

REDEPSIC, Vol. 1, No. 2: 27-49

Julio-Diciembre 2022

ISSN L 2805-1904

EFFECTO DE UN CURSO DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL EN UNIVERSITARIOS

Fabio Bethancourt Herrera, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Panamá E.mail: fabiobethancourt@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1558-3558>

Eloy Santos, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología, Departamento de Investigación, Medición y Evaluación Psicológica. Panamá, E.mail: eloy santosf@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2791-5895>

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2022

Fecha de aceptación: 18 de marzo de 2022

Resumen

El objetivo de la investigación consistió en demostrar el impacto del curso de terapia cognitivo-conductual, de 15 semanas de duración, en la intensidad de la ansiedad social de los estudiantes universitarios participantes. La investigación utilizó un diseño cuasi experimental del tipo pretest-postest con un grupo experimental de 76 estudiantes de IV año del turno diurno y de 31 estudiantes de III año del turno nocturno, los cuales formaron el grupo control, con un seguimiento de tres meses y medio. El Inventario de Ansiedad y de Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989) fue empleado para evaluar el impacto del curso en los niveles de ansiedad total. Los resultados indican que, al finalizar el curso, en la prueba t Student, los estudiantes del grupo experimental disminuyeron la intensidad de su ansiedad total a un grado de 0.05 de significancia, y mantuvieron esta disminución durante el seguimiento. El pretest reveló igualmente que un 26% de los estudiantes del grupo experimental podría estar afectado por el síndrome de ansiedad social. Ese porcentaje bajó a 20% en el postest, lo que justifica la realización de programas de prevención y de intervención a lo largo de la formación del futuro psicólogo.

Palabras Claves: curso, enseñanza, terapia, cognitivo, conductual, ansiedad social, universitarios.

Abstract

The aim of this research was to demonstrate the impact of the 15-week cognitive-behavioral therapy course on the intensity of social anxiety in participating university students. The

research used a quasi-experimental design of the pretest-posttest type with an experimental group of 76 fourth-year students of the day shift and 31 third-year students of the night shift, who formed the control group, with a follow-up of three and a half months. The Anxiety and Social Phobia Inventory of the researchers Turner, Beidel, Dancu and Stanley (SPAI) (1989) was used to assess the impact of the course on the levels of total anxiety. The results indicate that, at the end of the course, in the t student test, the students of the experimental group decreased the intensity of their total anxiety to a degree of 0.05 of significance, and maintained that decrease during follow-up. The pretest also revealed that 26% of the students in the experimental group could be affected by social anxiety syndrome. That percentage dropped to 20% in the post-test, which justifies the implementation of prevention and intervention programs throughout the training of the future psychologists.

Key words: course, teaching, therapy, cognitive, behavioral, social anxiety, university

Introducción

En el marco de las nuevas tendencias y aportes presentados en el XVII Congreso Latinoamericano de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (CLAMOC PANAMA 2016), celebrado en Panamá del 28 al 30 de julio de 2016, se continua, tres años más tarde, realizando investigaciones dentro de este enfoque. El objetivo de esta investigación consistió en evaluar los efectos del programa de la asignatura Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en los pensamientos y creencias disfuncionales asociados a los niveles de ansiedad social de los estudiantes que participaron en este curso en el 2019.

Planteamiento general del problema

La ansiedad y la depresión se han identificado en las poblaciones de estudiantes de psicología (Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortiz, D. L. S. (2008). Se han realizados programas experimentales para formar a los psicólogos en habilidades sociales, considerando que ésta es una profesión que se basa fundamentalmente en las relaciones interpersonales para lograr su misión. (Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

La ansiedad, la depresión, la ira y otras emociones disfuncionales están asociadas al estrés académico y a estrategias de afrontamiento inapropiadas empleadas por estudiantes de psicología frente a los estresores de la vida cotidiana (Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Las investigaciones realizadas en el 2010, 2014 y 2017, mencionadas anteriormente, reflejan que los estudiantes de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá también presentan creencias y actitudes irracionales asociadas a niveles de ansiedad que pueden impactar negativamente su funcionamiento. Dentro del curso de terapia cognitiva durante los últimos 10 años se observa el miedo a hablar frente al grupo por temor a recibir una desaprobación, el alto grado de estrés al hacer o contestar preguntas durante una clase, la selección como tema preferido el miedo a hablar en público como tema frecuente por los estudiantes para realizar las prácticas de TCC, entre otras manifestaciones de ansiedad social (comunicación personal 2010-2018).

Por consiguiente, se planteó que los estudiantes al participar en el curso de Terapia Cognitivo-Conductual en el 2019 reducirán sus niveles de ansiedad social, lo cual les facilitará establecer relaciones interpersonales apropiadas inherentes a su formación

académica y a su vida cotidiana.

