

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS QUE PADECEN SÍNDROME DE DOWN

(Estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem, Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

LUCILA FAUSTINA ALVARADO TZUL

CARNET 15724-09

QUETZALTENANGO, JUNIO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS QUE PADECEN SÍNDROME DE DOWN

(Estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem, Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

LUCILA FAUSTINA ALVARADO TZUL

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, JUNIO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. MARÍA DE LOS ANGELES MARTINEZ RAMIREZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. JORGE ARMANDO PÉREZ ORELLANA

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 14 de abril de 2015

Ingeniero
Derick Lima
Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Su despacho

Respetable Ingeniero:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para someter a su consideración la tesis “Ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down” (estudio a realizarse en el Centro de Rehabilitación Integral, FUNDABIEN, de la ciudad de Quetzaltenango), de la estudiante **Lucila Faustina Alvarado Tzul**, con carné 1572409.

He revisado el mismo, por lo que considero que reúne las condiciones exigidas por la Facultad de Humanidades, tanto en la parte de contenido y metodológica como la redacción del informe final para trabajos de esta naturaleza, por lo que permito presentarlo a su consideración para que sea sometido a la revisión respectiva.

Atentamente,



Licda. María de los Ángeles Martínez Ramírez

Asesora



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05929-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante LUCILA FAUSTINA ALVARADO TZUL, Carnet 15724-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05255-2015 de fecha 22 de junio de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS QUE PADECEN SÍNDROME DE DOWN
(Estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem, Quetzaltenango)".**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 22 días del mes de junio del año 2015.

 Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos.

- Dios:** Por haber guiado mí camino, puesto que siempre ha permanecido a mi lado. Le agradezco por bendecirme diariamente y por permitirme alcanzar esta importante meta en mi vida, por darme un sentido a mi vida y brindarme su amor perfecto.
- A mis Padres:** Margarito, Yadira por darme su apoyo incondicional, su amor y consejos. Por enseñarme a ser una persona productiva, pues sé que mucho de lo que soy se lo debo a ellos. Gracias por sus ejemplos de devoción y amor al DIOS y por estar siempre cuando los necesito. Sé que No me alcanzara toda mi vida para recompensarles
- A mis Hermanos:** Marvin, Yolanda e Isabel por su amor y apoyo Incondicional en esta tan importante meta, el cual Siempre estuvieron dispuestos a apoyarme, guiarme Y por sus ánimos que recibí cuando creía estar vencida Mil gracias por todo.
- A mi Novio:** Osmar por hacerme sentir amada, protegida, gracias por Ser mi compañero constante en esta vida, por su apoyo Por acompañarme y ser parte de esta meta tan importante en mi vida.
- A mis Amigos:** Por haber compartido muy gratos momentos de mi vida por darme aliento para continuar, por su amistad sincera Cariño, todos los instantes los llevare en mi corazón.
- A mi Asesora de Tesis:** Licda. María de los Ángeles Martínez por su guía y ayuda. Por su asesoría, enseñanza confianza en la realización de esta Tesis.

**A mis Catedráticos
de la Universidad:**

Gracias por su motivación, por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación universitaria.

**A la Universidad
Rafael Landívar:**

Que me abrió sus puertas para adquirir aquellos conocimientos que hoy me ayudan a valerme en la vida.

Dedicatoria.

Quiero dedicarle este triunfo primeramente a mi Padre Celestial y la Virgen de Guadalupe pues por sus grandes bendiciones es que he alcanzado tan importante meta en mi vida, sé que él ha preparado el camino para que yo pudiera con esfuerzo y dedicación, alcanzar este éxito.

También a mi familia, a mis padres, a mis hermanos y a mi novio que a diario llenan mi vida de alegría y amor, que son ejemplos de perseverancia, determinación, firmeza y constancia en el cumplimiento de los ideales personales. En el recorrido de sus vidas siempre han buscado la excelencia en el día a día.

También anhelo compartir este logro con mi demás familiares, abuelos, tíos, primos, pues sé que cada uno de ellos han manifestado su granito de arena en mi vida, aprecio su amor y su apoyo, sé que siempre puedo contar con ustedes.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Ansiedad en madres.....	11
1.1.1. Definición.....	11
1.1.2. Historia clínica de la ansiedad.....	14
1.1.3. Etiología de la ansiedad.....	15
1.1.4. Epidemiología.....	15
1.1.5. Tipos de ansiedad.....	16
1.1.6. Manifestaciones físicas y psicológicas.....	19
1.1.7. Tratamiento y abordaje en la ansiedad.....	21
1.2. Síndrome de Down.....	26
1.2.1. Definición.....	26
1.2.2. Historia del Síndrome de Down.....	27
1.2.3. Causas del Síndrome de Down.....	28
1.2.4. Características físicas del Síndrome de Down.....	29
1.2.5. Características psicológicas del Síndrome de Down.....	30
1.2.6. Desarrollo social, emocional y motor del Síndrome de Down.....	31
1.2.7. Consecuencias psicológicas del Síndrome de Down.....	32
1.2.8. Intervención psicología para el Síndrome de Down.....	32
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
2.1. Objetivos.....	35
2.1.1. Objetivo general.....	35
2.1.2. Objetivo específico.....	35
2.3. Variables de estudio.....	35
2.4. Definición de variable.....	35
2.4.1. Definición conceptual.....	35
2.4.2. Definición operacional de la variable.....	36
2.5. Alcances y límites.....	37
2.6. Aporte.....	37

III.	MÉTODO.....	39
3.1.	Sujetos.....	39
3.2.	Instrumentos.....	39
3.3.	Procedimiento.....	39
3.4.	Tipo de investigación, del diseño y metodología estadística.....	40
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
4.1	Cuadro de ansiedad estado.....	44
4.2	Cuadro de ansiedad rasgo.....	47
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
VI.	CONCLUSIONES.....	53
VII.	RECOMENDACIONES.....	54
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
	ANEXOS.....	59

Resumen

La ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales futuros. En estudios anteriores han demostrado que la mayoría de madres padecen ansiedad debido a que usualmente son responsables del cuidado del hogar y además cuentan con un empleo. Esto no es la excepción de las madres que tiene hijos con Síndrome de Down, que es una condición humana ocasionada por la presencia de 47 cromosomas en los núcleos de las células, en lugar de 46, estos niños tienden a ser agresivos, sociables, sumisos, entre otras, lo cual representa un reto para la madre hacia el desarrollo íntegro del hijo, debido a eso puede repercutir en el estado psicológico, como ansiedad. Ante estas circunstancias se identificó el estado actual de ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó como instrumento de un test psicométrico STAI – 82 para medir ansiedad. Para lo cual se analizó los datos de las medidas de tendencia central, en donde se obtuvo un porcentaje de 59% de madres que manifiesta mucha ansiedad.

Por lo tanto se concluye la ansiedad que manejan las madres no es saludable, se considera que deben recibir terapia psicológica, porque de esa manera ellas puedan estar estables y se recomienda iniciar el proceso de terapias psicológicas para el tratamiento de ansiedad en las madres con hijos que padecen Síndrome de Down.

I. INTRODUCCION

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por un temor indefinido que hace que el individuo se sienta alarmado en una forma desagradable y presente una serie de síntomas físicos como la sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, temblor, tensión muscular, cefaleas, náuseas, vómitos y además. Comúnmente se presenta miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria que llega a provocar un comportamiento inadecuado y es aquí en donde se presenta el problema debido a que no se está preparado para el acontecimiento que prevalece en ese instante.

La ansiedad es un factor emocional que debe aprenderse a manejar para obtener una vida de calidad, pero cuando surgen actos inesperados esta tiende a incrementarse, tal es el caso de las madres quienes generalmente son responsables del cuidado del hogar y de los hijos, la primera sonrisa son gestos que brindan emociones esperadas que se ven truncadas cuando presentan algún tipo de problema como lo es el diagnóstico del Síndrome de Down, sabiendo que se tiene un largo camino para el cuidado del niño, es posible que la madre sienta decepción, dolor, ira, frustración, miedo al futuro; en donde el cuidado se vuelve constante, lo cual debe cumplirse para que no le falte nada, es por ello que puede propiciar mayores índices de ansiedad en la madre.

La razón de este estudio es conocer los niveles de ansiedad que maneja una madre con hijos que padecen Síndrome de Down, a continuación se detalla la problemática.

Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor (2005) en la revista digital Universitaria, volumen 6, número 11, manifiestan que la ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del sistema nervioso autónomo lo cual constituye una respuesta de tipo adaptativo para el individuo, esto le permite anticipar algún tipo de peligro o amenaza sin embargo se convierte en un problema desadaptativo en el momento que el peligro se anticipa es irreal y se vive esta amenaza de forma irracional.

Blai (2006) en el artículo psicosis consejo y orientación terapéutica, indica que la ansiedad llega a anticipar o señalar un peligro de amenaza para el propio individuo esto asigna un valor funcional importante ya que posee una utilidad biológica adaptativa, pero cuando esta ventaja se convierte en desadaptativa se anticipa un peligro irreal, donde puede ser entendida bien como una respuesta normal o cómo una respuesta desfavorable.

Es importante conocer cuál es la característica de la ansiedad patológica a nivel general, donde al principio se caracterizaría por presentar cierta diferencia cuantitativa como un nivel más elevado de angustia, ocurrencia, intensidad y duración que genere malestar significativo en las actividades diarias de la persona.

Leonetti y Martins (2007) en la revista latinoamericana enfermagem maternal en el período prenatal y postnatal, indican que la ansiedad se relaciona con el sentimiento interior psíquico de malestar, y la angustia con la manifestación externa corporal que acompaña a la preocupación al igual que otro sentimiento como, placer, exaltación, euforia, éxtasis, tristeza,

ira, rabia y calma, es fundamental en la vida de la persona que regula la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que en el caso del miedo, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo.

Lo anormal en el individuo es que se queje de estar permanentemente nervioso, así como de sentir otros síntomas típicos de ansia como temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos, vértigos, taquicardia, molestias epigástricas, evitación de situaciones temidas, comer o beber en exceso, intranquilidad motora movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, entre otros.

Con frecuencia las madres manifiestan el temor de que ellas mismas o algún ser querido tenga la posibilidad de contraer una enfermedad o sufrir un accidente, entre diversas obsesiones y presentimientos de carácter negativo.

La ansiedad es un trastorno más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con el estrés ambiental de la vida cotidiana. Tiene un curso variable; depende generalmente de las características de las personas afectadas, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Libertun (2008) en el artículo psicología de la compasión del seminario teórico vivencial prácticas para regular el miedo y la ansiedad indica, que la ansiedad se entiende como una reacción incontrolable, que puede provenir de cualquier situación o pensamiento, que hace sentir a la persona preocupada, irritable e inquieta.

Ros (2011) en la revista clara método stop a la ansiedad, comenta que la ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo que se da a una respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. La función del ansia es movilizar al organismo y mantenerlo alerta para intervenir frente al riesgo o amenaza de forma que se impida hechos perjudiciales, pues empuja a tomar la medida conveniente; huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, entre otros. El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante para la persona, o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguidos.

Bracho (2013) trastornos de ansiedad infantil, monografía Universidad Juárez del estado de Durango pagina 14, indica que la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar en alerta ante un suceso comprometido que proporciona un componente adecuado de precaución.

El desosiego puede ser desproporcionado con la situación e incluso a veces se presenta en ausencia de cualquier peligro notorio. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y en general se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se afirma que cuando se presenta ansiedad intensa y duradera tanto que interfiere con la actividad normal del individuo entonces se le considera como un trastorno.

Rossel (2004) en la revista pediatría electrónica el recién nacido con Síndrome de Down y el equipo de salud neonatal, comenta que es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo, en vez de dos habituales trisomía

del par 21, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y rasgos físicos propios que le dan un semblante identificable.

Siendo el origen frecuente de discapacidad psíquica congénita se debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir la alteración genética en 1866 aunque nunca llegó a descubrir la causa que la produce.

El niño con Síndrome de Down tiene probabilidad superior a la de la población en general de padecer alguna patología, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más, el avance actual es el descifrado del genoma humano que muestra el proceso bioquímico subyacente al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar la capacidad intelectual de quien la padece.

Ya que éstos son los medios por los que expresa cómo se siente, a menudo pasan más tiempo mirando a la cara y pendientes de la gente que los demás niños, y conforme van creciendo siguen estando interesados por los demás, tanto por los adultos como de los otros niños.

Esto es bueno porque repercute en el aprendizaje social y en la capacidad para relacionarse con los demás, pero gastan más tiempo en llamar la atención de los otros que juegan y exploran el mundo.

