primarios por medio de la terapia grupal con enfoque cognitivo-conductual, lo cual fue demostrado en esta investigación pues el 100% de los participantes evidenciaron una disminución en sus niveles de ansiedad posterior al proceso terapéutico.

Es así que previo al proceso terapéutico 3 de los participantes presentaban niveles de ansiedad moderada mientras que los 12 individuos restantes mostraban grados de ansiedad severa y posterior al proceso terapéutico se pudo observar que según el Test de Ansiedad de Beck alrededor de 13 de los participantes no presentan ansiedad mientras que 2 individuos presentan ansiedad mínima y según la Escala de Ansiedad de Beck alrededor de 13 de los participantes presentan ansiedad leve mientras que 2 individuos presentan ansiedad mínima.

Discusión

En el presente estudio se evaluó el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en cuidadores primarios con ansiedad de niños con parálisis cerebral. Los objetivos planteados inicialmente en la investigación fueron las directrices para esta tesis donde se pretendió incluir los diferentes ámbitos que pudieran estar relacionados con la temática del presente estudio.

En cuanto a las variables sociodemográficas es importante resaltar que en el presente estudio se encontró que la población con mayores niveles de ansiedad son mujeres (90%), se ubican en un rango de edad entre 18-29 años (27,5%), concluyeron el bachillerato (57,5%), pertenecen a una familia nuclear (40%), arriendan su vivienda (37,5%), no tienen remuneración económica (27,5%) y cuyo parentesco con los niños que presentaban parálisis cerebral es el rango de padres (70%), lo cual concuerda con investigaciones similares como un estudio titulado “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer” escrito por Morocho Romero & Mosquera Roja (2019) donde se encontró que los cuidadores primarios que presentaban ansiedad tenían un rango de edad de 18-35 años (51,6%), eran mujeres (80,6%) y habían culminado la secundaria (40,3%).

En otra investigación realizada por Martínez López, Ramos del Río, Robles Rendón, Martínez González, & Figueroa López (2012) titulada “Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa” se encontró que la relación de los cuidadores primarios era de padres de los niños con parálisis cerebral (100%). Finalmente en otro estudio denominado “Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta” escrito por Ortiz Claro, Lindarte Clavijo, Jiménez Sepúlveda, & Vega Angarita (2013) se obtuvo que los cuidadores

primarios con niveles de ansiedad se encontraban en una precaria situación económica (91,7%) y pertenecían a una familia nuclear (57,9%) como en la presente investigación.

Partiendo con el objetivo general que fue evaluar el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en cuidadores primarios con ansiedad de niños con parálisis cerebral. Los resultados evidenciaron que el 100% de individuos disminuyeron los niveles de ansiedad presentes por medio de la terapia grupal cognitivo-conductual. Similares resultados se obtuvieron en investigaciones semejantes; según Espín Andrade (2011) en un artículo titulado “Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia” refirió que este tipo de programas permiten disminuir los problemas emocionales del cuidador y también del enfermo; además según Baeza Moreno, Rivera Hidalgo, & Lechuga Correa (2016) en un estudio titulado “Programa psicoeducativo para reducir la ansiedad en familiares de pacientes oncológicos” se obtuvo que alrededor del 65% de cuidadores primarios disminuyeron sus niveles de ansiedad, entonces como podemos ver esta investigación también aportó con resultados eficientes.

Tomando como punto de partida el primer objetivo específico el cual hace referencia a identificar los niveles de ansiedad presentes en el grupo experimental de los cuidadores primarios de los individuos con parálisis cerebral, se pudo constatar en los resultados estadísticos que aunque el 100% de los sujetos mostraba algún grado de ansiedad, el 40% de estos individuos se encontraban con el mayor porcentaje presentando ansiedad severa. Citando a Hernández-Cantú et al (2017) en un estudio publicado en la revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, manifiesta que el cuidador primario se ve expuesto a un gran deterioro en su salud en vista de las excesivas responsabilidades que el cuidado implica, conllevando a ocasionar una serie de conflictos que afectan la armonía física, emocional y socioeconómica dentro de los cuales encontramos dificultades psicológicas como la ansiedad,

además estadísticas de esta publicación demostraron que el 36% de los sujetos participantes evidenciaron presencia de ansiedad.