Justificación

La revisión de la literatura sobre la validez de la terapia cognitivo-conductual ha demostrado en los últimos 40 años que ésta ha sido efectiva en promover cambios clínicamente significativos en una variedad de trastornos: depresión (Beck, A.1974), (Beck J. 2002); ansiedad (Ellis, 2003), manejo de la ira (Deffenbacher, J., y Lynch, R, (1998), problemas asociados al estrés, (Rice, P., (1998), trastornos de la personalidad (Beck, A., Freeman, A. Davis, D. y otros, 2004). El 40% de los trabajos de graduación de maestría en psicología clínica de la Universidad de Panamá representa investigaciones dentro del marco de la terapia cognitivo- conductual como intervención para mejorar la salud mental de los participantes (Cañizales, M.A., 2018).

Esta investigación se hace conveniente porque los futuros psicólogos aprenderán, no solo a proporcionar una terapia cognitivo-conductual breve a sus consultantes como parte de su práctica supervisada, sino que les ayudará también a estar libres de creencias y actitudes irracionales. Tendríamos futuros psicólogos más sanos y más competentes para prevenir el efecto del “burnout” o síndrome de agotamiento físico por abuso de empatía, en un futuro. Por otra parte, se convertirían en futuros consultores más eficaces para brindar un servicio en el área de la salud mental. (Ramos, F., Manga, D., & Morán, C. 2005).

Desde la perspectiva de la docencia, se resalta el uso de una metodología constructivista activa, donde, además de observar las clases modelos y guiadas por el profesor en su rol de “terapeuta” y el estudiante en su rol de consultante, se usará una variedad de técnicas de enseñanza que hará que el estudiante tenga que poner en práctica lo aprendido, contribuyendo a buscar cuál de estas técnicas de enseñanza podría tener más peso en los cambios que se quieren lograr. Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007).

En las últimas dos décadas se ha demostrado que la terapia cognitivo- conductual basada en *mindfulness* o conciencia plena ha sido eficaz en el tratamiento de creencias irracionales, y fortalece la prevención de recaídas. Este programa educativo incluye en el cuarto modulo la práctica de mindfulness. (Parra Delgado, M.; Latorre Postigo, J.M. y Montañés Rodríguez, J. (2012), Turner, R. (2016), Jurado, C., (2016).

Evaluar el impacto que tendría para los estudiantes aprender herramientas psicoterapéuticas y aplicárselas a ellos mismos para afrontar su estrés y ansiedad social facilitará formar profesionales más seguros de sí mismos y más saludables (Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

Objetivos generales y específicos

Objetivos generales

1. Aportar a la comunidad educativa, comprometida en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la psicoterapia cognitivo-conductual, resultados que provean a los educadores recursos didácticos destinados a promover la prevención de trastornos asociados a la ansiedad social en los estudiantes.
2. Resaltar la influencia que tiene el aprendizaje de la terapia cognitivo- conductual en la disminución de las creencias y actitudes irracionales y de la ansiedad social de los

estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de enseñanza-aprendizaje del programa educativo del curso de terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicado a los estudiantes.
2. Analizar si hay o no diferencias significativas entre la intensidad de la ansiedad social evaluada en los estudiantes matriculados en el curso de TCC antes de empezar el curso y al final del mismo.
3. Analizar si hay o no diferencias significativas entre la ansiedad social evaluada en los estudiantes matriculados en el curso de TCC al final del mismo, respecto al grupo de estudiantes que no participó en el programa (grupo control).
4. Mantener las disminuciones de la intensidad de ansiedad social logradas en el post test N.º 1 tres meses después del final del curso.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis de investigación

1. La intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
2. La intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
3. La disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental se mantendrá durante el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.

5.2 Hipótesis estadística

1. H_i : La intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido significativamente al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
2. H_0 : No existirán diferencias significativas en la intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
3. H_i : La intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido significativamente con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
4. $5H_0$: No existirán diferencias significativas en la intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
5. H_i : Existirán diferencias significativas en la disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental durante el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.
6. H_0 : No existirán diferencias significativas en la disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental durante el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.

Metodología

Población y selección de la muestra

1. Población

La población, objeto del estudio, está formada por estudiantes de IV año de la carrera de licenciatura en psicología de los turnos matutino y vespertino, matriculados en el curso 430 Terapia Cognitivo-conductual en la Universidad de Panamá.

Los estudiantes del grupo control fueron seleccionados del curso de Estadística Descriptiva de III año del turno nocturno de la Facultad de Psicología, porque los mismos aún no han sido expuestos a la enseñanza de contenidos curriculares provenientes del curso de terapia cognitivo-conductual que se ofrecen en IV año.

Todos los estudiantes participantes en ambos grupos fueron informados sobre los objetivos de la investigación y completaron un protocolo de consentimiento informado para asegurar el cumplimiento de los principios de la bioética.

