



**UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS**  
**Decanato de Postgrado y Maestría**

**Trabajo de Grado para optar por el título de Maestría**  
**en Psicología Clínica con Psicoterapia Integrativa**

Tesis

Psicoterapia grupal y síntomas de ansiedad en docentes que laboran  
en áreas de difícil acceso

Presentado Por:  
Pineda Díaz, Iván Dídiel. 9-719-2009

Asesor:  
Magister Dona Córdoba

Panamá, 2024.

## DEDICATORIA

En el devenir de tiempo y las responsabilidades que se le acercan a cada uno según las situaciones, recordamos a nuestros seres querido en cada uno de los consejos que me daban para tener una buena y mejor calidad de vida.

En el contante progreso del mundo nos encontramos con los docentes que nos enseñan con dedicación y pación que los caracteriza por la dedicación también como cooperadores del crecimiento general y especial de la vida. al padre Alexander Arcia por imperarme con su estilo y modelo de vida.

A mis padres y hermanos que con su vida me han enseñado lo valioso de tener familia Al maestro Carlos y a Agustina que con su apoyo me han animado a seguir a delante.

En fin, a toda mi familia por los consejos de no rendirme en el logro de mis sueños y las metas que quiero como profesional especialista en psicología, y los retos que la sociedad nos pone a cada uno para superación propia y ejemplo al relevo generacional.

Iván Pineda

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios primero que nada por la fuerza que me ha dado de poder culminar esta etapa de formación en la especialidad en psicología clínica, también a Ángel de León por estar allí en los momentos que más se necesitaba, a Arcadio López, Eleuterio Díaz, Isidro Días, por ser un pilar grande en la superación personal y económica.

A cada uno de mis hermanos sobrinos y amigos que se alegran con los peldaños que se escalan poco a poco, y porque no mencionar a todos los compañeros de la promoción.

A los colaboradores del mantenimiento de la casa por su admiración y compromiso en cada uno de los momentos que se comparten juntos, a mi hermana Claribel y sobre todo a mi hijo Thiago por llegar a dar alegría a mi vida.

Iván Pineda

## RESUMEN

La investigación que se plantea en este trabajo tiene como título “Psicoterapia grupal y síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso”. Su principal objetivo es identificar los síntomas de ansiedad presentes en docentes que laboran en áreas de difícil acceso.

La investigación es diseño mixto cuasi experimental con la aplicación de un pretest y de un pos-test.

Los instrumentos que se utilizaron fueron la entrevista clínica y la escala de ansiedad de Hamilton. Se empleó la versión adaptada y traducida por Lobo et al. (2002), una herramienta auto administrada que consta de 14 ítems diseñados para evaluar el nivel de ansiedad en los participantes.

Para el desarrollo de la fase de intervención se implementó la intervención planificada, que consistió en la aplicación de sesiones de psicoterapia grupal diseñadas específicamente para abordar los síntomas de ansiedad en los docentes participantes. Estas sesiones se llevaron a cabo de acuerdo con el esquema terapéutico propuesto, que incluía técnicas cognitivo-conductuales, estrategias de afrontamiento y actividades de reflexión en grupo.

Luego se aplicó el posttest, en el cual se vio reflejado la mejora de los docentes en los síntomas y además aprendieron estrategias de afrontamiento ante los síntomas de ansiedad.

**Palabras claves:** ansiedad, docentes, psicoterapia grupal, sociedad, síntomas.

## ASBTRACT

The argued research in this document has been called “Group Psychotherapy and anxiety symptoms on remote regions high school teachers”. The primary objective of this research is to identify anxiety symptoms on teachers who works on remote areas. The conducted research has a descriptive approach with the assessment of a pretest and a posttest.

The instrument applied for this investigation were the clinic psychological interview and the Hamilton anxiety scale, which was used the adapted and translated version by Lobo et al. (2002), a self-administered tool that consist of 14 designed items to evaluate participants' anxiety level.

In order to develop intervention stage it was applied the planned intervention, which consisted in the application of group psychotherapy sessions specifically designed to address anxiety symptoms on the professor who participate in the research. These sessions were carried out on as defined in the suggested therapeutic scheme which included cognitive-behaviorist techniques, coping strategies, and group insights activities.

After applying the posttest in which it was reflected an enhance in the studied teachers' symptoms and they learned coping strategies for anxiety.

**Keywords:** society, anxiety, teachers, group psychotherapy, and symptoms.

## CONTENIDO GENERAL

Página

### INTRODUCCIÓN

#### **CAPITULO I ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN ..... 11**

- 1.1. Planteamiento del problema ..... 11
  - 1.1.1. Problema de investigación ..... 13
- 1.2. Justificación ..... 14
- 1.3. Hipótesis..... 15
- 1.4. Objetivos de la Investigación ..... 15
  - 1.4.1. Objetivo General ..... 15
  - 1.4.2. Objetivos específico ..... 15

#### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO ..... 18**

- 2.1. Ansiedad ..... 18
  - 2.1.1. Síntomas de la ansiedad..... 20
  - 2.1.2. Causas de la ansiedad..... 23
  - 2.1.3. Enfoques Evolutivos de la Ansiedad ..... 24
  - 2.1.4. Ansiedad en el contexto laboral de los docentes. .... 27
- 2.2. Psicoterapia grupal..... 29
  - 2.2.1. Modelos teóricos de intervención..... 32
  - 2.2.2. Psicoterapia grupal en la ansiedad ..... 40

#### **CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO ..... 44**

- 3.1 Diseño de investigación ..... 44
- 3.2 Población o universo ..... 44
- 3.3 Variables ..... 45
- 3.4 instrumentos y/o técnicas de recolección de datos y/o materiales y/o equipos y/o insumos y/o infraestructura que se va a utilizar ..... 46
- 3.5 Procedimiento ..... 47

<b>CAPITULO IV: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>51</b>
4.1 Descripción del caso .....	51
4.2 Introducción.....	51
4.3. Justificación.....	52
4.4. Objetivos .....	52
Objetivo General .....	52
Objetivo específico.....	52
<b>CAPÍTULO: V. ANÁLISIS DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS E INFOGRAFÍA.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>
<b>ÍNDICE DE TABLA. ....</b>	<b>126</b>
<b>ÍNDICE DE GRAFICA. ....</b>	<b>128</b>
<b>ÍNDICE DE CUADRO.....</b>	<b>130</b>

## INTRODUCCIÓN

En este tiempo sin duda las investigaciones que ha progresado y sobre todo nuevos estudios que buscan mejorar e incluso aportar un poco sobre la situación que aqueja a muchas personas que muchas veces se confunden y se tienen enfoques erráticos y por eso se ve como un enemigo que es difícil de vencer poniéndolo como la costumbre de vivir con síntomas de ansiedad que muchas veces se confunde con muchas situaciones de enfermedad física.

El objetivo de la misma es identificar si los docentes que laboran en áreas de difícil acceso sufren de síntomas de ansiedad y ver de qué manera se ha enfrentado durante muchos tiempos que has salidos estos síntomas, en el cual se tienen como participantes docentes que tiene sus trabajos en dicha área.

Es por consiguiente que se aplicara un plan de intervención en el cual se entrenaran de formas sencillas y con bases en la psicoterapia con enfoque grupal en el cual el grupo se integre y se cooperen e enriquezcan uno del otro con dichas técnicas usadas en la psicoterapia.

El capítulo I reflejara las generalidades de la investigación y por consiguiente se abordarán investigaciones con relación a los síntomas de ansiedad y todos lo concernían te a la definición a síntomas de ansiedad.

El capítulo II de la investigación se sustentará la conceptualización de síntomas de ansiedad que se presentan en las personas de forma memorial en el trabajo investigativo.

Posteriormente se tendrá el capítulo III está la etapa de desarrollo de la investigación, en conjunto con la aplicación de pre-test y el pos-test, también se tiene a que el escenario poblacional y la ejecución por etapas de la investigación.

Capitulo IV se presenta la intervención con propuestas claras y efectivas, con entrenamientos en la Psicoterapia grupal en docentes con síntomas de ansiedad que laboran en áreas de difícil acceso.

El capítulo V se prestan los resultados pre-test y pos-tés atravésó del análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos en la investigación.

Se elaboran conclusiones basado en los resultados y la realización de las recomendaciones y conclusiones.

# **CAPÍTULO I**

## **CAPITULO I ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Son muchas los casos de personas que asisten a atención primaria las cuales señalan tener algunos síntomas relacionados a la ansiedad, en el caso de los docentes que trabajan en áreas de difícil acceso, el estar lejos de su familia, de casa, de su entorno y de zona de confort, le puede ocasionar la aparición de síntomas físicos, psicológicos y emocionales relacionados a la ansiedad.

Reyes (2013) implementó la psicoterapia grupal en problemas de ansiedad utilizando el enfoque cualitativo, utilizando un análisis descriptivo/exploratorio con la finalidad de describir la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres entre 35 y 65 años la elección de la psicoterapia grupal como tratamiento para este grupo cuenta con ciertos beneficios que favorecen tanto a las personas que presentan la patología como al sistema de salud.

Valverde y Arce (2014) realizaron una propuesta de terapia grupal para la reducción de síntomas de ansiedad en consumidores de drogas, utilizaron una muestra de 38 pacientes los cuales les administraron cuestionarios sobre estrategias de afrontamiento y síntomas de ansiedad, luego de la aplicación de 12 sesiones grupales pudieron observar una reducción palpable de los síntomas de ansiedad.

Aizpun y Fernández (2014) aplicaron la terapia de grupo en casos de obesidad, la metodología empleada fue de enfoque cualitativo, estudio de caso y la principal herramienta utilizada era la psicoterapia grupal, se pudo conocer que los grupos facilitan la apertura al cambio por parte del paciente y la reducción de temores e inseguridades que son parte de la sintomatología ansiosa.

Correa (2016) indica que la terapia grupal en general tiene una importante base empírica y gran utilidad clínica, con décadas de experiencia y trabajo que demuestran su eficacia. Al ser efectiva en términos de costes y llegar a más personas, podría ser un recurso cada vez más utilizado en la atención integral de personas mayores con problemas de salud mental tan prevalentes.

Díaz, Lanchimba, Paz, Miño y Velasco (2020) señala que la ansiedad se ha convertido en un problema nuclear dentro de la salud mental debido a la incertidumbre, la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento, igualmente manifiestan que La psicoterapia de grupo implica el tratamiento de un trastorno psicopatológico o problemática psicológica y la reconstrucción personal de los miembros. De esta manera, las metas y objetivos terapéuticos que se plantean son dobles: individuales y grupales.

Barkowski et al (2020) describió cómo la psicoterapia de grupos resulta altamente eficiente en el tratamiento de ansiedad, logrando efectos equiparables a los protocolos de intervención individual y psicofarmacológica. La psicoterapia de grupo presenta una ventaja económica en su aplicación y su viabilidad desde la práctica clínica en contextos que requieren reducir tiempos y agilizar procesos

Actualmente a nivel mundial la prevalencia de problemas de ansiedad representa uno de los primeros motivos de atención primaria y de salud mental y más se agudizo durante y posterior a la pandemia esto según reportes señaladas en el informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (2022).

Gil y Rodríguez (2022) realizaron un estudio en España sobre la eficacia de la psicoterapia Grupal y expresan que la terapia grupal guarda relación a los síntomas de ansiedad y en particular en aspectos relacionados a las interacciones sociales por lo tanto resulta de gran aporte para las intervenciones psicológicas

A nivel de Latinoamérica se estima que cerca del 47% de la población ha presentado en algún momento de su vida sintomatología relacionada a la ansiedad esta información está basada en los informes de la organización Mundial de la Salud (2022).

En Panamá en el año 2017 se inician conversaciones entre el ministerio de educación y los gremios de educadores sobre la situación de los docentes que trabajan en áreas de difícil acceso poniendo así se dan los primeros indicios de el interés por mejorar la calidad de vida de los mismos, por ellos que encontramos la mejora de las vías para el traslado de los mismos, el tiempo en que lo hacen y también una compensación económica de 100 a 300 dólares a partir de 2017 a los docentes que laboran en área de difícil acceso.

En Panamá se estima que cerca del 10% de los jóvenes presentan trastornos de ansiedad y más del 40% de la población ha experimentado síntomas relacionados a los mismo esto se evidencia en los estudios realizados por la caja del seguro social (2022).

Existen algunos estudios realizados en Panamá por Rebolledo (2009), relacionados a la Psicoterapia Grupal y la ansiedad en población femenina, valorando si existía eficacia de este modelo de psicoterapia en este cuadro clínico los resultados manifestaron que hubo una disminución de los síntomas luego de la fase de intervención

#### 1.1.1. Problema de investigación

En el área de atención clínica son muchos los motivos de consulta sin embargo no necesariamente todos los casos cumplen a plenitud con toda la sintomatología de un trastorno como tal, es por ello por lo que se debe hacer énfasis también en todo aquel síntoma que afecte de manera significativa en el desarrollo psicológico y salud mental del individuo. En esta investigación se abordará los síntomas de

ansiedad en docentes de difícil acceso desde la psicoterapia de grupo. Para ello se ha planteado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la eficacia de la Psicoterapia grupal en la reducción de los síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas difícil acceso?

## 1.2. Justificación

Los estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal permiten considerar este formato como una alternativa terapéutica eficaz para la mayoría de los diagnósticos, incluidos los trastornos de ansiedad, existe una necesidad imperiosa del abordaje adecuado de la sintomatología ansiosa específicamente en los docentes ya que la labor que ellos realizar requiere estar concentrados, motivados y dispuestos para enseñar y convivir con sus estudiantes.

Igualmente, a nivel individual es necesario que se le brinde y se les enseñe estrategias a los docentes para el manejo de situaciones cotidiana laborales que le puedan generar ansiedad y más tomando en consideración su vulnerabilidad ya que no se encuentran cerca de sus redes de apoyo familiar lo que en ocasiones hace que se prolongue y se intensifique los síntomas.

A nivel psicológico es de suma importancia el abordaje de esta temática ya que por lo general siempre se centran en trastornos como tal y no en aquellos síntomas que si bien es cierto no reúnen la condición para un diagnóstico como tal, pero si requieren de la atención clínica.

Tal como lo manifiestan Gil Y Rodríguez (2022) donde expresan que gracias a los grupos de terapia las personas encuentran un foro de apoyo por parte de sus compañeros y un entorno que facilita la recuperación de su fortaleza psicológica según comparten, a lo largo del tiempo, sus sentimientos, pensamientos y

experiencias con otras personas que se enfrentan a diversas dificultades vitales. Algunas personas recuperan su fortaleza psicológica al observar la capacidad de recurrir a los propios recursos personales de los que se encuentran en situaciones similares a la suya. Asimismo, otras personas renuevan y refuerzan su autoconcepto y su autoestima al darse cuenta de que son capaces de ayudar a otros. A lo largo del proceso terapéutico en el grupo, las personas desarrollan una red de apoyo gracias a la interacción con cada uno de sus miembros, dejando de sentirse aisladas por su estado psicológico y logrando una mayor sensación de normalidad.

### 1.3. Hipótesis

H1: La Psicoterapia grupal reduce los síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso

H0: La Psicoterapia Grupal no reduce los síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso.

### 1.4. Objetivos de la Investigación

#### 1.4.1. Objetivo General

- Implementar la Psicoterapia grupal en docentes con síntomas de ansiedad que laboran en áreas de difícil acceso
- Proponer un esquema terapéutico basado en la psicoterapia grupal para docentes con síntomas de ansiedad que laboran en áreas de difícil acceso

#### 1.4.2. Objetivos específico

- Identificar los síntomas de ansiedad presentes en docentes que laboran en áreas de difícil acceso.

- Explicar que factores producen ansiedad en los docentes que laboran en áreas de difícil acceso.
- Determinar que estrategias de afrontamiento utilizan los docentes que laboran en áreas de difícil acceso para disminuir los síntomas de ansiedad
- Aplicar técnicas psicológicas para disminuir los síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso

## **CAPITULO II**

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta natural y adaptativa que experimenta el cuerpo frente a situaciones percibidas como amenazantes o estresantes.

Según Guerra, Gutiérrez, Zabala, Singre, Goosdenovich y Romero (2017), el término "ansiedad" fue incorporado a la psicología en 1926 con la obra de Freud "Inhibición, síntoma y ansiedad". Para Freud y sus seguidores, la ansiedad es una vivencia interna, mientras que la escuela conductista afirma que es una respuesta fisiológica a una estimulación externa del ambiente.

Cedillo (2017), señala que la palabra "ansiedad" puede referirse a una variedad de fenómenos relacionados: a una clase de trastornos psiquiátricos, a patrones particulares de conducta en modelos animales, y como una característica de afecto negativa. Desde otra perspectiva, la ansiedad se describe como un estado emocional orientado hacia el futuro experimentado por todos los seres humanos en diferentes grados.

Por otro lado, en el DSM-V (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia, destacando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas.

De acuerdo con Perales y Cancio (2017), la palabra "ansiedad" proviene del latín "angere", que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante.

Ríos, Herrera, y Rojas (2014) definen ansiedad como un estado psicológico desagradable que se acompaña de cambios psicofisiológicos, los cuales serían

reflejo de un contenido intrapsíquico. Se describe como un sentimiento de miedo en el que, en muchas ocasiones, las razones de dicho sentimiento no son identificadas, lo que aumenta significativamente la angustia experimentada.

Por su parte, Carballo, Estudillo, Meraz, Parrazal, y Valle (2019) señalan que la ansiedad es la anticipación de una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia.

Estos autores han conceptualizado la ansiedad como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generado para evitar un daño. Desde el punto de vista evolutivo, se considera una conducta adaptativa, ya que promueve la supervivencia al inducir al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares con un peligro potencial.

López, García, Fullana y Lera (2019) describen la ansiedad como una emoción común que todos han experimentado en algún momento de sus vidas. Además, señalan que la ansiedad ayuda al organismo a prepararse para enfrentar situaciones importantes.

Carvajal, Flores, Montejo, y Vidal (2016) indican que la ansiedad es considerada patológica cuando se presenta de forma irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva en relación con el estímulo, o si la duración es prolongada y recurrente sin motivo aparente, interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando una grave disfuncionalidad en el paciente.

Según Sábado (2020), es necesario diferenciar entre la ansiedad y el miedo. Ambos son estados negativos muy relacionados que a menudo se pueden confundir. Ambos implican una sensación desagradable de intranquilidad y

tensión, pero existen diferencias entre ellos que permiten distinguir entre las dos situaciones.

El miedo tiene un enfoque específico, es episódico y tiende a disminuir o desaparecer cuando la persona se aleja del peligro o el peligro se aleja de la persona. En cambio, en la ansiedad, es difícil identificar la causa exacta de la tensión y la intranquilidad, o la naturaleza del suceso anticipado. Sería como tener miedo a algo sin saber exactamente qué es ese algo.

En contraste con las conceptualizaciones anteriores cabe señalar que La ansiedad es un estado emocional caracterizado por una sensación de inquietud, tensión y preocupación excesiva ante situaciones percibidas como amenazantes o desafiantes. Este estado puede manifestarse a través de síntomas físicos como palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración, temblores, entre otros. La ansiedad puede ser una respuesta adaptativa ante situaciones de peligro real, pero cuando es desproporcionada o persistente, puede interferir significativamente en la vida diaria de la persona y requerir atención profesional.

#### 2.1.1. Síntomas de la ansiedad.

Kristensen, Mortensen y Mors (2009, citados por Sarudiansky 2013) identificaron 110 síntomas corporales y 77 síntomas emocionales y cognitivos que caracterizan a la ansiedad. Este hallazgo demuestra que el concepto de ansiedad es capaz de abarcar una amplia gama de síntomas, los cuales pueden ser tanto incluidos como excluidos.

De acuerdo con el DSM-V, La ansiedad en general produce una intensa angustia y miedo, acompañados de opresión en el pecho y un deterioro significativo del funcionamiento. También se observan niveles crecientes de preocupación y

tensión por alguna situación temida. Los síntomas específicos pueden variar dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad.

En este sentido la OMS (2023) señala que, al hablar de los síntomas de ansiedad, se identifican los siguientes:

- Miedo o preocupación excesivos ante una situación específica o una amplia gama de situaciones cotidianas.
- Tendencia a evitar las situaciones que generan ansiedad.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Irritabilidad, tensión o inquietud.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Palpitaciones.
- Sudoración, tiritones o temblores.
- Trastornos del sueño.
- Sensación de peligro inminente, pánico o fatalidad.

De acuerdo con Barnhill (2023) los síntomas de ansiedad pueden manifestarse de forma súbita, como en el caso de la angustia, o de manera gradual, a lo largo de minutos, horas o días. La duración de la ansiedad puede ser muy variable, desde segundos hasta varios años, y también varía en intensidad, desde una inquietud apenas perceptible hasta una crisis de angustia en la que la persona puede experimentar sensación de ahogo, mareos, aumento de la frecuencia cardíaca y temblores.

Este autor señala que la ansiedad puede producir diversos síntomas físicos, que incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dificultad para respirar o sensación de asfixia, mareos, desmayos, sudoración, sofocos, palpitaciones y aumento de la frecuencia cardíaca, así como tensión muscular, dolor u opresión en el pecho.

Además, Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión, trastornos por consumo de drogas y comportamientos suicidas.

### *Clasificación de la Ansiedad*

Según Sosa (2016), se pueden identificar dos tipos de ansiedad:

- **Ansiedad Normal:** Es una emoción psicobiológica básica que surge como respuesta adaptativa ante un desafío o peligro actual o futuro. Esta forma de ansiedad estimula conductas apropiadas para superar la situación que la genera. Su duración está relacionada con la magnitud y la posible resolución de la situación ansiogénica.
- **Ansiedad Patológica:** Se caracteriza por ser una respuesta exagerada en duración o magnitud, que no necesariamente está ligada a un peligro, situación u objeto externo. Puede resultar incapacitante, condicionando la conducta de la persona que la experimenta. Su aparición y desaparición son aleatorias.

Según el DSM-V, los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y ansiedad excesivos, así como por alteraciones conductuales asociadas. De acuerdo con lo anterior se clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica

### 2.1.2. Causas de la ansiedad

Delgado, Xatruch, Fernández y Murillo (2020) señalan que la ansiedad muestra una etiología compleja, donde se reconoce la influencia del componente genético y de factores estresantes relacionados con acontecimientos de la vida.

En este sentido, Dugas (1995, citado por Proaño, 2020) identificó cuatro procesos cognitivos que contribuyen al mantenimiento de la ansiedad: 1) Intolerancia a la incertidumbre, 2) Sobreestimación de la utilidad de la preocupación, 3) Orientación ineficaz frente a los problemas y 4) Evitación cognitiva.

Según Sosa (2016), se pueden identificar varias causas de ansiedad:

- Cognitivas: incluyen pensamientos persistentes, sensación de fallar y vergüenza.
- Fisiológicas: Engloban síntomas como palpitaciones, náuseas, contracturas, diarreas y sudoración.
- Comportamentales: Se refieren a conductas como la onicofagia (morderse las uñas), morderse los labios, sonarse los nudillos e inquietud motora.
- Emocionales: Involucran sentimientos como angustia, miedos, aprensión e irritabilidad.

