



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

“COMPARACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL Y LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL FAMILIAR SOBRE LA ANSIEDAD EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO. LIMA, 2023”

“COMPARISON OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY
AND FAMILY COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON
ANXIETY IN ADOLESCENTS FROM THE COMMUNITY
MENTAL HEALTH CENTER. LIMA, 2023”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR

SUSANA PAOLA CECILIA CASTILLO ROMANI

ASESOR

JOSE ARGENTINO NESTARES ROJAS

LIMA - PERÚ

2023

COMPARACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL FAMILIAR SOBRE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO. LIMA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	scielosp.org Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	www.cneip.org Fuente de Internet	1%

cdigital.uv.mx

8	Fuente de internet	1 %
9	www.researchgate.net Fuente de internet	1 %
10	Submitted to Universidad de Lima Trabajo del estudiante	1 %
11	Submitted to Universidad de las Islas Baleares Trabajo del estudiante	1 %
12	doaj.org Fuente de internet	1 %
13	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de internet	1 %
14	tesis.unjbg.edu.pe Fuente de internet	<1 %
15	qdoc.tips Fuente de internet	<1 %
16	cmhnaaa.org.pe Fuente de internet	<1 %
17	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de internet	<1 %
18	www.clubensayos.com Fuente de internet	<1 %
19	maulealdia.cl Fuente de internet	<1 %

20	www.scielo.cl Fuente de Internet	<1 %
21	www.ase.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	"Autorregulación como predictor de la mejoría de los síntomas depresivos en adolescentes en tratamiento por depresión en centros de atención primaria.", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019 Publicación	<1 %
24	"Implementación de una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso para pacientes con dolor crónico adaptada al contexto del CRS Cordillera Oriente", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2021 Publicación	<1 %
25	Submitted to The Chicago School of Professional Psychology Trabajo del estudiante	<1 %
26	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
27	james.webkanix.com Fuente de Internet	<1 %
	txwes.contentdm.oclc.org	

28	Fuente de Internet	<1 %
29	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
30	ichgcp.net Fuente de Internet	<1 %
31	Emily Granadillo, Adriana Romero-Sandoval, María José Cisneros-Caceres, José Alfonso Montalvo-Yépez et al. "Integrated health care systems for asthma: A qualitative narrative study from the perspective of Ecuadorian health professionals", Research Square Platform LLC, 2023 Publicación	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de ansiedad son trastornos psiquiátricos de mayor frecuencia en adolescentes; donde la disfunción familiar tiene un impacto significativo en la salud mental de los adolescentes. Por ello, la terapia cognitivo-conductual individual y terapia cognitivo-conductual familiar se pueden aplicar para reducir los síntomas de ansiedad. *Objetivo:* Comparar la eficacia de la terapia cognitivo conductual individual y la terapia cognitivo-conductual- familiar sobre los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el centro de Salud Mental Comunitario. *Metodología:* Se realizará un estudio cuasiexperimental. Se distribuirá la muestra en dos grupos de estudio; los que reciben terapia cognitiva conductual individual y los que reciben terapia cognitivo-conductual familiar; y se utilizará la escala de ansiedad generalizada GAD-7 para medir los niveles de ansiedad. *Plan de análisis:* Utilizando un poder del 80%, un alfa bilateral del 5%, y esperando una Desviación Estándar (DE) de 8 en la puntuación total y el tamaño de muestra requerido necesario para detectar o rechazar una diferencia mínima relevante de al menos 4 puntos en la puntuación GAD-7 se estimó en 50 participantes en cada grupo de intervención, un total de 100, además se agregaron 40 participantes más por posibles pérdidas y variables confusoras. Los datos obtenidos serán analizados en el programa estadístico STATA vs. 17.0; la exposición a TCC individual y TCC familiar asociados a la puntuación GAD-7 se calculará los coeficientes (β) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) usando regresión lineal; y el modelo ajustado por sexo, edad y función familiar. Aspectos éticos: Se presentará el presente estudio al Comité Institucional de Ética en Humanos (CIE) para solicitar su aprobación y dar inicio a la etapa de ejecución.

Palabras claves: Trastornos de ansiedad, Terapia cognitivo conductual, Conducta del Adolescente, Funcionalidad familiar (DeCS)

1. INTRODUCCIÓN

La patología ansiosa afecta al 25% de la población mundial (1) y en el Perú representa el 36,4% (2). A nivel nacional, el 13% de niños y adolescentes entre los 9 a 17 años, experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad; siendo el género femenino la más afectada (3). Aproximadamente, entre el 15 y el 20 % de los niños y adolescentes cumplen los criterios de un trastorno ansioso; con reportes de hasta el 31,9 % entre los jóvenes de 13 a 18 años (4). Según el Análisis situación de salud del año 2022, en el curso de vida adolescente, dentro de las primeras morbilidades atendidas están las patologías de la cavidad oral, de las glándulas salivales y maxilares, IRAS y trastornos emocionales y del comportamiento. (5)