2. Muestra

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta por un total de 107 estudiantes divididos en 3 turnos: matutino, vespertino y nocturno, de los cuales los 76 estudiantes de los turnos diurnos equivalen al grupo experimental, y 31 estudiantes al turno nocturno los cuales formaron el grupo control. Debido a ser una muestra no probabilística la cual refleja la matrícula de los estudiantes en estos cursos al momento de la investigación la misma no es balanceada ya que los grupos no tienen el mismo tamaño.

Selección de la muestra

Criterio de inclusión: estudiantes matriculados en IV año en el curso de 430 terapia cognitivo conductual del turno matutino y vespertino y en III año turno nocturno en curso de psico estadística turno nocturno

Criterio de exclusión: estudiantes matriculados en otros niveles educativos de la licenciatura de psicología no incluidos en la muestra.

Identificación de las variables

1. Variable Independiente:

Definición conceptual

Las bases epistemológicas del programa analítico tienen como base el modelo de terapia cognitivo-conductual, empleado como variable experimental. El mismo se sustentan en la filosofía de los estoicos, como Epicteto, el cual, en su obra Enchiridion, plantea que no son los acontecimientos que le han ocurrido a los estudiantes participantes lo que les perturba, sino la interpretación que ellos hacen de los mismos, (González, 2016). Los objetivos, contenidos, metodología, recursos didácticos y evaluación del programa siguen los principios básicos del Modelo Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual.

Definición operacional

La variable independiente es el programa analítico del plan de estudio de la carrera de licenciatura denominado Psi 430 Terapia Cognitivo-conductual, elaborado y desarrollado por el investigador dentro de sus funciones docentes con los estudiantes del IV año del turno matutino y vespertino durante 15 semanas del I semestre del año académico 2019.

Los módulos se trabajaron en el siguiente orden de presentación:

Módulo 1: Marco histórico y conceptual de la terapia cognitivo-conductual con una duración de 4 horas teóricas y 2 prácticas: total 6 horas (10 %).

Módulo 2: La evaluación de los problemas psicológicos desde la perspectiva del modelo ABCDE de Albert Ellis. (T.R.E.C.) y el modelo S-PA-R del Doctor Aaron Beck con una duración de 4 horas teóricas y 12 prácticas: 16 horas (25 %).

Módulo 3: La integración del modelo de ABCDE y la Terapia Cognitiva (T.C.): abordaje terapéutico con una duración 6 horas teóricas y de 22 prácticas: 28 horas (43 %).

Módulo 4: La terapia cognitiva basada en la conciencia plena (*mindfulness*) 3 horas teóricas y 11 horas practicas: 14 horas (22 %).

El programa analítico se realizó en los salones de clase # 304 y #301, y las practicas se llevaron a cabo en los salones indicados, en el pasillo de la Facultad y en los jardines del campus Harmodio Arias Madrid en los turnos matutino y vespertino, como también en los escenarios naturales seleccionados por los estudiantes para hacer las tareas asignadas en el curso.

2. Variable dependiente:

Definición conceptual: La ansiedad social, definida como un trastorno mental, presenta, dentro del marco del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM 5) de la Asociación de Psiquiatría Americana (2014), los siguientes síntomas:

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
2. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
3. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. Se aclara que estos síntomas no se pueden atribuir a uso de sustancia, ni a una enfermedad médica u otro trastorno mental.

Por consiguiente, el marco conceptual de la variable dependiente es el conjunto de síntomas del trastorno de ansiedad social, indicado por el DSM 5.

Definición operacional

Se denomina variable dependiente a las respuestas obtenidas por los estudiantes en el Inventario de Ansiedad y Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989).

Instrumento

Se empleó el inventario de ansiedad y fobia social (SPAI) (por su sigla en inglés) de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989) que tiene 45 ítems que miden los trastornos de fobia social y agorafobia. Se evalúa ambos trastornos a través de dos sub escalas. La sub escala de fobia social contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. La subescala de agorafobia consta de 13 ítems. Esta escala tiene como objetivo discriminar el malestar y la ansiedad que ocurre cuando una persona esta alrededor de gente; pero este malestar no se da por el temor a ser juzgado, rechazado y humillado como es el caso en la ansiedad social, sino es un temor a no poder escapar del lugar, como sucede en los casos de la persona que padecen de agorafobia.

Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos. (1: Nunca; 2: Muy raramente; 3: Raramente; 4: A veces; 5 Bastante vez; 6: Muchas veces y 7: Siempre.) La prueba permite un diagnóstico diferencial entre fobia social y agorafobia. Se puede obtener una puntuación denominada "diferencia", la cual se obtiene de restar los valores de la sub escala de fobia social y agorafobia. Para los efectos de la investigación se le denomina ansiedad total a esta puntuación de diferencias la cual la empleó para examinar el impacto del programa en los estudiantes, conjuntamente con las puntuaciones de fobia social y agorafobia.