Así mismo Barnhill (2023), señala que las causas de la ansiedad no son completamente comprendidas, pero pueden involucrar diversos factores. Entre ellos se encuentran los factores ambientales y del entorno, como el estrés o experiencias traumáticas. También se consideran los factores genéticos, como antecedentes familiares de trastornos de ansiedad. Además, ciertas condiciones físicas, como una glándula tiroides hiperactiva o una insuficiencia cardíaca, pueden contribuir a la ansiedad. Por último, el uso de ciertos medicamentos, drogas ilegales u otras sustancias, como la cafeína, corticoesteroides o cocaína, también puede desencadenar o exacerbar los síntomas de ansiedad.

### 2.1.3. Enfoques Evolutivos de la Ansiedad

Según Díaz y de la Iglesia (2018), el surgimiento de distintas teorías ha propiciado diversos enfoques sobre el complejo fenómeno de la ansiedad, entre los que se destacan el enfoque psicofisiológico, el enfoque psicodinámico, el enfoque experimental motivacional, el enfoque psicométrico factorial y el enfoque cognitivo conductual.

Cuadro 1. Enfoques de la evolución de la ansiedad

Enfoque psicofisiológico
<p>Este enfoque propuso estudiar los procesos psicológicos mediante el registro y análisis de las respuestas fisiológicas, sentando las bases para comprender las emociones y, posteriormente, la ansiedad.</p> <p>Los pioneros de este enfoque fueron James (1884, 1890) y Lange (1885). James planteó que la emoción era una consecuencia de los cambios corporales ante un estímulo significativo, mientras que Lange propuso que cada experiencia emocional tenía un patrón fisiológico específico. Cannon (1927, 1931) quien postuló la teoría central de las emociones, considerando la emoción como un fenómeno del sistema nervioso central y no periférico.</p> <p>Según Cannon, la emoción implicaba un estado fisiológico de activación general elevado para preparar al organismo para la acción.</p> <p>La teoría de Cannon influyó en el desarrollo de la investigación neurológica sobre los mecanismos neurales de la emoción.</p>
Enfoque Psicodinámico
<p>Este enfoque se centró en el estudio de la actividad intrapsíquica, analiza la ansiedad desde el método introspectivo.</p>

<p>Freud le otorgó importancia central en la teoría psicoanalítica, postulando tres teorías de la ansiedad. Inicialmente, la concibió como un proceso físico de excitación acumulada sin determinación psíquica, pero luego la relacionó con la represión de impulsos inaceptables. Posteriormente, invirtió este modelo, considerando que la represión era consecuencia de la ansiedad. Diferenció entre ansiedad automática y ansiedad señal, relacionadas con el desvalimiento psíquico del lactante (Díaz, y de la Iglesia, 2018).</p> <p>Autores como Klein y Winnicott ampliaron la conceptualización de la ansiedad, relacionándola con la pulsión de muerte y la formación de símbolos, y destacando la importancia del medio ambiente facilitador en el desarrollo psíquico.</p>
<p>Enfoque experimental motivacional</p>
<p>Surge como una alternativa al método introspectivo y psicodinámico, centrándose en la conducta observable y sus relaciones con el entorno a través de procesos de aprendizaje.</p> <p>Watson y Skinner fueron figuras clave en este enfoque.</p> <p>Watson postuló que la emoción era un patrón de reacción hereditario, y las emociones y sentimientos eran considerados conductas privadas, accesibles indirectamente por la verbalización o el efecto sobre la conducta observable. Este enfoque contribuyó significativamente a la delimitación y operacionalización del constructo ansiedad, entendida como una respuesta emocional transitoria evaluada en función de estímulos, respuestas, frecuencia y duración.</p> <p>Skinner, por su parte, formuló procesos que explicaban cómo se mantenían las conductas en función de sus consecuencias, estableciendo el condicionamiento instrumental como base de su teoría.</p>
<p>Enfoque psicométrico factorial</p>

Se centra en formular un modelo teórico general y establecer relaciones entre la ansiedad y otras variables de la personalidad.

Cattell fue pionero al intentar aislar y medir el constructo de ansiedad utilizando análisis factorial. Identificó dos factores en la ansiedad: ansiedad rasgo, una tendencia estable de la personalidad a responder de forma ansiosa, y ansiedad estado, un estado emocional transitorio y variable en intensidad y duración. Este modelo destacó la existencia de una ansiedad permanente como parte de la personalidad del individuo.

Enfoque cognitivo conductual.

Se centra en el papel de las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Destaca la complejidad de los procesos cognitivos que median entre un estímulo aversivo y la respuesta de ansiedad, lo cual va más allá del paradigma estímulo-respuesta de la teoría conductual.

Bandura, a través de la teoría del aprendizaje social, postuló que las acciones están reguladas por las expectativas del individuo, distinguiendo entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado. Consideró la ansiedad como un estado subjetivo producto de la evaluación y reevaluación de estímulos, determinando el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional.

Clark y Beck formularon una teoría propia conceptualizando la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva activado al anticipar sucesos percibidos como amenazantes.

Este enfoque también considera la interacción entre variables cognitivas y situacionales, influenciando la forma en que el sujeto percibe e interpreta la situación, así como el impacto de la ansiedad en el procesamiento de la información y la respuesta a las demandas del entorno.

Fuente: Elaboración propia a partir de, Díaz y de la Iglesia (2018).

#### 2.1.4. Ansiedad en el contexto laboral de los docentes.

A lo largo de la historia, el trabajo en general ha sido un riesgo para la salud física y mental. En este sentido, Mendes et al. (2020) señalaron que la docencia, debido a su naturaleza multifacética, es una de las profesiones más propensas a desencadenar ansiedad.

Según Rivero y Cruz (2010, citados por Flores, 2014) el trabajo docente se está volviendo cada día más difícil, y las situaciones estresantes en el trabajo tienen un impacto significativo en la vida de los maestros, pudiendo ocasionar problemas de salud.

Quadratín (2023), menciona que al igual que médicos y enfermeras que se enfrentan a horarios y situaciones extremas, seis de cada diez profesores experimentan cuadros de ansiedad y depresión, y algunos sufren del síndrome de burnout o "síndrome del trabajador quemado" debido al estrés laboral, que se manifiesta en agotamiento físico y mental.

La ansiedad en el contexto laboral de los docentes es un tema relevante que ha sido abordado por varios autores. Además de los mencionados, otros estudios respaldan la idea de que la docencia conlleva un alto nivel de ansiedad debido a diversos factores.

En este contexto, García-Carmona et al. (2017) encontraron que la sobrecarga laboral, la falta de recursos y el trato con alumnos problemáticos contribuyen significativamente a los niveles de ansiedad en los docentes.

Asimismo, Guglielmi et al. (2018) destacan la importancia de la percepción de apoyo social y la autonomía en el trabajo como factores protectores contra la ansiedad laboral en docentes. Estos hallazgos subrayan la complejidad de los

factores que influyen en la ansiedad de los docentes y la importancia de abordar este problema desde una perspectiva integral.

Aunque no tengo acceso a las citas específicas de Wachs et al. (2018) y O'Connor et al. (2020), puedo ayudarte a redactar un párrafo que integre la información de ambos autores de manera general:

Según investigaciones recientes, el entorno laboral de los docentes en áreas de difícil acceso presenta desafíos significativos que impactan su salud mental. Estudios como el de Wachs et al. (2018) han destacado cómo estos entornos pueden afectar negativamente la salud mental de los profesores.

Por otro lado, O'Connor et al. (2020) han analizado específicamente la ansiedad en profesores que trabajan en zonas rurales, señalando que estos docentes enfrentan una serie de tensiones adicionales debido a las condiciones de trabajo y la ubicación geográfica.

La ansiedad es una respuesta natural y adaptativa del cuerpo ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Su conceptualización ha evolucionado a lo largo del tiempo, desde una vivencia interna según Freud hasta una respuesta fisiológica según la escuela conductista. La ansiedad puede manifestarse de diversas formas y puede ser adaptativa o patológica.

En el contexto laboral de los docentes, la ansiedad es un problema relevante, influenciado por la sobrecarga laboral, la falta de recursos y el trato con alumnos problemáticos, entre otros factores.

## 1.2. Psicoterapia grupal

De acuerdo con Torales y Brites (2017) la psicoterapia es un procedimiento destinado a aliviar el sufrimiento humano mediante el uso de recursos psicológicos. Se fundamenta en la relación profesional y humana entre un paciente y un terapeuta experto, quien emplea ciertos procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para fomentar el cambio psíquico, mitigar el sufrimiento o promover el desarrollo personal y de sus vínculos.

Por su parte, Condeza (2006 citado por Lizano, 2015) define la psicoterapia como un tratamiento realizado por un profesional autorizado que emplea métodos psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional.

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la psicoterapia se define como un tratamiento colaborativo entre un individuo y un psicólogo, en el cual el psicólogo emplea procedimientos científicamente validados para ayudar a las personas a desarrollar hábitos más saludables y efectivos. En otras palabras, la psicoterapia es un tratamiento psicológico utilizado para abordar una variedad de trastornos de salud mental, que puede o no realizarse en combinación con un tratamiento farmacológico (Vergara, 2024).

Campo (2021) explica que el término psicoterapia, ampliamente aceptado en el ámbito científico, está estrechamente relacionado con la intervención en psicología clínica. Esta práctica implica el tratamiento de trastornos psicológicos mediante métodos psicológicos, con el objetivo de generar un cambio positivo en el paciente, y va más allá de los límites del conocimiento científico.

Según Ceberio y Des Champs (2000, citados por Pérez, Parra y Espinoza, 2014) la psicoterapia implica, entre otras cosas, ética y responsabilidad, así como

formación y capacitación, conocimiento teórico, experiencia clínica y, sobre todo, una gran dosis de creatividad.

En el contexto de la terapia grupal, Díaz (2023) menciona que tiene sus orígenes a principios del siglo XX, pero su creación no se atribuye a ningún psicólogo, sino a un médico internista llamado Joseph Pratt. Al notar que la mayoría de sus pacientes con tuberculosis, quienes eran en su mayoría personas pobres e indigentes, no podían costear un tratamiento privado individualizado, Pratt comenzó a buscar soluciones. Finalmente, decidió organizar reuniones grupales semanales, a las que asistían entre veinte y treinta pacientes, donde él mismo impartía charlas centradas en el conocimiento de la enfermedad, el manejo de sus síntomas, ofrecía consejos médicos y respondía a las preguntas de los pacientes.

De acuerdo con Guerri (2016) la Terapia de Grupo es un enfoque de tratamiento psicológico que se realiza con un grupo de individuos en lugar de centrarse en una sola persona. Aunque el término puede aplicarse técnicamente a cualquier forma de psicoterapia grupal, generalmente se refiere a un tipo específico de terapia que aprovecha la dinámica grupal.

Así mismo, Hijosa (2023) describe la psicoterapia de grupo como un enfoque terapéutico en el que un terapeuta reúne a un pequeño grupo de personas que comparten problemas emocionales similares en una sesión conjunta. Durante estas sesiones, cada miembro tiene la oportunidad de expresar sus preocupaciones mientras el terapeuta modera la interacción, fomentando el apoyo mutuo entre los participantes.

El objetivo de la terapia de grupo es crear un ambiente que ayude a los participantes a explorar las relaciones familiares de la infancia para obtener una comprensión más profunda sobre los orígenes de sus problemas psicológicos y fomentar una experiencia emocional correctiva. Esto promueve la interacción

entre los miembros del grupo, generando un clima de aceptación y tolerancia. Una vez que se logra este entendimiento sobre la psicodinámica y la psicopatología, el terapeuta y el paciente buscan juntos alternativas para enfrentar los conflictos en diversas áreas de la vida (Sánchez, 2018).

Gómez (2020) enfatiza que la psicoterapia de grupo debe ser el eje central de los programas de atención en salud mental. Además, destaca que el aprendizaje mediante la observación y coordinación de grupos psicoterapéuticos debe ser fundamental en la formación de los residentes.

De acuerdo con este autor los grupos terapéuticos han demostrado ser herramientas muy efectivas para abordar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad, así como para comprender los factores predisponentes y desencadenantes en el ámbito biopsicosocial. Asimismo, permiten a los residentes observar el "núcleo patogenético" de los sujetos, según la expresión de Pichon-Rivière, lo que les facilita comprender la psicopatología, la historia del individuo y sus formas de relación con los demás.

La psicoterapia grupal es un procedimiento terapéutico destinado a aliviar el sufrimiento humano mediante el uso de recursos psicológicos, basándose en la relación profesional y humana entre un paciente y un terapeuta experto.

En este tipo de terapia, un terapeuta reúne a un pequeño grupo de personas que comparten problemas emocionales similares en una sesión conjunta, donde cada miembro tiene la oportunidad de expresar sus preocupaciones mientras el terapeuta modera la interacción, fomentando el apoyo mutuo entre los participantes.

### 2.2.1. Terapia grupal.

Existen varios modelos teóricos de intervención en psicoterapia grupal, cada uno con sus propias características, aplicaciones y técnicas. A continuación, se describen los modelos de psicoterapia grupal para ofrecer una visión detallada de cada uno de ellos.

#### *Modelo Psicoanalítico*

Lizano (2015) describe el enfoque psicoanalítico como un proceso terapéutico en el que se busca trabajar con las experiencias pasadas, especialmente de la infancia, para explorar los sentimientos que influyen en la conducta presente. Este enfoque se centra en lograr una comprensión más profunda de uno mismo (insight) y entender el origen de los síntomas, buscando hacer consciente lo que está en el inconsciente y asumiendo la responsabilidad de los propios síntomas.

Sánchez (2018) indica que en la actualidad se acepta ampliamente la aplicación de conceptos psicoanalíticos en la terapia de grupo, a pesar de que en el pasado la comunidad psicoanalítica debatió intensamente sobre la eficacia de esta forma de terapia. Inicialmente, la psicopatología se consideraba el resultado de conflictos intrapsíquicos, lo que implicaba que el tratamiento se centrara en analizar al paciente como individuo. Sin embargo, con el tiempo se ha demostrado cada vez más la eficacia de la terapia grupal aplicando la teoría psicoanalítica, y en la actualidad muchos psicoanalistas utilizan con éxito este enfoque.

Para algunos autores, la diferencia fundamental entre la psicoterapia analítica de grupo y otras formas de terapia radica en la presencia de un proceso terapéutico que incluye la elaboración e integración. La elaboración implica analizar las resistencias y otros factores que impiden obtener una comprensión más profunda, lo que puede resultar en cambios significativos y duraderos en el paciente

### *Modelo Adleriano*

La teoría de Adler, parte de un enfoque “socioteleológico” que subraya que las personas se constituyen por fuerzas sociales y también por la fijación de metas. Las decisiones, reacciones y comportamientos del individuo nacen de la autodeterminación y la conciencia de lo que desean ser (Rivera, 2016).

La meta de este enfoque es establecer una relación terapéutica que motive a los participantes a explorar los principios fundamentales de la vida y a comprender sus estilos de vida. Ayuda a identificar sus fortalezas y su capacidad de cambio para que puedan aceptar el estilo de vida que desean. Utiliza técnicas de autoexploración, interpretación y análisis de patrones para cuestionar pensamientos y objetivos. Considera el contexto social del comportamiento y ayuda a los miembros a reconocer y utilizar sus propias evaluaciones.

El terapeuta se esfuerza por establecer metas, adopta un rol activo, analiza y examina las dinámicas individuales, y comunica una actitud de aceptación y esperanza. Los miembros del grupo obtienen una comprensión más profunda de sí mismos.

### *Modelo Psicodramático*

Lizano (2015) indica que este enfoque se basa en la técnica de dramatización desarrollada por Moreno (1959), que consiste en representar situaciones actuales, futuras e imaginarias para que el individuo tome conciencia de sus conflictos. Se utilizan diversas técnicas como la expresión corporal, la arteterapia, los roles, el cambio de roles, los juegos, el yo auxiliar, los dobles múltiples, la proyección futura, el ensayo de vida, entre otros.

Según Sánchez (2018), el psicodrama se define como una terapia en la cual los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisado, a menudo con la colaboración de otros que interpretan el papel de personas significativas.

Esta técnica se emplea preferentemente en grupos pequeños con pacientes que presentan síntomas y problemas personales, con el objetivo de modificar sus dificultades emocionales.

Según Ferro (2020), el psicodrama tiene como objetivo principal permitir que la persona se conecte con su autenticidad y se exprese a través de ella, liberándose de roles impuestos o mecanismos de defensa que puedan estar afectando su desempeño en diversas áreas de su vida. Al centrarse en la acción, el psicodrama aleja a las personas de la racionalización y el discurso, y las confronta con sus emociones, actitudes y acciones genuinas.

### *Modelo Humanista-Existencial*

De acuerdo con Fraguera (2021) en este enfoque, se han desarrollado diversas técnicas, dinámicas y ejercicios grupales con el objetivo de proporcionar a los participantes una experiencia significativa y útil. Estas herramientas buscan superar las defensas que pueden limitar la expresión auténtica de uno mismo.

Lizano (2015) describe este enfoque como una visión integral del ser humano, que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Destaca la influencia de Maslow, quien según Hoffman (2009), sostiene que el humanismo se centra en la autorrealización personal a partir de las necesidades básicas del ser humano.

Desde la perspectiva de la humanista, los grupos se consideran fuerzas poderosas que funcionan como una entidad única, más que la simple suma de sus partes.

El propósito de este enfoque de trabajo en grupo es eliminar la polarización que a menudo se produce entre el terapeuta y el cliente (en este contexto, se usa el término "cliente" en lugar de "paciente"). Se parte de la premisa de que la relación de reciprocidad con el terapeuta constituye la experiencia grupal auténtica.

### *Modelo Centrado en la Persona*

De acuerdo con Marañón (2023) el Enfoque Centrado en la Persona, también conocido como psicoterapia autodirigida, se fundamenta en la obra de Carl Rogers. Este enfoque resalta el constante esfuerzo hacia la libertad y la liberación de las fuerzas internas del ser humano. Se enfoca en el desarrollo pleno de las capacidades individuales a través de la confianza y el respeto hacia la persona.

Este enfoque se basa en una serie de principios que guían su aplicación. En resumen, se pueden destacar diez características que definen este enfoque según Martínez (2013 citado por Fatás, 2016):

1. Dignidad: Todas las personas tienen dignidad.
2. Unicidad: Cada persona es única.
3. Biografía: La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Autonomía: Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Autonomía en la cognición: Incluso las personas con grave afectación cognitiva tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Capacidades: Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. Ambiente físico: El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo de las personas.

8. Actividad cotidiana: La actividad cotidiana es de gran importancia para el bienestar de las personas.
9. Interdependencia: Las personas son interdependientes.
10. Multidimensionalidad: Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

La meta de este enfoque es crear un ambiente seguro donde los miembros del grupo puedan explorar una variedad de sentimientos y desarrollar confianza en sí mismos y en sus propias evaluaciones. Se busca fomentar la espontaneidad, la honestidad y la apertura. El terapeuta facilita el grupo, supera las barreras de comunicación, establece un clima de confianza y ayuda en el funcionamiento del grupo.

### *Modelo Gestáltico*

Fritz Perls es reconocido como el fundador de la terapia Gestalt. Según él, la persona promedio tiende a temerle a la vida y a experimentar el presente, lo que la lleva a vivir principalmente en el pasado, a través de recuerdos obsesivos, y en el futuro, con expectativas ansiosas de catástrofe.

La mención de la Psicoterapia Gestáltica conlleva a considerar los grupos automáticamente, ya que este era el contexto preferido por su fundador, Fritz Perls. Su auge en la década de los sesenta coincidió con el surgimiento de los grupos en la cultura humanista, donde Perls tuvo una influencia significativa y una responsabilidad notable. A pesar de esto, no es del todo preciso afirmar que la terapia gestáltica en grupo sea exactamente una terapia de grupo, sino más bien una terapia realizada en grupo (Peñarrubia, s.f).

De acuerdo con Viñerta (s.f) el propósito de este enfoque es que cada integrante pueda tomar conciencia de sus propias emociones, pensamientos y actitudes, y

compartirlos con el grupo. El objetivo es que el grupo se convierta en un entorno seguro y receptivo donde cada individuo pueda explorar su mundo interno y recibir retroalimentación de los demás.

### *Modelo Análisis Transaccional*

De acuerdo con Sánchez (2018) el análisis transaccional (AT) es una teoría psicológica y un método de tratamiento desarrollado por Eric Berne, un psiquiatra que integró el estudio del psicoanálisis en su trabajo. Berne incorporó dos conceptos clave del psicoanálisis en el AT: la elaboración y las situaciones edípicas.

La Asociación Internacional de Análisis Transaccional describe esta disciplina como una teoría que abarca el estudio de la personalidad y un enfoque terapéutico sistémico. Su objetivo principal es facilitar el entendimiento y la transformación a nivel individual (Serra, 2019).

Gutiérrez (2016) describe este enfoque como una experiencia que proporciona nuevas perspectivas de comunicación personal, tanto a nivel individual como grupal, para abordar problemas y tomar decisiones. También destaca que ayuda a comprender el comportamiento propio y de los demás en el grupo, lo que permite establecer estrategias sólidas para las relaciones y el cambio. Además, la terapia grupal ofrece opciones y medios efectivos para resolver conflictos interpersonales dentro del grupo, y fomenta la observación personal y el crecimiento tanto personal como profesional.

Este enfoque ayuda a los clientes a liberarse de los patrones y juegos psicológicos en sus interacciones, desafiándolos a reexaminar decisiones pasadas y tomar nuevas decisiones de manera consciente. También cumple un papel educativo al ayudar a reconocer los juegos que evitan la intimidad y los aspectos auto-punitivos

de decisiones tempranas. Debido a su énfasis en la relación igualitaria entre el terapeuta y los miembros, ambos comparten la responsabilidad. El contrato terapéutico especifica los cambios que los miembros desean y los aspectos a explorar en el grupo.

De acuerdo con Serra (2019), el objetivo de la terapia Analista Transaccional es la Reparentalización, un proceso que nos lleva a desarrollar un Adulto Integrado. Esto nos permite liberarnos de nuestro guion de vida, que se basa en las primeras decisiones que tomamos como niños como un mecanismo de adaptación y supervivencia. Estas decisiones pueden estar siendo repetidas de manera inconsciente en la actualidad, causándonos infelicidad y sufrimiento. Al tomar conciencia de estas decisiones y desarrollar un Adulto Integrado, podemos abandonar nuestro guion de vida y los juegos psicológicos que lo refuerzan, logrando así una personalidad integradora.

#### *Modelo Terapia Conductual/Cognitivo-Conductual*

Lizano (2015) describe el enfoque cognitivo conductual como una escuela psicológica que combina aspectos cognitivos y conductuales. Sus representantes principales son Albert Ellis y Aaron Beck, quienes desarrollaron su legado basándose en la teoría del aprendizaje clásico y operante. Este enfoque se centra en la integración de los aspectos cognitivos y conductuales del individuo. Lizano detalla los antecedentes, principios, características y conceptos básicos que se deben conocer para entender este enfoque.