La ansiedad está asociada con reducción de la calidad de vida, bajo rendimiento laboral y académico; y representa alrededor de 28.68 millones de años de vida ajustados por discapacidad (6). Sin embargo, a pesar de la carga de salud pública de la ansiedad, muchos jóvenes con ansiedad no reciben tratamiento (7,8). El pronóstico de la recuperación depende de la etiología del cuadro, y la terapia utilizada. La terapia farmacológica con ansiolíticos y/o antidepresivos son efectivos en muchos casos; sin embargo, alrededor del 40% de los adolescentes no mejoran solo con el tratamiento farmacológico (9), siendo necesario intervenir los factores psicológicos y familiares que pueden agravar los trastornos de ansiedad (10).

La ansiedad se puede abordar con intervenciones terapia cognitivo - conductual (TCC) en el adolescente y TCC-familiar (11). La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado que es eficaz en el tratamiento de varios trastornos de ansiedad; como en la reducción 1.25 en el promedio del puntaje estandarizado de los síntomas de ansiedad en adolescentes, con intervalo confianza entre -1,59 a -0,90 (12), con una tasa de remisión significativa 59% del promedio (13). En una revisión sistemática de 39 estudios (N=2697) se encontró que los jóvenes con TCC tienen una tasa de remisión del trastorno de ansiedad en el post tratamiento del 49.4% en comparación con el 17.8% de los que no recibieron tratamiento (14-17). La evidencia respalda la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) para el manejo de la ansiedad y los trastornos relacionados (18); sin embargo, las tasas de

abandono de la TCC son considerables, con estimaciones que van del 9 % al 35 % (19, 20).

La ansiedad en el curso de vida del adolescente se manifiesta con cambios que incapacitan a corto y largo plazo que afectan en el desarrollo individual del adolescente y en el sistema familiar. La intervención con la TCC familiar, fortalece los roles del sistema familiar para mejorar los síntomas de la ansiedad mediante una adecuada adaptación a la función familiar. (21,22). La efectividad de las intervenciones con TCC-familiar se reportan en el 55% de recuperación, disminuyen el pensamiento disfuncional, incrementan las habilidades de autocontrol y optimiza la capacidad de resolución de problemas (23-25).

Bodden DH, et al. (26) evaluaron la eficacia y la efectividad parcial de la terapia cognitivo-conductual (TCC infantil versus la TCC-familiar en niños con ansiedad. Al término de la intervención, el 53% de los niños con TCC infantil en comparación al 28% con TCC familiar ($p < 0.05$) estaban libres de trastornos de ansiedad; y a los 3 meses de seguimiento no encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$). Sin embargo, Wood JJ, et al. (27) reportó que, en el postratamiento, el 88.2% de los niños en TCC individual ($n = 15/17$) obtuvieron puntajes iguales o superiores a los puntajes de corte de la Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC); mientras que el 52.8% de los niños en TCC familiar ($n = 10/19$) ($p < 0.05$). En el estudio de Bogels S, et al. (28), donde evaluaron la terapia cognitivo-conductual familiar para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad; encontraron que el 41 % después de la intervención, el 57 % en el seguimiento de 3 meses y el 71 % en el seguimiento de 1 año; no presentaban trastorno de ansiedad respectivamente. Por lo que, la TCC familiar es eficaz para los niños y adolescentes clínicamente ansiosos y sus familias ($p < 0,05$).

Siqueland L, et al. (29) evaluaron la aceptabilidad, la viabilidad y la eficacia sobre una combinación modificada de terapia cognitiva conductual (TCC) y terapia familiar basada en el apego (TCCA) para adolescentes (de 12 a 18 años) con trastornos de ansiedad generalizada, fobia social y separación; encontrando reducciones significativas de los síntomas en la ansiedad y los síntomas depresivos

($p < 0,05$); y sugieren que la combinación TCC y la TCCA podrían ser intervenciones efectivas para los adolescentes ansiosos.

El Perú viene implementando los centros comunitarios de salud mental (30) con el objetivo de incrementar la capacidad resolutive de la brecha existente para resolver la carga de enfermedad e implementar intervenciones efectivas en la salud mental de los adolescentes en el primer nivel de atención (31).