Puntuaciones encima de los 60 punto en la diferencia o ansiedad total puede discriminar a personas con posible fobia social de aquellas que no tienen(Turner y otros, 1989).Sin embargo, para efecto de esta investigación dentro de un marco educativo y didáctico no se pretende realizar diagnósticos psicopatológicos sobre todo considerando que para realizar tales diagnósticos hay que realizar una evaluación completa a cada estudiante con posible fobia social lo cual iba más allá de los objetivos de la investigación. No obstante, se les indicaba a todos los estudiantes que tuvieron evaluaciones arriba de los 60 puntos a igual a aquellos que tenía algunos ítems muy altos en ansiedad social que buscaran medios para trabajar en estas características que no eran compatible con el ejercicio pleno de la profesión de psicología y tampoco para gozar de una salud integral.

Se seleccionó este inventario por la validez y confiabilidad que presenta el mismo. Se ha encontrado alta fiabilidad test-retes y consistencia interna para las sub escalas de fobia social y agorafobia. Para la subescala de Fobia social la fiabilidad ha sido de un alfa de Cronbach que va de 0,94 a 0,96 y para la subescala de agorafobia, la fiabilidad test-retest, en un lapso de 2 semanas, con estudiantes universitarios, ha sido de 0,86 (Turner, Beidel et al.,1989), (Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J., & Rosa, A. I. (2003). Igualmente, el SPAI ha sido reconocido por diversos trabajos como una medida apropiada y sensible para detectar cambios terapéuticos. (Beidel, Turner y Cooley, 1993; Cox et al., 1998; Ries et al., 1998).

Tipo y diseño de investigación

- 1. Tipo de investigación:** Se considera una investigación tipo explicativa por suponer que el programa del curso constituye una intervención psico-educativa responsable de los cambios en los niveles de ansiedad social de los participantes.

2. Diseño de investigación

La investigación utilizó un diseño cuasi experimental del tipo pretest-postes con grupo experimental con un seguimiento de tres meses y medio y un grupo control no equivalente. Los grupos constituyen entidades ya formadas, alumnos matriculados en el curso de Terapia cognitivo conductuales asignados al grupo experimental y los matriculados en el curso de psico estadística asignados al grupo control.

Procedimiento

Fase I: Aplicación del pre test y del Programa Educativo del Curso Psicología 430 Terapia Cognitiva Conductual:

Durante la primera semana de clases del año académico 2019 se explicó los objetivos de la investigación y se entregó el programa analítico del curso 430 Terapia cognitivo-conductual a los estudiantes participantes del grupo experimental. Además, se solicitó a los estudiantes de ambos grupos, experimentales y control, que completaran el formulario de consentimiento informado y contestaran el Inventario de Ansiedad y Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989). A partir de la segunda semana de clase se inició el proceso enseñanza-aprendizaje mediante el desarrollo del programa analítico del curso con sus cuatro módulos con una duración de 15 semanas.

Fase II Aplicación de la posprueba al terminar el curso: Al finalizar el curso se aplicó nuevamente el cuestionario SPAI.

Fase III de Seguimiento: Aplicación nuevamente de SPAI a los estudiantes del grupo experimental durante el II semestre 2019, 3 meses y medio después de haber terminado el programa académico.

Consideraciones éticas

La presente investigación considero los siguientes aspectos dentro del marco del respeto de los principios de la bioética:

1. Todos los sujetos matriculados en el curso recibieron en la primera semana de clase el programa académico con su respectivo cronograma y la información pertinente a la evaluación SPAI como parte de la evaluación formativa del curso.
2. Dentro del marco de la investigación evaluativa del curso se le entrego un contrato de consentimiento informado a ambos grupos de estudiantes, grupo experimental y control el cual contaba con tres partes:
 - a) Definición del consentimiento informado
 - b) Condiciones dentro las cuales se realiza el consentimiento informado
 - c) Beneficios y riesgos de la participación de las prácticas en el caso de los grupos experimentales

Finalmente, los estudiantes participantes firmaron con su nombre, número de cédula y firma. (Ver Anexo: Formulario de Contrato de Consentimiento Informado)

Se aclaró en el grupo experimental, tanto en el consentimiento informado como en las guías para realizar las practicas dentro del aula, como fuera de ella, que los problemas o situaciones objeto de aplicación de las técnicas de intervención cognitivos -conductuales respondía a una

actividad estrictamente didáctica y debería mantenerse el respeto de la confidencialidad de los temas personales traído voluntariamente y practicados en el salón de clase. Para asegurar que la naturaleza y dimensión del problema seleccionado por los estudiantes respondieran a los fines didácticos, se examinó y filtro cinco problemas presentados por cada uno de los participantes y se selección solo aquellos que facilitaban que el trabajo practico dentro del encuadre del curso.

El investigador principal, quien es el mismo que dirige la investigación, aclaró que su papel no era de actuar como consultor terapeuta de los problemas presentados dentro de las sesiones de prácticas individuales realizadas.

El profesor solo empleó situaciones que los estudiantes trajeron a la clase para modelar como se realizan las prácticas de TCC frente a toda la clase.