Ello puede ir ligado al retraso en las habilidades motoras necesarias para jugar y explorar, pero si los padres están alertas sobre esto usarán las situaciones de apego hacia el hijo para jugar con él y enseñarle cómo funcionan las cosas.

Villar (2007) en la Enciclopedia de la Psicología, editorial océano, Pág. 118. 2000 indica que el Síndrome de Down causa un prototipo de insuficiencia intelectual que es hereditario al cual se le ha llamado mongolismo, debido a que quienes sufren este Síndrome tienen las mismas características de los nativos de Mongolia, la falta de tono muscular unido a la

consistencia pastosa del músculo y a la gran laxitud de las articulaciones. Estas características se asemejan a los muñecos de goma, adoptando a menudo posturas sorprendentes.

El cráneo es relativamente pequeño con aplanamiento del polo occipital, las orejas mal moldeadas, son de baja implantación, la cara es redondeada y poco expresiva y la frente prominente, las hendiduras palpebrales son oblicuas y con un pequeño pliegue a nivel del ángulo interno del ojo, el iris presenta unas pequeñas zonas blanquecinas denominadas manchas.

La raíz nasal es aplanada, la lengua es grande y en niños mayores presenta profundas hendiduras, el paladar es ojival lo que dificulta notablemente la respiración nasal, y los dientes suelen estar mal implantados. El cuello y el tórax son cortos, el abdomen blando y abultado con frecuencia acompañado de hernias. Las manos, los pies son anchos, los dedos cortos, estando a menudo encorvado el dedo meñique, las huellas digitales palmares y plantares.

Redondo (2008) en el artículo titulado El Síndrome de Down en la Escuela. Publicado en la Revista Innovación y Experiencias Educativas, volumen 45, número 13, paginas 1 – 9. Diciembre 2008 en Barcelona, España. Expone que el Síndrome de Down es una consecuencia principalmente causada por la alteración de los genes en los humanos. Las personas que padecen de tal variación deben de tener una educación adecuada a las demandas especiales que presentan.

Se debe de integrar dos diferentes situaciones a las cuales se expondrá al niño que padece esta singular anomalía. Es preferible que en la génesis de los estudios sea recomendable educación especializada.

Y mediante una evaluación positiva del desarrollo intelectual se integrará al niño a un centro ordinario sin descuidar las demandas de su delicado estado mental.

Los profesores que adoptarán en sus clases a un niño con Síndrome de Down deben de estar preparados para instruir al alumno en sociabilidad, independencia, capacidad perceptiva,

dominio de cuerpo, capacidad de representación mental, educación del lenguaje, actividad mental simple y comportamiento afectivo.

Rincón (2009) en la revista Síndrome de Down volumen 26, habilidades cognitivas versus habilidades del lenguaje del adolescente, manifiesta que también es conocido como trisomía 21 es una anomalía donde un material genético sobrante provoca retraso en la forma en que se desarrolla un niño, tanto mental como físicamente, los rasgos corporales y los problemas médicos asociados varían considerablemente de un niño a otro.

Mientras que algunos niños necesitan atención médica continua, otros llevan vidas estables lejos del control hospitalario. Pero la mayoría de ellos tienen una deficiencia mental de leve a moderada; pueden aprender y son capaces de desarrollar habilidades y destrezas a lo largo de la vida.

Lo único que ocurre es que alcanzan los distintos hábitos evolutivos a un ritmo diferente, por eso es importante no comparar a un niño con los hermanos que siguen pautas evolutivas normales, ni tampoco con otros niños que padecen el mismo Síndrome.

Los niños tienen un amplio abanico de capacidades y no hay forma de saber en el momento del nacimiento de qué serán capaces conforme vayan creciendo.

Ajacóm (2010) Revista digital de la Fundación Iberoamericana Margarita Tejada, manifiesta que un niño con Síndrome de Down o cualquier otro tipo de discapacidad tiene que contar con recursos económicos que permita obtener terapias individuales, tratamientos en todo el proceso de la vida, o programas de estimulación que le ayude a mejorar la calidad de vida dado que la misma situación en la que se encuentran necesitan mucho apoyo de parte de la familia, sociedad entre otros.

La perspectiva de lapso de vida para las personas con esta anomalía es de 56 años debido a que están viviendo vidas más plenas y ricas, reciben mayor atención de familiares y

cuidadores, han desarrollado las habilidades necesarias para mantener puestos de trabajo y para vivir semindependiente.

Angulo, Gijón, Luna, y Prieto. (2010) Manual de atención al alumno con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas del Síndrome de Down, comentan que la relación con los demás, esos primeros contactos en el desarrollo social y emocional se aprecian muy pronto, cuando el niño empieza a observar y a sonreír.

Por lo general los niños que padecen cretinismo son entes sociables; les gusta mirar a la cara, sonreír y empezar a conocer a otra gente, aprenden expresiones faciales, el tono de voz y posturas corporales.

Cámara (2010) en la revista de la federación española del Síndrome de Down, comenta que la atención temprana es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno.

Esta estimulación prematura tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Las intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo conformado por profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social.

Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico ya nivel psicoactivo.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la atención temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso.

En este proceso resulta crucial la implicación familiar; elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos. En la planificación de la intervención se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar.

En atención temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos propios de cada individuo, y los interpersonales relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social.

Si se adapta esto al niño con Síndrome de Down en la estimulación temprana se trataría de poner a su alcance todos los medios y recursos necesarios para que se desarrollen adecuadamente, tener una completa integración tanto en la familia como en el medio en el que vive y alcance el grado más alto de autonomía e independencia posible.

Es decir que lleven a cabo una vida lo más normalizada posible, entre uno de los objetivos de atención temprana está:

Reducir los efectos secundarios que las características del Síndrome de Down pueden tener sobre el desarrollo global del niño. Es decir, poner remedio a sus dificultades de audición y vista, dar una alimentación adecuada y equilibrada, cumplir los controles médicos son actuaciones que ya implican una atención temprana y que ayudan a mejorar el estado general del niño.

Considerar al niño y a su familia como sujetos activos de la intervención, y no como seres pasivos.

Realizar una intervención global, en la que tanto el centro escolar como el terapéutico estén coordinados.

Introducir los mecanismos necesarios para eliminar barreras para compensar sus deficiencias o para adaptarse a sus necesidades. Es decir, no sólo se ha de adaptar el niño o persona que tiene Síndrome de Down, sino que uno de los objetivos de la atención temprana es que el entorno también se adapte a él.

Implicar a toda la sociedad en el proceso, para que esta anomalía no sea algo desconocido y todos estén familiarizados con el mismo.

Moreno (2013) en la revista *acepresa* mucho más que actualidad, indica que el Síndrome de Down es fácil de reconocer de toda la condición asociada con la discapacidad intelectual, debido a que es el resultado de una anomalía del cromosoma por alguna razón inexplicable, la desviación en el desarrollo de la célula resulta en la producción de 47 cromosomas en lugar del 46 que se considera normal.

El cromosoma adicional cambia totalmente el desarrollo ordenado del cuerpo y cerebro, en la mayor parte de casos, el diagnóstico del Síndrome de Down se hace de acuerdo al resultado de una prueba de cromosomas que es suministrada poco después del nacimiento del niño.

Tal como en la población normal hay gran variedad en cuanto al nivel de las habilidades mentales, comportamiento y el desarrollo de la misma manera para con personas con dicha anomalía, aunque el grado de discapacidad intelectual puede variar entre leve y moderado, la mayor parte de niños caen bajo la categoría de leve a moderado.

Como resultado necesitará ayuda para aprender algunas destrezas pero tendrá talentos propios también y es importante reconocerlos y reforzarlos.

Rodríguez (2013) en la guía atención primaria para personas con Síndrome de Down comenta que las actividades de educación y promoción de la salud deben realizarse, tanto en los padres

como a los docentes, en la etapa escolar tienen que ir aprendiendo y realizando una serie de conductas que las familias solas no pueden impartir, bien por falta de tiempo, de conocimientos o por carecer de estrategias psicológicas y pedagógicas.

Necesitan más tiempo de escolaridad, ya que por sus condiciones biológicas y psicológicas maduran más lentamente y de un modo diferente. Si los contenidos académicos se adquieren con lentitud y de forma diferente, si es preciso contar con programas de habilidades sociales, de autonomía para la vida y de preparación para el trabajo.

La lectoescritura en un niño no la adquiere a pesar de intentarlo de un modo creativo, motivador y perseverante, hay que enseñarle a interpretar, a leer pictogramas para que pueda entender las señales de la calle: paradas de autobús, diferentes comercios, semáforos, el empuje, tire de las puertas, entre otros.

Algunos aspectos que los niños con Síndrome de Down podrían realizar están; rellenar formularios de identificación personal, leer y escribir mensajes, buscar en una guía programas de televisión, elegir el menú de un restaurante, leyendo la carta, leer los periódicos y estar al tanto de las noticias más sobresalientes, escribir cartas, leer e interpretar instrucciones sencillas de manejo de electrodomésticos o de confección de un menú entre otros que forma parte de su educación.

Rozo (2013) en artículo Maltrato en niños con Síndrome Down: Factores de Riesgo y Protección. Publicado en la revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, volumen 13, número 2, paginas 57 – 74, en los meses de julio a diciembre. Bogotá, Colombia. El objetivo que se alcanzó mediante esta investigación fue examinar el comportamiento epidemiológico de la prevalencia y los factores de riesgo y protección del maltrato en las familias que asistían a la Fundación Fe de Bogotá durante el año 2005.

El estudio contó con una muestra aleatoria de 74 niños con edades entre 5 – 15 años. De ambos sexos, de diferentes extractos sociales, oriundos de Colombia. Esta indagación

estuvo bajo el régimen descriptivo y utilizó como instrumentó para recolectar información el Cuestionario de evaluación de maltrato en niños discapacitados.

Los resultados arrojados dejan como conclusión que la prevalencia afectiva del maltrato es proporcionalmente baja en los niños con Síndrome de Down. Sin embargo, se encuentra una presencia alta de factores de riesgo y de indicadores indirectos de abuso y abandono, que configuran un estilo de interacción pasivo-agresivo entre los padres o cuidadores y el niño con discapacidad.

1.1. Ansiedad en madres

1.1.1. Definición

Portillo (2006) establece que la ansiedad en la madre es como una etapa emocional desagradable en la que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, resistencia, desconfianza, acompañado de una descarga y cuya causa no está claramente reconocida si es alegría, tristeza, ira o miedo.

Para mantener integridad física ante una amenaza el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante años, la reacción de lucha o huida.

Chapman (2006) indica que la ansiedad se puede definir como una respuesta a la falta de oposiciones asertivas que permitan llevar el control de determinada situación la cual se basa en la anticipación de hechos, que puede llegar a ocurrir o no y para el cual no se poseen las herramientas adecuadas para afrontarlo, también puede estar focalizada en un hecho real muy concreto como pueden ser situaciones del pasado no resueltas y por lo general no reconocidas.

Igualmente la fuente de preocupación puede estar situada en un futuro lejano o inmediato y que a diferencia del modelo de anticipación, la angustia proviene de la acción que debería atacar pero que por circunstancias diversas no se lleva a cabo.

Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, y Guillamón. (2008) indica que la ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones que se consideran amenazantes, circunstancias que afectan y en las que se tiene algo que ganar o que perder.

El desasosiego está estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella, advertir y activar al organismo debido a que dependen de la naturaleza de la amenaza o adversidad. La incertidumbre que genera se prepara para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema.

Sin embargo, cuando la agitación supera ciertos límites, o cuando aparece ante situaciones que no son realmente peligrosas o que incluso son deseables de forma objetiva, se convierte en un trastorno y un problema de salud, que impide el bienestar e interfiere significativamente en las actividades de la vida cotidiana, familiar, social, laboral e intelectual.

Aunque en realidad el ansia es una respuesta universal, común y necesaria para la supervivencia se convierte en patológica cuando el estado de angustia continúa en el tiempo y hace sufrir a la persona.

Oblitas (2009) indica que la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el individuo ante situaciones que se perciben o interpretan como amenazantes o peligrosas. El efecto que tiene el desosiego sobre una persona se basa principalmente en la sensación de amenaza y su vulnerabilidad en la capacidad para enfrentar el estrés dado a ello la intranquilidad presenta una gran cantidad de factores, incluyendo los de carácter medio ambiental, aglomeraciones, contaminación, ruido, presión urbana, tipo de trabajo, relaciones personales y trastornos del sueño entre otros.

Además quien tiene una visión pesimista de la vida, tiende a reflexionar excesivamente acerca del problema o presenta elevada sensibilidad a los aspectos negativos de la vida y aumentan posibilidades de enfermarse.