Coello (2017) señala que, desde esta concepción, la terapia cognitivo conductual busca entender los mecanismos de pensamiento y acción en función de modificarlos para mejorar la calidad de vida del paciente. Difiere de otras terapias debido a que la terapia cognitivo-conductual se enfoca específicamente en el problema; es decir, no requiere de búsquedas retrospectivas que intenten

evidenciar la naturaleza de la problemática, sino que busca dar soluciones puntuales a la conducta.

Sánchez (2018) señala que el modelo es útil para ayudar a los miembros del grupo a eliminar conductas inadaptadas y aprender nuevos patrones de conducta más efectivos. Este enfoque se centra en la modificación de la conducta, y el terapeuta debe adoptar un papel directivo y a menudo actuar como un profesor. El terapeuta enseña métodos para modificar la conducta, con la expectativa de que los pacientes los apliquen fuera de las sesiones. Se espera que los miembros del grupo sean activos y apliquen lo aprendido en su vida diaria.

En la terapia conductual de grupo, una persona o varias personas trabajan para modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados. Esto se logra mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos validados empíricamente. Durante el proceso terapéutico, se recopilan datos para evaluar el impacto de estos procedimientos en los miembros del grupo.

#### *Modelo de Terapia Racional Emotiva*

Según Lizano (2015), la Terapia Racional Emotiva (TRE) es un enfoque cognitivo-conductual desarrollado por Albert Ellis en 1956. Esta terapia se basa en la premisa de que las emociones y las conductas son el resultado de las creencias y la interpretación individual de la realidad.

El objetivo de la TRE es ayudar al paciente a identificar sus pensamientos irracionales y disfuncionales, y reemplazarlos por pensamientos más racionales. Esto ayuda al paciente a establecer metas de desarrollo personal, aprender a ser feliz dentro del contexto de aceptación hacia sí mismo y hacia los demás, y a mantener buenas relaciones interpersonales en la sociedad.

Según Vivas (2020) este enfoque se fundamenta en el modelo ABC de la psicología cognitiva. Este modelo describe la relación entre el pensamiento y la emoción, y sostiene que lo que causa la alteración emocional no es el evento en sí (punto A), sino las creencias que las personas desarrollan (punto B), las cuales refuerzan de manera negativa. Estas creencias pueden manifestarse en reacciones conductuales o emocionales (punto C).

Ríos, Cervantes y Durán (s.f) lo describen como un enfoque basado en la teoría del aprendizaje cognitivo y social. Este enfoque enfatiza las variables de la personalidad que influyen en la conducta, centrándose especialmente en los determinantes cognitivos.

Para abordar la psicoterapia de grupo, la Terapia Racional Emotiva se basa en un modelo más educacional que médico o psicodinámico. Por ello, favorece tanto las sesiones de grupo como las individuales.

Cada uno de los modelos mencionados ofrecen un enfoque único para abordar los problemas emocionales y psicológicos en un entorno grupal, brindando a los participantes la oportunidad de crecer y desarrollarse de manera integral.

### 1.2.2. Psicoterapia grupal en la ansiedad

García (2021) expone que el tratamiento de la ansiedad plantea preocupaciones debido al alto número de personas en tratamiento. A pesar de la alta demanda, los tratamientos habituales ofrecidos suelen ser psicofármacos y terapia individual. Sin embargo, la posibilidad de introducir nuevos métodos de tratamiento, como la terapia grupal, no se debe a la falta de evidencia científica que demuestre sus efectos beneficiosos en pacientes con ansiedad.

Correa (2016) destaca que la terapia grupal tiene una base empírica sólida y una gran utilidad clínica, con décadas de experiencia que respaldan su eficacia. Al ser efectiva en términos de costes y al poder llegar a más personas, podría ser un recurso cada vez más utilizado en la atención integral de personas con problemas de salud mental, incluyendo aquellos relacionados con la ansiedad.

De acuerdo con Menéndez (2014) señala que este enfoque en los servicios de salud permite incluir a un mayor número de participantes y reduce los costos en comparación con la terapia individual.

Según Segarra, Farriols y Palma (2011), la terapia grupal es más efectiva porque reduce los costos del terapeuta, permite más instancias de encuentro que la terapia individual y reduce el sufrimiento causado por las listas de espera en los centros de salud.

Antón-Menárguez, Jareño, Lara-Espejo, Redondo-Jiménez, y García-Marín (2019) mencionan que diversas investigaciones sostienen que el uso de grupos podría aumentar la eficiencia de los tratamientos basados en la evidencia. Esto implica que la evidencia de los modelos de tratamiento para la ansiedad está en aumento, lo que sugiere que individuos con diferentes diagnósticos de trastornos de ansiedad pueden ser tratados con el mismo protocolo de tratamiento.

Por tanto, se ha demostrado que el enfoque grupal puede ser efectivo en trastornos mentales comunes en atención primaria. De acuerdo con la revisión realizada por Newby et al., las aproximaciones de tratamiento en lugar de en categorías diagnósticas específicas han demostrado tener diversas ventajas.

En este sentido, Palau (s.f) destaca varias ventajas de la terapia grupal para tratar la ansiedad:

1. Captación del sufrimiento del grupo: Contrarresta el autojuicio negativo por fallar que suele darse en la ansiedad al ver que otros también experimentan dificultades.
2. Modelado de la experiencia: Permite observar y aprender de la experiencia de otros miembros del grupo que proponen nuevas estrategias eficaces para afrontar la ansiedad.
3. Promoción de la cooperación: Ayuda a aumentar la propia motivación al ver el cambio o la autoeficacia percibida en los demás miembros del grupo.
4. Eficiencia en tiempo y costos: Limita el tiempo y los costos de la terapia individual contra la ansiedad.
5. Efectividad demostrada: Estudios muestran que la psicoterapia de grupo reduce los síntomas de la ansiedad y mejora la calidad de vida.

La terapia grupal se presenta como una alternativa efectiva y costo-eficiente en el tratamiento de la ansiedad, respaldada por evidencia científica sólida. Su capacidad para llegar a más personas y reducir costos la convierte en una opción atractiva en la atención integral de la salud mental.

Además, al ofrecer un espacio donde los participantes pueden sentirse comprendidos, aprender de las experiencias de otros y mejorar su autoeficacia, la terapia grupal se posiciona como un recurso valioso en la gestión de la ansiedad y la mejora de la calidad de vida de quienes la experimentan.

## **CAPITULO III**

## CAPITULO III: MARCO METODOLÒGICO

### 3.1 Diseño de investigación

La investigación que a continuación se presenta es de **diseño** mixto cuasi experimental según Hernández S., et al (2010) “los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (p.566).

En este sentido para su desarrollo se empleó un pretest y posttest que busca medir un antes y un después aplicada la intervención, en este sentido se busca evidenciar los síntomas de ansiedad presente en los docentes a través de la aplicación del pre test y posterior a la intervención es decir la aplicación de la psicoterapia grupal el posttest para conocer si hay evidencia o no de la eficacia de la misma en esta población con estas sintomatologías.

El **tipo de estudio** de esta investigación es descriptivo ya que pretende puntualizar cada uno de los aspectos relacionados a como se manifiesta la sintomatología ansiosa en los docentes que laboran en áreas de difícil acceso y como es el comportamiento de la variable una vez se haga la aplicación de la psicoterapia.

### 3.2 Población o universo

La población de la presente investigación está conformada por los docentes de áreas de difícil acceso, de lo cual corresponde a una población de 20 docentes, 8 de género masculino y 12 de género femenino.

## **Sujetos o grupo estudio**

La muestra está conformada por 12 docentes cabe resaltar que esta muestra representa aquellos docentes que se les aplicó el pretest y sus resultados evidenciaron síntomas de ansiedad, igualmente estos docentes fueron los que estuvieron de acuerdo en participar del proceso psicoterapéutico. es decir cumplen con los requisitos para participar de la investigación.

## **Tipo de muestra estadística**

La muestra es de tipo no probabilística, (Ávila, 2019) “se seleccionan cuidadosamente a los sujetos de la población utilizando criterios específicos, buscando hasta donde sea posible representatividad. Aun así, no se utilizan para la inferencia de resultados sobre la población”. Esto indica que no todos los participantes pueden salir elegidos, sino que más bien deben cumplir con los parámetros expuestos anteriormente por el investigador.

### **3.3 Variables**

#### **Variable 1: Síntomas de ansiedad**

##### **Definición conceptual:**

Díaz (2019) expresa que los síntomas de ansiedad son manifestaciones físicas, cognitivas o conductuales, que presentan los individuos, pero que no necesariamente representan un cuadro clínico o un diagnóstico como tal sin embargo el hecho de no cumplir los criterios diagnóstico de un trastorno de ansiedad no quiere decir que no requiera atención psicoterapéutica.

##### **Definición Operacional:**

Se medirá la variable operacionalmente a través de los

- Síntomas cognitivos
- Síntomas fisiológicos
- Síntomas sensoriales
- Síntomas somáticos
- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas de estado de animo

## Variable 2: Psicoterapia Grupo

### Definición conceptual:

Según Speir (1968, citado por González, 2019) la psicoterapia de grupo “es un procedimiento ideado para solucionar problemas emocionales mediante recursos psicoterapéuticos. Toma en cuenta el individuo reunido en grupo y aplica métodos y conceptos de la psicoterapia general” (p.36).

### Definición Operacional:

Intervención psicoterapéutica basada en la aplicación de la psicoterapia de grupo y estructuradas por fases o sesiones cada una con sus objetivos específicos.

3.4 instrumentos y/o técnicas de recolección de datos y/o materiales y/o equipos y/o insumos y/o infraestructura que se va a utilizar.

- Entrevista clínica

De acuerdo con Vásquez (2018) la entrevista es la interacción directa entre dos o más personas, con el objetivo de obtener información sobre la conducta y las cogniciones del entrevistado. Su propósito es entender la naturaleza y el contexto del problema, así como identificar posibles psicopatologías y trastornos asociados.

En este sentido Pantoja y Ortega (2016) explican que según la entrevista clínica (EC) es un método mediante el cual el investigador puede indagar con el estudiante acerca de las razones por las cuales desarrolló ciertos procedimientos, tal como se evidencia en la solución planteada en el postest y que no fue reflejada en su escrito. Esta herramienta tiene el potencial de revelar los conocimientos adquiridos o no por el alumno, y se ha consolidado como un instrumento para recopilar datos en la enseñanza y aprendizaje de las matemáticas (Ginsburg, 1997, citado en Zazkis & Hazzan, 1998).

- Escala de ansiedad de Hamilton

Se empleó la versión adaptada y traducida por Lobo et al. (2002), una herramienta autoadministrada que consta de 14 ítems diseñados para evaluar el nivel de ansiedad en los participantes. Cada ítem describe un síntoma típico de ansiedad, como por ejemplo "Se siente preocupado, con temor a que algo ocurra". Los participantes califican cada ítem en una escala Likert que va desde 0 (ausente) hasta 4 (muy grave). En su versión original, la escala ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, con una estructura bifactorial que evalúa la ansiedad psicológica y la ansiedad somática teniendo alfa cronbach alta ( $\alpha = 0.89$ ) (Arias, Gordón et.al, 2022).

### 3.5 Procedimiento

#### Fase 1: selección

En esta etapa, se seleccionó cuidadosamente los participantes que formaron parte del estudio. Para ello, se establecieron criterios específicos de inclusión, como ser docente en áreas de difícil acceso y presentar síntomas de ansiedad. Además, se aseguró la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes antes de su inclusión en el estudio.

## Fase 2: Aplicación del pretest

Durante esta fase, se llevó a cabo una evaluación inicial exhaustiva para establecer un punto de referencia claro. Esto permitió comparar los resultados obtenidos después de la intervención psicoterapéutica grupal. Se utilizaron diversas herramientas de evaluación, incluida la escala de ansiedad utilizada en este estudio, para medir y registrar los síntomas presentes al inicio del estudio.

## Fase 3: Intervención

Durante esta fase, se implementó la intervención planificada, que consistió en la aplicación de sesiones de psicoterapia grupal diseñadas específicamente para abordar los síntomas de ansiedad en los docentes participantes. Estas sesiones se llevaron a cabo de acuerdo con el esquema terapéutico propuesto, que incluía técnicas cognitivo-conductuales, estrategias de afrontamiento y actividades de reflexión en grupo.

## Fase 4: Aplicación del postest

Después de la intervención, se llevó a cabo una nueva evaluación para determinar los efectos de la psicoterapia grupal en los docentes participantes. Se compararon los resultados del postest con los del pretest para analizar cualquier cambio significativo en los síntomas de ansiedad. Esta comparación permitió evaluar la eficacia de la intervención y determinar si había mejorado el bienestar emocional de los participantes.

## Fase 5: Análisis de los resultados:

En esta etapa, se realizó un análisis de los datos recopilados durante el pretest y el postest para evaluar la efectividad de la intervención. Se emplearon métodos

estadísticos para interpretar los resultados y obtener conclusiones sobre el impacto de la psicoterapia grupal en los síntomas de ansiedad de los docentes. Este análisis permitió determinar si la intervención había logrado reducir los niveles de ansiedad y mejorar el bienestar emocional de los participantes.

## **CAPITULO IV**

## **CAPITULO IV: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

### **4.1 Descripción del caso**

Después de haber realizado la evaluación de los participantes en el estudiando investigación, sobre síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso, se plasma la necesidad de un proceso de intervención psicoterapéutica específicamente con la psicoterapia grupal en donde se mitigaran los síntomas encontrados en los participantes.

### **4.2 Introducción**

Es esta propuesta se realizará un programa de capacitación y formación para entrenar con la estrategias adecuadas y fáciles de manejar saber identificar y a manejar los mismos desde la óptica personal y buscar ayuda profesional cuando sea necesario.

La propuesta se enmarcará en la identificación y formación de cómo enfrentar los síntomas de ansiedad que se presenten en los docentes en sus áreas de trabajo para mejorar el rendimiento y las relaciones sociales e interpersonales de cada participante, es propicio mencionar que se ha organizado una serie de 10 sesiones que se distribuirá en una sesión por semana, con un objetivo por sesión y con una duración de 45 minutos mínimo y un máximo de 1:30 máximo.

El docente debe cumplir con los objetivos y metas propuestas por semana llevar una crónica de los avances de cada sesión.

### 4.3. Justificación

La importancia de este cronograma es reforzar en entrenamiento y conocimiento de los síntomas de ansiedad que se presentan el cómo manejar los síntomas de se perciben en la parte cognitiva, corporal y orgánica de cada uno ya que los síntomas pueden presentarse y agravarse en cada persona de manera diferente y con agresividad o síntomas leves que si no se tratan pueden llegar a incapacitar a la persona, debido a los múltiples clientes que llegan a la clínica Mente & Alma que unos con síntomas leves y otros con un diagnóstico que es grave por falta de conocimiento, sobre el tratamiento y trato de los síntomas la misma coadyuva que el paciente se empape de la realidad exterior de las situaciones y sucesos que pasan al desempeñar su trabajo.

### 4.4. objetivos

#### Objetivo General

Aplicar el programa de entrenamiento y formación para aumentar los conocimientos de síntomas de ansiedad y las estrategias de afrontamiento que se presenten en docentes que laboran en áreas de difícil acceso.

#### Objetivo específico

- Implementar el cronograma de formación y entrenamiento para fortalecer el conocimiento de los síntomas de ansiedad.
- Valorar el avance y el conocimiento relacionados a la ansiedad y su afrontamiento.
- Propuesta sobre la formación y el entrenamiento para afrontar los síntomas de ansiedad en docentes que laboran en áreas de difícil acceso.

## Cronograma general de actividades

<b>Día</b>	<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>
Sábado 10 de febrero	1	Introductoria de la psicoterapia grupal
Sábado 24 de febrero	2	Explicar conceptos de ansiedad y los pensamientos distorsionados. ( detonantes)
Sábado 2 de marzo	3	Diferencia entre síntomas de ansiedad, tristeza y adaptación.
Sábado 9 de marzo	4	Los Síntomas de ansiedad físico.
Sábado 16 de marzo	5	Practica de reforzamiento sobre como contrarrestar los síntomas de ansiedad.
Sábado 23 de marzo	6	Identificación de síntomas de ansiedad.
Sábado 30 de marzo	7	Generar pensamientos y actitudes positivas
Sábado 6 de abril	8	Los pensamientos y sentimientos.
Sábado 13 de abril	9	Como me siento y que aprendí.
Sábado 20 de abril	10	Cierre de la psicoterapia, Intervención familiar.

En este cronograma se presenta el trabajo a realizar en cada una de las sesiones y también las evaluaciones que se tienen después de las intervenciones.

Se evidencia una serie de aristas que manifiestan la necesidad que tienen esta población de ser tratada, formada y orientada sobre la forma de tratar los síntomas de ansiedad que prestan cuando se adentran en sus áreas de trabajo.

### Primera sesión: introductoria de la psicoterapia grupal

Sesión explicativa e introductoria de la psicoterapia grupal e el compromiso que conlleva.

En esta sesión se les explica de forma clara precisa las psicoterapias y en que consiste y para qué son utilizadas y el beneficio de su aplicación en una buena salud mental, se les detalla los pasos a seguir, se le hace partícipe del consentimiento informado, el contrato terapéutico, las formas de abandono de la psicoterapia y los compromisos del cumplimiento de las tareas y talleres a realizar.

Cuadro 2. Introducción a la psicoterapia

<b>Objetivo</b>	Fomentar en los participantes la importancia de la psicoterapia grupal en su proceso. Psicoeducar sobre las diferencias de una atención psicológica y una psicoterapia. Informar y concientizar al participante por medios de estrategias de afrontamiento y talleres de los síntomas de acuidad.
<b>Duración</b>	La primera sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	Historias de la psicoterapia grupal. Cirulos de experiencias. Dinámica grupal Quien soy yo.           OBETIVO: conocimiento y comunicación interpersonal. INSTRUCCIONES: la vida merece vivirse, pero solo viven los que luchan, los que saben quiénes son, los que quieren ser, te invitamos a reflexionar con la mayor seriedad.
<b>Desarrollo</b>	Se les pide a los participantes que, escuchen la historia ya sea de parte de los participantes por medio de videos Se entregará un tríptico con la información más relevante sobre la psicoterapia.

	Se prepara un circulo de los participantes y de forma voluntaria se comparte experiencias cortas de lo aprendido.
<b>Recursos</b>	Grabaciones de historias audios y tríptico.

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 3. Los pensamientos distorsionados.

<b>Objetivo</b>	Explicar conceptos de ansiedad y los pensamientos distorsionados. ( detonantes)
<b>Duración</b>	La segunda sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	Lista de rutinas que realizan para síntomas de ansiedad. Técnica: Reestructuración cognitiva, de los pensamientos. OBJETIVO: Identificar los pensamientos distorsionados y generar pensamientos alternativos. El facilitador explica que las distorsiones cognitivas de los pensamiento es algo que afecta la visión de la realidad, y hay que encontrar la clave y el origen de esa distorsión.
<b>Desarrollo</b>	Se utilizará las 5 premisas, se les explica cada uno de ellos y de les da ejemplos con los pensamientos que surjan de ellos mismos. Modificar pensamientos Conocer el significado complejo en su forma Pensamientos opuestos Generar la duda Pensamientos alternativos tras la duda.
<b>Recursos</b>	Computadora portátil, diapositiva, retroproyector.

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 4. Diferencia entre síntomas de ansiedad, tristeza y adaptación.

<b>Objetivo</b>	Explicar la diferencia entre síntomas de ansiedad, tristeza y adaptación.
-----------------	---

<b>Duración</b>	La tercera sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	Lamina de los tres compartimentos y colores. Rojo, amarillo y verde. TEGNICA: PENSAMIENTO (EXPLORAR PENSAMIENTO) OBJETIVO: por medio de los colores. De proceder a que los participantes coloren un semáforo y am rededor le ponen en cada color las diferencia de cada uno.
<b>Desarrollo</b>	Se le pone a trabajar individual para identificar si se comprendió las características de cada uno. De llama por nombre y cada uno expone al grupo porque lo realizo de esa manera.
<b>Recursos</b>	Papel blanco, papel manila, cartones, lápices de colores, tijeras.

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 5. Los Síntomas de ansiedad físico.

<b>Objetivo</b>	Reconocer los Síntomas de ansiedad físico (sudoración, falta de aire, opresión en el pecho)
<b>Duración</b>	La cuarta sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	Trabajar en los síntomas más, frecuentes que se presentan corporales y que son visibles, por medio de auto evaluación personal (Sudoración, falta de aire, opresión en el pecho). TÉCNICA: Los tres pilares meditación, respiración y lugar seguro. OJETIVO: Aprender cuando como se tendrá un síntoma de ansiedad y como contrarrestarlo. Se presenta a los practicantes el grupo de los tres pilares en diapositivas y se les explica en que concite cada uno.
<b>Desarrollo</b>	Se les explicara a los participantes que se iniciara una técnica que requiere de la total atención para poder lograr los objetivos presentado, se trabajara estilo exposición con preguntas y respuestas al final de la presentación.

<b>Recursos</b>	Computadora portátil y proyector, lápiz y papel.
-----------------	--

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 6. Practica de reforzamiento sobre como contrarrestar los síntomas de ansiedad.

<b>Objetivo</b>	Reforzar el conocimiento y práctica de la técnica para mejorar los Síntomas de ansiedad
<b>Duración</b>	La quinta sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	<p>Se trabajará para que el participante reencuentre no solo con lo que sucede internamente, sino que también tome conciencia de lo que sucede a su alrededor.</p> <p>TÉCNICA: Meditación, respiración y lugar seguro  <i>OJETIVO:</i> Aprender cuando como se tendrá un síntoma de ansiedad y como contrarrestarlo.</p> <p>Se les pide a los participantes que conversen entre ellos los pasos y técnicas de contrarrestar los síntomas de ansiedad que se explicaron en la sección 4.</p>
<b>Desarrollo</b>	Cada participante anota en una hoja los pensamiento positivos y los negativos, posteriormente se procede a anotar alado de los negativos las posibles soluciones y se procede a realizar un proceso de aceptación radical y encontrar la las estrategias de afrontamiento.
<b>Recursos</b>	Hoja blanca, lápiz, computadora portátil, música instrumental.

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 7. Identificación de síntomas de ansiedad.

<b>Objetivo</b>	Aprender a identificar síntomas de ansiedad .
-----------------	---

<b>Duración</b>	La sexta sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	<p>Con esta comparación se incita a los participantes que identifiquen cada cual y los síntomas para así saber cuándo puedes buscar y ayuda profesional o cuando pueden aplicar las técnicas aprendidas.</p> <p>Técnica: Esquema de diferencias. (ejemplos de música movida y música suave)</p> <p>Objetivo: identificar las diferencias y que técnicas utilizar para mitigarlas.</p> <p>Se les comunicara a los integrantes de la psicoterapia que se formen en grupo y se trabaja con musicoterapia para identificar la potencia y frecuencia ce los síntomas.</p>
<b>Desarrollo</b>	Los participantes se les pone música para que bailen de manera rápida con música suave y cuando se pone la música rápida bailes despacio, se tomará como referencia lo importante de las diferencias para un mejor manejo de los síntomas de ansiedad posteriormente se les pide que bailes al ritmo de cada música en círculos y libre en el salón.
<b>Recursos</b>	Computadora portátil, música cartel con las diferencias. Videos sobre síntomas graves y síntomas pasajeros de ansiedad.