Los estudiantes seleccionaron a otro estudiante del mismo salón de clase y formaron parejas. Cada pareja practico, como consultor y como consultante y viceversa, las intervenciones y técnicas básicas de terapia cognitivo conductual en un problema de su compañero aprobado por el profesor. Es dentro de esta relación que posiblemente podrían ocurrir un efecto de mayor magnitud de las intervenciones donde el estudiante en su rol de practicante terapeuta y no necesariamente el profesor constituye la fuente principal del tratamiento.

El programa del curso constituyó, por un lado, la variable independiente y, por otro lado, también es una programación didáctica que está establecida dentro de la malla curricular obligatoria a todos los licenciados de psicología, de manera tal, que los estudiantes tienen la opción de mantenerse en el curso al matricularse o salirse sea por mecanismo de retiro e inclusión y matricular el mismo curso que se enseña en horario nocturno.

Los estudiantes del grupo control al estar matriculados en III año y no poder matricular el curso 430 de terapia cognitivo conductual porque está a nivel de cuarto año no reciben los beneficios del mismo, o sea, no podían en ese año escolar tener acceso al curso. Sin embargo, una vez que matriculen el curso, en el año siguiente, recibirían los beneficios del curso y el programa tal como lo recibieron los participantes en el grupo experimental. Así, se aseguró que todos los estudiantes, independientemente de sus puntuaciones en el SPAI, pudieran recibir el beneficio de participar en el curso de TCC, variable experimental en esta investigación.

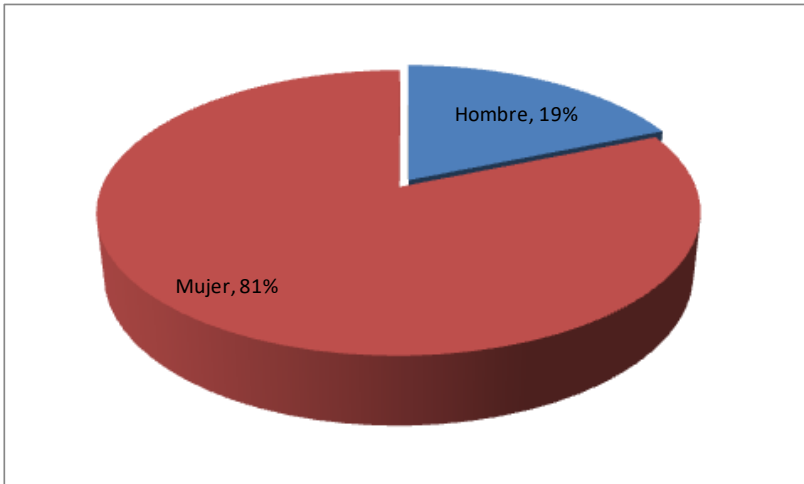
RESULTADOS

Tabla N.1 Distribución de la muestra según sexo

	Frecuencia	%
Hombre	20	19%
Mujer	87	81%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Grafica N. 1 distribución de la muestra según sexo



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

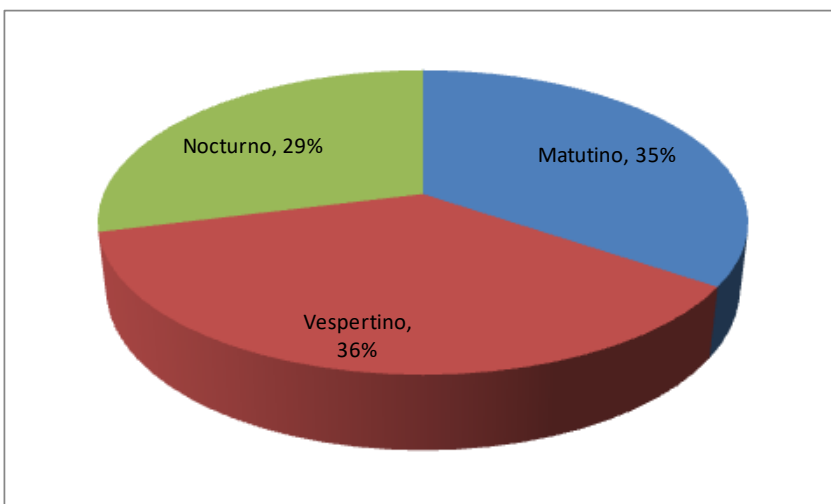
Como se puede observar en la Tabla N.1 y la Grafica N.1, la muestra está compuesta por 87 mujeres que representan el 81% y 20 hombres que representan el 19%. Si bien la muestra no es balanceada de acuerdo al sexo biológico, si representa proporcionalmente la distribución que se tiene en la matrícula de la Facultad de Psicología.