Rojas (2009) comenta que la ansiedad en varias circunstancias es una respuesta normal que se produce cuando la madre percibe una posible amenaza. La función primordial es proteger por lo que se evitan las situaciones y así el síntoma relacionado con la angustia tienen una función adaptativa.

Se afirma que la evolución ha favorecido el malestar puesto que en alguna situación ambigua puede existir la probabilidad de sobrevivir si la madre se asusta y retrocede sin motivo. El desasosiego se ha tenido en cuenta por dos componentes; por un lado la amenaza real o imaginaria, la situación que se ignora cómo resolver o cuál será el desenlace y por otro lado el malestar o el síntoma fisiológico que lo acompaña como resultado de la activación del sistema nervioso simpático.

La diferencia entre intranquilidad y el miedo o pánico se da en el tipo de amenaza que lo cause. El principal componente que los diferencia es la inmediatez de la causa, ya que en el miedo se observaría un peligro presente mientras que la inquietud sería la consecuencia de una anticipación o aprensión a un peligro futuro.

Cevera (2011) manifiesta que la ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia y de síntomas somáticos de tensión.

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite que la persona adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender que el desasosiego es una impresión o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la

persona; se convierte en patológica provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Moreno y Gutiérrez (2011) expresan que la ansiedad es el miedo a lo desconocido y tiene un significado interno más que una reacción frente a un peligro real, es el producto de un estado emocional. Se manifiesta como un estado de excitación e hiperactividad y por perturbaciones fisiológicas, como sudoración excesiva, palpitaciones, aceleración del pulso, trastornos gastrointestinales entre otros.

La persona ansiosa huye para adelante, se anticipa, se apura, necesita terminar rápido lo que está haciendo, porque desea deshacerse principalmente de este estado de desequilibrio nervioso que es lo que más le molesta.

El estado de aflicción no permite la concentración y disminuye la atención, por lo que puede convertirse en un factor determinante de accidentes como al momento de atravesar una carretera, al subirse al bus, lastimarse con algún objeto entre otros.

1.1.2 Historia clínica de la ansiedad

Cotí y Stagnaro (2007) refieren que la historia de la ansiedad, es una afección que se conoce desde tiempos del Rey David y cuya caracterización clínica se le atribuye a Freud dado que en 1892 fue el primero en sugerir que la preocupación podría no ser necesariamente un síntoma de otros trastornos, sino en realidad ser el problema principal; con esto la neurosis de angustia llegó a ser una condición legítima en lugar de un síntoma o un efecto secundario.

Marcada por los colapsos nerviosos de irritabilidad general, la posible presencia de ataques de angustia los cuales se caracterizan por perturbaciones de la actividad cardiaca palpitaciones, arritmia, crisis depresivas, temores paralizantes, irritabilidad general, entre otros.

Sin embargo, los trastornos neuróticos siguen siendo una categoría actual y válida e íntimamente relacionada con la ansiedad y las fobias, según la décima edición de la Clasificación Mundial de la Salud.

1.1.3 Etiología de la ansiedad

Cervera (2011) indica que la ansiedad es un estado de malestar físico caracterizado por períodos de inquietud, mareos, vértigos, desmayos, hormigueos, parálisis musculares, cansancio que afecta a la salud.

A causa de la incertidumbre la madre se muestra intimidada, alejada y no se enfrenta al posible problema, donde las emociones se guardan como una forma de resistencia ante la vida tanto a nivel social, religioso y familiar provocando que se dejen al margen deseos y necesidades individuales.

Sotillo (2012) indica que la ansiedad es un sistema de alerta que se activa como un presentimiento ante un peligro o amenaza futura. Como respuesta intensa resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones en donde genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes.

Además es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad, entre otros. Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos.

1.1.4. Epidemiología

El Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2006) a través del departamento de salud y servicios humanos indica que la ansiedad aqueja aproximadamente 40 millones de madres adultas de 18 años o más, cerca de 18% cada año lo cual conlleva desconfianza, temor a perder el control, inseguridad, preocupación entre otros.

Debido a la angustia la persona no puede reconocer los síntomas que la aquejan y es por ello que debe buscar procesos psicoterapéuticos que le ayuden a manejar sus emociones sobre todo para estar activa día a día.

La terapia eficaz para el ansia, indagada precisamente sobre el descubrimiento de nuevos tratamientos que pueden ayudar a la mayoría de madres que padecen de ansiedad a vivir vidas productivas y plenas.

Cervera (2011) comenta que la epidemiología de la ansiedad es frecuente debido al alto cuadro de prevalencia fluctuante entre el 15 y 20% que llegan a sufrir en un determinado lapso de tiempo. En ocasiones especiales aproximadamente un 20% desarrolla un trastorno de pánico con o sin agorafobia.

La edad de aparición del trastorno de ansiedad se sitúa entre los 25 y 30 años independientemente de la condición socio económico en la que se encuentre.

La fobia social y específica son los trastornos que se presenta más tempranamente en ambos sexos. Comúnmente empiezan a mediados de la segunda década de la vida; no así la agorafobia que se presenta a la mitad de la tercera década.

En mujeres se busca más ayuda, no obstante, es importante hacer notar que sólo entre 10% y 30% del total de las personas afectadas por algún tipo de trastorno fóbico solicitan ayuda. Asimismo muchas personas con una u otra forma de agorafobia y con fobias específicas buscan ayuda de curanderos, naturistas, sacerdotes y ministros religiosos.

Los trastornos de ansiedad fóbica influyen de manera determinante en el desarrollo de la psicopatología, por lo cual se les debe tomar en cuenta para detectarlos y tratarlos oportunamente en virtud de sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas. La fobia social y la fobia específica empiezan a más temprana edad.

1.1.5 Tipos de ansiedad

Burns (2006) manifiesta que la ansiedad generalmente se puede apreciar cuando se siente angustia, preocupación, nervios y tensión, los síntomas no son más que simples molestias aunque a veces puede incapacitar haciendo que la madre no logre realizar realmente lo que necesita descubrir.

Se establece tres tipos de ansiedad, entre ellas la natural que se da cuando el mismo cuerpo reacciona inmediatamente ante el posible peligro o amenaza y pueda asimilarlo enfrentándose y se incorpora como una defensa efectiva que actúa rápidamente ante el peligro urgente provocando en la persona una reacción inmediata de lo que se está aconteciendo en ese instante.

El segundo tipo es la toxica, se da cuando no se es capaz de reconocer ante la amenaza y que en determinada área se pueda fracasar e ignorando el acontecimiento puede resultar mejor para no tener que enfrentarse a la realidad.

Entonces varias veces deja en mal el instinto humano donde se puede reducir la incertidumbre, cuando se tiene un nivel de angustia se lleva a culpar, manipular, criticar, engañar al propio cuerpo provocando violencia y aumento de agitación, todo esto puede llegar a influir a los que están alrededor por el simple hecho de no poder ser capaces de liberar la inquietud, cuando se reniega el sentimiento y se construyen muros de obstáculos aumenta más el nivel del ansia.

El tercer tipo es la sagrada, en donde ya no importa cuanto no se pudo hacer para estar bien, en donde el cuerpo prácticamente deja de funcionar y deja de luchar más por lo que no se puede o no se quiere reconocer y resulta demasiado tarde porque la fuerza ya no se tiene y se enfrenta a lo más doloroso que es la muerte.

Evans y Andrews (2006) comentan sobre los siete tipos de trastornos de ansiedad más frecuente en la vida del ser humano, en donde son catalogados por la forma de cómo se manifiestan sus signos y síntomas, entre estos están:

a). Trastorno de Ansiedad Social, llamado fobia social que es un temor profundo al estar en ambientes sociales en contacto con personas desconocidas y que muchas veces se busca huir del diálogo, aunque el trastorno es algo análogo a la vergüenza el síntoma que presenta es más excesivo e incapacitante.

Como trastorno limita a las personas a facilitar su adaptación en cualquier contexto de convivencia, porque esta incertidumbre produce una angustia aguda, inseguridad, temor al ridículo, en general el entorpecimiento en el diario vivir.

b). Trastorno de Ansiedad Generalizada, se manifiesta como una inquietud ante varios sucesos del diario vivir por ejemplo, preocupaciones ante las tareas escolares, el estado de salud, la disposición del dinero, las relaciones familiares, el desempeño laboral, entre otras.

c). Trastorno Obsesivo Compulsivo, se caracteriza por obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente grave como para provocar pérdida de tiempo significativo, por ejemplo el individuo dedica a estas actividades más de una hora al día.

d). Trastorno por Estrés Postraumático, se manifiesta tiempo después del evento, tiene efectos de temor, incapacidad, la situación o suceso que detona hace que la persona recuerde el trauma una y otra vez.

e). Trastorno de Ansiedad por Separación, es el resultado de la ausencia temporal o definitiva de un ser querido lo que también genera angustia, tristeza, soledad por ejemplo cuando un hijo se separa de la madre donde puede manifestar preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de la persona genere resistencia y miedo.

f). Trastorno de Pánico, las personas a menudo desarrollan agorafobia, que es la tendencia a evitar lugares o situaciones donde la huida podría resultar difícil, vergonzosa donde no podrían obtener ayuda en caso de un ataque de pánico.

g). Fobia Específica se caracteriza porque la persona que la padece experimenta el miedo y el malestar asociado a determinado estímulo en particular, por ejemplo, miedo a las tormentas, a las arañas y payasos.

1.1.6 Manifestaciones físicas y psicológicas.

Grandin y Arana (2004) argumentan que la ansiedad es una conducta acompañada de síntomas físicos como, taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual. Se acompañan también con efectos psicológicos, impaciencia, confusión, impresión de amenaza o peligro, agresión, inseguridad, efecto de asombro, temor a perder el control, desconfianza, inseguridad, conflicto para tomar decisiones etcétera.

Se suman otras conductas como, descuido de la higiene y el autocuidado, apatía o pocas ganas de hacer las cosas, aumento en el consumo de alcohol, tabaco u otra droga, mayor ausentismo del trabajo o de otra obligación, conducta acelerada, mayor torpeza, compras compulsivas, limpieza, aislamiento o querer estar solo.

McMahon (2005) comenta sobre la característica esencial de la ansiedad siendo un sentimiento de desesperanza, desasosiego generalizado y persistente que no se deben a ninguna circunstancia ambiental en particular, sino un nivel conductual.

Las personas a nivel físico presentan temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, vértigo, taquicardia y molestias epigástricas nerviosas, sentirse al límite de sus fuerzas, dificultad de concentración, tensión muscular, agitación e inquietud psicomotriz, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse, hiperactividad, sequedad de la boca, manifestación sintomatológica de la ansiedad es variada y pueden clasificarse en diferentes aspectos psicológicos como inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.

Los síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje, posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos, brazos, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, dudas etcétera.

A nivel intelectual o cognitivo; la dificultad de atención, concentración, memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamiento distorsionado e importunos, incremento de duda y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas y susceptibilidad.

Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, y Guillamón.(2008) mencionan que la ansiedad en madres frecuentemente se manifiesta en síntomas a nivel somático, como palpitations, dificultad respiratoria, disfagia, vértigos, disgustos, malestar estomacal, molestias gástricas, a nivel psicológico manifiestan expresiones como, la desconfianza, temor, exageración de la sensación de peligro, tensión selectiva a lo que se considera amenazante, interpretación catastrófica de los acontecimientos, pérdida de la memoria, variación de la concentración y oponerse ante la coacción.

Díaz y Comeche (2011) indican que el síntoma y la evolución de la ansiedad se experimenta sólo por un lapso de tiempo, debido a que puede existir algún acontecimiento que genere ansiedad incluso un evento feliz, muchas veces cuando se rompe y se crea un nuevo ciclo puede generar ansiedad, sin embargo la ansiedad puede desaparecer en la medida que el nuevo ciclo se establezca y se acomode dentro de una nueva rutina.

Según el autor los síntomas se pueden identificar de la siguiente manera; aumento de la tensión muscular, cambios en la respiración, pulso elevado, tensión arterial alta, manos y pies fríos, boca seca, palmas de las manos y pies sudorosos, necesidad de orinar con frecuencia, cambios repentinos en el apetito, problemas gástricos, ardor de estómago, diarrea, dolores de cabeza, dolor de espalda, insomnio, ojeras, visión borrosa, erupciones cutáneas, escalofriados, enfermedades menores, problemas en la respuesta sexual e inquietud.

1.1.7 Tratamiento y abordaje de la ansiedad.

Payne (2005) indica que la técnica de relajación ayuda a reducir la ansiedad dado a ello, los ejercicios de relajación ayudan a liberar cuerpo, mente y a disfrutar en general día a día, dado a ello se conocerán algunos ejercicios de relajación:

- 1) Control de la respiración: uno de los síntomas de ansiedad es la respiración superficial, es posible que se encuentre de repente bostezando incontroladamente o suspirando profundamente de forma continua.