Fuente: Pineda, 2024.

#### Cuadro 8. Generar pensamientos y actitudes positivas

<b>Objetivo</b>	Generar pensamientos y actitudes positivas desde lo cognitivo a cada participante
<b>Duración</b>	La sexta sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	Con esta estrategia se persigue lograr que el paciente se sobreponga y entienda que si no trabaja en los pensamientos

	<p>negativos no lograra con ninguna estrategia de afrontamiento salir adelante se sus síntomas de ansiedad.</p> <p>Técnica: Se aplicará la encomia de fichas.</p> <p>Objetivo: identificar los pensamientos negativos más frecuentes y anotarlos en la economía de fichas.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se contralle un ejemplo de economías de fichas en grupo y con los pensamientos más frecuentes que surgen del grupo se pone en el cartel y embace a ellos se trabajara durante el resto de la semana, al final se evalúa y se les pide que ellos mismos expliquen que técnica puedes aplicar para ese tipo de pensamientos y se refuerza en las mejorías obtenidas de la técnica.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Cartón, papel, lápiz, tijera.</p>

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 9. Los pensamientos y sentimientos.

<b>Objetivo</b>	Expresar los pensamientos y sentimientos sin hablar.
<b>Duración</b>	La octava sesión tiene una duración de 60 minutos
<b>Estrategias</b>	<p>Incitar a los participantes que por medio de esta técnica expresen los sentimientos y pensamientos que aun en esta sección no han podido expresar. Aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton</p> <p>Técnica: collage</p> <p>Objetivos: Lograr que los participantes se expresen de forma no verbal.}</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se organiza una serie de periódicos, revistas libros de trabajos y de les entrega una tela, después que el participante tomara recortes de revisar y demás y representara esos pensamientos y sentimientos que le son difícil de expresar.</p> <p>Después se les pedirá que empaten la tela forman una tela y de manera y libre interpretan el significado de los mismos.</p>
<b>Recursos</b>	Revistas, periódicos, libros de trabajos, tijeras, goma. Escala de ansiedad de Hamilton

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 10. Como me siento y que aprendí.

<b>Objetivo</b>	Expresar la mejoría y manejo adecuado de los síntomas.
<b>Duración</b>	La novena sesión tiene una duración de 90 minutos
<b>Estrategias</b>	Compartir de todo lo bueno que ha sucedido en el proceso de psicoterapia grupal. Técnica: El rompe Cabeza Objetivo: Analizar y fortalecer los conocimientos vagos de síntomas de ansiedad y sus técnicas.
<b>Desarrollo</b>	Se prepara la escala para la respuestas, después se adentra en la dinámica realizando piezas con figura de una persona cada pieza de le pone un síntoma de ansiedad una estrategia de afrontamiento, los participantes encuentran las pieza la van uniando y democráticamente escogen un líder para que exponga las conclusiones realizadas por todos después de terminar de armar por completo la figura.
<b>Recursos</b>	Cartón, goma, tijera, papel blanco.

Fuente: Pineda, 2024.

Cuadro 11. Cierre de la psicoterapia, Intervención familiar

<b>Objetivo</b>	Exponer el todo los beneficios de la psicoterapia.
<b>Duración</b>	La décima sesión tiene una duración 120 minutos.
<b>Estrategias</b>	Participación de los familiares para un compartir de los logrado y percibido como familia en la psicoterapia de cada participante. Estrategia: exposición marital sobre el beneficio de la psicoterapia con el apoyo familiar. Objetivo: sintetizar el aprendizaje de la psicoterapia grupal por medio de una ponencia, magistral e intervención del participante, con preguntas.

<b>Desarrollo</b>	<p>Se prepara un salón con mesa etc. para dar un recibimiento a los participantes con sus familiares,</p> <p>Con antelación se pide en secreto que los familiares preparen un video con comentarios positivos sobre su familiar y después de la ponencia en el momento de la cena se proyecta para todos los asistentes.</p> <p>Se cierra llamando a los participantes y su familia a tomarse de las manos con la canción de ALEJADRO CERNA volver a empezar. Se proyecta películas de los docentes participantes en todas las áreas de trabajo y las travesías de los mismos.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Mesas, manteles, floreros, computadora portátil, música, videos, micrófono.</p>

Fuente: Pineda, 2024.

# Capítulo V

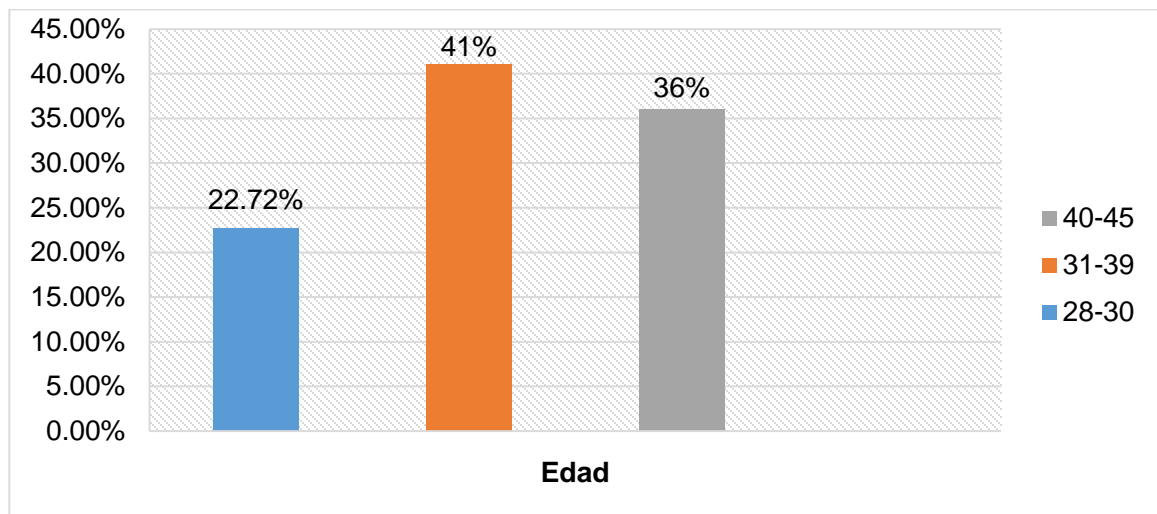
## CAPÍTULO: V. ANÁLISIS DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### PRETEST

Tabla 1. Edad.

	FA	FR
28-30	5	22.72%
31-39	9	41 %
40- 45	8	36 %
Total	22	100%

Gráfico 1. Edad.



Fuente: Tabla 1

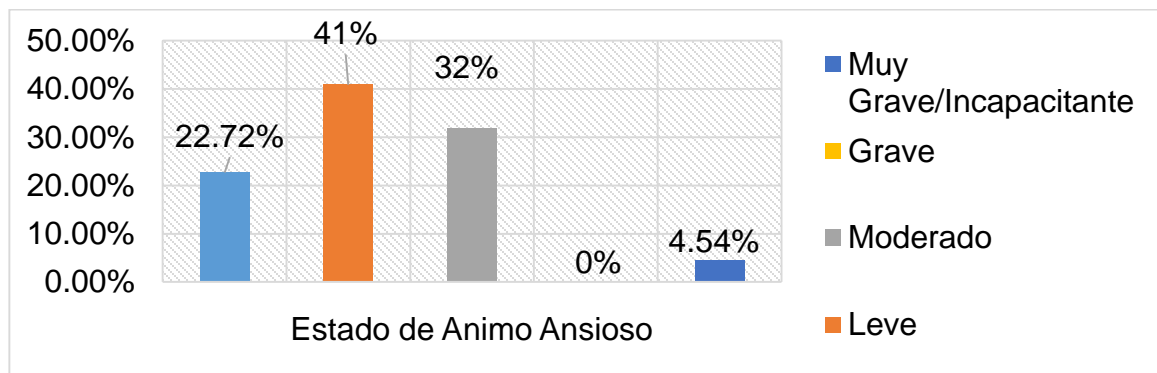
Según la tabla 1, la edad promedio de los docentes que participaron en la investigación se dividió en tres grupos de la siguiente manera: el primer grupo, compuesto por el 22.72%, tenía edades entre 28 y 30 años; el segundo grupo, constituido por el 41%, tenía edades entre 31 y 39 años; y el tercer grupo, formado por el 36%, tenía edades entre 40 y 45 años.

Tabla 2. Estado de ánimo ansioso

	FA	FR
Ausente	5	22.72%
Leve	9	40.90%
Moderado	7	31.81%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	1	4.54%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 2. Estado de ánimo ansioso.



Fuente: Tabla 2.

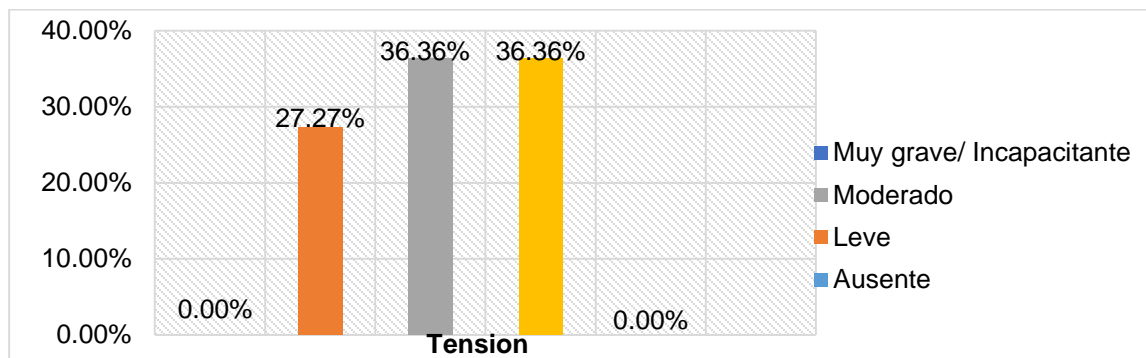
De acuerdo con la gráfica 2, el 22.72% de los participantes mostraron ausencia de síntomas de ansiedad, el 41% indicó síntomas leves de ansiedad, el 32% reportó un estado de ánimo moderado, y un 4.54% presentó síntomas de ansiedad grave. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores que han encontrado que la ansiedad es común en el contexto laboral de los docentes. Mendes et al. (2020) señalaron que la docencia, debido a su naturaleza multifacética, es una de las profesiones más propensas a desencadenar ansiedad. Además, Rivero y Cruz (2010, citados por Flores, 2014) han observado que el trabajo docente está cada vez más lleno de desafíos, lo que puede tener un impacto significativo en la salud de los maestros.

Tabla 3. Tensión

	FA	FR
Ausente	0	0%
Leve	6	27.27%
Moderado	8	36.36%
Grave	8	36.36%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 3. Tensión.



Fuente: Tablas 3

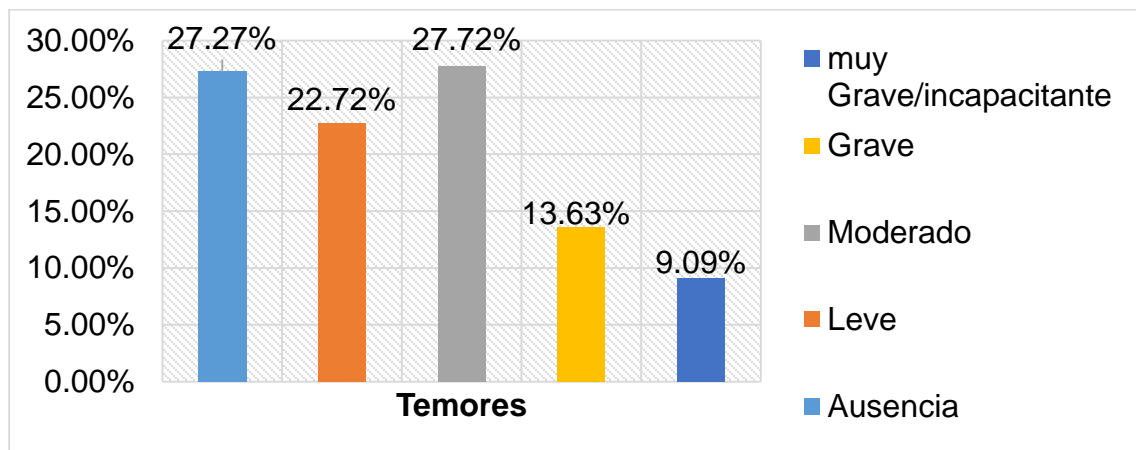
En relación con los resultados de la tabla 3, se observa que el 27.27% de los docentes encuestados reportaron una tensión leve, mientras que el 36.36% mostraron una tensión moderada. Por otro lado, el 36.4% indicó una ausencia de tensión, y un porcentaje igual de docentes, es decir, el 36.36%, manifestó una tensión grave. Estos resultados reflejan una variedad de niveles de tensión entre los docentes que laboran en áreas de difícil acceso y están en línea con estudios previos que han encontrado que los docentes a menudo experimentan altos niveles de estrés y tensión en su trabajo. En este sentido, Quadratín (2023) mencionó que seis de cada diez profesores experimentan cuadros de ansiedad y depresión, lo que puede estar relacionado con los altos niveles de tensión observados en los resultados.

Tabla 4. temores

	FA	FR
Ausente	6	27.27%
Leve	5	22.72%
Moderado	6	27.27%
Grave	3	13.63%
Muy grave/ Incapacitante	2	9.09%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 4. temores.



Fuente: tabla 4

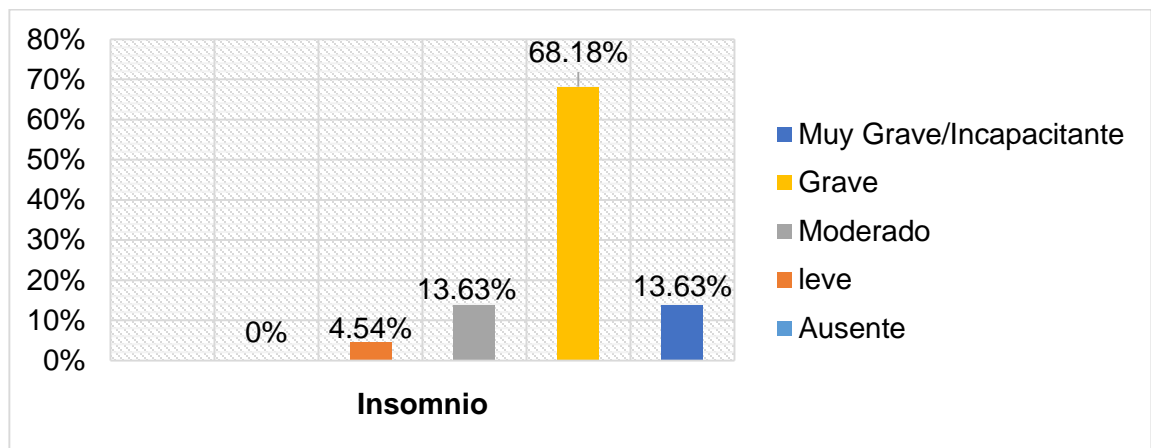
De acuerdo con la gráfica 4, se observa que el 27.27% de los encuestados mostraron ausencia de temores, mientras que el 22.72% reportó temor leve. Además, el 27.72% mostró temor moderado, el 13.63% experimentó temores en la escala grave, y finalmente, el 9.09% mostró temores muy graves/incapacitantes. Estos resultados indican una diversidad de niveles de temor entre los docentes que laboran en áreas de difícil acceso. Además concuerda con García-Carmona et al. (2017) quienes encontraron que la sobrecarga laboral y otras tensiones laborales pueden estar asociadas con niveles más altos de temor en los docentes.

Tabla 5. Estado de ánimo ansioso (Insomnio).

	FA	FR
Ausente	0	0%
Leve	1	4.54%
Moderado	3	13.63%
Grave	15	68.18%
Muy grave/ Incapacitante	3	13.63%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 5. Estado de ánimo ansioso (Insomnio).



Fuente: tabla 5

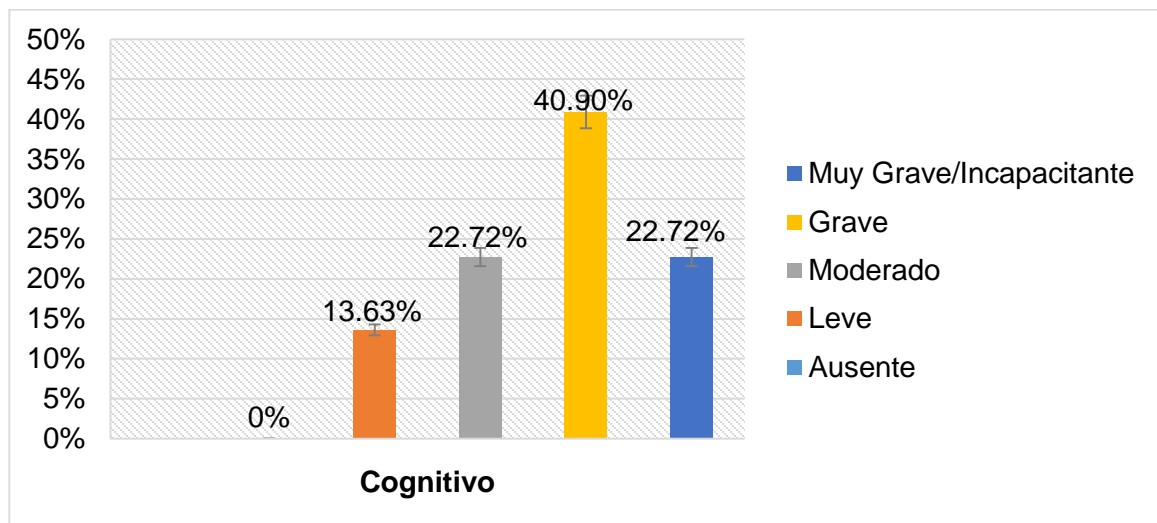
En la gráfica 5, se observa que el insomnio se presenta de la siguiente manera: un 4.54% lo experimenta de forma leve, un 13.63% de forma moderada, el 68.18% muestra intentos de insomnio grave y el otro 13.63% refleja una escala de insomnio muy grave. De acuerdo con estos resultados la mayoría de los docentes que laboran en áreas de difícil acceso experimentan algún grado de dificultad para conciliar o mantener el sueño. Por lo tanto, se es conciente de que según el estudio de García-Carmona et al. (2017) la sobrecarga laboral y otros factores relacionados con el trabajo pueden estar asociados con dificultades para dormir en los docentes.

Tabla 6. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.

	FA	FR
Ausente	0	0%
Leve	3	13.63%
Moderado	5	22.72%
Grave	9	40.90%
Muy grave/ Incapacitante	5	22.72%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 6. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.



Fuente: tabla 6

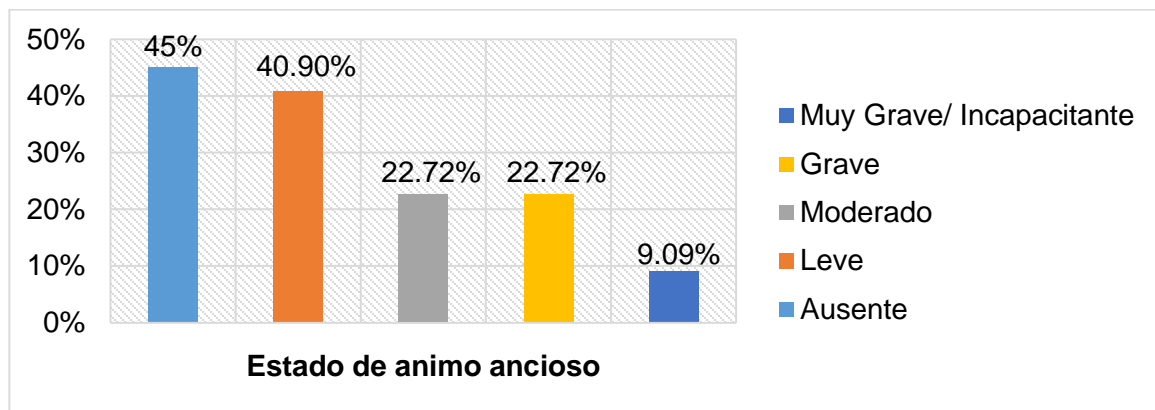
En la gráfica 6, que se refiere a la escala cognitiva, los porcentajes se dividen de la siguiente manera: un 13.63% mostró síntomas leves, un 22.72% mostraron una afectación moderada, mientras que el 40.90% mostró síntomas graves y el otro 22.72% mostró síntomas muy graves, indicando que una parte significativa de los docentes experimentan afectaciones cognitivas, lo que puede influir en su capacidad para concentrarse, procesar información y tomar decisiones.

Tabla 7. Estado de ánimo deprimido

	FA	FR
Ausente	1	4.54%
Leve	9	40.90%
Moderado	5	22.72%
Grave	5	22.72%
Muy grave/ Incapacitante	2	9.09%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 7. Estado de ánimo deprimido.