Tabla N.2 Distribución de la muestra según turno que asisten

	Frecuencia	%
Matutino	37	35%
Vespertino	39	36%
Nocturno	31	29%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Grafica N.2 Distribución de la muestra según turno que asisten



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

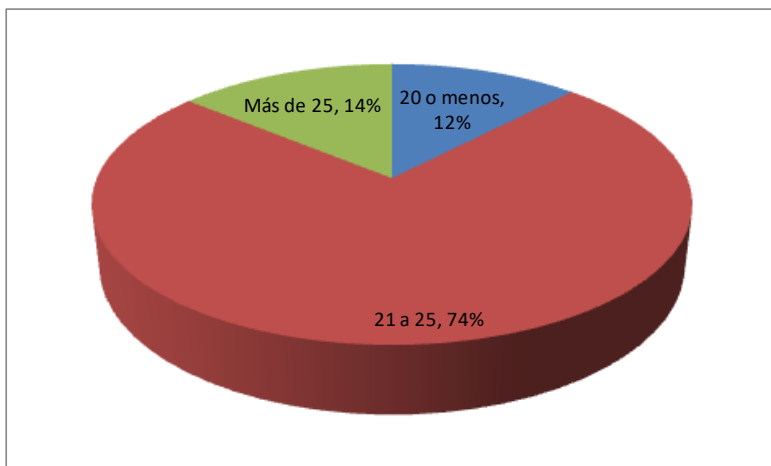
En lo que se refiere al turno al que asisten los estudiantes se puede apreciar en la Tabla N.2 y Grafica N.2 que el turno matutino está compuesto por 37 alumnos, que representan el 35% de la muestra, del turno vespertino asisten regularmente 39 estudiantes que representan el 36% de la muestra y por último los estudiantes que asisten al turno nocturno son 31 lo que representa el 29% del total de la muestra estudiada.

Tabla N.3 Distribución de la muestra según grupo etario

	Frecuencia	%
20 o menos	13	12%
21 a 25	79	74%
Más de 25	15	14%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Gráfico N.3 Distribución de la muestra según grupo etario



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

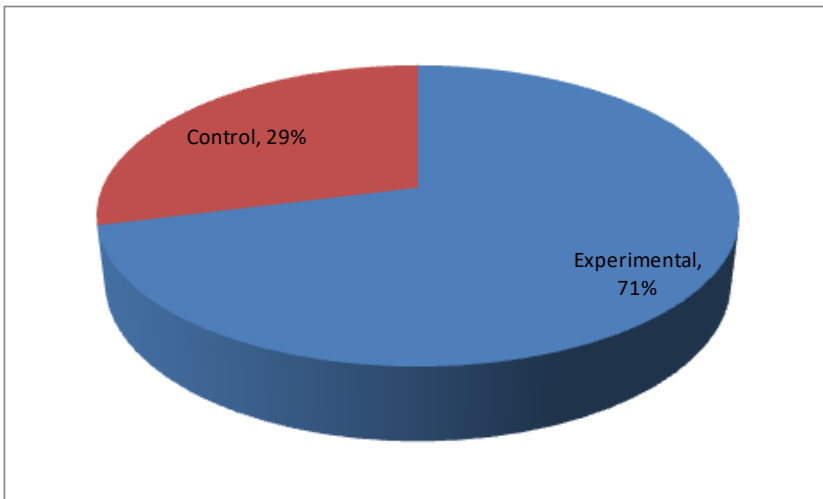
Las Tabla N.3 y la Grafica N. 3 muestra 13 estudiantes en edades de 20 años o menos lo que representa el 12% de la muestra, en edades de 21 a 25 vamos a encontrar la mayoría de la muestra, ya que en este rango se ubican 79 estudiantes lo que representa el 74% de la muestra, es decir que 3 de cada 4 alumnos tienen actualmente este rango de edad. En el último grupo etario de más de 25 años se ubicaron 15 sujetos, lo que representa el 14% de la muestra, los cuales asisten al turno nocturno.

Tabla N.4 Distribución de la muestra según grupo de investigación.

	Frecuencia	%
Experimental	76	71%
Control	31	29%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Gráfico N.4 Distribución de la muestra según grupo



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Como se ha mencionado anteriormente la muestra no es balanceada en cuanto al tamaño de los grupos experimental y control. Así se puede observarse en la Tabla N.4 y Grafica N.4 que el grupo experimental está compuesto por 76 estudiantes lo que representa el 71% de la muestra, mientras que el grupo de control está formado por 31 estudiantes lo que representa el 29% de la muestra.

Tabla N.5 Medidas descriptivas de edad según grupo

Edad	Experimental	Control
Media	21.93	26.90
Mediana	21.00	24.00
Varianza	8.41	75.96
Desviación estándar	2.90	8.72

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

A continuación, se presenta la tabla número 5 la cual hace referencia a la variable edad y algunos estadísticos descriptivos, en donde se puede observar que la media de 26.90 del grupo de control es mayor a la media de 21.93 del grupo experimental, puede verse también en la varianza y desviación estándar que en el grupo de control hay mayor variación respecto a la media que en el grupo experimental. Esto se debe, como ya señalamos antes que el grupo de control es el grupo de turno nocturno, en donde la mayoría de los estudiantes trabajan, y los años de estudio para culminar la carrera es 2 años mayor que los turnos diurnos y por ello los alumnos que asisten a clase por las noches tienden a tener más edad que los asisten de día.