Cuando se es consciente de esto, es recomendable practicar una sencilla técnica donde se realiza en cualquier lugar: el control de la respiración, inspirar por la nariz en lugar de por la boca respirar suave y profundamente varias veces.

Notar como se ensancha el abdomen en la inspiración y cómo se estrecha en la exhalación, hacer un par de inspiraciones profundas por la nariz seguida de exhalaciones lentas y suaves por la boca.

- 2) Respiración diafragmática: se produce cuando el diafragma se contrae y se mueve hacia abajo, los músculos pectorales menores y los intercostales presionan las costillas hacia fuera, la cavidad torácica se expande y el aire entra muy de prisa en los pulmones a través de la tráquea para llenar el vacío resultante, este tipo de relajación permite hablar con claridad y facilidad sin fatigar el aparato de fonación y sin el peligro de quedar afónicos. La mano del pecho debe quedar inmóvil cuando se consiga llevar el aire hasta allí retenerlo durante un par de segundos, soltar el aire poco a poco por la boca de manera que se sienta como se va hundiendo el estómago y la mano del pecho sigue inmóvil. Se repite varias veces el ejercicio.

Kort (2006) comenta sobre la desensibilización sistemática, también conocida como terapia de exposición gradual, es un tipo de terapia conductual que se utiliza en el campo de la psicología para ayudar a superar efectivamente las fobias y otros trastornos de ansiedad.

El proceso de desensibilización sistemática se produce en tres pasos. El primer paso de la desensibilización sistemática es la identificación de una jerarquía de estímulo que induce la ansiedad.

El segundo paso es el aprendizaje de la relajación o técnicas de afrontamiento. Una vez que al individuo se le ha enseñado estas habilidades, él o ella debe utilizarlos.

El tercer paso se da cuando se reacciona a una situación y supera en la jerarquía establecida de temores.

El objetivo de este proceso es que la persona aprenda a enfrentar y superar el miedo en cada paso de la jerarquía. La desensibilización se identifica en tres procesos para desensibilizar con éxito a un individuo.

Establecer la jerarquía en el individuo debe primero identificar los elementos que están causando ansiedad.

En cada elemento que provoca la ansiedad se da una clasificación subjetiva de la gravedad de la ansiedad inducida. Si el individuo está experimentando una gran ansiedad para muchos disparadores diferentes, cada elemento se trata por separado. Para cada disparo o estímulo, se crea una lista para clasificar los eventos que provocan la mayor ansiedad.

Aprender del mecanismo o respuesta incompatible de afrontamiento, otra forma de relajación es la reevaluación cognitiva de los resultados imaginados. Conectar el estímulo a la respuesta incompatible o método para hacer frente a través de contador acondicionado, en este paso el paciente se relaja completamente y en donde a continuación se presentan con el elemento más bajo que fue colocado en la jerarquía de gravedad de la ansiedad.

Cuando el paciente ha llegado a un estado de serenidad de nuevo, después de ser mostrado con los primeros estímulos, se presentan los segundos estímulos que deberían presentar un mayor nivel de ansiedad.

Esta actividad se completa hasta que todos los elementos de la jerarquía de la gravedad de la ansiedad se han completado sin inducir ansiedad en el paciente.

Si en cualquier momento durante el ejercicio de los mecanismos de adaptación falla o el paciente no puede completar el mecanismo de supervivencia debido a la ansiedad severa, se detiene el ejercicio.

Hernández y Sánchez (2007) expresan que la terapia cognitivo conductual es un modelo de intervención o tratamiento de diversos problemas o trastornos psicológicos, es considerada la estrategia de intervención clínica más utilizada y eficaz.

Su fundamentación se basa en considerar que las situaciones que suceden son interpretadas por uno mismo de una u otra manera en función de una serie de circunstancias y características personales actuales o estables, a lo que ocurre mediante los pensamientos o creencias se manifiesta en emociones o sentimientos y son éstos los que impulsan a las conductas y reacciones. Aplica sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Se trata de una terapia que aborda los problemas que una persona padece desde puntos de vista interrelacionados entre sí: lo que una persona piensa, lo que una persona hace, lo que una persona siente.

Las 3 fases de la T.C.C.

El proceso consta de tres fases:

- 1) La evaluación: Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínica, registro, autoregistros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento.
- 2) La intervención: Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.
- 3) El seguimiento: Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.

Todo ello bajo una perspectiva biopsicosocial del aprendizaje que tiene en cuenta el siguiente lema: No son las situaciones las que determinan como nos sentimos y como actuamos, sino lo que pensamos acerca de ellas.

Aplicación terapéutica de la T.C.C.

Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno.

Dichos procesos de significación o evaluación realizados son en base a la estructura cognitiva de cada uno donde generalmente se denominan esquemas y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales aunque sea sin saberlo generan algún tipo de aprendizaje.

En este tipo de Psicoterapias las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamientos distorsionados o conceptualmente erróneos, ejercen un efecto adverso sobre las vivencias, emociones, sensaciones y modos de funcionamiento en el afrontamiento en la vida cotidiana.

La labor de este tipo de terapia implicará entonces la modificación de dichas estructuras y también de los significados o evaluaciones adversas de la persona para que de este modo pueda ofrecerle la ayuda que le favorezca un cambio hacia una mejor salud mental.

Esta reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades de pensamientos y conductas colaboran en mejorar el estado de las persona.

Esta terapia contribuye al cambio y superación de dificultades emocionales, ideas, pensamientos y pautas de conducta que llevan a incrementar los síntomas y malestares trabajándolos en forma puntual.

Métodos que se utilizan en T.C.C.

A = Situación. C = Consecuencias. B = pensamiento.

¿Cómo actúa el paciente en la T.C.C? En la terapia cognitivo conductual, el paciente tiene principalmente un papel tanto activo como participativo, dado que aunque reciba ayuda, él es quien va a cambiar y así debe saberlo.

El psicólogo recomienda poner en práctica fuera de las sesiones todo aquello que se ha aprendido dentro de la propia consulta con el objetivo de acelerar los avances.

Aplicaciones de la psicoterapia cognitiva. Diferentes investigaciones de psicología basadas en la evidencia han demostrado resultados eficaces sobre trastornos psicológicos emocionales y enfermedades psicosomáticas entre ellos: Ansiedad Social o Fobia Social, Depresión, Crisis de Pánico, Trastornos de Ansiedad, Fobias, Ataque de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos de Angustia, Trastornos del Estado de Animo, Trastornos Psicosomáticos y Violencia.

Bahamón (2012) indica que la terapia Cognitivo Conductual es una de las escuelas de Psicoterapia más antiguas. Hay dos características que la definen: su modelo de la naturaleza humana y su metodología.

La terapia consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo. Es un proceso de entrenamiento o reaprendizaje donde se elimina el resultado de malas experiencias.

Desde un punto de vista metodológico; la terapia Cognitivo Conductual es una disciplina científica. La eficacia de las técnicas o la veracidad de los modelos, no se basan en escritos u opiniones más o menos brillantes o creativas, sino en datos experimentales.

El funcionamiento de la Terapia Cognitivo Conductual está compuesto por de 4 fases: evaluación, explicación de la hipótesis, terapia y seguimiento.

La fase de evaluación consiste en que el profesional averigüe toda la información necesaria sobre el problema de la persona.

Este estudio acaba cuando se puede explicar al detalle y en términos psicológicos el qué, el cómo y el porqué del problema.

El tiempo suele durar 2 ó 3 sesiones, la fase de explicación de la hipótesis que tiende a durar una sola sesión, consiste en contarle con sumo detalle a la persona toda la información relevante sobre su malestar. El enfoque es crucial que la persona comprenda el problema.

La tercera fase de la terapia, es la más activa y tiende a durar entre 12 y 15 sesiones, aunque es muy variable según la intensidad de la ansiedad.

La persona llega a la sesión, aprende estrategias nuevas, vuelve a su casa, las practica, la semana siguiente vuelve a consulta, aprende más estrategias, las practica, y poco a poco va mejorando, reduciendo su malestar.

La cuarta fase es el seguimiento que suele incluir entre 3 y 6 sesiones cada vez más espaciadas en el tiempo. Esta fase se inicia cuando el problema ya se ha solucionado y suele demorar durante unos años.

1.2. Síndrome de Down

1.2.1 Definición

Holford y Lawson (2004) manifiesta que el Síndrome de Down es una irregularidad cromosómica provocada por la fecundación con un ovulo o espermatozoide incompleto, puede darse este fenómeno cuando él bebe es engendrado de padres mayores de 35 años.

Trias (2010) señala que el Síndrome de Down es producto de un cambio cromosómico provocado en el proceso de fecundación la cual da lugar al aspecto de un cromosoma extra del par 21 en toda la célula del organismo.

Con exactitud no se conoce cuál es la raíz cromosómica si bien se sabe que la incidencia aumenta en función de la edad de la madre, especialmente a partir de los 40 años, en donde tampoco se puede comprobar que sea por la condición de vida, el tipo de alimento, el lugar de origen entre otros.

El niño sufre diversos tipos de retraso mental leve y moderado. Como también su desarrollo emocional y físico es lento a la de otros niños sin el trastorno.

Massot (2011) indica que el Síndrome de Down es un conjunto de características diferentes en resultado de la aparición del material genético anexo al cromosoma 21, cada niño presenta deficiencias en su capacidad intelectual y la adaptación al medio social.

Esta alteración es una anomalía en la que un exceso del material genético provoca alteraciones en la constitución física y mental. Se puede decir entonces, que es una alteración genética que se produce en el momento de la concepción y se lleva durante toda la vida.

Kalz (2012) indica que el Síndrome de Down es provocado por células que se apartan o dividen equivocadamente, la célula es un mecanismo de edificación pequeña desde el principio no existe una cura y es observable físicamente se le proporciona estímulos correctos para provocar respuestas en diferentes áreas, aceleraremos de forma significativa el crecimiento de su desarrollo cognitivo y de su autonomía.

El niño tiene un desarrollo de crecimiento muy lento, su proceso de aprendizaje es pausado, presentan dificultades en los procesos psicológicos básicos: percepción, memoria, lenguaje, atención y en la motivación. Mejora su vida recibiendo diversas terapias.

1.2.2 Historia del Síndrome de Down.

Corretger, Seres, Casaldaliga y Trias (2005) Indican que a partir del siglo XIX se comenzó con estudios científicos formales y procedimientos para el diagnóstico del Síndrome de Down. Por otro lado la teoría de la evolución fue el punto de partida que motivo a investigar el por

qué hay alteraciones genéticas en la concepción del ser humano causando diversos tipos de enfermedades.

El primer informe histórico en donde se recogen datos de este singular padecimiento data del año 1886. En tal documento se describen características de un niño diagnosticado con cretinismo o idiocia furfurácea. Los rasgos que puntualiza el escrito científico son: paciente con una cabeza pequeña, redondeada, con ojos achinados, lengua colgante y apenas pronunciaba unas pocas palabras.

El médico inglés John Langdon Down fue el primer científico que estudio exhaustivamente al curioso fenómeno genético que en la posterioridad seria bautizado Síndrome de Down.

1.2.3. Causas del Síndrome de Down

Villa y Solla (2004) manifiestan que el Síndrome de Down es causado por un cromosoma extra. Los cromosomas son pequeñas cuerdas que contienen la información genética de las personas. Los genes determinan como se forma el cuerpo, cómo va a funcionar cada órgano, sus características físicas, color del cabello, color de los ojos y como serán las conductas y comportamientos.

La mayoría de estos bebés nacen con tres copias del cromosoma número 21, esto se conoce como Trisomía 21.

Cada persona tiene 23 cromosomas que vienen de la mamá y 23 cromosomas que vienen del papá. Algunas veces hay un problema en la distribución de los cromosomas que hacen que el bebé termine con un cromosoma 21 de más.

Alcocer (2011) explica que el Síndrome de Down es producido por el aspecto de tres copias de uno o más genes situados en la cromatina 21, el cual se conoce como diploide 21, en donde se determina que genes son responsables de que rasgos.

La múltiple interacción entre genes del ser humano está alrededor de 5 millones de pares de bases, en este proceso complejo puede darse una alteración en este caso una copia extra del cromosoma 21. Existen tres variantes de trisomía:

- a) Trisomía 21 Libre, corresponde al 95% que no tiene relación con la herencia,
- b) Translocación, corresponde aproximadamente al 4% de los casos y se debe a la unión de dos cromosomas en uno, habitualmente entre el 14 y un cromosoma 21
- c) Mosaicismo corresponde al 1% de los casos se desarrolla en una fase posterior a la concepción, llamándose mosaico ya que la mala segregación de los cromosomas toman algunas líneas celulares por lo que tendrá células con 46 cromosomas y otras con 47 es decir en algunas células se encontrará la trisomía y en otras no.