También ha sido corroborado en diversas investigaciones resultados similares a los del presente estudio en referencia a este objetivo; en la misma revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en la investigación denominada “Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados” escrita por Cedillo-Torres, Grijalva, Santaella-Hidalgo, Cuevas-Abad & Pedraza-Avilés (2015) se encontró que alrededor del 50% de los casos presentaba ansiedad entre moderada y severa; de igual manera tomando como referencia el artículo titulado “Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer” realizado por Montero Pardo, Jurado Cárdenas & Méndez Venegas (2014) se obtuvo que alrededor del 46% de individuos presentaban ansiedad entre moderada y severa.

Consiguiente, al señalar el segundo objetivo específico planteado, el cual hace referencia a diseñar y aplicar una propuesta de terapia grupal cognitivo conductual al grupo experimental de los cuidadores primarios de los individuos con parálisis cerebral. Se puede corroborar en las sesiones de intervención del cuidador primario la propuesta diseñada y aplicada, la cual se estructuró tomando en consideración investigaciones que presentaban propuestas terapéuticas similares y cuyos resultados demostraron ser positivos, estas son mencionadas por Pérez Alvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez & Amigo Vázquez (2013) en su libro “Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces”. En una investigación titulada “Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual” escrita por Montero Pardo et al (2012) se encontró que el 70% de los cuidadores primarios disminuyeron su ansiedad global a través de la aplicación de una intervención semejante.

Además, cabe destacar que se seleccionó a la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual ya que existen aseveraciones sobre el impacto positivo que causa esta intervención en los individuos, es así que, según estudios realizados por Clark & Beck (2010) en el artículo “Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings [Teoría cognitiva y terapia de ansiedad y depresión: convergencia con hallazgos neurobiológicos]” y por Jokić-Begić (2010) en el artículo titulado “Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: towards closer integration [Terapia cognitivo-conductual y neurociencia: hacia una integración más estrecha]” se encontró que la terapia cognitivo conductual para la ansiedad es efectiva ya que modifica ciertos procesos cerebrales que están relacionadas con el trastorno de ansiedad; además, según Sales, Pardo Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons & Meléndez (2015) esta propuesta causa efectos como “reestructurar el contexto del sujeto, lograr una mayor adaptación y mejorar las diferentes redes de apoyo social” (pág. 171).

Finalmente, al tomar en consideración el último objetivo específico, el cual se refiere a comparar los resultados pre-post prueba obtenidos luego de la aplicación de la terapia grupal cognitivo conductual y de las escalas de ansiedad en el grupo experimental, se encontró en los resultados que el 100% de cuidadores primarios que participaron en la propuesta terapéutica mostrando altos porcentajes en ansiedad moderada (20%) y severa (80%) disminuyeron los niveles de ansiedad después de la aplicación de la intervención terapéutica, evidenciando ansiedad mínima (13,3%) y sin presencia de ansiedad (86,6%); esta comparación es necesaria ya que, según el libro escrito por Hernández Sampier (2010) titulado “metodología de la investigación”, en este diseño metodológico pre-experimental es imprescindible aplicar una prueba previa y posterior al tratamiento experimental para conocer el efecto que causa.

Además, en el artículo titulado “Diseños pre-experimentales en psicología y educación: Una Revisión Conceptual” escrito por Salas Blas (2013) se resalta la importancia de usar el diseño pre-experimental, pues aunque presenta ciertas limitaciones, este es el único aplicable en determinados estudios académicos y con cierto tipo de población con características específicas, lo cual es común en el ámbito psicológico; así mismo, se menciona que las consideraciones éticas son relevantes en este tipo de diseños que no requieren un grupo de control libre de tratamiento, que en esta investigación corresponde a la intervención grupal cognitivo conductual.

CONCLUSIONES

De acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck, el cual clasifica el nivel de severidad en cuatro rangos; ansiedad mínima, leve, moderada y severa, siendo los dos últimos aquellos que presentan sintomatología ansiógena para atención clínica. Se encontró que en general los cuidadores primarios presentan niveles de ansiedad, sin embargo concretamente se encontró que alrededor del 70% puntuaron dentro de los dos últimos niveles, de los cuales el 37,5% fue seleccionado para la aplicación de la terapia.

Por otra parte, respecto a las variables sociodemográficas, la población que se ubica en un rango de edad entre 18-29 años presenta mayor incidencia de ansiedad para atención clínica. Además, se encontró en la variable de estudios que los individuos que habían culminado el bachillerato presentaban puntajes altos en el BAI, de igual manera la puntuación fue alta para los individuos que pertenecían a una familia nuclear, arrendaban su vivienda y no tiene remuneración económica.