En el contexto de la implementación de las Redes Integradas de Salud en el marco del modelo cuidado integral por curso de vida, familia y comunidad (32), es necesario identificar las intervenciones eficaces basadas en las familias contra la ansiedad en la adolescencia; cambiar el enfoque del tratamiento del adolescente a los padres abre la puerta a un cambio significativo en la conceptualización del tratamiento, permitiendo el desarrollo de nuevos enfoques basados en la investigación teórica y empírica sobre el papel único de los padres para la ansiedad en el adolescente (24,25). Por lo que, El presente estudio pretende responder a la pregunta: ¿Cuál es la eficacia de la TCC familiar en comparación a la TCC individual, en adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos en el Centro Salud Mental Comunitario de la DIRIS LC (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar la eficacia entre la terapia cognitivo conductual individual y la terapia cognitivo conductual familiar en adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos en el Centro Salud Mental Comunitario de la DIRIS LC (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas según sexo y edad de los adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos en el CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
2. Estimar la frecuencia de la percepción del nivel de funcionamiento de la unidad familiar global de los adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
3. Estimar el nivel de ansiedad mediante la escala GAD 7 de los adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
4. Estimar el nivel de ansiedad mediante la escala GAD 7 de los adolescentes con trastornos de ansiedad, luego de 12 semanas de intervención con TCC en el CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
5. Estimar el nivel de ansiedad mediante la escala GAD 7 de los adolescentes con trastornos de ansiedad, luego de 12 semanas de intervención con TCC familiar en el CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
6. Comparar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad en los adolescentes mediante la escala GAD-7 luego de 12 semanas de intervención entre TCC y TCC familiar en el CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.
- 7.

3. MATERIAL Y MÉTODO

a. Diseño de estudio

Se realizará un estudio cuasiexperimental.

b. Población

La población de estudio son adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos CSMC DIRIS LC. (Lima – Perú) entre mayo a diciembre del 2023.

El CSMC es un establecimiento referencial de 13 establecimientos de Lima Centro del distrito San Juan de Lurigancho según el sistema de referencia contrarreferencia del MINSA.

c. Muestra

Se realizará un muestreo por conveniencia, se incluirán aquellos que acepten ser partícipes en el estudio y cumplan los criterios de inclusión respondan el cuestionario virtual publicado en redes sociales.

Se calculó un tamaño de muestra para estudio de equivalencia, en base al resultado de la puntuación GAD-7 que mide la gravedad de los síntomas de los trastornos ansiosos generalizados en siete ítems que pueden calificarse de 5 a 21 puntos. Utilizando un poder del 80%, un alfa bilateral del 5%, y esperando una Desviación Estándar (DE) de 8 en la puntuación total y el tamaño de muestra requerido necesario para detectar o rechazar una diferencia mínima relevante de al menos 4 puntos en la puntuación GAD-7 se estimó en 50 participantes en cada grupo de intervención, un total de 100. (33).

Debido a que se realizará un modelo ajustado que incluya tres confusores como edad, sexo y funcionalidad familiar, y considerando agregar 10 personas por cada variable confusora, se incrementó 30 personas al tamaño de muestra (34). Además, se agregó un 10% por potenciales pérdidas, por lo que se buscará incluir al menos a 140 participantes.

*Anexo 7: Ver cálculo tamaño muestra

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de ambos sexos, y edades entre 12 años y 17 años, 11 meses y 30 días.
- Diagnóstico del trastorno de ansiedad mediante entrevista estructurada por el médico psiquiatra y puntuación GAD-7 mayor igual a 5.
- Consentimiento informado firmado por el tutor.
- Asentimiento informado firmado por el adolescente.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que hayan recibido TCC familiar previo a la intervención.
- Adolescentes con trastornos del espectro autista, trastorno psicótico, trastorno por déficit de atención y trastornos por adicción.
- Los padres o tutores que no acepten participar.
- Presentar comorbilidad: trastorno generalizado del desarrollo (CIE-10 F84.0-84.4 + F84.8-84.9), esquizofrenia/psicosis paranoide (CIE-10 F20-25 + F28-29), manía o trastorno bipolar (CIE-10 F30 y F31), trastornos psicóticos depresivos (F32.3 + F33.3), síndrome de dependencia de sustancias (CIE-10 F1x.2).
- Tratamiento con terapia cognitivo-conductual (TCC), inhibidores de la recaptación de serotonina u otro medicamento antidepresivo o antipsicótico en los últimos 6 meses.

d. Definición operacional de las variables

Variable	Definición Operacional	Tipo	Escala De Medición	Valores
Percepción del nivel de funcionamiento de la unidad familiar global	Interrelaciones entre los miembros de la familia medidos por el APGAR familiar	Categórica	Ordinal	Buena función familiar: 18-20 Disfunción leve: 17-14 Disfunción moderada: 13-10 Disfunción severa: 9 o menos
Nivel de ansiedad	Preocupación excesiva y persistente sobre situaciones diarias medidas con el GAD-7 autoaplicativo.	Categórica	Ordinal	Leve= 5-9 Moderado=10-14 Grave=15-21
Tipo de terapia recibida	Terapia destinada a reducir los niveles de ansiedad en los adolescentes.	Categórica	Nominal	Terapia cognitiva conductual Terapia familiar
Edad	Edad del adolescente desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	Numérica	De Razón	Años
Sexo	Características sexuales del adolescente a nivel biológico.	Categórica	Nominal	Femenino Masculino

e. Procedimiento y técnicas:

Antes de realizar el presente estudio, solicitaremos la autorización del Centro Salud Mental Comunitario y de la Dirección de Redes Integradas Salud Lima Centro.