Trias (2011) explica que la causa del Síndrome de Down, se debe a que se encuentra un duplicada de cromosomas 21, este material genético agregado da como consecuencia la cadena de tipo físico y del progreso afiliado a la anomalía.

Esto revela que no se da el proceso normal en cada célula porque en el cuerpo humano se forman de células en donde cada uno tiene la función de producir el crecimiento y para que tenga equilibrio cada célula contiene una médula en la que se acumula un gen en donde controla el trabajo de la célula, tal como si sujetara una serie de conocimientos agrupados en estructura en forma de varilla llamada cromosoma.

Habitualmente la médula de cada célula contiene 23 pares de cromosomas que se adquieren de la madre y 23 del padre, siendo en si un total de 46 cromosomas, cuando hay alguna alteración de este ciclo se origina el Síndrome de Down.

1.2.4. Características físicas del Síndrome de Down.

García (2006) manifiesta que las características principales del Síndrome de Down son: hipotonía muscular, por lo general afecta todo el cuerpo y tiende a disminuir con la edad, la forma de la lengua es grande, redonda en la punta y presenta fisuras e hipertrofia papilar, la nariz tiene como característica el puente nasal aplanado, es ancha y triangular la mucosa es gruesa constante, el oído presenta el conducto auditivo interno estrecho donde puede presentar

otitis crónica, el cuello tiende a ser corto y ancho, las extremidades son cortas, sus manos son planas y blandas, sus dedos reducidos, el meñique curvo, el pulgar es pequeño y de implantación baja.

Los pies son redondos, el primer dedo está separado de los otros cuatro frecuentemente el tercer dedo es más grande que los demás y suelen infectarse fácilmente por la bacteria normal de la piel, la piel tiende a ser áspera y a un envejecimiento prematuro, existe engrosamiento en las rodillas y en los surcos transversales de los dedos de los pies, el cabello es generalmente fino, lacio y sedoso a través del tiempo se torna seco y aparece la calvicie.

1.2.5. Características psicológicas del Síndrome de Down.

Angulo, Gijón, Luna, y Prieto. (2010) comentan sobre la característica del niño con Síndrome de Down, efectuando un aspecto científico y de divulgación se pueden recoger calificativos que constituyen los estereotipos entre estos encontramos, defectuosas, sociables o sumisas, escasa iniciativa, menor capacidad para inhibirse, tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, menor capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente, suelen mostrarse colaboradores y suelen ser cariñosos y sociables, son constantes y tenaces en el trabajo, puntuales, responsables, realizando las tareas con cuidado y perfección cualidades muy distintas que provoca con fusión entre los cuidadores y educadores pero al mismo tiempo los temperamentos que ellos presentan varían en cada uno de ellos.

Pineda y Gutiérrez (2008) manifiestan que lo distintivo en la persona con Síndrome de Down se puede recoger mediante calificativos que constituyen los estereotipos y se les califica de obstinadas, afectuosa, sociable o sumisa. En conjunto son afirmaciones sin clara justificación y en muchos casos sin fundamento.

En generalizaciones perjudiciales que confunden a padres y educadores, en muchos casos determinan las expectativas que sobre ellos se hacen unos y otros. Sin embargo y por encima de estereotipos y coincidencias aparentes se encuentra una rica variedad de temperamentos.

Algunas características generales de la personalidad de los niños son: escasa iniciativa, menor capacidad para inhibirse, tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, menor capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente. Poca perseverancia en las tareas y utilización de la capacidad social para eludir las, suelen mostrarse colaboradores y ser afectuosos y sociables. En el mundo laboral se están mostrando constantes y tenaces, puntuales y responsables, realizando las tareas con cuidado y perfección.

1.2.6 Desarrollo social, emocional y motor del Síndrome de Down.

Nuñez, y Jodar (2008) comentan que para comprender y describir el desarrollo del niño, se debe de dividir en cinco áreas principales: social emocional, comunicación, motora, cognitiva, habilidades de autoayuda.

Desarrollo social emocional: incluye el aprender cómo entender y hacerse con los demás, hacer amigos, comportarse de manera socialmente aceptable, comprender y manejar los sentimientos.

Es influido por el temperamento y la personalidad del niño. Comunicación: cubre el desarrollo de todas las maneras por las que un niño puede hacer llegar su mensaje. La comunicación no verbal como señalar, hacer gestos, expresiones faciales. Aprender a hablar usando las habilidades del lenguaje.

Desarrollo motor: cubre los modos por los que el niño desarrolla sus habilidades motrices. Generalmente se dividen en habilidades de motricidad gruesa y de motricidad fina. La primera se refiere al aprendizaje del control de todo el cuerpo mediante las destrezas necesarias para sentarse, ponerse de pie, andar, correr. La segunda cubre las habilidades de las manos y dedos para coger los objetos, alimentarse, escribir o asearse.

Desarrollo cognitivo: incluye el modo en que el niño desarrolla las capacidades mentales necesarias para procesar la información, pensar, recordar, razonar. En los primeros años, las actividades del juego tienen un importante papel en el desarrollo de la cognición ya que los

niños exploran su mundo mediante el juego, descubren qué hacen las cosas y resuelven problemas sencillos que se encuentran en los juegos y los puzzles.

El desarrollo cognitivo se verá influido por la curiosidad y la motivación del niño para investigar y para persistir en una tarea determinada. La autoayuda describe cómo los niños se desarrollan en los primeros años la independencia práctica para comer, dormir, asearse, vestirse; y después para viajar solos, manejar el dinero, comprar, cocinar y tratar en el cuidado personal.

1.2.7 Consecuencias psicológicas del Síndrome de Down

Villa y Solla (2004) indican que el resultado de un Síndrome de Down a nivel psicológico se manifiesta en la inhabilidad intelectual, resultado de la diagénesis o variación del avance que en este caso concierne al cerebro, las contradicciones se dan a nivel neural.

Los aspectos psicológicos que afectan al Síndrome de Down son: la falta de atención, baja autoestima, escasa iniciativa, menor capacidad para inhibirse, tendencia a la persistencia de las conductas, resistencia al cambio, baja capacidad de respuesta frente al ambiente, tenacidad y puntualidad.

1.2.8 Intervención psicología para el Síndrome de Down.

Fernández y Puente (2010) comentan que la terapia cognitivo conductual se basa en las teorías del aprendizaje. Abarca en concreto el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje social; ampliadas en épocas recientes con las aportaciones de las técnicas cognitivas.

Su objetivo es instaurar, mantener, cambiar o suprimir conductas, asumiendo que están moldeadas por contingencias ambientales inadecuadas. Se parte de qué, tanto la conducta normal como la anormal se adquieren según las leyes del aprendizaje. Por medio de esas mismas reglas pueden ser modificadas. Si se ha producido un mal aprendizaje, el tratamiento consistirá en reaprender bien lo que se ha asimilado mal.

La intervención para el niño con Síndrome de Down a nivel conductual se debe a técnicas de modificación de conducta reduciendo y eliminando las gestiones inadecuadas. Tal sistema se deberá adecuar al nivel y características del niño, por tanto, deberán ser personalizadas. Los progenitores tendrán que ser entrenados para poner en marcha estas estrategias en el ámbito familiar. Los problemas más frecuentes; las conductas desafiantes y rebeldes, la hiperactividad con pérdida de atención, el trastorno obsesivo compulsivo entre otros.

Santiago, Bulnes, y García. (2012) comentan que el objetivo de la intervención psicología en el Síndrome de Down es poder prepararlos para la vida. Se basa en tres principios de la pedagogía especial, que también son válidos para la educación de un infante preescolar, y estas son: Colocar al niño en un buen ambiente, estimular las actividades necesarias para que se adapte al contexto que le rodea.

La pedagogía se caracteriza por ser vital, práctica y por estar referida en todo momento a la actividad del niño. Los autores manifiestan que algunos de los pilares de teoría son: Principio de globalización, este principio afirma que el pensamiento del niño no es sintético, sino analítico, es decir que el niño percibe en primer lugar lo complejo posteriormente lo simple, principio de interés, este principio manifiesta que el niño actúa por un beneficio que está en relación con sus propias escaseces, es decir el provecho nace de su necesidad

La pintura es una forma de expresión que fomenta la creatividad por medio del uso de colores, papeles de diferentes texturas, esponjas, lanas, alimentos. Es un medio de exploración, mediante el cual el niño obtiene novedosos resultados, no únicamente en el nivel plástico sino constructivo, intelectual y emocional.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde las primeras décadas del siglo XX existe un interés por la ansiedad, en la literatura psicológica, al considerarla como una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado mucho a la investigación en el ámbito de las emociones, debido a que la principal causa es la defensa organizada frente a un estímulo que rompe el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, tensión, inseguridad, sensación de pérdida de control

Por otro lado el Síndrome de Down es una alteración genética que se produce en el mismo momento de la concepción al unirse un ovulo con un espermatozoide, se cuenta con un total de 46 cromosomas en cada una de las células, 23 provienen de la madre 23 del padre, tanto uno como otro pueden poseer un cromosoma de más de esta manera aportara 24 en lugar de 23 cromosomas.

La importancia de la investigación sobre la ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down es poder determinar qué nivel de ansiedad manejan a diario y sobre todo reconocer los síntomas más frecuentes que padecen por medio de un test psicométrico STAI 82.

Generalmente en Guatemala las madres que tienen un hijo con Síndrome de Down tienen muy pocas oportunidades de empleo y esto puede generarles ansiedad tanto de no tener empleo y principalmente la condición en la que el hijo se encuentran.

Ante esta problemática surge la siguiente interrogante:

¿Qué nivel de ansiedad manifiestan las madres con hijos que padecen Síndrome de Down?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General:

Identificar el estado actual de ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down del Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem del Departamento de Quetzaltenango.

2.1.2. Objetivos Específicos:

Medir la ansiedad estado y rasgo en madres con hijos que padecen Síndrome de Down por medio del test psicométrico STAI 82.

Realizar una propuesta de Terapias Psicológicas para el tratamiento de la ansiedad a madres con hijos que padecen Síndrome de Down.

2.2. Variables de estudio

Ansiedad en madres
Síndrome de Down

2.3. Definición de variables

2.3.1. Definición conceptual de la variable o elementos de estudio

Ansiedad en madres.

Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, y Guillamón (2008) indican que la ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, situaciones que afectan y en las que se tiene algo que ganar o que perder.

La angustia está estrechamente vinculada a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella advertir y activar al organismo debido a que dependen de la naturaleza de la amenaza, o adversidad, la incertidumbre que genere se preparará para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema.

Sin embargo, cuando la agitación supera ciertos límites, o cuando aparece ante situaciones que no son realmente peligrosas o que incluso son deseables de forma objetiva, se convierte en un trastorno y un problema de salud, que impide el bienestar e interfiere significativamente en las actividades de la vida cotidiana, familiar, social, laboral e intelectual.

Aunque en realidad el ansia es una respuesta universal, común y necesaria para la supervivencia se convierte en patológica cuando el estado de angustia continúa en el tiempo y hace sufrir a la persona.

Síndrome de Down.

Kalz (2012) indica que el Síndrome de Down es provocado por células que se apartan o dividen equivocadamente, la célula es un mecanismo de edificación pequeña desde el principio no existe una cura y es observable físicamente se le proporciona estímulos correctos para provocar respuestas en diferentes áreas, de forma significativa el crecimiento de su desarrollo cognitivo y de su autonomía

El niño tiene un desarrollo de crecimiento muy lento, su proceso de aprendizaje es pausado, presentan dificultades en los procesos psicológicos básicos: percepción, memoria, lenguaje, atención y en la motivación. Mejora su vida recibiendo diversas terapias.

2.3.2. Definición operacional de la variable.

La medición de las variables se dio mediante la aplicación del test STAI 82 que calcula ansiedad estado y rasgo cada una con veinte elementos de cuatro alternativas por elemento. A través de estas definiciones personales conseguimos dos coeficientes de ansiedad uno en cada escala.

La escala de ansiedad estado mide la ansiedad en la persona como situación del aquí y del ahora, transitoria o menos crítica, episódica con una prolongación en el tiempo muy variable. La escala de ansiedad rasgo, mide la dimensión más importante de la personalidad, y por lo tanto más arriesgada y menos temporal. Se aplicó a madres unidas, solteras, comprendidas entre las edades de 20 a 60 años.