Fuente: tabla 7

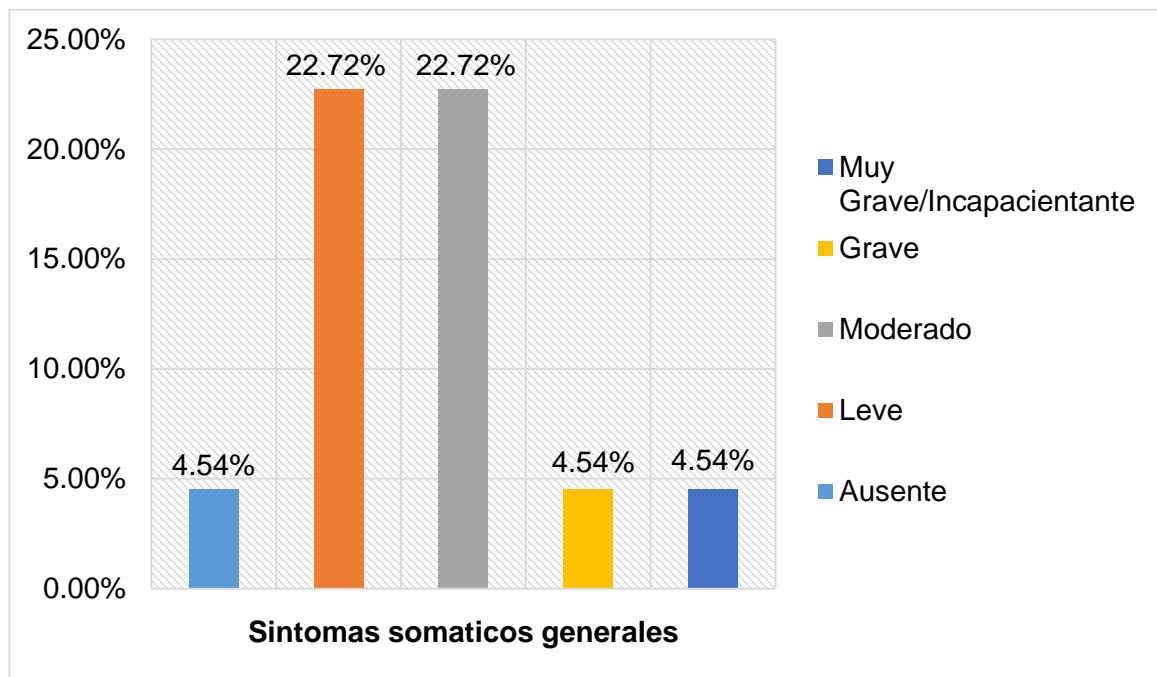
En la gráfica 7, los porcentajes para la escala de estado de ánimo deprimido se distribuyen de la siguiente manera: un 45% mostró ausencia de depresión, un 40.90% presentó depresión leve, un 22.72% experimentó depresión moderada, un 22.72% sufrió de depresión grave y un 9.09% mostró depresión muy grave. Estos resultados indican que la gran mayoría de los docentes encuestados experimentaron algún nivel de depresión en su estado de ánimo, destacado los desafíos emocionales que enfrentan los docentes en entornos laborales estresantes. En este sentido, Quadratín (2023) menciona que los profesores a menudo experimentan cuadros de depresión debido al estrés laboral, lo que puede contribuir a los niveles de depresión observados

Tabla 8. Síntomas somáticos generales (musculares)

	FA	FR
Ausente	1	4.54%
Leve	5	22.72%
Moderado	5	22.72%
Grave	1	4.54%
Muy grave/ Incapacitante	1	4.54%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 8. Síntomas somáticos generales (musculares)



Fuente: tabla 8

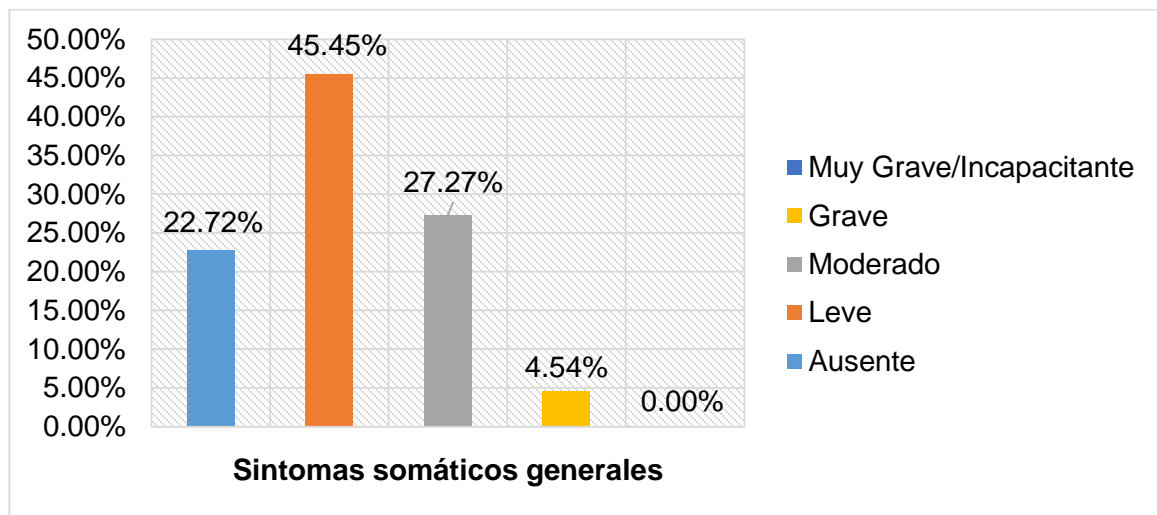
En la gráfica 8, los síntomas somáticos generales se clasifican de la siguiente manera: un 4.54% se clasificó como ausente, un 22.72% como leve, otro 22.72% como moderado, un 4.54% en una escala grave y otro 4.54% como muy grave, indicando que los docentes experimentan una variedad de síntomas somáticos, lo que puede reflejar el impacto del estrés y la ansiedad en su bienestar físico.

Tabla 9. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

	FA	FR
Ausente	5	22.72%
Leve	10	45.45%
Moderado	6	27.27%
Grave	1	4.54%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 9. Síntomas somáticos generales (sensoriales)



Fuente: tabla 9

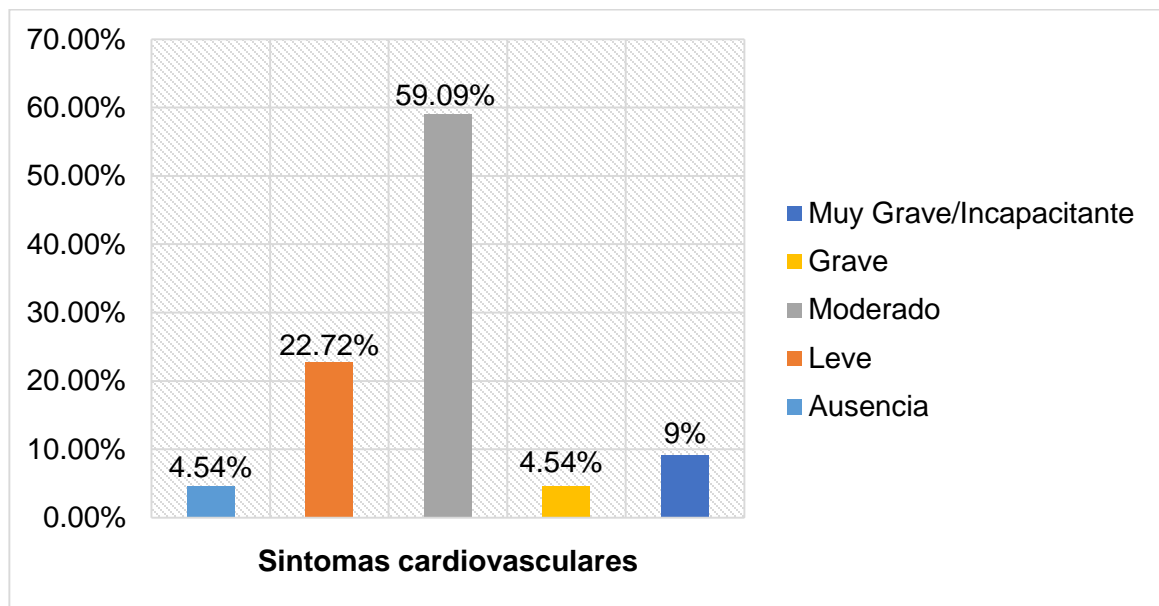
En la gráfica 9, los porcentajes en la escala de Síntomas somáticos generales (sensoriales) se distribuyen de la siguiente manera: un 22.72% mostró ausencia de síntomas, un 45.45% presentó síntomas leves, otro 27.27% síntomas moderados y un 4.54% síntomas graves. Se observa que una parte significativa de los docentes encuestados experimenta algún nivel de síntomas somáticos sensoriales.

Tabla 10. Síntomas cardiovasculares

	FA	FR
Ausente	1	4.54%
Leve	5	22.72%
Moderado	13	59.09%
Grave	1	4.54%
Muy grave/ Incapacitante	2	9.09%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 10. Síntomas cardiovasculares.



Fuente: tabla 10

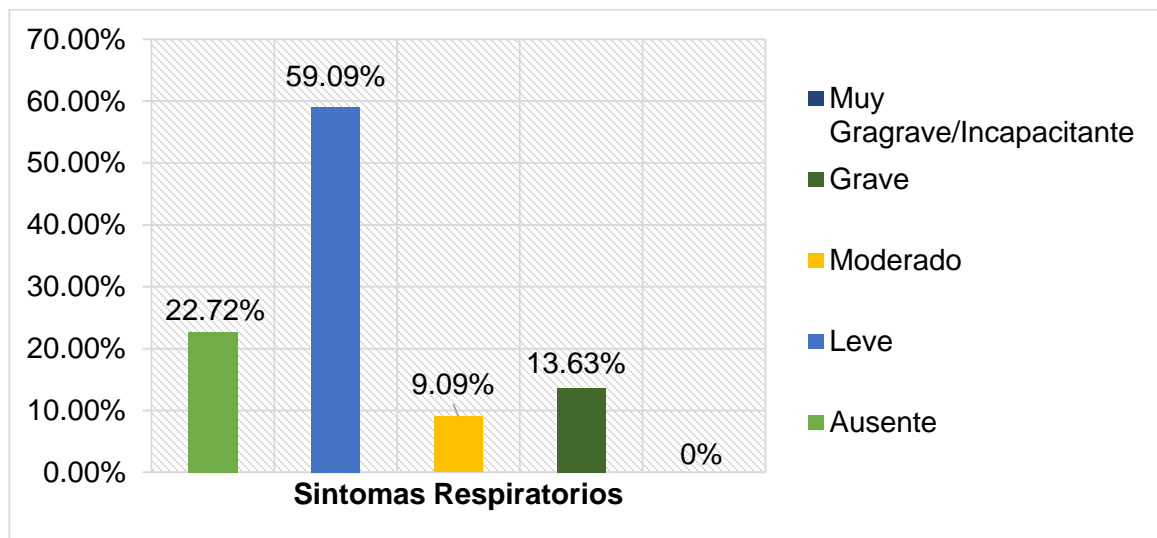
Según la gráfica 10, donde se miden los síntomas cardiovasculares, la puntuación se encuentra en las siguientes escalas: ausencia con un 4.54%, leve con un 22.72%, moderado con un 50.09%, grave con un 4.54%, y muy grave con un 9%. Estos resultados indican que una parte significativa de los docentes encuestados experimenta síntomas cardiovasculares, lo que puede ser indicativo de la presencia de ansiedad en este grupo de profesionales.

Tabla 11. Síntomas respiratorios.

	FA	FR
Ausente	5	22.72%
Leve	13	59.09%
Moderado	2	9.09%
Grave	3	13.63%
Muy grave/ Incapacitante	0	0.0%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 11. Síntomas respiratorios.



Fuente: tabla 11

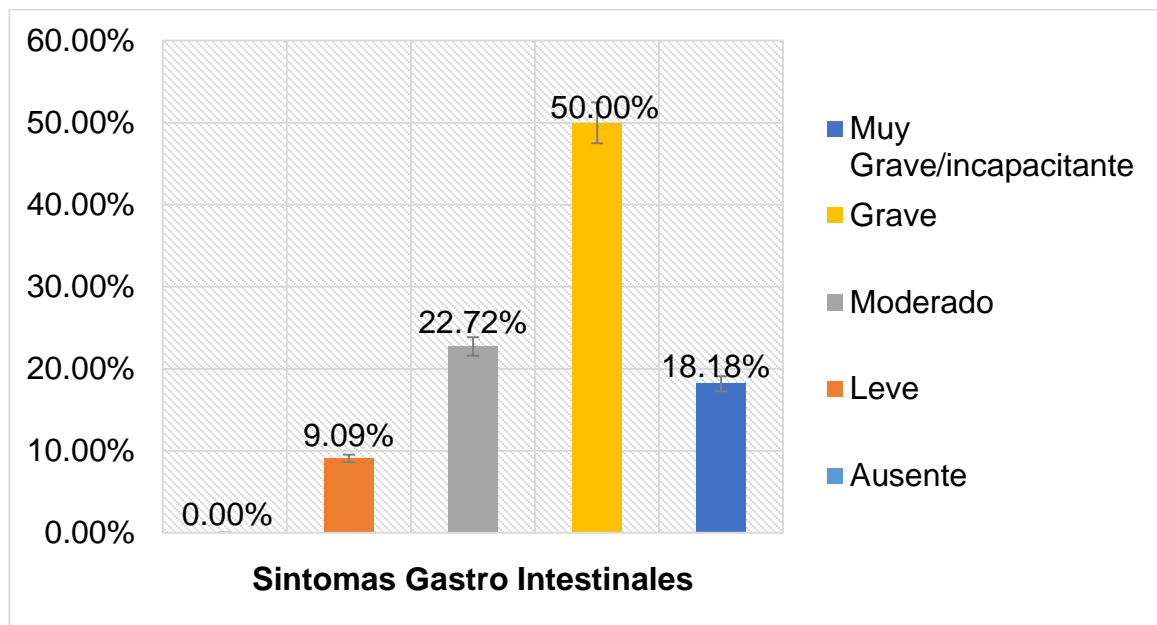
En la gráfica 11 se reflejan los síntomas respiratorios en el grado de ausente con un 22.72%. Una de las escalas más altas fue la de leve con un 59.09%, mientras que el porcentaje para la escala de moderado fue de un 9.09% y para la escala de grave fue de un 13.63%. se observa que un número significativo de docentes experimentan síntomas respiratorios, lo que puede estar relacionado con la ansiedad que enfrentan en su entorno laboral.

Tabla 12. Síntomas gastrointestinales

	FA	FR
Ausente	0	0.0%
Leve	2	9.09%
Moderado	5	22.72%
Grave	11	50%
Muy grave/ Incapacitante	4	18.18%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 12. Síntomas gastrointestinales.



Fuente: tabla 12

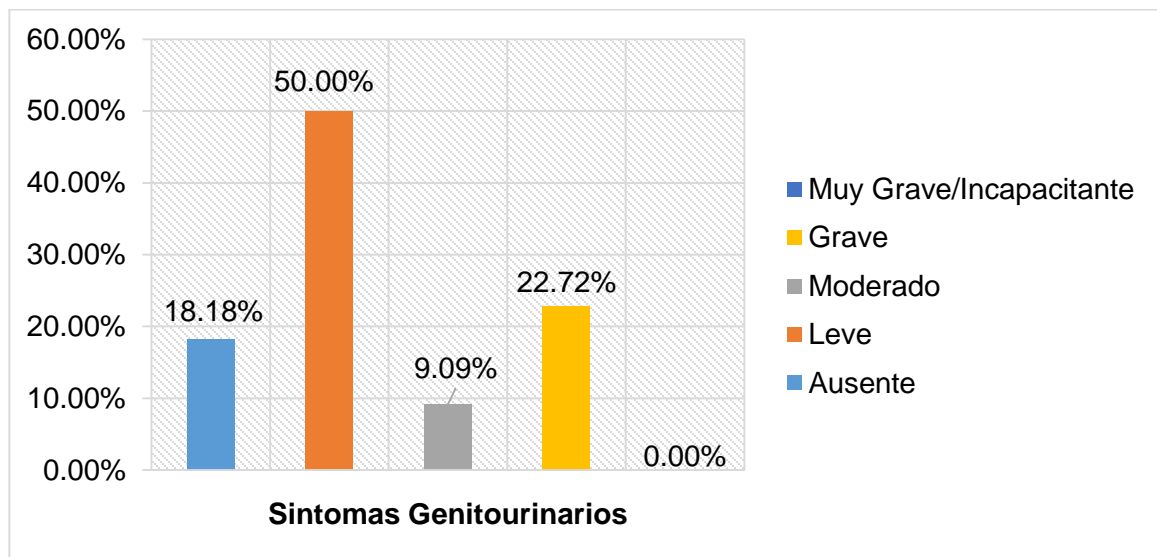
En la gráfica 12, que mide los síntomas gastrointestinales, se observa que un 9.09% de los encuestados manifestaron síntomas, un 22.72% presentó síntomas leves, el porcentaje más alto fue para la categoría de moderado con un 50%, y un 18.18% reportó síntomas muy graves. Esto indica que un porcentaje significativo de los docentes experimentan síntomas gastrointestinales, por tanto puede estar relacionado con la ansiedad.

Tabla 13. Síntomas genitourinarios.

	FA	FR
Ausente	4	18.18%
Leve	11	50%
Moderado	2	9.09%
Grave	5	22.72%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 13. Síntomas genitourinarios.



Fuente: tabla 13

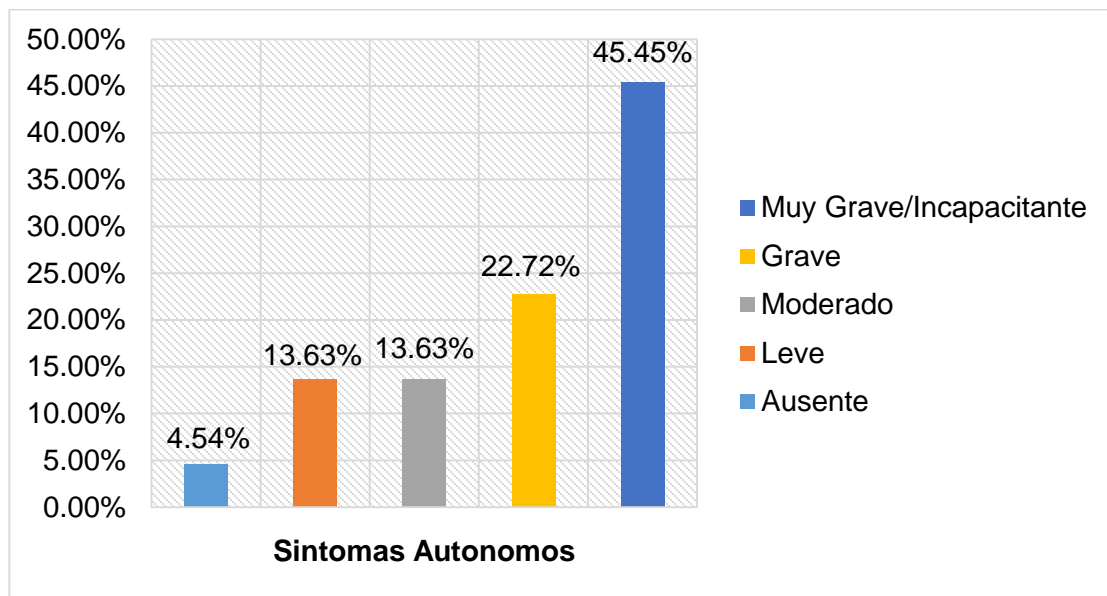
De acuerdo con la gráfica 13, la medición de los síntomas genitourinarios muestra que un 18.18% se clasificó como ausente, el 50% como leve, un 9.09% como moderado y otro 22.72% como grave. Se observa que un número considerable de docentes encuestados experimentan síntomas genitourinarios, lo que puede estar relacionado con la ansiedad en su entorno laboral.

Tabla 14. Síntomas autónomos.

	FA	FR
Ausente	1	4.54%
Leve	3	13.63%
Moderado	3	13.63%
Grave	5	22.72%
Muy grave/ Incapacitante	10	45.45%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 14. Síntomas autónomos.



Fuente: tabla 14

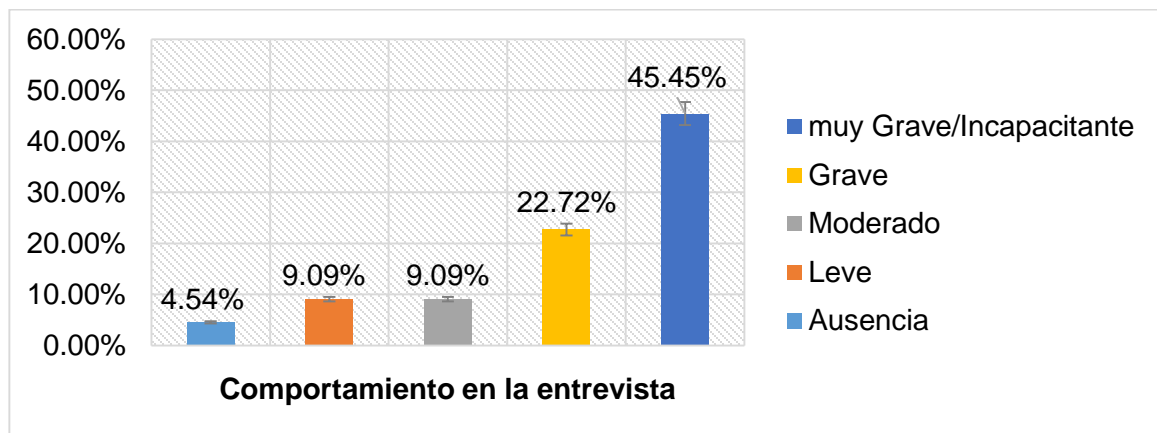
En la gráfica 14, que muestra los síntomas autonómicos, se observa que un 4.54% se clasificó como ausente, un 13.63% como leve, un 13.63% como moderado y un 22.63% como grave. La escala más predominante fue la de muy grave o incapacitante, con un 45.45%. Estos resultados indican que una parte de los docentes experimenta síntomas autonómicos.

Tabla 15: Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

	FA	FR
Ausente	1	4.54%
Leve	2	9.09%
Moderado	2	9.09%
Grave	5	22.72%
Muy grave/ Incapacitante	12	54.54%
Total	22	100%

Fuente: Entrevista clínica, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 15. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)



Fuente: tabla 15

En la tabla 15, que describe el comportamiento en la entrevista, los participantes experimentaron diferentes síntomas motivados por la incertidumbre. Se observa que un 4.54% anunció la ausencia de síntomas, mientras que el 9.09% experimentó diferentes síntomas de forma leve. Otro 9.09% manifestó síntomas moderados. Por otro lado, un 22.72% de la población encuestada reportó síntomas, y finalmente, la gran mayoría, un 45.45%, manifestó diferentes síntomas en diversos momentos de la entrevista. Estos resultados sugieren que la incertidumbre durante la entrevista puede provocar una variedad de síntomas en los participantes.