También cabe destacar que dentro del análisis de resultados, se encontró que frecuentemente los cuidadores primarios son mujeres como lo indican los resultados 90%, además la relación de parentesco entre cuidadores primarios e individuos enfermos es principalmente de padres e hijos, lo que coincide con las respuestas en este estudio 90%.

Además cabe resaltar que la propuesta terapéutica a nivel grupal con enfoque cognitivo conductual conformada por 9 sesiones y mediante el uso de técnicas eficaces, ha demostrado ser efectiva en la reducción de los niveles de ansiedad como se puede observar en los resultados de la presente investigación, existiendo disminución en los grados de ansiedad de absolutamente todos los participantes del grupo terapéutico (100%).

Las sesiones de intervención terapéutica utilizaron una serie de estrategias que, mediante la práctica constante de los participantes, impulsaron a la identificación y reestructuración cognitiva; además, se logró generar cohesión y movilidad grupal a través de la interacción entre participantes y con el terapeuta, consiguiendo de esta manera los resultados aspirados en esta investigación. También cabe resaltar que se cumplieron los objetivos planteados en la propuesta terapéutica, y la terapia grupal cognitivo conductual fue un instrumento fundamental como método de intervención debido a sus fortalezas como: sentimientos de universalidad, pertenencia y escucha, lo cual permitió generara una red de apoyo que sirvió como mecanismo de ayuda y autoanálisis de pensamientos.

Finalmente, según la Escala de Ansiedad de Zung, el cual categoriza el rango de severidad en cuatro niveles; sin presencia de ansiedad, ansiedad mínima, ansiedad moderada y ansiedad grave; donde los dos primeros señalan la ausencia de síntomas de ansiedad que requieran atención clínica. Se obtuvo en este estudio que el 100%, es decir 15 de los participantes posterior al proceso terapéutico se ubicaron dentro de los niveles con menor severidad, como es ansiedad mínima 2 (13,3%) participantes y no hay presencia de ansiedad 13 (86,6%) participantes.

Además, tomando en cuenta los resultados de la Escala de Ansiedad de Beck se encontró que en general el 100% de los cuidadores primarios presentan disminución en los niveles de ansiedad, sin embargo concretamente se encontró que inicialmente 3 (20%) de los participantes que presentaban ansiedad moderada mostraron en el re-test ansiedad leve, 10 (67%) de los participantes que presentaban ansiedad severa mostraron en el re-test ansiedad leve y finalmente 2 (13%) de los participantes presentaban ansiedad severa evidenciaron en el re-test ansiedad mínima.

RECOMENDACIONES

Debido a la falta de investigaciones referentes al tema propuesto se recomienda llevar a cabo estudios similares con otras variables como depresión o estrés, con el fin de conocer mayor información sobre el tema planteado.

En vista de la gran acogida y el interés demostrado por la población de estudio, se aconseja brindar charlas preventivas sobre la ansiedad. Se sugiere por los resultados obtenidos, continuar las terapias grupales con el objetivo de mantener los niveles de ansiedad estables y lograr el bienestar emocional en los cuidadores primarios.

Además, se recomienda implementar talleres vivenciales enfocados en la terapia grupal cognitivo conductual que ha evidenciado resultados positivos, para los cuidadores primarios que no participaron en el proceso terapéutico de la presente investigación, y también se sugiere explorar otras propuestas terapéuticas que puedan trabajar paralelamente para conseguir mejorar el estado de salud mental en los cuidadores primarios.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Losada, M. M.-G.-M. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts [Mecanismos de acción de una intervención psicológica para cuidadores de demencia]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1119-1127.
- Acosta Rosero, J. V. (2017). *Prevención del síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en la clínica menydia de Tulcán*. Tulcán: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Baeza Moreno, R., Rivera Hidalgo, M. L., & Lechuga Correa, E. M. (2016). Programa psicoeducativo para reducir la ansiedad en familiares de pacientes oncológicos. *Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer*, p.p.
- Cano Vindel, A., & Dongil Collado, E. (2019). La ansiedad. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, p.p.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J., & Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 24.
- Casañas, R. (2010). Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: Intervención enfermera. *Revista de enfermería de salud mental*, 2.
- Cedillo-Torres, A. G., Grijalva, M. G., Santaella-Hidalgo, G. B., Cuevas-Abad, M., & Pedraza-Avilés, A. G. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del

- cuidador primario de pacientes postrados. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 362.
- Cerda de la Torre, G. G., & Castellanos Valencia, A. (2011). Terapia cognitivo-conductual grupal en madres deprimidas de niños con parálisis cerebral en rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 92.
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Scientific Electronic Library Online*, p.p.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de la ansiedad*. New York, USA: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings [Teoría cognitiva y terapia de ansiedad y depresión: convergencia con hallazgos neurobiológicos]. *Trends in Cognitive Sciences*, 420.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 150.
- Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 52.
- Cruz, S. (2009). Psicoterapia Cognitiva Conductual Grupal para reducir niveles de ansiedad en un grupo de madres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista. *Redalyc*, 200.