2.4. Alcances y límites

La presente investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem departamento de Quetzaltenango, la población es de 300 personas que asisten a fundabiem, son 50 las madres que tienen hijos con Síndrome de Down, se tomó como muestra a 20 madres que tienen hijos con Síndrome de Down, que fueron evaluadas mediante un test STAI 82 que mide su estado de ansiedad.

2.5. Aporte

Por medio de esta investigación se obtendrá información trascendental relacionado con la ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down, datos que se brindaran mayor conocimiento sobre cada aspecto de la ansiedad por lo cual ayudara a la madre a prevenir adecuadamente cada síntoma del mismo.

Este trabajo permitirá ampliar el conocimiento sobre la ansiedad en la madre, siendo la mejor forma de desarrollo y crecimiento personal debido que actualmente es muy incomprendida y estigmatizada el rol que la madre brinda. La relación de Ansiedad y Síndrome de Down son dos variables muy importantes el cual se tiene como iniciativa poder crear programas que se utilicen a favor de la madre que es más vulnerable a padecer de ansiedad.

El aporte también se facilitará al área de psicología clínica, pues cada resultado se reconocerá con mayor facilidad si se presenta algún problema y de esa manera se intervendrá apropiadamente en la madres con hijos que padecen Síndrome de Down.

El estudio proporcionará una fuente bibliográfica para la consulta de estudiantes, docentes y maestros de la ciencias humanísticas y a la sociedad en general, al mismo tiempo será de mayor provecho para futuros estudiantes y profesionales dentro de la misma profesión a que se dediquen.

A la institución del centro de rehabilitación integral Fundabiem ya que conocerá los estados de ansiedad que las madres están manejando, al mismo tiempo a la institución se

le adjuntara una propuesta de tratamiento para la ansiedad para el centro de rehabilitación Fundabiem y finalmente a la universidad que gracias a la formación se transmite el conocimiento a la sociedad.

III. METODO

3.1. Sujetos

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem Quetzaltenango. Para la realización de este estudio se utilizó el muestreo aleatorio simple en teoría que cada uno de los individuos de la población tenga la misma oportunidad de aparecer en la muestra, el método consiste en seleccionar a los sujetos totalmente al azar, la población de pacientes en Fundabiem es de 300 personas, lo cual 50 son los que padecen Síndrome de Down, al momento de elegir se tomó en cuenta a 20 madres con hijos que padecen Síndrome Down, entre las edades 20 a 60 años.

3.2. Instrumentos

El inventario autoevaluativo de ansiedad, cuyas siglas originales STAI 82 es una traducción para Guatemala. El STAI 82 se compone de dos escalas distintas SE= ansiedad-estado y SR= ansiedad rasgo cada una con veinte elementos de cuatro alternativas por el ítems , a través de estas definiciones personales conseguimos dos coeficientes de ansiedad uno en cada escala.

La escala ansiedad estado, mide la ansiedad en la persona como situación del aquí y del ahora, episódica con una prolongación en el tiempo muy variable. La escala ansiedad rasgo mide la ansiedad en la dimensión más importante de la personalidad, y por lo tanto más arriesgada y menos temporal el inventario no tiene límite de tiempo.

3.3. Procedimiento

- Selección del tema: se observó la problemática que las madres viven, por lo que surge el tema.
- Aprobación del tema: se elaboraron 3 sumarios con tres temas diferentes, los cuales fueron revisados y aprobados por docentes de la Universidad Rafael Landívar.
- Investigación de antecedentes: con el tema elegido y revisado, se inició la búsqueda de los antecedentes, en revistas, trifoliales, documentos y sitios web.

- Elaboración del marco teórico: se procedió a realizar una búsqueda de libros, enciclopedias y diccionarios sobre las variables.
- Planteamiento del problema: se realizó la redacción del problema, al delimitar y contextualizar la problemática.
- Descripción del método: Se redactan los procedimientos para llevar a cabo la búsqueda, así como a quienes se indagara, en este caso es la unidad de análisis.
- Revisión de anteproyecto: se procedió a la revisión del proyecto.
- Trabajo de campo: se operativizaron las variables según se describe en el método.
- Análisis de resultados: por medio de la información obtenida por los instrumentos, se exploraron los resultados.
- Elaboración de conclusiones: de acuerdo a lo encontrado en el análisis de resultados se obtuvieron las conclusiones.
- Elaboración de recomendaciones: de acuerdo a las conclusiones se redactaron las conclusiones.

3.4. Tipo de Investigación, diseño y metodología estadística.

La investigación consiste según Achaerandio (2013) en que estudia, interpreta y refiere los fenómenos, relaciones, correlaciones, estructuras, variables independientes y dependientes.

Abarca todo tipo de recolección científica de datos con el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de estos. La descripción, se entiende en un sentido más complejo, que una simple descripción ingenua de los datos que aparecen. Por ello esta investigación se limita a describir el fenómeno y correlacionar las variables de estudio.

El diseño consiste en la observación directa para obtener el registro sistemático, confiable y válido de los datos. Para la metodología estadística y obtención de resultados se utilizó el análisis de datos de las medidas de tendencia central, ello se elabora con las siguientes fórmulas:

$$I = \frac{\sum s \cdot X_i}{(\log N * 3.322) + 1}$$

Media Aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot X_i}{N}$$

Desviación típica $\sqrt{s^2} = \sqrt{\sum f \cdot d^2 / N}$

Varianza

$$s^2 = \sum f \cdot d^2 / N$$

Error estándar de la media.

$$s_{\bar{X}} = s / \sqrt{N-1}$$

Nivel de confianza

$N_c = 99\%$

Razon Crítica

$$RC = \bar{X} / s_{\bar{X}}$$

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Las madres entrevistadas en el presente trabajo de investigación entre sus características relevantes están:

Lugar de origen, edad, ocupación, estado civil y lugar de procedencia.

opciones	No.	%
Quetzaltenango	7	35
Totonicapán	12	60
Quiche	1	5

Fuente: trabajo de campo

El porcentaje más alto de las madres entrevistadas procede del departamento de Totonicapán, seguidamente Quetzaltenango, finalmente Quiche.

Edad

Opciones	No.	%
20 a 30	5	25
30 a 40	5	25
40 a 60	5	25

Fuente: trabajo de campo

Del total de mujeres entrevistadas la edad oscila entre 20 a 60 años como lo demuestra la relatividad de este cuadro

Ocupación.

Opciones	No.	%
Secretariado	15	75
Enfermería	2	10
Oficios Domésticos	2	10
Bachillerato	1 1	555

Fuente: trabajo de campo

Un porcentaje significativo lo representan mujeres que se dedican a oficios técnicos, otros porcentajes se dedican a oficios domésticos.

Estado civil

Opciones	No.	%
Madre soltera	12	60
Madre casada	6	30
Madre unida	2	10

Fuente: trabajo de campo

Un porcentaje significativo lo representa madres solteras, consecutivamente madres casadas por ultimo madres unidas.

Hallazgos estadísticos de la aplicación del instrumento STAI 82 utilizada a las madres entrevistadas.

Cuadro No. 1
Ansiedad Estado

I	F	Fa	Xi	$\sum f.xi$	d'	$\sum f.d'$	$\sum f.d'^2$
15-28	1	1	21.5	21.5	-46.9	-46.9	2199.61
29-42	0	1	35.5	0	-32.9	0	0
43-56	5	6	49.5	247.5	-19	-95	1805
57-70	3	9	63.5	190.5	-4.9	-14.7	72.03
71-84	7	16	77.5	542.5	9.1	63.7	579.67
85-98	4	20	91.5	366	23.1	92.4	2134.44
	$\sum=20$			$\sum=1368$		$\sum=312.4$	$\sum=6790.75$

Fuente: trabajo de campo

Amplitud de intervalo

$$I = \frac{X_s - X_i}{(\log N) + 1}$$

$$(20 * 3.322) + 1 = 76.532 = 14.29 \approx 14$$

$$X_i = \frac{L_i - L_z}{2}$$

$$14.5 + 28.5 / 2 = 21.5$$

Media Aritmética

$$\bar{X} = \sum f_i \cdot X_i / N = 1368/20 = 68.4$$

$$d' = X_i - \bar{X} = 21.5 - 68.4 = -46.9$$

Desviación típica $\sqrt{\sum f_i \cdot d'^2 / N}$

$$\sqrt{6790.75/20} = \sqrt{339.5} = 18.5$$

Varianza

$$\sqrt{2} = \sum f_i \cdot d'^2 / N$$

$$6790.75 / 20 = 339.5$$

Error estándar de la media.

$$\sqrt{\bar{X}} = \sqrt{\sum f_i \cdot X_i / N - 1}$$

$$18.4 / \sqrt{20-1} = 18.4 / \sqrt{19} = 18.4 / 4.4 = 4.2$$

Nivel de confianza

$$N_c = 99\%$$

$$\alpha = 0.01$$

$$\sigma / z = 0.005$$

$$\bar{X} \pm z \cdot \sigma / \sqrt{n}$$

$$68.4 \pm 2.58 \cdot 18.4 / \sqrt{20}$$

+ -

$$(79.0, 57.8)$$

$$RC = \bar{X} / \sqrt{\bar{X}}$$

$$68.4 / 4.2 = 16.3$$

$$\epsilon = 2.58 \cdot 4.2 = 10.8$$

$$IC = 68.4 \pm 10.8 = 57.6 - 79.2$$

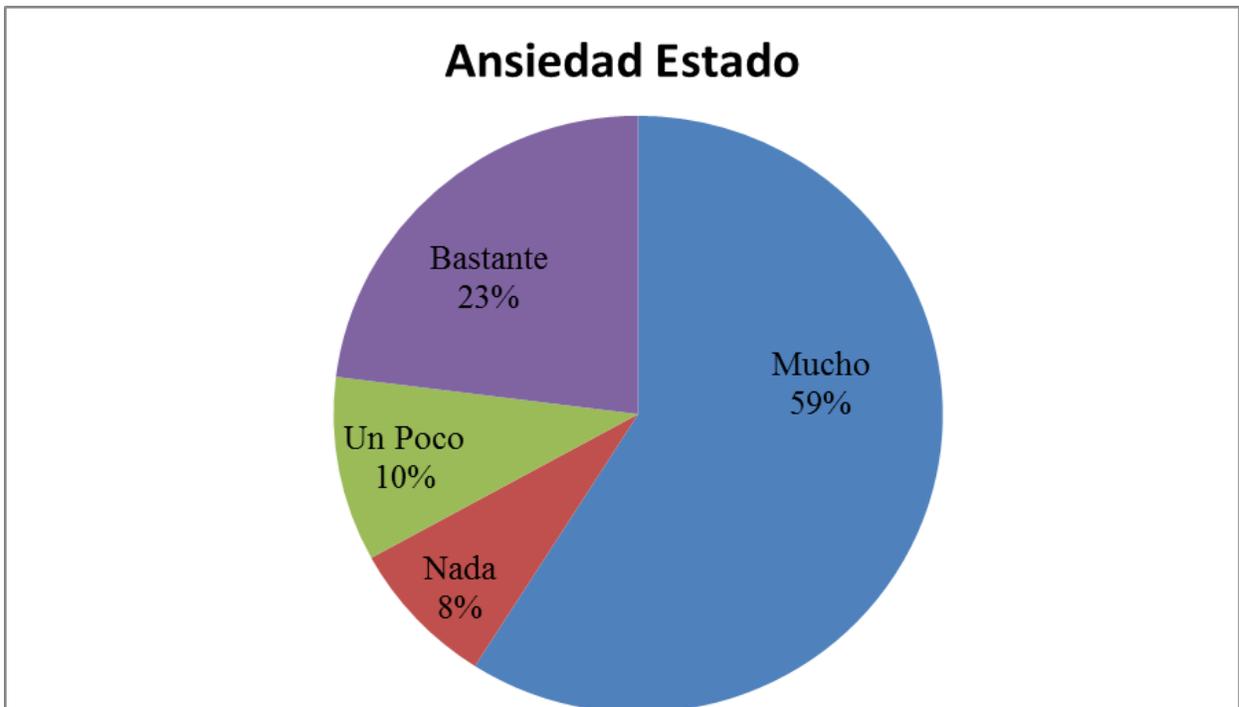
$$68.4 \pm 10.8$$

$$16.3 > 2.58 \quad (99\%)$$

Factor Ansiedad Estado								
N	\bar{X}	Σ	σ_x	Li	Ls	Rc	Sig.	Fiab.
20	68.4	18.5	4.2	14.5	28.4	16.3	Sí	Sí

Fuente: trabajo de campo

En los datos obtenidos del factor de ansiedad estado, el resultado de la media aritmética 68.4 en la desviación típica se obtuvo un resultado de 18.5 el error estándar de un 4.2 y la razón crítica el resultado es 16.3 siendo así que el estudio es significativo y fiable.