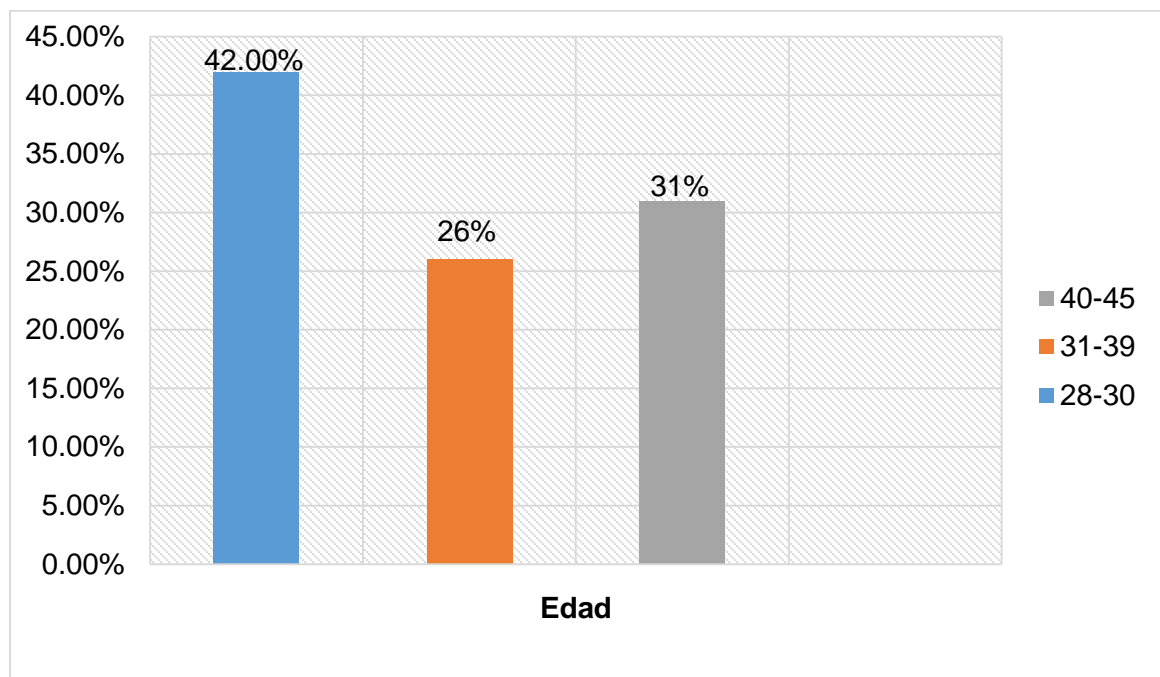
## POS TEST

Tabla 16. Edad

	FA	FR
28-30	8	42%
31-39	5	26 %
40- 45	6	31%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfico 16. Datos generales



Fuente: Tabla 16

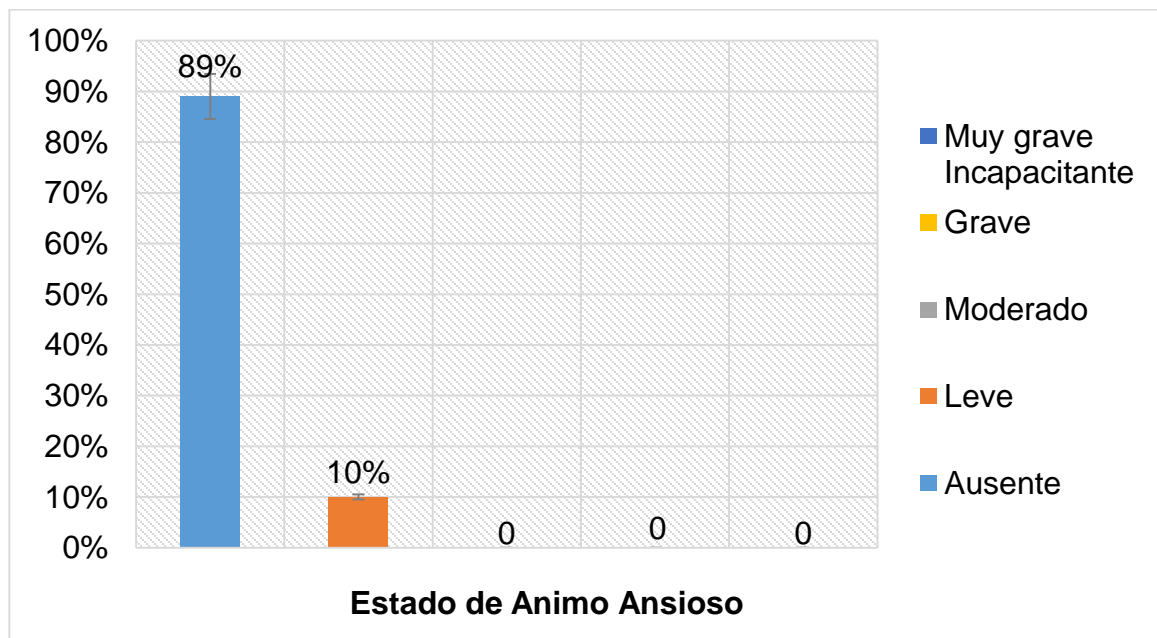
Según la tabla 16, la edad promedio de los docentes que participaron en la investigación se dividió en tres grupos que se distribuyeron de la siguiente manera primer grupo entre 42% entre las edades de 28 y 30 años un segundo grupo compuesto por el 26 % entre 31 y 39 años de edad y un tercer grupo formado por el 31 % con las edades de 40 y 45 años .

Tabla 17. Estado de ánimo ansioso

	FA	FR
Ausente	17	89%
Leve	2	10%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 17. Estado de ánimo ansioso.



Fuente: Tabla 17.

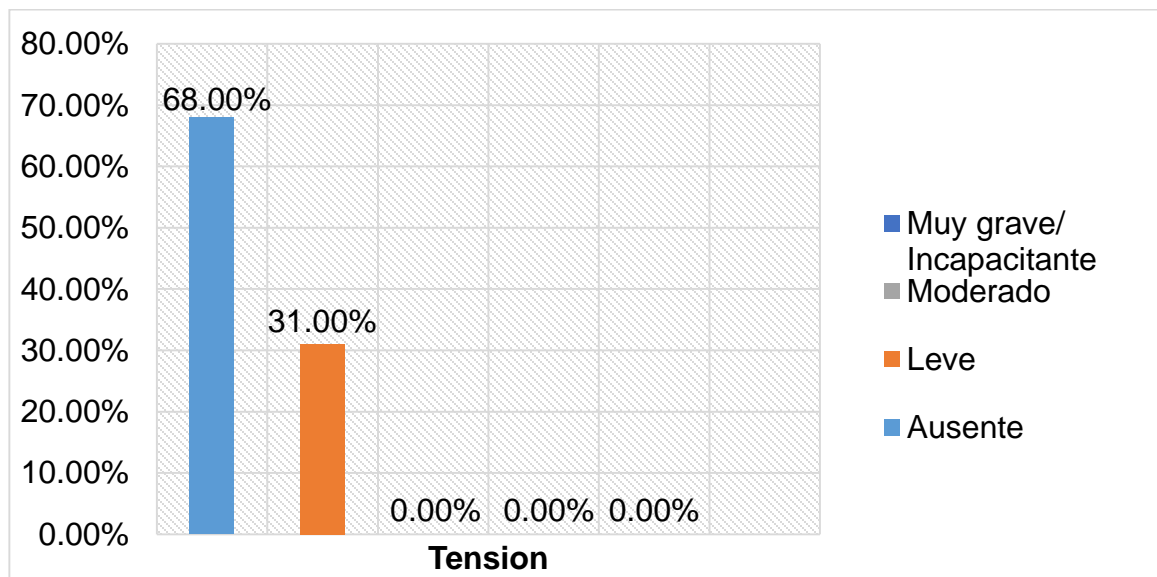
En la gráfica 17 del postest, se observa que el 89% de los participantes mostraron ausencia de síntomas de estado de ánimo ansioso, mientras que el 10% indicó síntomas leves de ansiedad. Estos resultados sugieren una mejora en el estado de ánimo ansioso de los participantes después de la intervención, lo que puede indicar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas propuestas.

Tabla 18. Tensión

	FA	FR
Ausente	13	68%
Leve	6	31%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 18. Tensión.



Fuente: Tablas 18

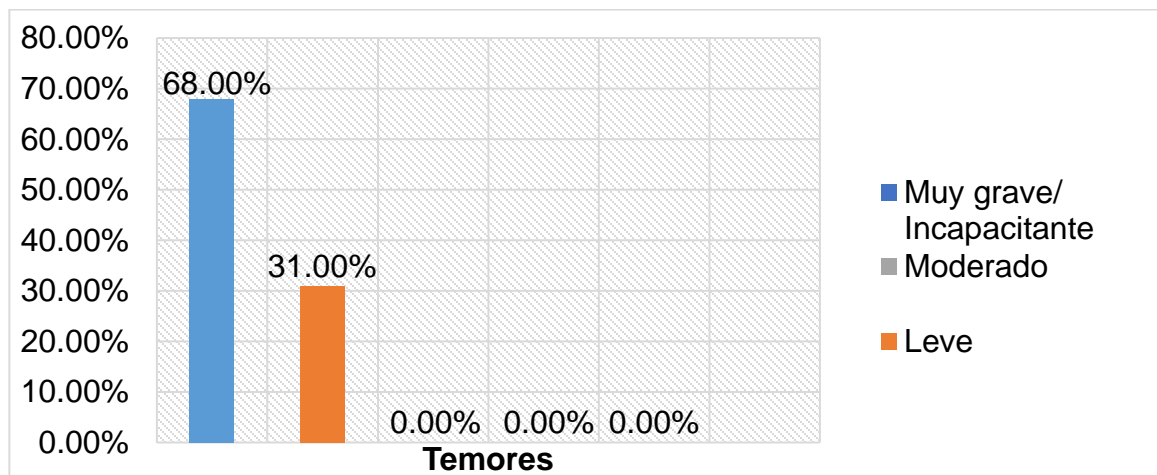
En referencia a los resultados de la tabla 18, los docentes encuestados en la escala de tensión mostraron que el 68% marcó ausencia de síntomas, mientras que el 31% indicó síntomas moderados. Estos resultados pueden sugerir una mejora en los niveles de tensión de los docentes después de la intervención psicoterapéutica, lo que respalda la efectividad de las técnicas implementadas..

Tabla 19. Temores.

	FA	FR
Ausente	13	68%
Leve	6	31%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 19. Temores.



Fuente: tabla 19

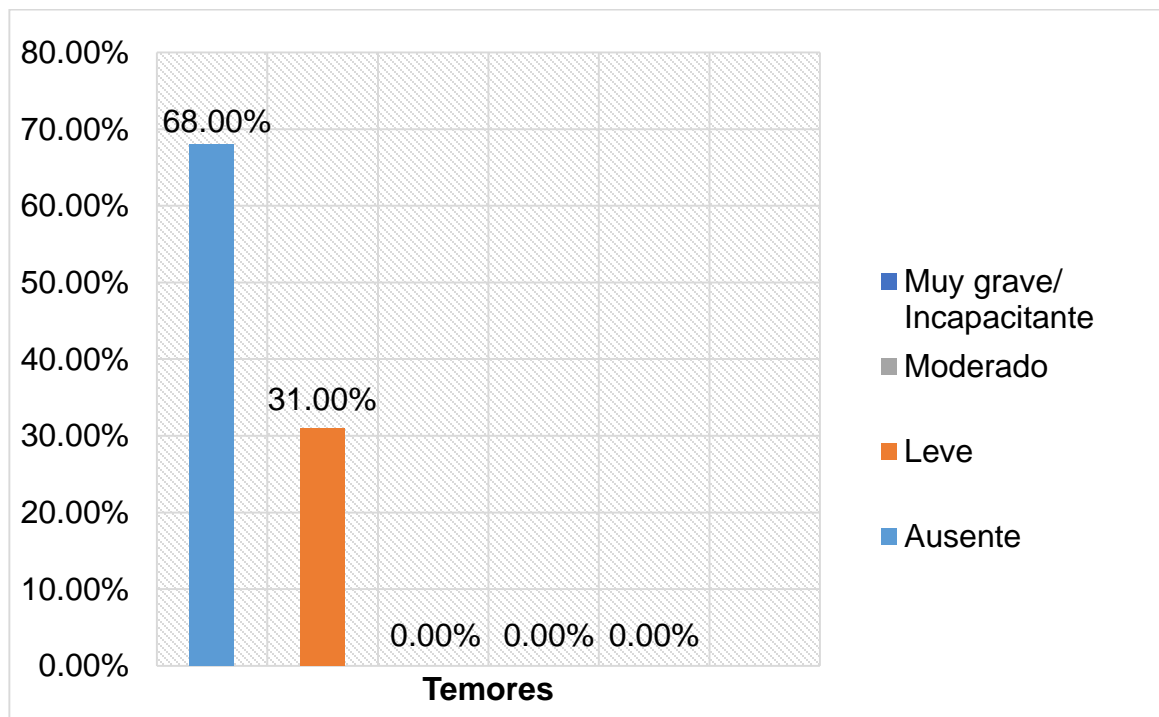
De acuerdo con la gráfica 19, se observa que el 68% de los encuestados mostraron ausencia de temores, mientras que el 31% indicó tener temores leves, indicando así una disminución en los niveles de temor entre los participantes después de la intervención psicoterapéutica, lo que puede indicar una mejora en su bienestar emocional.

Tabla 20. Insomnio.

	FA	FR
Ausente	13	68%
Leve	6	31%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 20. Insomnio.



Fuente: tabla 20.

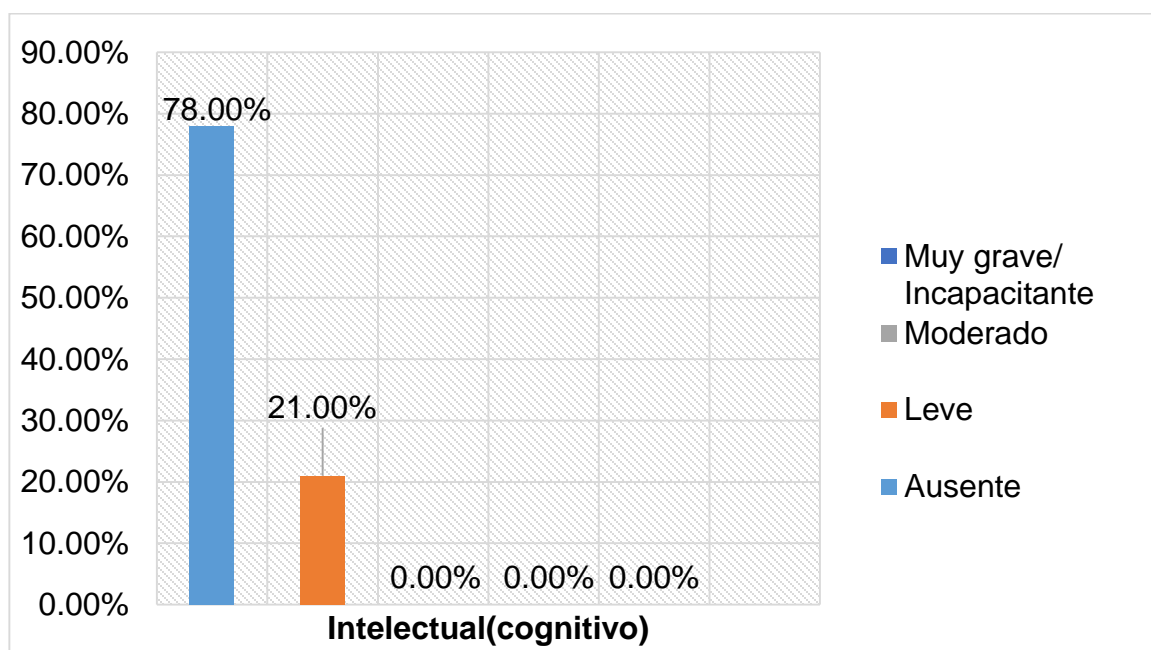
En la gráfica 20, se observa que el insomnio se presenta de la siguiente manera: un 68% lo experimenta de forma leve, mientras que un 31% lo experimenta de forma moderada, señalando una disminución en los niveles de insomnio entre los participantes.

Tabla 21: Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria

	FA	FR
Ausente	15	78%
Leve	4	21%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 21. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.



Fuente: tabla 21

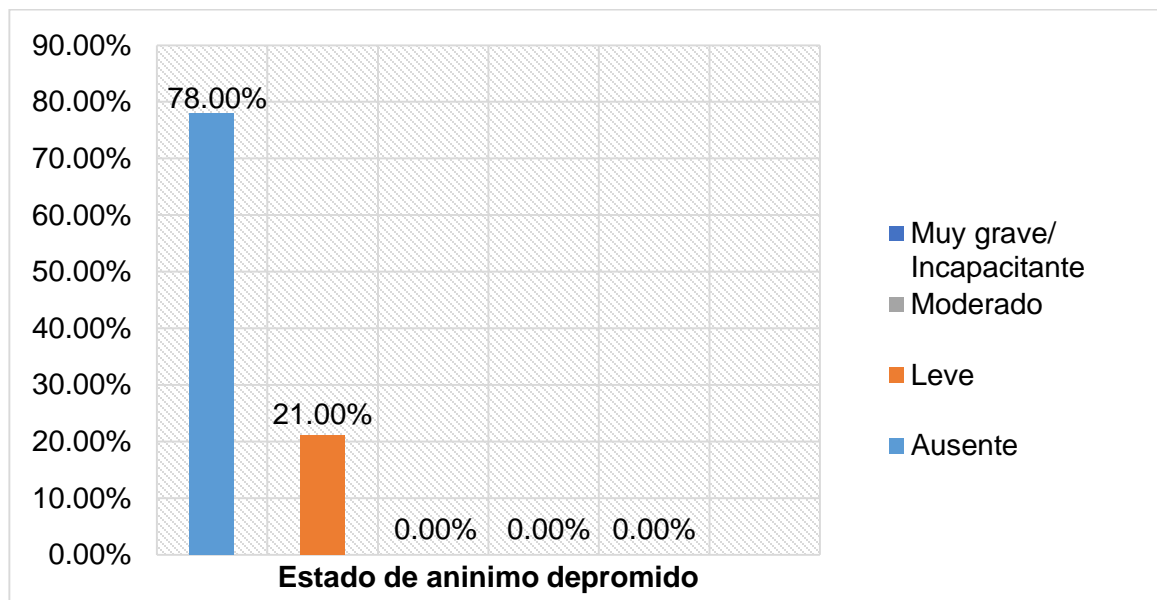
En la gráfica 21, la escala cognitiva, señala que porcentajes se dividieron de la siguiente forma: el 78% mostró ausencia de síntomas, mientras que el 21% mostró una afectación leve. De acuerdo con estos resultados existe una mejora en los aspectos cognitivos de los participantes después de la intervención, indicando una mejoría en la claridad mental y la capacidad de concentración.

Tabla 22: Estado de ánimo deprimido

	FA	FR
Ausente	15	78%
Leve	4	21%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 22. Estado de ánimo deprimido.



Fuente: tabla 22

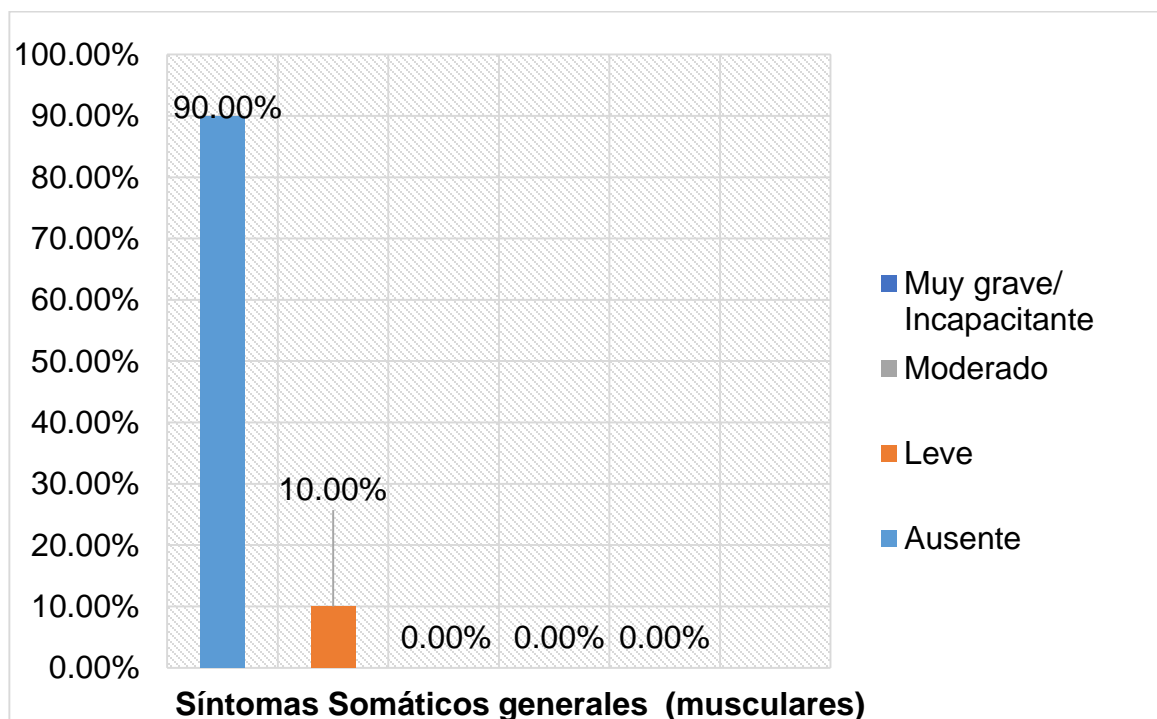
En la gráfica 22, los porcentajes para la escala de estado de ánimo deprimido se distribuyen de la siguiente manera: un 78% mostró ausencia de síntomas, mientras que un 21% indicó tener síntomas leves., aludiendo a una mejora en el estado de ánimo de los participantes después de la intervención psicoterapéutica, lo que puede indicar una reducción en los niveles de depresión.

Tabla 23: Síntomas somáticos generales (musculares).

	FA	FR
Ausente	17	90%
Leve	2	10%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 23. Síntomas somáticos generales (musculares)



Fuente: tabla 23

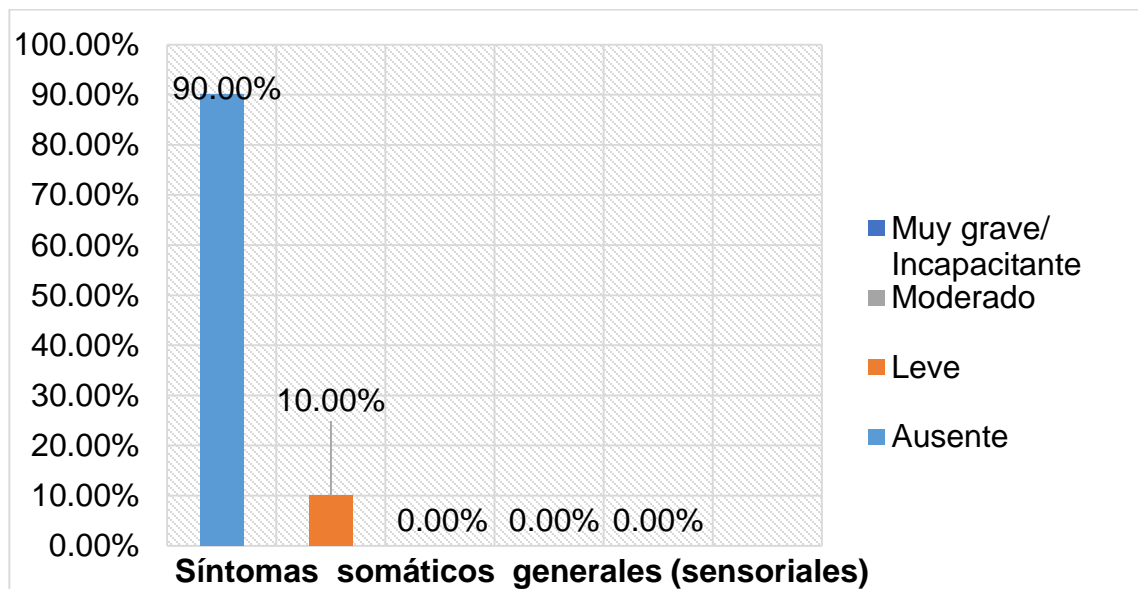
En la gráfica 23, la clasificación de síntomas somáticos generales muestra que el 90% de los participantes presentaron ausencia de síntomas, mientras que el 10% restante clasificó como síntomas leves. Estos resultados sugieren una mejora en los síntomas somáticos generales después de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 24. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

	FA	FR
Ausente	17	90%
Leve	2	10%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 24. Síntomas somáticos generales (sensoriales)



Fuente: tabla 24

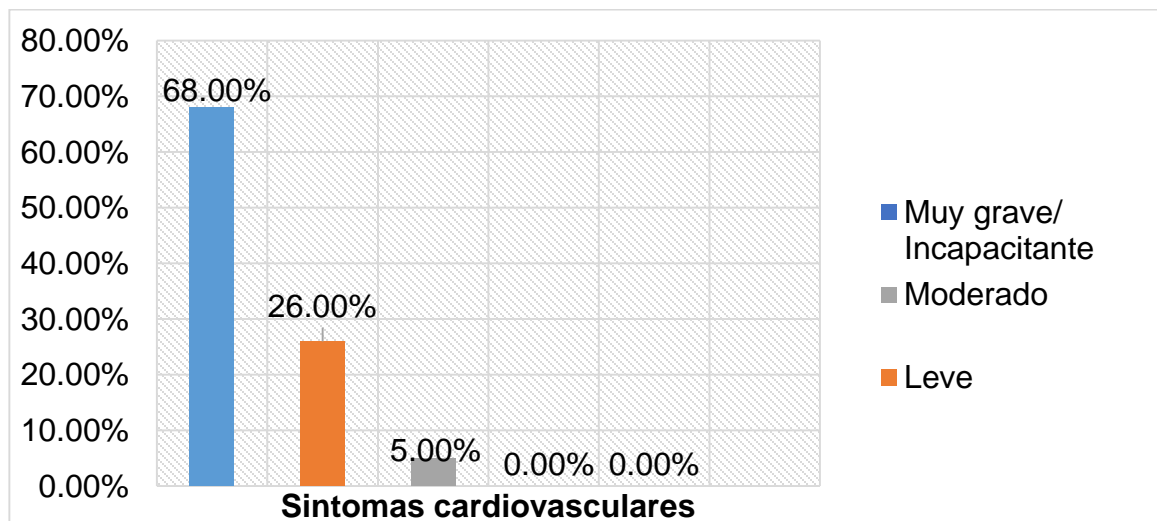
En la gráfica 24, en la escala de síntomas somáticos generales (sensoriales), el 90% de los participantes no mostró síntomas, mientras que el 10% mostró síntomas leves. Estos resultados sugieren una mejora en los síntomas somáticos sensoriales después de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 25 Síntomas cardiovasculares

	FA	FR
Ausente	13	68%
Leve	5	26%
Moderado	1	5%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 25 Síntomas cardiovasculares.