- Díaz Santos C, S. V. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 24.
- Domínguez Rodríguez, L. (2016). Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes : carga y afrontamiento del estrés . *Biblioteca Universitario Huelva*, 14.
- Espín Andrade, A. M. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Facultad de Salud*, 11.
- Flóres Restrepo, C. M., & Jiménez Arcila, A. L. (2017). *Terapia Grupal, Modelo de A.Beck, y Depresión; Un Relacionamiento* . Medellín: Universidad de Antioquia.
- Flores Villavicencio, M. E., Fuentes Laguna, H. L., González Pérez, G. J., Meza Flores, I. J., Cervantes Cardona, G. A., & Valle Barbosa, M. A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Revista Científica de enfermería*, 3.
- Freitag, V. L., Milbrath, V. M., & Motta., M. d. (2018). Madre-cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral: El cuidado de sí misma. *Revista electronica trimestral de enfermería*, 326-327.
- García Núñez, R., & Bustos Silva, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 5-6.
- Garrido Dardón, E. M. (2014). Centro de Capacitación y atención a niños y niñas con parálisis Cerebral. *Universidad de San Carlos de Guatemala*, 8-9.
- Gómez-López, S., Jaimes, V. H., Palencia Gutiérrez, C. M., Hernández, M., & Guerrero, A. (2013). Parálisis Cerebral Infantil. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 31-32.

- González, E. (2015). *Recopilación 456 juegos y dinámicas de integración grupal*. Madrid: Caladum.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería . *Revista Cuidarte*, 751.
- Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K., Villegas-García, V. E., & Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 214.
- Jokić-Begić, N. (2010). Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: towards closer integration [Terapia cognitivo-conductual y neurociencia: hacia una integración más estrecha]. *Original scientific paper*, 241.
- Landa-Ramírez, E., Greer, J. A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S., & Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 154.
- Londoño Salazar, M. (2017). The importance of cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of mental disorders. *Reflexiones sobre la ética del psicólogo*, 143.
- López-Cerón, A. B. (2011). Autonomía personal y situación de dependencia conceptos básicos. *Servicios para la prevención y atención a la dependencia*.

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Scientific Electronic Library Online*, p.p.

Lucero Taguada, S. G. (2013). *“Hidrokinestoterapia en la discapacidad motora de origen cerebral (parálisis cerebral infantil) en niños de 3 a 8 años que asisten a la fundación de rehabilitación de niños especiales de san miguel de salcedo funesami, en el periodo marzo – agosto 2012”*. Ambato: Trabajo estructurado de manera independiente.

Luzuriaga Bonilla, J. P. (2017). *Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al área de salud n°3 de la ciudad de Loja periodo 2016*. Loja: Universidad Nacional de Loja.

Martínez Cepero, F. E. (2012). Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisicúaba". Los Sitios, Centro Habana. *SciELO*, p.p.

Martínez González, G. I. (2018). Placa dentobacteriana en pacientes con capacidades diferentes. *Revista Oficial de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad autónoma de Zacatecas*, 940.

Mejía Cherrez, A. E., & Tenemaza Ortega, C. S. (06 de 2018). *dspace.ucuenca.edu.ec*.
Obtenido de *dspace.ucuenca.edu.ec*:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31043/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., & Méndez Venegas, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*, 49.
- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Robles García, R., Aguilar Villalobos, J., Figueroa López, C. G., & Méndez Venegas, J. (2012). Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina*, 121.
- Montiel-Castillo, V. E., & Guerra-Morales, V. M. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 326-327.
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Scientific Electronic Library Online*, p.p.
- Orozco-Gómez, Á. M., Eustache-Rodríguez, V., & Grosso-Torres, L. M. (2012). Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares. *Dialnet*, 78.
- Peig Martí, M., Moreno Gallego, J., Escoda Pellisa, M., Mora López, G., Anento Nolla, S., Marsà Fadurdo, C., . . . Franch Llasat, R. (2011). Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica. *Asociación española de enfermería en urología*, 16-17.
- Pérez Alvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Piramide.