El enrolamiento y la recolección de datos serán realizados por tres psicólogos del CSMC - DIRIS LC, después de completar un entrenamiento dado por el investigador principal (médico familiar y comunitario con competencias en terapia familiar) y un investigador asociado (médico psiquiatra CSMC) sobre la aplicación de la encuesta demográfica, APGAR y GAD-7. Este entrenamiento tendrá una duración total de 12 horas repartidas en 3 días

El enrolamiento será realizado luego de la entrevista estructurada realizada en el consultorio externo de psiquiatría del CSMC, de lunes a viernes entre 8 am y 5 pm, y durará aproximadamente 4 semanas. Se dejará de enrolar pacientes cuando se tenga la muestra estimada para el estudio.

Previamente el médico psiquiatra comunicará al investigador el diagnóstico de ansiedad, luego se abordará al adolescente y a sus padres o tutores que se encuentren en la sala de espera del servicio de consultas de psiquiatría del CSMC.

Los encuestadores se acercarán a cada uno, se presentarán, explicarán que están realizando un estudio, y pedirán permiso para evaluar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión para participar del estudio.

Si el participante cumple con los criterios de inclusión, los encuestadores lo conducirán a un lugar cómodo acompañado con los padres y/o tutores, se explicarán verbalmente el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación. Además, se brindará el documento de asentimiento informado (Anexo 01) y consentimiento informado (Anexo 02) para el estudio.

Se brindará un tiempo prudente para que el adolescente y el padre y/o tutor puedan leer el consentimiento y el asentimiento para aclarar sus dudas. Finalmente, si el participante acepta participar del estudio, firmará el documento del consentimiento informado.

Se procederá a aplicar el APGAR familiar (Anexo 03) para conocer cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar global cuyas dimensiones son: la participación, la adaptación, la gradiente de recursos, la capacidad resolutive y la afectividad. La puntuación a cada una de las respuestas será dada mediante una escala de Likert con un valor numérico que va del 1 al 5 según las siguientes categorías: (0) Nunca, (1) Casi Nunca, (2) Algunas veces, (3) Casi Siempre y (5) Siempre. Este instrumento tiene una moderada confiabilidad (35) que proporciona la percepción del funcionamiento familiar: Total 10 puntos (5 ítems) que se categorizan de la siguiente manera: Funcionalidad normal (17-20 puntos), Disfunción leve (13-16 puntos), Disfunción moderada (10-12 puntos) y Disfunción Severa (menor de 9 puntos). Seguidamente se utilizará la escala de medición de ansiedad GAD-7. Este instrumento ha sido adaptado al español y previamente validado en Perú en el estudio de García, et al. (36); la cual, consta de 7 ítems basado en siete síntomas principales de dicho trastorno; además, evalúa la frecuencia con la que los participantes del estudio experimentan tales síntomas en el transcurso de las últimas dos semanas previas a la evaluación. Los evaluados registran sus síntomas utilizando una escala de calificación tipo Likert de 4 ítems que varía de 0 (Nunca) a 3 (Cada día), de modo que el puntaje variará de 0 a 21. Además, este instrumento presenta una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.911 (37).

Los evaluadores comunicarán a la investigadora para la asignación secuencial al grupo de participantes con intervención estándar (TCC individual y/o tratamiento farmacológico) y al grupo con intervención (TCC familiar más intervención estándar)

Los evaluadores y la investigadora realizarán el seguimiento de los participantes a los 3, 6 y 12 semanas (38). Para ello, los participantes serán contactados vía telefónica para la evaluación en el consultorio de psiquiatría y luego se emplearán los mismos instrumentos usados en la recolección basal: APGAR y GAD-7; y verificar si hubo algún cambio significativo en el nivel de ansiedad en ambos grupos además del APGAR familiar igualmente para observar si hubo cambio significativo en la funcionalidad familiar. La recolección de datos estará a cargo de la autora de

la investigación, según el cronograma. Los datos serán registrados en una ficha de recolección de datos (Anexo 04).

Los evaluadores y la investigadora utilizarán tablets y tendrán acceso a los instrumentos a través de la aplicación Google Forms en sus tablets, lo que les permitirá la recopilación de datos en tiempo real.

En cuanto al instrumento para realizar la TCC se llama programa “Coping Cat” (Kendall, 1992) fue uno de los pioneros en este sentido y se puede usar tanto en niños como adolescente, ha sido evaluado en diversos estudios aleatorios controlados con seguimiento al año que se han realizado tanto en Estados Unidos como en Australia. (39)

El manual para el niño o adolescente comprende un total de 91 páginas y 16 sesiones de una hora de duración.