Fuente: tabla 25

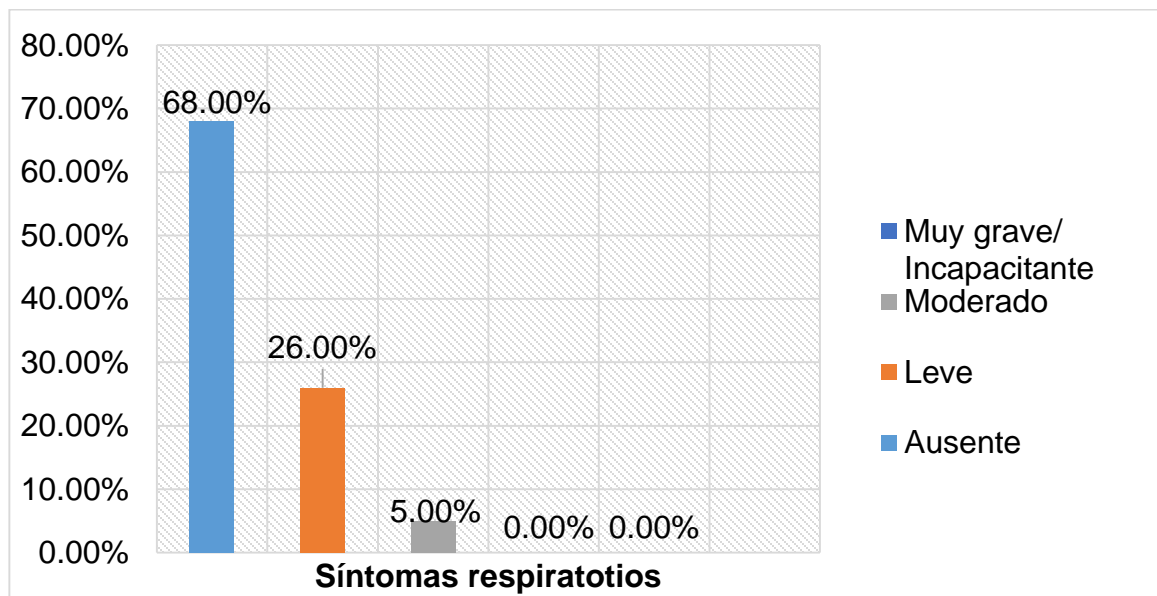
En la gráfica 25, donde se miden los síntomas cardiovasculares, se observa que el 68% de los participantes mostró ausencia de síntomas, el 26% presentó síntomas leves y el 5% restante presentó síntomas graves. Estos resultados indican una mejoría en los síntomas cardiovasculares después de la intervención.

Tabla 26. Síntomas respiratorios.

	FA	FR
Ausente	13	68%
Leve	5	26%
Moderado	1	5%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 26. Síntomas respiratorios.



Fuente: tabla 26

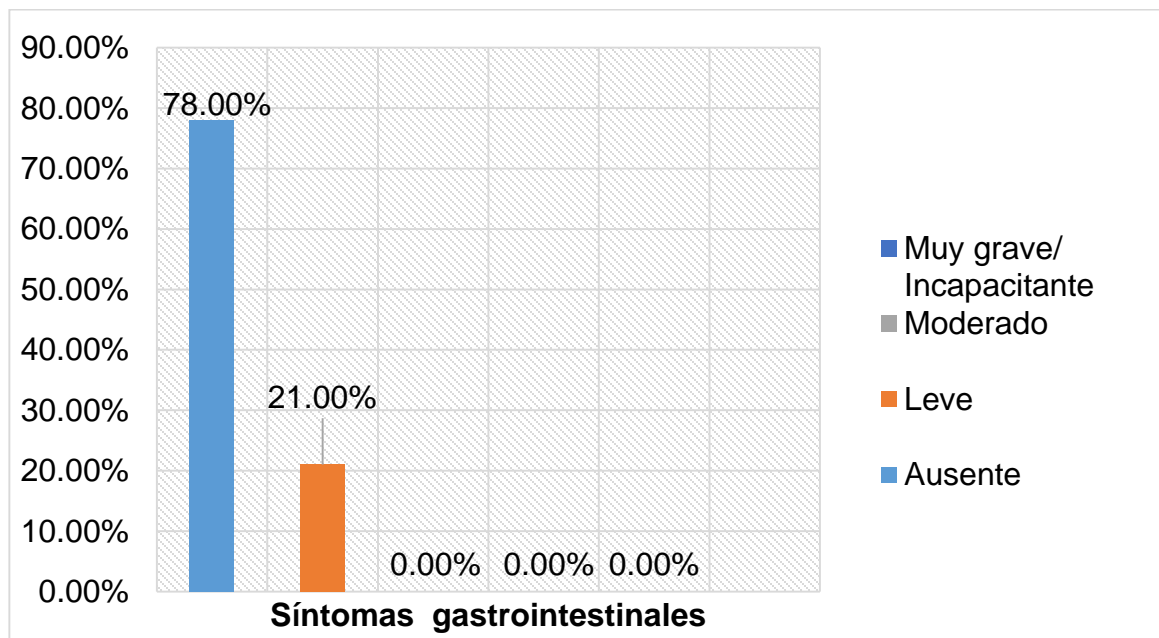
En cuanto a la gráfica 26, que refleja los síntomas respiratorios, se observa que el 68% de los participantes mostró ausencia de síntomas, el 26% presentó síntomas leves y el 5% presentó síntomas moderados. Estos resultados muestran una mejora en los síntomas respiratorios.

Tabla 27, Síntomas gastrointestinales.

	FA	FR
Ausente	15	78%
Leve	4	21%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 27 Síntomas gastrointestinales.



Fuente: tabla 27

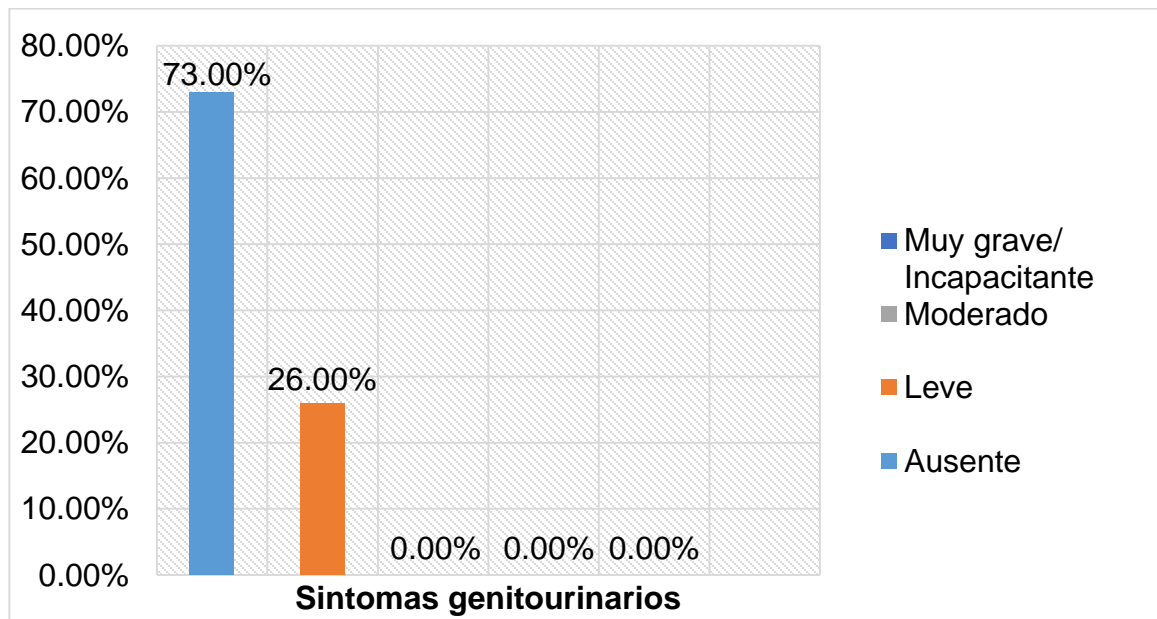
La gráfica 27, muestra los síntomas gastrointestinales, donde se observa que el 78% de los participantes manifestaron síntomas, mientras que el 21% reportó síntomas leves. Lo cual indican una prevalencia significativa de síntomas gastrointestinales entre los docentes encuestados.

Tabla 28. Síntomas genitourinarios.

	FA	FR
Ausente	14	73%
Leve	5	26%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 28. Síntomas genitourinarios.



Fuente: tabla 28

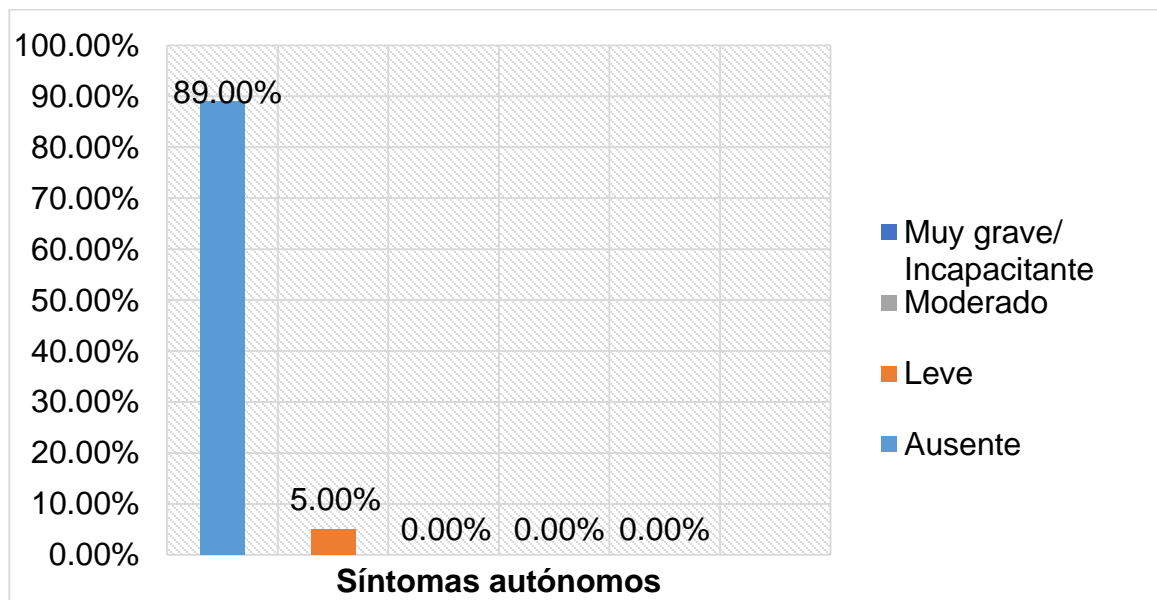
En la gráfica 28, se observa que el 78% de los participantes se clasificó en la categoría de ausencia de síntomas genitourinarios, mientras que el 26% indicó síntomas leves en esta área. Estos resultados sugieren que disminuyó el nivel de los síntomas genitourinarios de la mayoría de los participantes después de la intervención.

Tabla 29. Síntomas autónomos

	FA	FR
Ausente	17	89%
Leve	2	5%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 29. Síntomas autónomos.



Fuente: tabla 29

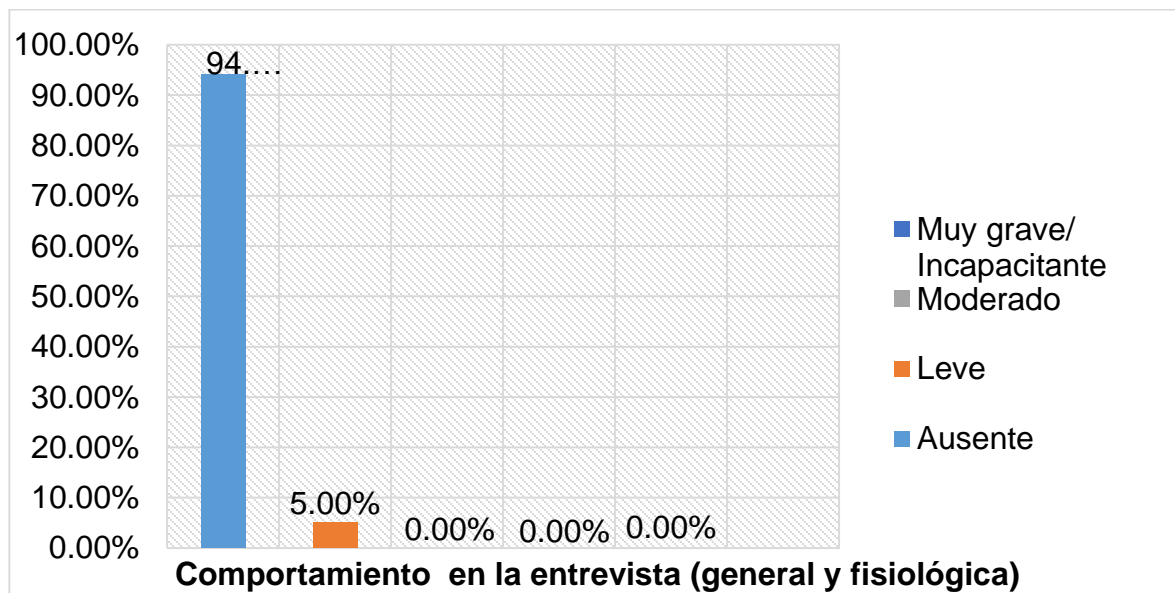
En la gráfica 29, señala que el 89% de los participantes se clasificó en la categoría de ausencia de síntomas autonómicos, mientras que el 5% indicó síntomas leves en esta área. Lo cual indica que en su mayoría los participantes no experimentaron síntomas autonómicos significativos después de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 30. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

	FA	FR
Ausente	18	94%
Leve	1	5%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Entrevista clínica, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 30. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)



Fuente tabla 30

En la gráfica 30, se observa que el 94% de los participantes se clasificó en la categoría de ausencia de síntomas durante la entrevista, mientras que el 5% indicó síntomas leves en este aspecto. Estos resultados sugieren que la mayoría de los participantes no experimentaron síntomas generales y fisiológicos significativos durante la entrevista post-tratamiento.

## COMPARACIÓN DE PRE-TEST Y POS-TEST.

Tabla 31. Estado de ánimo ansioso

<b>Pre-test</b>	FA	FR
Ausente	5	22.72%
Leve	9	40.90%
Moderado	7	31.81%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	1	4.54%
Total	22	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

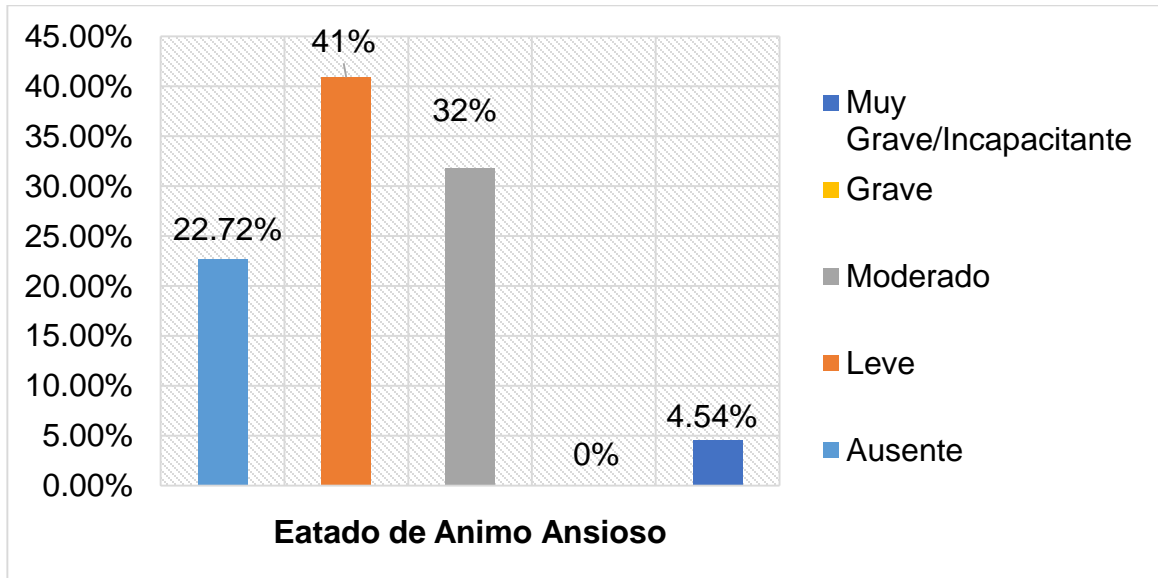
Tabla 32. Estado de ánimo ansioso

<b>Pos-test</b>	FA	FR
Ausente	17	89%
Leve	2	10%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Muy grave/ Incapacitante	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton, Aplicado por Pineda (2024).

Gráfica 31. Estado de ánimo ansioso

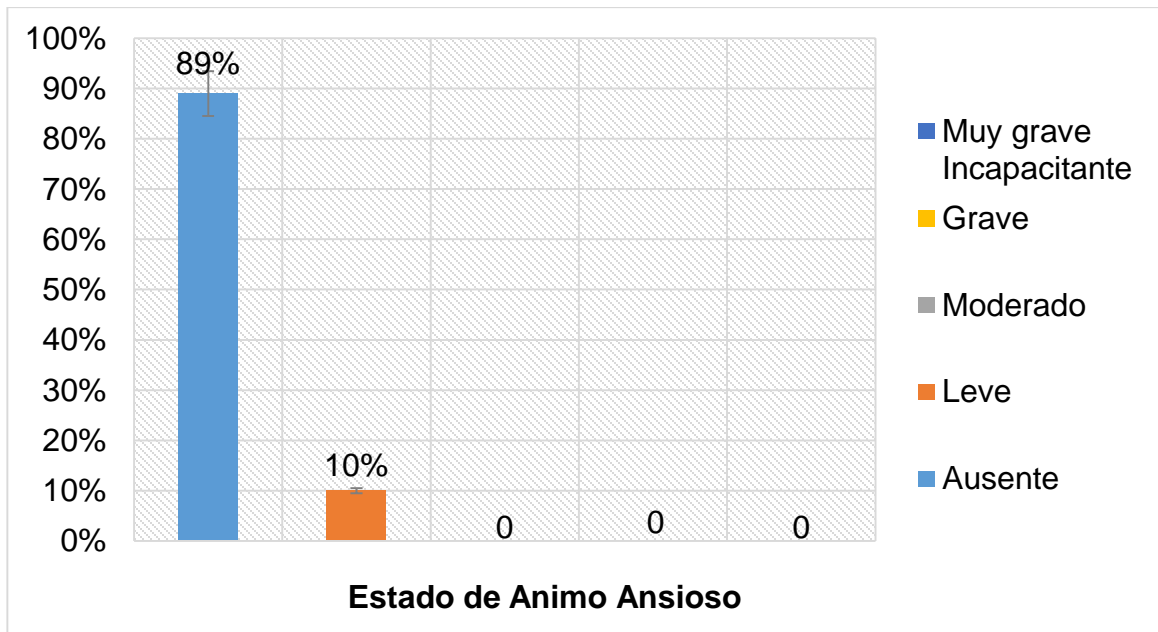
**Pre-test**



Fuente tabla 31

Gráfica 32. Estado de ánimo ansioso

**Pos-test**



Fuente tabla 32

Comparando los resultados del pre-test y el pos-test en relación con el estado de ánimo ansioso, se observan cambios significativos en los niveles de ansiedad de los participantes.

En el pre-test (Tabla 31), se encontró que el 22.72% de los participantes tenía un estado de ánimo ansioso ausente, el 40.90% presentaba ansiedad leve, el 31.81% mostraba ansiedad moderada, y el 4.54% experimentaba ansiedad grave o muy grave/incapacitante.

En el pos-test (Tabla 32), hubo una notable mejora en los niveles de ansiedad. El 89% de los participantes mostraron un estado de ánimo ansioso ausente, lo que representa un aumento significativo con respecto al pre-test. Además, el 10% indicó ansiedad leve, mientras que no se reportaron casos de ansiedad moderada, grave o muy grave/incapacitante en este momento.

Estos resultados muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en la reducción de la ansiedad en los participantes, ya que se observó un aumento en el porcentaje de participantes con un estado de ánimo ansioso ausente y una disminución en los niveles de ansiedad leve, moderada, grave y muy grave/incapacitante.

La reducción significativa de los niveles de ansiedad en los participantes, como se evidencia en el pos-test, es consistente con hallazgos anteriores. Autores como Mendes et al. (2020) han señalado que la intervención psicoterapéutica puede tener un impacto positivo en la reducción de la ansiedad en diversas poblaciones, incluidos los docentes. Estos resultados también concuerdan con las investigaciones de Rivero y Cruz (2010, citados por Flores, 2014), quienes indican que el tratamiento psicoterapéutico puede ser efectivo para abordar los problemas de salud mental, incluida la ansiedad, en el contexto laboral de los docentes.