Tabla N.6 Medidas descriptivas de Fobia Social en pretest vs postest según grupo de investigación

Puntuación Fobia social	Experimental		Control	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	66.55	52.38	51.80	51.93
Mediana	62.00	43.70	45.32	46.21
Varianza	1023.02	1048.65	1442.92	1432.81
Desviación estándar	31.98	32.38	37.99	37.85

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número seis puede observarse como fue el comportamiento de los grupos en lo que se refiere a la intensidad de fobia social en el pretest y postest. En donde el grupo experimental presentó una media aritmética de 66.55 de fobia social en el pretest y una media aritmética de 52.38 en el postest, lo que representa una disminución de 14.17. En contraste en el grupo de control, en el pretest obtuvo una media aritmética de 51.80 de fobia social y una media aritmética de 51.93 en el postest con una diferencia de 0.13 entre pre y postest.

Tabla N.7 Medidas descriptivas de Agorafobia en pretest vs postest según grupo

Puntuación Agorafobia	Experimental		Control	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	19.01	14.31	14.65	13.97
Mediana	17.50	11.50	14.00	14.00
Varianza	225.45	108.56	86.84	76.43
Desviación estándar	15.02	10.42	9.32	8.74

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En lo que respecta a la media aritmética obtenida en agorafobia vemos en la tabla 7 que el grupo experimental obtuvo una reducción de 4.69 del pretest al postest, ya que previo a la aplicación del tratamiento mantenía una puntuación promedio de 19.01 y luego del tratamiento bajo a 14.31 mientras que el grupo de control se mantuvo los niveles de agorafobia solo obteniendo una diferencia de 0.68 entre el pretest y el postest.

Tabla N.8 Medidas descriptivas de ansiedad social total en pretest vs postest según grupo

Total Ansiedad Social	Experimental		Control	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	47.55	38.07	37.16	37.97
Mediana	44.50	34.94	29.55	31.13
Varianza	971.80	806.78	1089.81	1111.25
Desviación estándar	31.17	28.40	33.01	33.34

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En cuanto a lo que refiere a la media aritmética para la variable ansiedad social total en grupo experimental, bajo de 47.55 en el pretest a 38.07 en el postest, una diferencia de más de 9 puntos, mientras que el grupo de control obtuvo una diferencia menor a uno, pues paso de 37.16 en el pretest a 37.97 en el postest.

Tabla N.9 Prueba de hipótesis t de Student para muestras relacionadas grupo experimental

	Diferencias de medias	t	gl	Sig.
Puntuación pretest Fobia social - Puntuación postest Fobia social	14.17250	4.669	75	0.000
Puntuación pretest Agorafobia - Puntuación postest Agorafobia	4.69158	2.780	75	0.003
Total Ansiedad Social Pretest - Total Ansiedad Social Postest	9.48092	3.045	75	0.002

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número 9 podemos ver que los niveles de significancia unilateral son menores al nivel de significancia de .05 seleccionado para esta investigación. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis de investigación que dice que después del tratamiento los niveles de fobia social agorafobia y Ansiedad social total son significativamente menores.

Tabla N.10 Prueba de hipótesis t de Student para muestras relacionadas grupo Control

	Diferencias de medias	t	gl	Sig.
Puntuación pretest Fobia social - Puntuación postest Fobia social	-.13323	-.329	30	.372
Puntuación pretest Agorafobia - Puntuación postest Agorafobia	.22581	1.366	30	.091
Total Ansiedad Total Pretest - Total Ansiedad total Postest	-.81065	-1.927	30	.064

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Al analizar las diferencias de medias del grupo de control para determinar si sus puntuaciones en fobia social, agorafobia y de ansiedad social total, con la prueba t de Student para muestras relacionadas los resultados indican los niveles de significancia unilateral son mayores al nivel de significancia de .05 seleccionado para esta investigación. De esta manera, los resultados no permiten rechazar la hipótesis nula y concluye que las diferencias entre pretest y postest del grupo de control no son estadísticamente significativas.

Tabla N.11 Prueba de hipótesis t de Student para muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		t	gl	Sig.	Diferencia de medias
		F	Sig.				
Diferencia experimental	Se asumen varianzas iguales	27.940	.000	-2.102	105	.038	-10.29157
	No se asumen varianzas iguales			-3.275	77.699	.002	-10.29157

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número 11 se muestra los resultados de la comparación de las diferencias del pretest y postest del grupo experimental con el grupo control mediante la prueba t de Student. La prueba de Levene indica que el nivel de significancia para asumir varianzas iguales es menos que .05 por consiguiente se acepta tener muestras independientes de varianzas no iguales. Igualmente, el análisis de la significancia unilateral reporta que igual .002, lo cual es mucho menor que el nivel de significancia estadística de .05. Así, los resultados indican que las diferencias entre el grupo experimental y el grupo de control son estadísticamente significativas, por lo que de acuerdo a la evidencia muestral existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Tabla N.12: Diferencia en las medias aritméticas de Ansiedad Social, Agorafobia y Fobia Social en el postest y el seguimiento en el grupo experimental.