El manual para el terapeuta comprende un total de 80 páginas y también consta de 16 sesiones.

Las dos primeras sesiones corresponden a la recogida de la información. La tercera sesión está dedicada a la fase psicoeducativa en la que se explica que es la ansiedad y la ansiedad generalizada al adolescente, así como a sus padres. Durante el resto de las 13 sesiones de la fase de entrenamiento el adolescente aprenderá técnicas de afrontamiento. (Anexo 5)

Los padres participan en la TCC individual 4 veces: al comienzo del tratamiento, para explicar los principios de la TCC, en la sesión 6, para informarles sobre el progreso, para obtener retroalimentación sobre cómo le va al niño en casa y para explicar el ejercicios de principios de exposición y recompensa de los padres por la exposición, en la sesión 12, para evaluar los resultados con ellos y hablar sobre la prevención de recaídas, y en el seguimiento de 3 meses, para evaluar el progreso del tratamiento. Además, los padres están invitados a la sesión de seguimiento de 1 año.

En cuanto a la terapia cognitivo conductual familiar (Anexo 6) esta se conforma de tres fases las cuales son 8 como la psicoeducación a los padres, el refuerzo positivo, la utilización de una economía de fichas, fomentar el apoyo social, organización de rutinas cotidianas, fomentar momentos positivos con el padre, alentar el comportamiento valiente y herramientas de relajación.

Durante el seguimiento ante la posibilidad de eventos adversos como la progresión de los síntomas se comunicará al médico psiquiatría para la referencia al Instituto Nacional Salud Mental para la evaluación por el psiquiatra con postgrado en niños y adolescentes.

f. Aspectos éticos del estudio

El presente trabajo será presentado al Comité de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Centro de Salud Mental Comunitario; para solicitar el permiso para la respectiva ejecución del estudio.

Los participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento; de acuerdo con el principio de autonomía. Asimismo, la información que se obtenga en la etapa de ejecución será manejada de manera confidencial solo para fines estrictos de esta investigación. Finalmente, si se llegan a publicar los resultados, no se expondrá ninguna identificación de los participantes y se resguardará su identidad poniendo códigos numéricos en cada ficha de recojo de datos (40).

g. Plan de análisis

Las variables categóricas serán reportadas con frecuencias absolutas y relativas. Para las variables numéricas se usará la media y desviación estándar si la variable tiene una distribución normal, en contraste, se usará la mediana y rango intercuartílico si no tuviera distribución normal. La normalidad será evaluada mediante la inspección visual del histograma.

Para evaluar la exposición en los grupos expuestos a la TCC individual y TCC familiar asociados a la puntuación GAD-7 se calculará los coeficientes (β) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) usando regresión lineal con varianza robusta tras corroborar que se cumplan los supuestos requeridos.

Las variables que ingresarán al modelo ajustado (multivariado) serán aquellas que en el modelo crudo (bivariado) hayan obtenido un valor $p < 0.20$. De esta forma, se reportarán como variables asociadas a ansiedad generalizada aquellas que obtengan un resultado estadísticamente significativo en el modelo ajustado por sexo, edad y función familiar. El análisis se realizará utilizando el software estadístico Stata v17.0.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
2. Mejía H, Ramos L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria* 2022; 85(1):72.
3. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política sectorial en salud mental. Perú 2018. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
4. Cabral, MD., Patel, D.R. (2020). Risk Factors and Prevention Strategies for Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence. In: Kim, YK. (eds) *Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1191. Springer, Singapore.
5. Oficina de Epidemiología, Inteligencia Sanitaria y Docencia e Investigación. Análisis Situacional de Salud. Dirección de Redes Integradas Lima Centro.2022
6. Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., et al (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2021; 30: E36.
7. Beesdo K, Knappe S, Pine DS: Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for *DSM-V*. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32:483–524.
8. Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al.: Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:32–45.
9. Peterson, B.S., West, A.E., Weisz, J. et al. A Sequential Multiple Assignment Randomized Trial (SMART) study of medication and CBT sequencing in the treatment of pediatric anxiety disorders. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 323.
10. Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family Factors in the Development, Treatment, and Prevention of Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144–162. doi:10.1007/s10567-011-0109-0.