## CONCLUSIONES

En la investigación realizada concluye lo siguiente:

- La mayoría de los participantes encuestados son docentes que tienen más de dos años trabajando en áreas de difícil acceso un total de 22 docentes y en donde la muestra más grande comprende en edad de 31 a 39 años en el cual se encantaro que 68% presentaron estado de ánimo ansioso (insomnio) ver (grafica 5) y un 40.90% mostraron dificultades cognitivas (dificultad para concentrarse, mala memoria. Ver (grafica 6).
- Se logró cumplir con los objetivos generales de implementar la psicoterapia grupal en docentes con síntomas de ansiedad que trabajan en áreas de difícil acceso, así como de proponer un esquema terapéutico basado en la psicoterapia grupal para estos docentes. Esto se evidenció en la aplicación exitosa de la intervención según la propuesta descrita.
- Además, los resultados obtenidos en esta investigación revelan la eficacia de la psicoterapia grupal en el manejo de los síntomas de ansiedad en docentes que trabajan en áreas de difícil acceso. A través de la comparación de los resultados del pre-test y pos-test, se observa un aumento del 67% con una notable disminución en los niveles de ansiedad en los participantes que recibieron la intervención psicoterapéutica. Esto respalda la efectividad de la psicoterapia grupal como una herramienta efectiva para abordar los problemas de salud mental, específicamente la ansiedad, en esta población (grafica 31 y 32 p.95)
- En relación con el primer objetivo, que buscaba identificar los síntomas de ansiedad en los docentes que trabajan en áreas de difícil acceso, los resultados muestran que, en el pre-test, el 41% indicó síntomas leves de

ansiedad, el 32% reportó un estado de ánimo moderado, y un 4.54% presentó síntomas de ansiedad grave. Se observa una prevalencia significativa de síntomas leves y moderados indicando una afectación considerable en el bienestar emocional de estos profesionales (Gráfica, p.65).

- Respecto al segundo objetivo, que consistía en explicar los factores que causan ansiedad en los docentes que trabajan en áreas de difícil acceso, se encontró que la mayoría de los participantes son docentes que tienen familias unidas y, en algunos casos, con una seguridad económica sólida. A pesar de tener una formación académica avanzada.
- Los resultados de la investigación muestran que la psicoterapia grupal fue efectiva en el manejo de los síntomas de ansiedad en los docentes que trabajan en áreas de difícil acceso. La intervención no solo ayudó a reducir los síntomas de ansiedad, sino que también proporcionó a los participantes conocimientos y estrategias para identificar y manejar eficazmente la ansiedad en su vida diaria.

## RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

### Recomendaciones

- Realizar y mejorar investigaciones destinadas a la formación de los profesionales de la educación que sean puntuales en como enfrentas los síntomas de ansiedad enfocado en todos los ambientes de trabajo no solo en el ares de difícil acceso sino también enfocado en todo el ambiente de trabajo docente.
- Concientizar al docente de la importancia de cuidar su salud mental más que todo en el que tiene que ver con su desarrollo profesional y también para que se pueda mejorar la vida de hogar.
- Resaltar en las autoridades educativas la implementación de formar a los docentes en dictar cursos que tengan que ver con la salud mental, sobre todo al conocimiento de síntomas y saber cuándo y cómo pedir intervención cuando sea necesario.
- Reforzar las materias que van dirigidas al cuidado de salud mental en el pensum académico para que de esa forma las universidades se involucren más en la formación e importancia del cuidado de la salud mental con referencia a los síntomas de ansiedad.

### Limitaciones

En las limitaciones podemos encontrar:

- En el inicio de la investigación se inició con la aplicación del pre-test de forma virtual ya que los docentes estaban en receso escolar.

- En el seguimiento de la investigación se tuvo que reducir personal ya que aplicaron sostenes que participaron, pero su área de trabajo no clasificaba la investigación.
- La selección de 19 participantes ya que 3 si clasificaron para diagnóstico de ansiedad y se tuvo que reorganizar la programación y materiales a utilizar.
- Las pocas investigaciones de esta índole en Panamá, y se tuvo que recurrir a literatura extranjera.
- La confusión de los términos ansiedad, depresión, síntomas somáticos por enfermedad y estrés por parte de los participantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS E INFOGRAFÍA

- Antón-Menárguez, Jareño, Lara-Espejo, Redondo-Jiménez, y García-Marín (2019). Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-resumen-eficacia-intervencion-psicologica-grupal-atencion-S1138359318302806>
- Barnhill, J. (2023). Introducción a los trastornos de ansiedad. New York-Presbyterian Hospital. Obtenido de: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>
- Campo-Redondo, M. (2021). Concepción de la Psicoterapia. Aproximación Cualitativa desde la Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología*. 30 (1), 47-61. Publicación electrónica del 27 de mayo de 2021. Obtenido de: <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>
- Carballo, M. Estudillo, C., Meraz, L., Parrazal, L., y Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Eneurobiología*, 10(24), 2. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7735542>
- Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Montejo, S. M., & Vidal, C. M. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y reproducción humana*, 30(1), 39-45. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X/?amp=1>
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 239-251. Obtenido de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art14.pdf>
- Coello, D. (2017). Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas. Obtenido de: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7297/1/13240.pdf>

- Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. Obtenido de: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602\\_0051\\_0059.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf).
- Díaz, A. (2023). La terapia de grupo: Los factores terapéuticos. Obtenido de: <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/terapia-grupo-factores-terapeuticos/>
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. Summa Psicológica UST, 16(1), 42-50. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Fatás, P. (2016). El Modelo de Atención Centrada en la Persona aplicado al Servicio de Apoyo a la Vida Independiente. Obtenido de: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/43685/1/Paula%20Fata%CC%81s%20Borderas.pdf>
- Ferro S. (2020). Psicodrama en el trabajo terapéutico individual y grupal. Obtenido de: <https://www.grupocrece.es/blog/Psicolog%C3%ADapsicodrama-en-el-trabajo-terapeutico-individual-y-grupal>
- Flores M. (2014). Nivel de la salud mental de las y los docentes que laboran en el instituto superación san francisco y en el instituto salesiano san miguel de Tegucigalpa en el año 2013. Obtenido de: <https://www.cervantesvirtual.com/download/nivel-de-la-salud-mental-de-las-y-los-docentes-que-laboran-en-el-instituto-superacion-san-francisco-y-en-el-instituto-salesiano-san-miguel-de-tegucigalpa-en-el-ano-2013/>
- García S. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a personas con depresión y ansiedad en España. Obtenido de: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/12006>
- Gómez Esteban, Rosa. (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(136), 117-142. Epub 21 de septiembre de 2020. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000200006>
- Guerra, J, Gutiérrez, M., Zavala, M., Singre, J., Goosdenovich, D., y Romero, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. Revista Cubana de Investigaciones

- Biomédicas, 36(2), 169-177. Recuperado en 18 de abril de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es&tlng=es).
- Guerri M. (2016). Qué es la Terapia de Grupo y qué objetivos tiene. Obtenido de: <https://www.psicoadictiva.com/blog/la-terapia-de-grupo/>
- Gutierrez B (2016). Análisis Transaccional en la Terapia de Grupo. Obtenido de: [https://prezi.com/hho2-yw-wfk\\_/analisis-transaccional-en-la-terapia-de-grupo/](https://prezi.com/hho2-yw-wfk_/analisis-transaccional-en-la-terapia-de-grupo/)
- Hijosa I. (2023). Terapia de grupo. Obtenido de: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-de-grupo#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20terapia%20de,otros%2C%20bajo%20su%20moderaci%C3%B3n%20profesional>.
- Lizano A. (2015). Psicoterapia racional - emotiva conductual de grupo destinada a disminuir conductas disóciales en adolescentes. Obtenido de: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/74b4a6c4-a779-4bb0-96fc-32104a76d0ef/content>
- López, E., García, L., Fullana M., Lera S. (2019) Trastornos de Ansiedad. Obtenido de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>
- Marañón M. (2023). Desarrollo humano y el enfoque centrado en la persona. Obtenido de: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/atotonilco/n2/e2.html>
- Menéndez, S. (2014). Dispositivo grupal para abordar trastornos de la ansiedad generalizada a través de la psicoterapia corporal bioenergética. Obtenido de: [https://sifp.psyco.edu.uy/sites/default/files/trabajos\\_finales/archivos/tfg\\_sofia\\_mendez\\_final.pdf](https://sifp.psyco.edu.uy/sites/default/files/trabajos_finales/archivos/tfg_sofia_mendez_final.pdf)
- Palau. M. (s.f). Terapia grupal para la ansiedad. Obtenido de: <https://www.psicologiamariapalau.com/terapia-grupal-online/terapia-grupal-para-la-ansiedad/#:~:text=En%20la%20terapia%20grupal%20para,terapeuta%20y%20de%20sus%20compa%C3%B1eros>.
- Peñarrubia, P. (s.f). Terapia Gestáltica Grupal. Obtenido de: [https://gestaltnet.net/sites/default/files/terapia\\_gestaltica\\_grupal.pdf](https://gestaltnet.net/sites/default/files/terapia_gestaltica_grupal.pdf)

- Perales, G., y Cancio, S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*, 21(1), 39-46. Obtenido de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf>
- Perez, L; Parra, E; y Espinoza, I. (2014). Introducción a la Psicoterapia. Obtenido de: [https://www.ecorfan.org/manuales/manuales\\_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf](https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf)
- Proaño, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 251-255. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746438>
- Ríos, A. Cervantes N. y Duran A. (s,f). Teoría y técnica de la terapia Racional emotiva aplicada al grupo. Obtenido de: <https://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/Enfasis-SCG/MSCG-10/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-3/lecturas/teoraytecnicadelaterapiaracionalemotiva-120824175959-phpapp02.pdf>
- Ríos, M., Herrera, A., y Rojas, G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en odontoestomatología*, 30(1), 39-46. Obtenido de: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
- Rivera R. (2016). Terapia de Grupo Adleriana. obtenido de: [https://prezi.com/cwkl\\_dkov5uo/terapia-de-grupo-adleriana/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Adler%2C%20parte,de%20lo%20que%20desean%20ser.](https://prezi.com/cwkl_dkov5uo/terapia-de-grupo-adleriana/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Adler%2C%20parte,de%20lo%20que%20desean%20ser.)
- Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 26-30. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544334.pdf>
- Sánchez G, (2018). Terapia y dinámica de grupo.
- Sarudiansky, M. (2013) Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos *Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp.

- 19-28 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México.  
Obtenido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Serra. B. (2019). Análisis Transaccional. Obtenido de:  
<https://www.saludterapia.com/glosario/d/126-an%C3%A1lisis-transaccional.html>
- Sosa, C. (2016). La ansiedad. Obtenido de.  
<http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/ANSIEDAD2.pdf>
- Torales J, Brítez Cantero J. (2017). Fundamentos de Psicoterapia. Medicina Clínica y Social. 2017;1(2):157-183. Obtenido de:  
<https://medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/download/25/19/38>
- Vergara (2024). ¿En qué consiste la psicoterapia? definición, características y tipos.  
Obtenido de: <https://www.actualidadenpsicologia.com/psicoterapia-definicion-caracteristicas-tipos/>
- Viñerta, L (s.f). Terapia Gestalt grupal. Obtenido de: <https://lydiavinerta.com/terapia-gestalt/grupal/>
- Avila,C.E.(2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Instituto Nacional de Salud, El Salvador*. Obtenido de: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4191907012/>

# **ANEXOS**

# **Anexos N° 1**

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Instrumentos de recolección de datos  
Clínica Psicológica  
Mente & Alma

Fecha: \_\_\_\_\_ hora de atención \_\_\_\_\_ Hora de finalización

**DATOS INFORMATIVOS**

<b>Nombre Completo:</b>		<b>cédula:</b>	
<b>Edad: (años )</b>	<b>Estado Civil:</b>	<b>#de hijos:</b>	<b>Religión:</b>
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b>			
<b>Residencia:</b>	<b>Dirección:</b>		<b>Telf.:</b>
<b>Estudios:</b>	<b>Ocupación:</b>		<b>Sexo:</b>
<b>Informante:</b>	<b>Parentesco:</b>		
<b>Red de Apoyo:</b>	<b>Parentesco:</b>		<b>Telf:</b>

**Tipo de consulta**

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

**II MOTIVO DE CONSULTA**

**III HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

**IV ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

Prenatal:

Natal y Postnatal:

Infancia:

Adolescencia y Juventud:

## V ANAMNESIS FAMILIAR

### **GRUPO FAMILIAR DE ORIGEN**

#### **PADRE:**

- Edad:
- Ocupación:
- Instrucción:

#### **RELACIONES CON EL PACIENTE:**

PATOLOGÍA IMPORTANTE:

#### **MADRE:**

- Edad:
- Ocupación:
- Instrucción:

Patología importante:

Relaciones con el paciente:

Patología importante:

#### **HERMANOS:**

Relaciones con el paciente:

Patología importante:

Relación con los compañeros de trabajo

Relación con los convivientes en la casa

Relación con los vecinos

## **VI EXAMEN DE FUNCIONES**

A. Inteligencia	Normal
B. Conciencia	Normal
C. Orientación	Normal
D. Memoria	Normal
E. Atención	Normal
F. Pensamiento	Normal
G. Afectividad	Hipotimia – tristeza
H. Voluntad	Hipobulia
I. Instintos	Apetito – disminuido Sueño – normal Sexo – disminuido
J. Sensopercepciones	Normal

## VII APLICACIÓN Y RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

### VIII DIAGNÓSTICO

**Diagnóstico formal.**

**Diagnóstico informal.**

### IX TRATAMIENTO

### X RECOMENDACIONES

**Tareas**

**Próxima cita**

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

Unidad/Centro: \_\_\_\_\_

Nº Historia:

\_\_\_\_\_

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Modo rado</b>	<b>grave</b>	<b>Muy grave incapacitante</b>
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión	0	1	2	3	4

(anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas,	0	1	2	3	4

crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción	0	1	2	3	4

urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Ansiedad Psíquica  
Ansiedad Somática  
PUNTUACION TOTAL

# **Anexo N°2**

## **CONTRATO TERAPÉUTICO**

## **Contrato Terapéutico**

El presente contrato terapéutico establece las pautas, lineamientos y compromisos que deben seguir los participantes, así como también las pautas y compromisos que debe tener el especialista en cada una de las sesiones.

Cabe destacar que estas pautas son propias de los procesos de atención psicológica y están orientadas y basadas en el código de ética del psicólogo valorando sus deberes y derechos.

### **Psicólogo (a) y Terapeuta:**

#### **Compromisos del Psicólogo**

- Manejo de la información de manera altamente confidencial tal cual lo establece el código de ética.
- Dar lo mejor de sí y mostrar profesionalismo en cada una de las sesiones
- Brindar las atenciones a las familias según lo acordado o establecido en el consentimiento informado
- Recibir un trato respetuoso y adecuado por parte de los participantes
- Mantener la comunicación adecuada con los participantes
- Cumplir con las sesiones estipuladas para las mismas según lo acordado previamente.
- Mantener bajo resguardo las grabaciones de las sesiones, ya previamente autorizadas por los participantes y solo hacer uso de ella para fines investigativos y excepciones tal cual lo señala el código de ética.

#### **Compromisos de los participantes**

- Mantener un comportamiento ético y respetuoso
- Asistir puntualmente a las sesiones
- Seguir las recomendaciones de la especialista
- Cumplir con las prescripciones y tareas

**Duración de las sesiones:**

Las sesiones tendrán una duración de 1 a 2 horas semanal y pueden incluir de 8 a 10 sesiones dependiendo los avances, los objetivos terapéuticos y la disponibilidad de los participantes.

**Lugar de desarrollo de las sesiones:** Al considerarse un contexto terapéutico y por efectos de seguridad se trabajará en la clínica.

**Costo de las sesiones:** Según lo acordado previamente con los participantes las atenciones y proceso de intervención tendrán un costo de 50 dólares por sesión.

**Firma de la participante**

---

**Firma del Psicólogo**

---

# **Anexo N°3**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## Consentimiento informado

Santiago \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar de un programa de atención psicológica que desarrollan la clínica psicológica Mente & Alma, como estrategias de apoyo al desarrollo de la salud mental. Por lo tanto, muestro mi total acuerdo y por costar de nombre y cédula \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ participe de dicha terapia.

Entiendo que esta atención tiene como objetivo evaluar, atender y dar seguimiento psicológico a las personas que participan, aparte de otros objetivos dependiendo el caso.

Sé que mi participación se llevará por medio de proceso de atenciones y sesiones psicológicas llevadas a cabo por un profesional de Psicología la cual estará presente en cada una de las sesiones que se desarrollen

Me han explicado que la información registrada será confidencial, esto significa que las respuestas o resultados y toda la información recabada, no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados, también se me informó que algunos momentos las sesiones pueden ser grabadas siempre y cuando autorice la grabación de las mismas, por lo que estoy consciente de ello.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí, incluso seguir recibiendo las atenciones Psicológicas.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en esta terapia y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Psic. Iván Pineda

# **Anexo N°4**

**EXTRACTO DE ENTREVISTAS DE LOS PARTICIPANTES.**

## Extracto de entrevistas de los participantes.

Participante # 1 28-39 años	<b>Motivo de consulta</b>  Me da insomnio y me siento alterada cuando llega el mes de febrero por la partida al trabajo.
-----------------------------------	--

<b>Historia</b>  Desde hace 5 años siempre que inicia el año escolar, entro contenta pero en mi interior siento deseos de que se pase el año escolar para estar tiempo con mi familia, más ahora que mi hija esta adolescente, me da terror que surja algo y no está allí para estar con ellos en sus tiempos difíciles más cuando anochece y tengo que estar sola tengo que luchar contra todo para poder seguir adelante.
---

Participante # 2 31-39 años	<b>Motivo de consulta</b>  Tengo miedo de tener que pedir una licencia por no soportar en trabajo en la escuela y enfrentar otro vergüenza que me traten de loca.
-----------------------------------	---

<b>Historia</b>  Después de la pandemia me surgió un miedo que no soy capaz de soportarlo, incluso mi mamá se ha tenido que ir a vivir el primer mes que entro al colegio. Este año quiero ser más independiente pero me da miedo no poder soportar esa situación y tener que estar siempre acompañada
--

Participante # 3 40-45 años	<b>Motivo de consulta</b>  La incertidumbre de que mi esposa me sea infiel por estar fuera de la casa me lleva estar como estresado todo el día y más en la noche.
-----------------------------------	--

<b>Historia</b>
-----------------

Desde que me nombraron me entra un miedo que mi esposa me engañe ya que he escuchado y visto lo mismo en otros colegas, tengo ya varios años viviendo con eso y siento que ahora que mi esposa se operó se aumenta la intimidad al punto que en las mañanas me preguntan si estoy enfermo porque se nota que no duermo por estar pensando y trato de gestionar que no pasara pero mi mente me traiciona.

# **Anexo N°5**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIERRE DE  
PSICOTERAPIA GRUPAL CON LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

## **Consentimiento informado para cierre de psicoterapia grupal con la participación familiar**

Santiago \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar de un programa de atención psicológica que desarrollan la clínica psicológica Mente & Alma, como estrategias de apoyo al desarrollo de la salud mental. Por lo tanto, muestro mi total acuerdo y por costar de nombre y cédula \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ participe de dicha terapia.

**Entiendo que esta atención tiene como objetivo:** Que mi familia participe en el cierre de la sesión de psicoterapia grupal que tan bien me ha hecho.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participen en este cierre de jornada y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Psic. Iván Pineda.

## ÍNDICE DE TABLA.

<b>Tabla</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
Tabla 1.	Edad.	64
Tabla 2.	Estado de ánimo ansioso.	65
Tabla 3.	Tensión.	66
Tabla 4.	Temores.	67
Tabla 5.	Insomnio.	68
Tabla 6.	Intelectual (cognitivo).	69
Tabla 7.	Estado de ánimo deprimido.	70
Tabla 8.	Síntomas somáticos generales (musculares).	71
Tabla 9.	Síntomas somáticos generales (sensoriales).	72
Tabla 10.	Síntomas cardiovasculares.	73
Tabla 11.	Síntomas respiratorios.	74
Tabla 12.	Síntomas gastrointestinales.	75
Tabla 13.	Síntomas genitourinarios.	76
Tabla 14.	Síntomas autónomos.	77
Tabla 15.	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).	78
Tabla 16	Edad.	79
Tabla 17	Estado de ánimo ansioso.	80
Tabla 18	Tensión.	81
Tabla 19	Temores.	82
Tabla 20	Insomnio.	83
Tabla 21	Intelectual (cognitivo).	84
Tabla 22	Estado de ánimo deprimido.	85
Tabla 23	Síntomas somáticos generales (musculares).	86
Tabla 24	Síntomas somáticos generales (sensoriales).	87
Tabla 25	Síntomas cardiovasculares.	88
Tabla 26	Síntomas respiratorios.	89
Tabla 27	Síntomas gastrointestinales.	90

Tabla 28	Síntomas genitourinarios.	91
Tabla 29	Síntomas autónomos.	92
Tabla 30	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).	93
Tabla 31	Estado de ánimo ansioso.	94
Tabla 32	Estado de ánimo ansioso.	94

## ÍNDICE DE GRAFICA.

<b>Gráfica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Pagina</b>
Gráfica 1.	Edad.	64
Gráfica 2.	Estado de ánimo ansioso.	65
Gráfica 3	Tensión.	66
Gráfica 4	Temores.	67
Gráfica 5	Insomnio.	68
Gráfica 6	Intelectual (cognitivo).	69
Gráfica 7	Estado de ánimo deprimido.	70
Gráfica 8	Síntomas somáticos generales (musculares).	71
Gráfica 9	Síntomas somáticos generales (sensoriales).	72
Gráfica 10	Síntomas cardiovasculares.	73
Gráfica 11	Síntomas respiratorios.	74
Gráfica 12	Síntomas gastrointestinales.	75
Gráfica 13	Síntomas genitourinarios.	76
Gráfica 14	Síntomas autónomos.	77
Gráfica 15	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).	78
Gráfica 16	Edad.	79
Gráfica 17	Estado de ánimo ansioso.	80
Gráfica 18	Tensión.	81
Gráfica 19	Temores.	82
Gráfica 20	Insomnio.	83
Gráfica 21	Intelectual (cognitivo).	84
Gráfica 22	Estado de ánimo deprimido.	85
Gráfica 23	Síntomas somáticos generales (musculares).	86
Gráfica 24	Síntomas somáticos generales (sensoriales).	87
Gráfica 25	Síntomas cardiovasculares.	88
Gráfica 26	Síntomas respiratorios.	89
Gráfica 27	Síntomas gastrointestinales.	90

Gráfica 28	Síntomas genitourinarios.	91
Gráfica 29	Síntomas autónomos.	92
Gráfica 30	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).	93
Gráfica 31	Estado de ánimo ansioso.	95
Gráfica 32	Estado de ánimo ansioso.	95

## ÍNDICE DE CUADRO.

<b>Cuadro</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
Cuadro 1.	Enfoques de la evolución de la ansiedad	23
Cuadro 2	Introducción a la psicoterapia	52
Cuadro 3	Los pensamientos distorsionados	53
Cuadro 4	Diferencia entre síntomas de ansiedad, tristeza y adaptación.	54
Cuadro 5	Los Síntomas de ansiedad físico.	54
Cuadro 6	Practica de reforzamiento sobre como contrarrestar los síntomas de ansiedad	55
Cuadro 7	Identificación de síntomas de ansiedad	56
Cuadro 8	Generar pensamientos y actitudes positivas	57
Cuadro 9	Los pensamientos y sentimientos	48
Cuadro 10	Como me siento y que aprendí	59
Cuadro 11	Cierre de la psicoterapia, Intervención familiar	59