Fuente: trabajo de campo

En la gráfica se observa un alto porcentaje de ansiedad con un 59% que posee mucha ansiedad, mientras que otro 23% se encuentra con bastante ansiedad, seguidamente un 10% manifiesta poca ansiedad, por último el 8% no presenta ansiedad.

Cuadro No. 2
Ansiedad rasgo

I	F	Fa	Xi	$\sum f.xi$	d'	$\sum f.d'$	$\sum f.d'^2$
18-31	4	4	24.05	98	-42.7	-170.8	7293.16
32-45	1	5	38.5	38.5	-28.7	-28.7	823.69
46-59	1	6	52.5	52.5	-14.7	-14.7	216.09
60-73	2	8	66.5	133	-0.7	-1.4	0.98
74-87	8	16	80.5	644	13.3	106.4	1415.12
88-101	4	20	94.4	378	27.3	190.2	2981.16
	$\sum=20$			$\sum=1344$		$\sum=431.2$	$\sum=12,730.2$

Fuente: investigación de campo

$$I = X_s - X_i / (\text{long } N * 3.322) + 1$$

$$95 - 18 / (20 * 3.322) + 1 = 77 / 5.32 = 14.47 \approx 14.5 \approx 14$$

$$X_i = L_i - L_z / 2$$

$$17.5 + 31.5 / 2 = 24.5$$

Media Aritmética:

$$\bar{X} = \sum f X_i / N = 1344 / 20 = 67.2$$

$$d' = x_i - \bar{X}$$

$$24.5 - 67.2 = -42.7$$

Desviación típica

$$\sqrt{= \sqrt{(\sum f).d'^2} / 2N}$$

$$\sqrt{12730.2 / 20}$$

$$\sqrt{636.51} = 25.2$$

Varianza 790

$$\sqrt{2} = 12730.2 / 20 = 636.51 \approx 656.5$$

Error estándar de la media:

$$\sigma_{\bar{X}} = \sqrt{N-1}$$

$$25.2 / \sqrt{20-1} = 25.2 / \sqrt{19} =$$

$$25.2 / 4.4 = 5.7$$

Nivel de confianza

$$N_c = 99\%$$

$$\hat{\alpha} = 0.01$$

$$\alpha/2 = 0.005$$

$$\bar{X} \pm z_{\alpha/2} \cdot \sigma_{\bar{X}}$$

$$67.2 \pm 2.58 \cdot 5.7 / \sqrt{20}$$

+ -

$$(81.7, 52.7)$$

A un nivel de confianza del 99% se espera.

$$RC = \bar{X} / \sigma_{\bar{X}} =$$

$$67.2 / 5.7 = 11.8$$

$$\epsilon = 2.58 \cdot 5.7 = 14.7$$

$$IC = 67.2 - 14.7 = 52.5$$

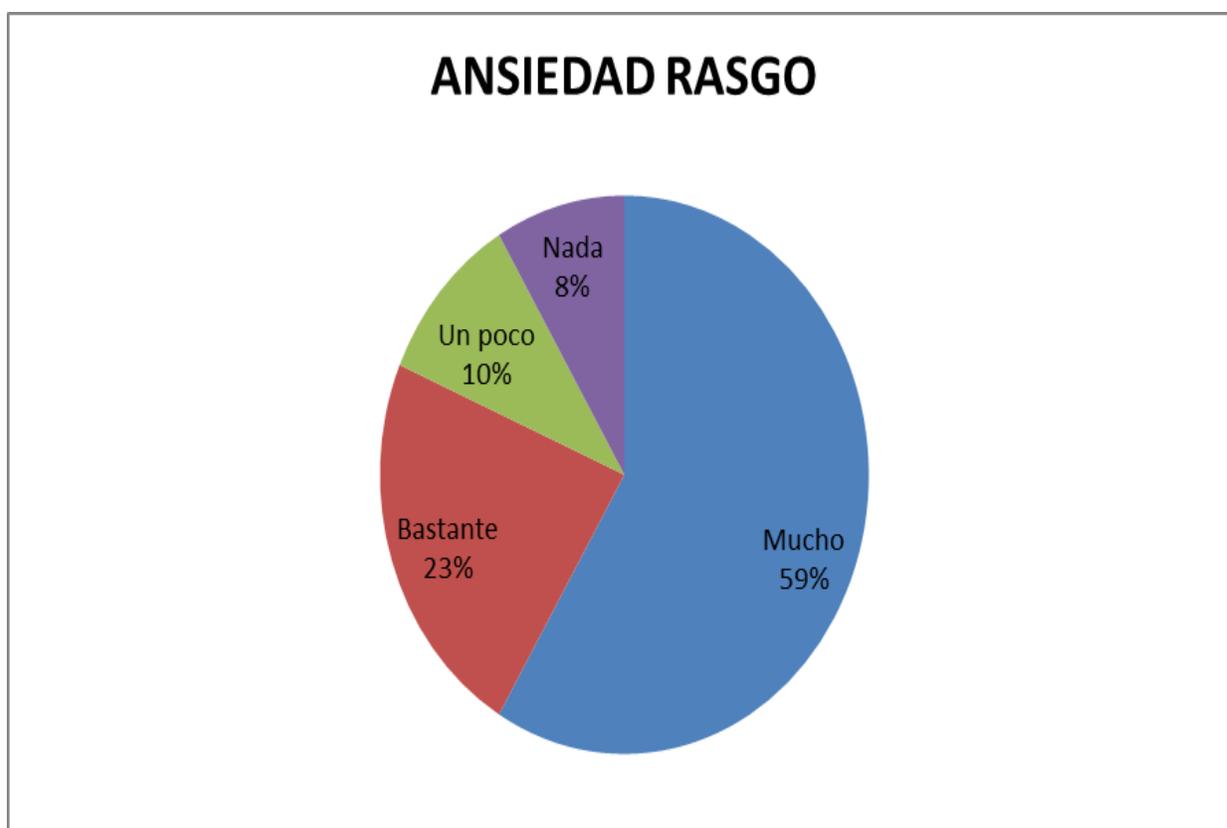
$$67.2 + 14.7 = 81.9$$

$$11.8 > 2.58 \quad (99\%)$$

Factor Ansiedad Rasgo								
N	\bar{X}	Σ	σ_x	Li	Ls	Rc	Sig.	Fiab.
20	66.5	25.5	5.7	17.5	31.5	11.8	Sí	Sí

Fuente: trabajo de campo

En los datos obtenidos del factor de Ansiedad Rango, el resultado de la media aritmética 66.5 en la desviación típica se obtuvo un resultado de 25.5 el error estándar de un 5.7 y la razón crítica el resultado es 11.8 siendo así que el estudio es significativo y fiable.



Fuente: Trabajo de campo

En la gráfica se observa un alto porcentaje de ansiedad con un 59% que posee mucha ansiedad, mientras que otro 23% se encuentra con bastante ansiedad, seguidamente un 10% manifiesta poca ansiedad, por último el 8% no presenta ansiedad.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La condición y problemática de una madre con hija o hijo que padece Síndrome de Down es compleja, porque en estas situaciones de vida de ambos influyen factores biológicos, sociales, psicológicos, económicos y culturales, de manera que este estudio determina la ansiedad en madres con hijos que padecen dicho Síndrome.

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por un temor indefinido que hace que la persona se sienta alarmada de una forma desagradable y presenta una serie de síntomas físicos como los nervios que llegan a los intestinos, el corazón, las venas y las glándulas salivares y sudoríparas provocan la contracción del estómago, se aceleran los latidos del corazón, sube la presión sanguínea, sensación de frío en manos y pies, sequedad bucal.

La ansiedad es una reacción normal que aparece ante determinadas circunstancias y tiene como función estimular la capacidad de respuesta de la persona ante situaciones amenazantes o de conflicto, donde prepara a la persona para resolver un problema de una forma más efectiva.

Se considera que un aumento de ansiedad está presente a lo largo de la vida, sin embargo cuando la respuesta de la persona, lejos de ser adaptativa se convierten en exagerada y problemática esto ocasiona que la respuesta normal se convierte en patológica.

Es importante entonces retomar el criterio de Oblitas (2009) quien indica que la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el individuo ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, el efecto que tiene la ansiedad sobre una persona se basa principalmente en la sensación de amenaza y su vulnerabilidad o capacidad para enfrentar el estrés, dado a ello la ansiedad presenta una gran cantidad de factores, incluyendo los de carácter medio ambiental, aglomeraciones, contaminación, ruido, presión urbana, tipo de trabajo, relaciones personales y trastornos del sueño.

En relación a lo expuesto por Oblitas (2009) se pudo comprobar que existe ansiedad en un 59% en las madres investigadas, caracterizada por sus síntomas, entre ellas la preocupación, desesperación del viaje continuo al Centro de Rehabilitación Integral Fundabiem de Quetzaltenango como también el miedo al futuro tanto de ella como el de su hijo.

Otros de los factores que crea ansiedad es la preocupación de abandonar su trabajo por uno o dos días, existiendo la posibilidad de perder su empleo, el cuidado especial que se le brinda al hijo con Síndrome de Down porque demanda mayor atención y mayor cuidado en comparación con los miembros de la familia.

Durante la investigación se utilizó el test autoevaluativo STAI 82 el cual se compone de dos escalas distintas, SE ansiedad estado que mide la situación del aquí y ahora y SR ansiedad rasgo, que mide en la dimensión más importante de la personalidad a nivel general, lo que reveló porcentualmente que existe una relación significativa entre ambas escalas debido que una es consecuencia de la otra escala.

En este caso el 59% es la ansiedad rasgo, al igual que un 59% de la ansiedad estado lo cual influye en ambas escalas.

Por otro lado, Grandín y Arana (2004) argumentan que la ansiedad es una conducta acompañada de síntomas físicos como, taquicardia, palpitaciones, alteraciones de la alimentación, tensión, cansancio. Se acompañan también con efectos psicológicos, impaciencia, confusión, impresión de amenaza o peligro, agresión, llanto, inseguridad, problemas en la respuesta sexual, desconfianza, inseguridad, conflicto para tomar decisiones etcétera en lo que concierne a lo propuesto Grandin y Arana (2004) Esto junto con los síntomas que presentan el 23% de madres investigadas quienes indicaron sufrir dolores en todo el cuerpo y que además manejan mucha tensión debido a que tienen que recurrir a Fundabiem antes de marcharse de casa tienen que dejar preparado la alimentación para los demás miembros de la familia, la higiene personal del hijo y de ella misma provoca en ella agitación manos y pies fríos por la misma tensión que se maneja. La facilidad de llanto ya sea por eventos tristes o alegres interfiere en su estado de ánimo, seguidamente

después de poder terminar la jornada del día entre las mismas prisas llega presentar fatiga, dolor de cabeza, irritabilidad lo cual comentan que interfiere su relación de pareja en cuanto a la respuesta sexual no siendo ya la satisfactoria como lo era antes.

Por otro lado Burns (2006) manifiesta se establece tres tipos de ansiedad, una de ellas natural que se da cuando el mismo cuerpo reacciona inmediatamente ante el posible peligro o amenaza y pueda asimilarlo enfrentándose y se incorpora como una defensa efectiva que actúa rápidamente ante el peligro urgente provocando en la persona una reacción inmediata de lo que se está aconteciendo en ese instante.

En lo que concierne a lo propuesto por Burns (206) al respecto a este se sustenta solo un 8% que manifestó ansiedad leve lo cual supera lo planteado por el autor. Esto se debe a que algunas madres toman las cosas con mayor calma se enfrentan a todas sus actividades sin dificultad, logran asimilar cada acontecimiento relacionado al tema de la salud de sus hijos porque reconocen que el proceso del hijo es lento y lo toman con mayor calma.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se comprobó que la mayor parte de las madres padecen de mucha ansiedad, representando en un 59%, esto debido a varios factores entre ellos la preocupación el estado de salud de su hijo, de abandonar su trabajo por uno o dos días, llegar a tiempo a al centro de Fundabiem, el cuidado de la higiene de ella y del hijo, llega a provocar agitación debido a las contrariedades que se puedan presentar en transcurso de su recorrido hacia Fundabiem o el lugar de trabajo hace que la madre vaya de prisa, entre otros, por lo tanto se identifica que el estado actual de la ansiedad de las madres es de una intensidad elevada.

El test psicométrico STAI-82 determino que las madres con hijos que padecen Síndrome de Down poseen un estado y rasgo igualmente de 59%, esto debido a que el estado de ansiedad que manejan las madres es elevado, lo que indica que ellas generalmente mantienen altos estos estados.