11. Chiu A, Falk A, Walkup JT. Anxiety Disorders Among Children and Adolescents. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016;14(1):26-33.
12. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH, Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes, *Journal of Anxiety Disorders* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.005>.
13. Cardy JL, Waite P, Cocks F, Creswell C. A Systematic Review of Parental Involvement in Cognitive Behavioural Therapy for Adolescent Anxiety Disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020 Dec;23(4):483-509. doi: 10.1007/s10567-020-00324-2. PMID: 32862330; PMCID: PMC7585571.
14. Pegg S, Hill K, Argiros A, Olatunji BO, Kujawa A. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth: Efficacy, Moderators, and New Advances in Predicting Outcomes. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Dec;24(12):853-859. doi: 10.1007/s11920-022-01384-7. Epub 2022 Nov 12. PMID: 36370264; PMCID: PMC9660212.
15. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(2):CD004690.
16. Wolk CB, Carper MM, Kendall PC, Olinio TM, Marcus SC, Beidas RS. Pathways to anxiety-depression comorbidity: A longitudinal examination of childhood anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2016;33(10):978-986.
17. El Alaoui S, Hedman-Lagerlöf E, Ljótsson B, Lindfors N. Does internet-based cognitive behaviour therapy reduce healthcare costs and resource use in treatment of social anxiety disorder? A cost-minimisation analysis conducted alongside a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017;7(9):e017053.
18. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):621-32.
19. Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(6):1108-22.

20. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2012;26(5):583-9.
21. Yen CF, Yang P, Wu YY, Cheng CP. The relation between family adversity and social anxiety among adolescents in Taiwan: effects of family function and self-esteem. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(11):964-70.
22. Sigurvinsdóttir AL, Jensínudóttir KB, Baldvinsdóttir KD, Smáráson O, Skarphedinsson G. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nord J Psychiatry.* 2020 ;74(3):168-180.
23. Wergeland GJ, Fjermestad KW, Marin CE, Bjelland I, Haugland BS, Silverman WK, Öst LG, Bjaastad JF, Oeding K, Havik OE, Heiervang ER. Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2016;76:1-12.
24. Higa-McMillan CK, Francis SE, Rith-Najarian L, Chorpita BF. Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45(2):91-113.
25. Kodal A, Bjelland I, Gjestad R, Wergeland GJ, Havik OE, Heiervang ER, Fjermestad K. Subtyping social anxiety in youth. *J Anxiety Disord.* 2017;49:40-47.
26. Bodden DH, Bögels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, Brinkman AG, Appelboom-Geerts KC. Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec;47(12):1384-94.
27. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(3):314-321.
28. Bogels S, Siqueland L. Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(2): 134-141.
29. Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *J Anxiety Disord.* 2005;19(4):361-81.

30. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021
31. Navarro J, Moscoso M, Calderón G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit* 2017; 23(1), 57-74.
32. Documento Técnico: Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)
33. Pagsberg, A.K., Uhre, C., Uhre, V. *et al.* Family-based cognitive behavioural therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial (the TECTO trial). *BMC Psychiatry* **22**, 204 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03669-2>.
34. Riley RD, Snell KI, Ensor J, Burke DL, Harrell Jr FE, Moons KG, et al. Minimum sample size for developing a multivariable prediction model: PART II - binary and time-to-event outcomes. *Stat Med.* 2019;38(7):1276–96.
35. Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
36. García J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez M, López V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8(8):1-11.
37. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 2020; 287:1-6.
38. Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 1–8. doi:10.1016/s1077-7229(02)80033-5
39. Beidas, R.S., Podell, J.L., & Kendall, P.C. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program. In LeCroy, C.W. (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents* 2nd Ed., (pp. 869-923). New York: Oxford University Press.

40. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. [Internet]. 2013 [Consultado 14 de agosto de 2021]; 27;310(20): 2191-2194.
41. Padilla Díaz C, Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2014; 1 (2): 157-163.
42. Walsh, Santiago y Petetta Goñi, Sofía Paula (2020). Abordajes en terapia familiar en el trastorno de Ansiedad en niños. Ejemplo de caso clínico. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

PRESUPUESTO

Descripción		
Materiales de escritorio	Valor en S/.	Financiamiento
Papel bond.	200.00	Autofinanciado
Lapiceros	10.00	
Plumones	15.00	
Perforador	20.00	
Engrapador	30.00	
Archivadores	10.00	
Movilidad	200.00	
Impresiones	100.00	
Fotocopias	40.00	
Anillados	60.00	
Internet	200.00	
Estadístico	800.00	
Total	1685.00	

● **CRONOGRAMA**

Actividad 2023	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1.Elaboración de proyecto	X	X	X	X	X	X																						
2.Presentación para su aprobación en la Unidad de Postgrado de la UPCH							X	X																				
3.Ejecución del proyecto																												
● Identificación de sujetos de estudio.									X	X	X	X																
● Llenado de Ficha de cada caso											X	X	X	X	X	X												
● Revisión de Fichas con el estadista													X	X	X	X	X	X										
4. Recolección de datos																												
5. Análisis y discusión de los resultados																	X	X	X	X								
6.Elaboración de conclusiones																		X	X	X	X							
7. Elaboración de informe																			X	X	X							
8. Publicación-sustentación																									X			X

ANEXOS

ANEXO 01 ASENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia – UPCH/ Centro de Salud Mental Comunitario

Investigadores :

Hola _____, mi nombre es ..., estoy haciendo un estudio para comparar el efecto de la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar sobre los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el centro de Salud Mental Comunitario. Si decides participar en este estudio te haremos algunas preguntas personales y acerca de tu familia. Además, te preguntaremos de ciertas emociones que puedas estar sintiendo en ciertas situaciones.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de este problema de investigación.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu entorno.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar al investigador principal.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ()

No ()

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia – UPCH/ Centro de Salud Mental Comunitario

Propósito del estudio

Lo estamos invitando a participar en un estudio para comparar el efecto de la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar sobre los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el centro de Salud Mental Comunitario. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Es importante, hacer énfasis que algunos estudios mencionan que el tipo de terapia contribuye a reducir los niveles de ansiedad en los adolescentes.