- Pérez Ayesa, A. (2016). Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar. *Scielo*, 19.
- Poves Oñatea, S., Romero Gamero, R., & Vucínovich, N. (2009). Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 415.
- Prieto Matesanz, S. (2014). Propuesta de un programa de educación para la salud para familiares de niños con trastorno del espectro autista. *Redalyc*, 11.
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 252.
- Ribéa, J. M., Mercadala, J., Carrión, A., Sánchez, J., Ramilansa, C., & Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, p.p.
- Rivera, S. (29 de 09 de 2014). Diario Libre. *La parálisis cerebral afecta a 17 millones de personas en el mundo*, pág. p.p.
- Romero Calderón, M. I. (2018). Intervención Cognitiva Conductual para Ansiedad en Niños y Adolescentes para la reducción de Ataques Asmáticos. *repositorio*, 20.
- Ruíz, M. d., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnica de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Ruíz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 27.

- Salas Blas, E. (2013). Diseños preexperimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Revista de Psicología*, 139.
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 171.
- SAPCS. (2017). *Guía para el seguimiento de parálisis cerebral en atención primaria*. Castilla: Leonesa.
- Stallard, P. (2010). *Pensar bien, sentirse bien*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 179.
- Velázquez Pérez, Y., & Espín Andrade, A. M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Scielo*, 5.
- Ventura Bances, M. P. (2010). Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 49.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica

Información General

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Fecha.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Género

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino
--------------------------------------	-------------------------------------

Edad: _____ años cumplidos

Años de estudio

1 <input type="checkbox"/> educación básica completa	5 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico
2 <input type="checkbox"/> educación básica incompleta	6 <input type="checkbox"/> nivel superior
3 <input type="checkbox"/> educación secundaria incompleta	7 <input type="checkbox"/> nivel postgrado
4 <input type="checkbox"/> bachillerato completo	

¿Quiénes viven con usted?

1 <input type="checkbox"/> Familia nuclear	3 <input type="checkbox"/> Familia monoparental
2 <input type="checkbox"/> Familia extensa	4 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....

¿Qué tipo de vivienda tiene?:

1 <input type="checkbox"/> Propia	3 <input type="checkbox"/> Prestada
2 <input type="checkbox"/> Arrienda	4 <input type="checkbox"/> Otro

¿Qué remuneración económica tiene usted?

1 <input type="checkbox"/> Básico	3 <input type="checkbox"/> Menor al básico
2 <input type="checkbox"/> Mayor al básico	4 <input type="checkbox"/> Sin sueldo

¿Qué tipo de parentesco tiene con la persona que padece parálisis cerebral?

1 <input type="checkbox"/> Hijo (a)	5 <input type="checkbox"/> Sobrino (a)
2 <input type="checkbox"/> Hijastro (a)	6 <input type="checkbox"/> Primo (a)
3 <input type="checkbox"/> Hermano (a)	7 <input type="checkbox"/> Otros.....
4 <input type="checkbox"/> Nieto (a)	

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON PADRES DE INDIVIDUOS CON PARALISIS CEREBRAL DEL INSTITUTO DE PARALISIS CEREBRAL DEL AZUAY.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EFECTOS DE LA TERAPIA GRUPAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es tomar la decisión de participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

El representante ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *evaluar el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en cuidadores primarios con ansiedad de niños con parálisis cerebral.*

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta se le aplicarán varios test: Escala de ansiedad de Beck, Test ansiedad de Zung y una intervención grupal con técnicas cognitivo conductual. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de 3 horas además la intervención terapéutica se llevara a cabo durante 2 meses y serán aplicadas por psicólogos clínicos.

Las profesionales responsables de estas evaluaciones es la estudiante en psicología clínica María Emilia González.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Departamento de Psicología, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted o para su familia

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase al Doctor Hernán Tenorio, al correo electrónico hernan.tenorio1@gmail.com o al celular 0999428873.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante menor de edad: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Dr. Hernán Tenorio.

Investigador Responsable.