Debido a que la ansiedad que manejan las madres no es saludable, se considera que deben recibir terapia psicológica, porque de esa manera ellas puedan estar estables y así poder transmitirles sanas emociones a sus hijos y desde luego para ellas mismas puede afectar en el cuidado del hijo.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda brindar psicoeducación sobre las consecuencias de manejar estados elevados de ansiedad a las madres con hijos que padecen Síndrome de Down. Para que puedan identificar que síntomas son los que presentan frecuentemente y tener un autocontrol.

Solicitar para que se incluya en la escuela de padres mensual de Fundabiem técnicas que contrarresten el estado-rasgo de ansiedad que experimentan las madres con hijos que padecen Síndrome de Down.

Iniciar el proceso de terapias psicológicas para el tratamiento de ansiedad en las madres con hijos que padecen Síndrome de Down, por las repercusiones negativas que puede traer el estado ansioso de la madre sobre el hijo y su evolución en Fundabiem, que forma parte de la propuesta de investigación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajocom, M. (2010). Down 21, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Revista digital de la Fundación Iberoamericana.
- Angulo,C., Gijón, A., Luna,M.,y Prieto,I. (2010). Manual de atención al alumno con necesidades específicas de apoyo. Síndrome Down. Psiquiatría 9ª Ed. Editorial. Panamericana
- Alcocer, A. (2011). Genética un enfoque conceptual,(3ª. Ed). Madrid España: Editorial Medica Panamericana.
- Achaerandio, L. (2013). Iniciación a la práctica de la investigación, (7ªed.) Guatemala: Instituto de investigación ciencia jurídicas Universidad Rafael Landívar.
- Blai, R. (2006). Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación. Artículo Psicología y Nutrición.
- Burns, D. (2006). Adiós ansiedad. Barcelona España: Ediciones en castellano Espasa Libros, S.L. U.
- Baeza, J. Balaguer, G. Belchi, I. Coronas, M. Guillamón, N.(2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Bahamón, M. (2012) Tratamiento cognitivo conductual con un componente de exposición cognitiva graduada en trastorno de ansiedad generalizada (Tesis Psicóloga, Magister en Educación y de Desarrollo Humano) Universidad de Boyacá. Colombia.
- Bracho, V. (2013). Trastornos Ansiedad monografía. Recuperado el día 20 de abril del 2014:
<http://ensayosgratis.com/Psicolog%C3%ADa/Trastornos-De-Ansiedad/77809.html>.
- Corretger, J. Seres, A. Casaldaliga, J. y Trias, K. (2005). Tu bebe con Síndrome de Down Barcelona España: Editorial Masson, S, A.
- Chapman, K. (2006). 100 Preguntas y respuestas sobre la ansiedad. Madrid España: Edición Antonio lafossi.
- Contí, N. y Stagnaro, J. (2007). Historia de la Ansiedad, (1ª Ed.) Buenos Aires. Editorial Polemos S. A.

- Cámara, J. (2010). Down 46. Madrid España: Editorial Down España.
- Cevera, G. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. Recuperado el día 10 de febrero 2014: www.clínica-snc.com.
- Díaz, M. y Comeche, M. (2011). Tratamiento Psicológico en Grupo de la Ansiedad. El ansia de no estar ansioso. Recuperado el 10 de febrero del 2014:www.psicologíadelasalud.es.
- Evans, D. y Andrew. L (2005). Si su adolescente padece un trastorno. Estados Unidos de Norteamérica, Publicado por Oxford University Press, Inc.
- Grandin, C. y Arana, I. (2004). Trastornos de ansiedad y crisis de pánico, Psiquiatría (9ª Ed.) Edit. Panamericana.
- Garcia, S. (2006). Todo ser humano tiene derecho a ser feliz, Ciudad de México: Editorial Selva.
- Holford, P. y Lawson, S. (2004). Nutrición optima antes y después del embarazo. Barcelona. Amat Editorial.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud, España, Editorial Amentown internacional S.A.
- Hernández, M. (2012). El recién nacido con síndrome de Down. Síndrome de Down, España. Recuperado el día 8 de marzo 2014: <http://www.ergon.es>.
- Instituto Nacional de la Salud Mental de Ansiedad departamento de salud y servicios humanos –NIMH- (2006). Trastornos de Ansiedad. Estados Unidos. Recuperado el día 8 de mayo 2014: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Kort, F. (1999/ 2006). Psicoterapia Cognitivo y Conductual. Caracas, Venezuela: Editorial Minerva.
- Kalz, J. (2012). Mi amiga tiene Síndrome de Down. Estados Unidos de Norteamérica, Traslating service Strictly Spanish Production specialistic Danielle Ceminstky.
- Leonetti, L . y Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal. Revista Latino-Americana de Enfermagem.
- Libertun, F. (2008). "Prácticas para regular el miedo y la ansiedad. Seminario teórico vivencial. Recuperado el día 25 de abril del 2014: info@psicologíadelacompanion.org.

- Núñez y Jodar (2010) La integración socio-afectiva de los niños con Síndrome de Down en aulas de integración y de educación especial (Tesis psicología). Universidad de Comillas, Madrid España.
- McMahon, G. (2005). Ansiedad como controlarla Asociación catalana para los trastornos de ansiedad y depresión. Europa Barcelona: Editorial robinbook.
- Montelongo, R. Lara, A. Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. Revista Digital Universitaria, Volumen 6 (No. 11).
- Moreno, P. y Gutiérrez, A. (2009). Vencer las crisis de ansiedad y la agorafobia. Transtornos de Ansiedad. Recuperado el 4 de mayo 2014: www.clinicamoreno.com.
- Massot, M. (2011). Convivir en la familia de un niño con Síndrome de Down. Barcelona: Editorial Espasa Paidós.
- Moreira, L. Santos, L y Lacerda, A. (2013). Síndrome de Down hereditario poco común debido a la translocación robertsoniana. Revista médica internacional sobre el síndrome de down. Recuperado el día 4 de mayo 2014: www.elsevier.es/sd.
- Moreno, J. (2013). Un hallazgo científico podría mejorar la vida de las personas con síndrome de Down. Revista de Acepresa. Recuperado mucho más que actualidad el 25 de julio del 2013: <http://www.acepresa.com/articles/un-hallazgo-cientifico-podria-mejorar-la-vida-de-las-personas-con-sindrome-de-do/>.
- Oblitas, L. (2009). Psicología de la salud calidad de vida, (3ª. Ed.) México: editorial Santa Fe.
- Payne, R. (2005). Técnicas de relajación guía práctica. (4ª. Ed) Barcelona España: Editorial Paidotribo.
- Portillo, M. (2006). Como curar la ansiedad en niños. España: Editorial Sirio, S.A.
- Pineda, E. y G, E. (2008) Síndrome de Down: visión y perspectiva desde el contexto familiar en el círculo infantil especial, Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana, Cuba.
- Redondo, A. (2008). EL SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA. Innovación y Experiencias Educativas, 45(13), pp. 1- 9. Barcelona, España.
- Rodríguez, C. (2013). Guía en Atención Primaria para personas con Síndrome de Down. España. Edición Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.

- Rincón, M.(2009). Habilidades cognitivas versus habilidades del lenguaje en adolescentes con síndrome de Down. Revista Síndrome de down I volumen 26, pagina 146.
- Rojas, R. (2009). Como superar el estrés las crisis de pánico y las obsesiones Montes, Ediciones Temas de Hoy, S.A.
- Ros, R. (2011). Stop a la ansiedad, (1era. Ed) España: Editorial Burlada.
- Rozo, M. (2013). Maltrato en niños con Síndrome Down: Factores de Riesgo y Protección. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 13(2), pp. 57 – 74. Bogotá, Colombia.
- Rossel, K. (2004). El recién nacido con Síndrome de Down y el equipo de salud neonatal. Revista Pediatría electrónica universidad de Chile. Volumen 1, N° 1.
- Santiago, R. Bulnes, N. García, N (2012) Logopedia e Intervención. España: Edición Badia.
- Sotillo, R. (2012). La Ansiedad: Claves para Superarla. España: Ediciones Corona Borealis Pasaje Esperanto.
- Trias, K. (2011). Síndrome de down, en la guía para padres, el embarazo Tras un diagnóstico de síndrome de down. Barcelona España: Editorial Española Fundacion Catalana Síndrome de Down.
- Trejo, O. (s/f) La educación de los niños con Síndrome de Down, en la guía fundación iberoamericana Down veinte uno. España
- Vashist, M. y Neelkamal. (2013). Edad materna: un factor de controversia en la trisomía 21. Revista médica internacional sobre el Síndrome de Down, Publicado por Elsevier España, S.L.
- Villa, F. y Solla, X. (2004). El síndrome de down. España: Editorial Serrana.
- Villar, A. (2007). Enciclopedia de la Psicología. Editorial Océano. Pág. 118. 2000. recuperado el día 13 de agosto 2014: <http://andyvillar2.blogspot.com/2007/10/la-inteligencia-emocional-en-nios-nias.html>.

ANEXOS

PROPUESTA

Terapias Psicológicas para el Tratamiento de ansiedad a madres de hijos con Síndrome de Down.

Presentación

La ansiedad es un problema que aqueja a muchas personas para algunas es un diario vivir, para otras es una consecuencia de una vida atropellada continuamente por diferentes y constantes situaciones, donde se puede manifestar, sudoración, aumento de la tensión muscular, cambios en la respiración, pulso elevado, tensión arterial alta, manos y pies fríos, boca seca, necesidad de orinar con frecuencia, cambios repentinos en el apetito, entre otros.

El Síndrome de Down es una de las causas genéticas más comunes de retraso mental o de desarrollo. Esto significa que es causado por un problema relacionado con los cromosomas, donde están situados los genes que hacen que cada persona sea única.

El nivel de ansiedad alto identificado en este proceso investigativo se ubica en un 59% en ansiedad estado como ansiedad rango, por esta y por otras razones se plantea la propuesta sobre terapias psicológicas a las madres, en el ámbito de la institución de Fundabiem.

Objetivo General

Definir un plan de intervención terapéutico para las madres con problemas de ansiedad.

Objetivo Específico:

Realizar talleres terapéuticos con las madres que presentan alto grado de ansiedad

Promover sesiones terapéuticas a madres que presentan ansiedad.

Metodología.

Técnicas terapéuticas

La relajación se conoce como una técnica que permite alcanzar la calma y reducir la ansiedad, implica diversos beneficios para la salud, ya que ayuda a disminuir la tensión muscular, la presión arterial y el ritmo cardiaco. La relajación, por lo tanto, está asociada a reducir la tensión física y/o mental

Terapia Racional Emotiva (TRE). Los deseos no controlados de amor, seguridad y éxito o la falta de satisfacción de estos generan una reacción dañina o pensamiento irracional, por lo que la terapia cognitiva que se centra en la modificación de las creencias irracionales.

Resiliencia: es una manera nueva de ver y de asumir la vida desde el horizonte más integral y holístico que revaloriza toda la dimensión luminosa del ser humano y su entorno como una respuesta a las vicisitudes de la existencia en esta vida.

Herramientas didactas

Talleres terapéuticos:

Sesiones individuales: Se darán en una hora, tiempo establecido en la terapia.

Grupo de autoayuda: Herramienta valiosa para sostener psicológicamente a las personas que los integran, considerando que todo ello comparten situaciones de ansiedad originadas por una causa común.

Criterios para la facilitar el proceso de tratamiento:

Se realizaran las sesiones por una hora.

Se sugiere que el tiempo de sesiones será acorde a cada caso individual.

Formar grupo de autoayuda de tres a cuatro integrantes.

La empatía del terapeuta.

Recurso para la realización.

Humanos:

Personal profesional.

Madres de familia.

Materiales Físicos.

Salones para talleres para trabajo individual y grupal.

Material didáctico.

Cañonera.

Equipo de amplificación.

Cronograma

Taller	Tema	Descripción	Objetivo
Taller I	Corriente: Cognitivo Conductual Técnica: la relajación	Se les darán bases teóricas de la técnica, seguidamente se facilitaran ejercicios de relajación en donde pueden aplicarlo diariamente.	Que puedan practicar las técnicas de relajación en la situaciones necesarias de su vida
Taller II	Cognitivo Conductual: Terapia Racional Emotiva (TRE)	Se dará a conocer la técnica y se llevarla a la practica con el fin de motivar a las madres sobre el estado de ansiedad que vive.	Identificar como maneja la técnica de la terapias racional emotica

Taller III	Psicología Humanista Resiliencia	Se les proporcionara el concepto de resiliencia y la importancia en su vida, donde también se les brindara ejemplos cotidianos de una buena resiliencia.	Conocer y aplicar para su vida la resiliencia
------------	----------------------------------	--	---