Procedimientos

Si decide participar en este estudio se realizarán dos cuestionarios estructurados; uno para medir la funcionalidad familiar, otro para medir los niveles de ansiedad.

Riesgos

No existen riesgos por la distribución de los grupos o utilización de los cuestionarios. Existe la posibilidad de que alguna de las preguntas pueda generarle alguna incomodidad, usted es libre de contestarlas o no.

Beneficios

El beneficio que se genera es contribuir a la producción de nuevo conocimiento.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad

Se guardará su información con códigos y no con nombres. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Se desea almacenar los datos recaudados en esta investigación por cinco años. Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos. Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados. Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de

Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por cinco años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derechos del participante

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al *investigador principal*. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dr. Pedro Saona, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe. Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora

ANEXO 03
CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a. El tiempo para estar juntos. b. Los espacios en la casa. c. El dinero.					

LEYENDA: Nunca (N), Casi Nunca (CS), Algunas Veces (AV), Casi Siempre (CN), Siempre (S)

ANEXO 04
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y GAD-7

Terapia cognitivo conductual () Terapia familiar()

Ficha Nro. _____

1. Edad:

2. Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Ítems		Frecuencia			
		Nunca	Varios días	La mitad de los días	Cada día
01	¿En los últimos 15 días ha presentado sensación de nerviosismo, de ansiedad, de tener los nervios de punta?				
02	¿En los últimos 15 días ha presentado incapacidad para eludir o controlar la preocupación?				
03	¿En los últimos 15 días ha presentado preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones?				
04	¿En los últimos 15 días ha presentado dificultad para relajarse?				
05	¿En los últimos 15 días ha presentado una intranquilidad de tal grado que no puede quedarse quieto?				
06	¿En los últimos 15 días ha presentado facilidad para enfadarse o irritabilidad?				
07	¿En los últimos 15 días ha sentido miedo, como si pudiera suceder algo malo?				

Cada uno de los 7 ítems se puntúa de 0 a 3, aportando una puntuación de gravedad de 0 a 21.

Interpretación:

5-9 = Leve

10-14 = Moderado

15-21 = Grave

ANEXO 05
CUADRO RESUMEN DE SESIONES DEL PROGRAMA “COPING CAT”
(41)