17 de Junio del 2019

Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4. Escala de Ansiedad de Zung

Escala de Ansiedad de W. W. K. Zung

Lea los siguientes ítems y señale los que le han afectado últimamente.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

**TABLA PARA CONVERTIR LA SUMA TOTAL EN EL INDICE EAA
(TEST DE ANSIEDAD
DE ZUNG).**

SUMA TOTAL	INDICE EAA	SUMA TOTAL	INDICE EAA	SUMA TOTAL	INDICE EAA	SUMA TOTAL	INDICE EAA
20	25	36	45	48	60	60	75
21	26	37	46	49	61	61	76
22	28	38	48	50	63	62	78
23	29	39	49	51	64	63	79
24	30	40	50	52	65	64	80
25	31	41	51	53	66	65	81
26	33	42	53	54	68	66	83
27	34	43	54	55	69	67	84
28	35	44	55	56	70	68	85
29	36	45	56	57	71	69	86
30	38	46	58	58	73	70	88
31	39	47	59	59	74	71	89
32	40					72	90
33	41					73	91
34	43					74	92
35	44					75	94
						76	95
						77	96
						78	98
						79	99
						80	100

INDICE EAA	IMPRESIÓN GLOBAL DE EQUIVALENCIA CLÍNICA
Debajo de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45-59	Presencia de ansiedad mínima a moderada.
60-74	Presencia de ansiedad marcada a severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

Anexo 5. Fotos



Ilustración 1. Aplicación de fichas y escalas.



Ilustración 2. Actividad de la sesión 1



Ilustración 3. Actividad de la sesión 2



Ilustración 4. Actividad de la sesión 3



Ilustración 5. Actividad de la sesión 4



Ilustración 6. Actividad de la sesión 5

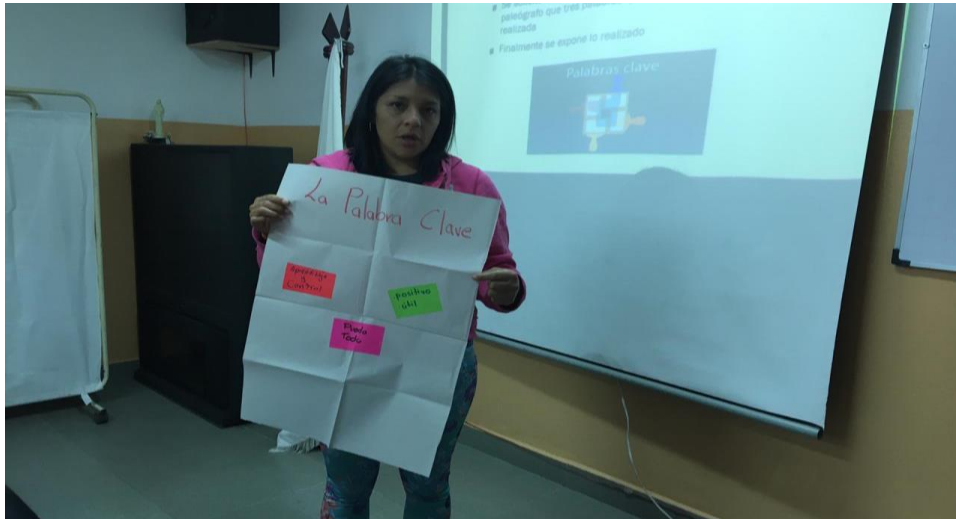


Ilustración 7. Actividad de la sesión 6



Ilustración 8. Actividad de la sesión 7



Ilustración 9. Actividad de la sesión 8



Ilustración 10. Actividad de la sesión 9



Ilustración 11. Aplicación del re-test

Oficio No.324-19-FF-UDA

Santa Ana de los Ríos de Cuenca, 15 de julio del 2019

Mst. María Cecilia Salazar I. (Directora)

Mst. Alexandra Bueno P. (Tribunal)

Mst. Mario Moyano M. (Tribunal)

Ciudad.

De mi consideración:

Con fecha 11 de julio de 2019 el Consejo de Facultad aprobó el diseño de trabajo de grado titulado **“EFECTOS DE LA TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS CON NIÑOS QUE PADECEN PARÁLISIS CEREBRAL”** de la estudiante: **María Emilia González Salto.**

El plazo que deberá transcurrir para la presentación del trabajo de titulación es de 6 meses.

La señorita: María Emilia González Salto: **no finaliza los estudios hasta la presente fecha.**

La interesada está en la obligación de entregar al Director (a), de tesis copia del diseño aprobado.

Atentamente,

Mst. Ramiro Laso Bayas
Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante (s)
Junta Académica PCL