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
1ª Motivo de consulta y recogida de información	Presentación, motivo de consulta, historia del problema, entrevista con el adolescente y su familia. Entrevista.	
2ª Recogida de información y evaluación	Entrevista con el adolescente y sus padres.	Autorregistro de las preocupaciones que aparezcan durante la semana.
3ª Devolución de la información	Psicoeducación: Análisis funcional: Informar al adolescente y a sus padres acerca del problema. ¿Qué es la ansiedad? ¿Qué es la ansiedad Generalizada? Papel de los pensamientos y preocupaciones en el TAG. Comentar resultados de la evaluación, observar autorregistros y mostrar los objetivos terapéuticos.	Autorregistro de las preocupaciones con nivel de activación e interferencia en la vida diaria.
4ª Entrenamiento en reestructuración cognitiva	Resolver dudas de la sesión anterior. Explicar en qué consiste la terapia racional-emotiva de Ellis (1989) y la funcionalidad del ABC. Unir sus pensamientos y emociones con sus conductas.	Registro de Pensamientos distorsionados y registro de activación psicofisiológica: ¿Cuánto activado estoy? 0-10.
5ª Entrenamiento en reestructuración cognitiva: discusión cognitiva y entrenamiento en relajación	Repaso de la sesión anterior. Observar registros. Debatir los pensamientos y preocupaciones de los registros. Continuar con los pensamientos distorsionados. Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática de Benson (1975). Enseñar cómo hay que respirar para relajarse. Cautela y Groden (1985).	Registro de pensamientos y preocupaciones
6ª Entrenamiento en relajación diafragmática y en autoinstrucciones.	Repaso de la sesión anterior. Observar registros. Entrenamiento en relajación. Enseñanza de la relajación autógena. Continuación con la respiración diafragmática y autógena de Benson, incidir en cómo hay que respirar. Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1977) sobre autoverbalizaciones positivas. “Puedo hacerlo bien”, “tranquilízate”.	Practicar relajación en casa, medir la activación psicofisiológica antes y después. Registrar pensamientos con alternativas de pensamiento y en las autoverbalizaciones positivas.
7ª Jerarquía de ítems y entrenamiento en relajación diafragmática y autógena.	Resolver dudas de la sesión anterior. Observar las tareas de casa. Exposición a Jerarquía de ítems con relación a diferentes situaciones/ preocupaciones que le causan nerviosismo o ansiedad y en las que Juan especificó, desde la situación que menos malestar le producía hasta la que mayor malestar le producía, para comenzar con la terapia en imaginación y en vivo. Debate socrático: Pensamientos distorsionados. Repasar los pensamientos registrados.	Practicar relajación diafragmática y autógena, registrando la activación psicofisiológica y registrando pensamientos y alternativas racionales a esos pensamientos.
8ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Repaso de la sesión anterior. Supervisar las tareas de la sesión anterior. Entrenamiento en exposición a las preocupaciones. Mediante una escala de 0-100 se especificó la exposición a las preocupaciones, 100 como máximo malestar y 0 como mínimo de malestar. Las preocupaciones fueron un total de 12 (que correspondían a preocupaciones en el instituto, la salud, amistades, cosas importantes para Juan y el mundo que le rodea) y 60 ítems. En cada sesión, se exponía en imaginación a dos situaciones preocupantes que correspondían a 5 ítems de la jerarquía, cada vez con mayor intensidad de malestar para el sujeto y se enviaba como tareas para casa el realizar una exposición en vivo con ayuda de su madre. (Aplicar lo aprendido). *No siempre había exposición en vivo ya que había preocupaciones como, por ejemplo: “pensamientos sobre la muerte de un ser querido”.	Practicar relajación y registrar alternativas de pensamiento y exposición in vivo.
9ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo y actividades de relajación
10-11ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en exposición en imaginación. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo y autorregistro de pensamientos
12ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo, actividades de relajación y autorregistro de activación psicofisiológica.
13ª Entrenamiento en imaginación y en vivo	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo, actividades de relajación y autorregistro de activación psicofisiológica.
14ª Organización del Tiempo	Entrenamiento en el control del tiempo: estableciendo objetivos a corto, medio y largo plazo y estableciendo las prioridades. Saber organizarse durante el próximo curso.	Realizar registro de horario estructurado, activación psicofisiológica y de preocupaciones.
15ª Resolución de problemas	Observar los registros, analizarlos y resolver dudas de la semana anterior. Entrenamiento en resolución de problemas: Establecer posibles problemas y las posibles alternativas en la solución de problemas.	Realizar alternativas de problemas surgidos durante la semana. Autorregistro de alternativas de pensamiento y autorregistro de nivel de activación psicofisiológica.
16ª Avances en la terapia	Preparación para afrontamientos futuros. Lista de posibles situaciones problemáticas y sensaciones. Alternativas de pensamiento y observación de los avances que ha hecho Juan con el tratamiento. Propuestas de futuro para realizar entrenamiento en habilidades sociales para hablar en público. No hubo ocasión de realizar una exposición delante de un público y por tanto, se propone para sesiones futuras. Ansiedad Social (Vera y Roldán, 2009).	

**ANEXO 6: RESUMEN DE LAS FASES DE LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL FAMILIAR (42)**

FASES	DESCRIPCIÓN DE LAS FASES
Psicoeducación	Brindar información a los padres sobre las características de la ansiedad y la importancia de generar autonomía en su hijo.
Refuerzo positivo	Brindar herramientas a los padres para aumentar los refuerzos positivos en la comunicación con el niño.
Utilización de una economía de fichas	Esta intervención tiene como objetivo reforzar conductas de autonomía a través de un juego.
Fomentar Apoyo Social	El objetivo es la de incluir un correcto acompañamiento de las figuras de apego.
Organización de rutinas cotidianas	Esta intervención tiene como objetivo brindar herramientas a los padres para que organice la rutina del niño.
Fomentar momentos positivos con el padre	Esta intervención tiene como objetivo que padre e hijo encuentren una actividad en común aumentando los momentos de bienestar.
Alentar el comportamiento valiente	Esta intervención se orienta a que los padres fomenten que el niño se exponga al estímulo que le genera temor gradualmente.
Herramientas de relajación	El objetivo que el niño adquiera habilidades para controlar los síntomas ante la ansiedad por separación.

ANEXO 07
CALCULO TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tamaños de muestra. Equivalencia de medias:	
Diferencia de medias esperada	4,000
Desviación estándar esperada en las dos poblaciones:	8,000
Diferencia de medias máxima que indica equivalencia	0,000
Razón entre tamaños muestrales	1,00
Nivel de confianza	95,0%

Resultados:

Potencia (%)

Tamaño de muestra

	Población 1	Población 2	Total
80,0	50	50	100

Tabla 1. Software utilizado como referencia EPIDAT