	Postest	Seguimiento	Diferencias
Fobia Social	43.12	39.06	-4.07
Agorafobia	13.91	12.17	-1.75
Ansiedad Social Total	29.21	26.89	-2.32

Se identifica una leve disminución en las tres esferas de la Ansiedad Social desde la aplicación del postest hasta el seguimiento que se llevó a cabo tres meses después. Se resalta que por recoger los datos casi al final del II semestre solo se pudieron evaluar en esta fase

de seguimiento de tres meses después del postest a 36 estudiantes de los 76 que se midieron en el postest.

Tabla N.13 Prueba de hipótesis de muestras relacionadas para determinar diferencias significativas en el grupo experimental en el postest vs el seguimiento

	Diferencias emparejadas	t	gl	Sig. (bilateral)	Sig estadística	Decisión
Fobia Social	4.06778	1.268	35	.213	0.05	Acepto Ho
Agorafobia	1.74528	1.188	35	.243	0.05	Acepto Ho
Ansiedad Social Total	2.32250	.806	35	.426	0.05	Acepto Ho

La prueba de hipótesis muestra que los niveles de Ansiedad Social se mantienen constante, sin cambios significativos con un nivel de significancia estadística de 0.05. durante los tres meses posteriores al postest. Esto lo podemos deducir de la prueba t de Student, en donde la significancia bilateral de 0.42 es muy superior al nivel de significancia de 0.05, por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad en los niveles de fobia social entre el postest y el postest de seguimiento. Con lo cual se prueba nuestra hipótesis de investigación, en donde señalamos que estos niveles de fobia social se mantendrían sin cambios pasados tres meses y medio.

Tabla N. 14

Numero de sujetos en el grupo experimental que obtuvo puntuaciones totales arriba y por debajo de los 60 puntos en ansiedad total el SPAI.

CRITERIO	Grupo experimental			
	PRETEST		POSTEST	
MENOS DE 60 PUNTOS	56	73%	61	80%
MAS DE 60 PUNTOS	20	26%	15	20%

A pesar que el presente estudio está dentro de un marco de análisis global, se reporta en la Tabla N.14 la distribución de los estudiantes que están con puntuaciones por arriba y por debajo de 60 lo cual se considera por los autores de la prueba como puntuación que puede distinguir entre los que podría padecer de fobia social de los que no la tienen en el pre test y post test. De esta manera se pude identificar que el 26 % de estudiantes al momento del pretest estarían en riesgo de tener una intensidad de fobia social cercana a padecer el trastorno de ansiedad social. Igualmente, se señala que el al final del curso, hay un 20 % de

estudiantes que podrían presentar el síndrome de ansiedad social como trastornos psicológicos. Dentro del marco del respecto de los principios de bioética de la investigación el investigador invitó a los estudiantes a que buscaran ayuda profesional por haber tenido altas puntuaciones en ansiedad social.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman los reportados en las investigaciones realizadas previamente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, (Bethancourt, (2008-2010), Bethancourt, (2016), Bethancourt, (2011), Bethancourt, (2017) y en otros escenarios internacionales (Gómez, L. (2016). Por un lado, este trabajo identificó la presencia de estudiantes con indicadores de ansiedad social, y actitudes irracionales, y, por otro lado, se demostró que enseñar un curso académico universitario de terapia cognitivo conductual impacta favorablemente en disminuir creencias y actitudes irracionales asociadas a niveles de ansiedad social

El pretest reveló que un 26% y un 20% en el posttest de los estudiantes del grupo experimental podrían estar afectados por el síndrome de la ansiedad social lo cual representa un llamado a la comunidad docente de la facultad de psicología de establecer desde primer año programas preventivos y de intervención a los que ingresan con estos rasgos y comportamientos que no son compatibles con una carrera como la psicología que involucra en su propia naturaleza las relaciones interpersonal como base en la comunicación y las competencias para brindar servicios psicológicos a la comunidad ((Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

Conclusiones

Impartir un curso de un modelo terapéutico y al mismo tiempo emplearlo como programa de intervención en un medio natural constituye una innovación para cursos de psicoterapia o contenidos dirigidos a cambiar patrones de conducta en otros. Paralelamente, realizar una experiencia docente donde los estudiantes sean evaluados a nivel formativo con instrumentos validados para medir psicológicamente el influencia del programa del curso en creencias, actitudes y emociones desde el inicio al final y con un seguimiento de tres meses y medio constituye un ejemplo que en medios naturales educativos se puede hacer investigación aplicada resaltando un enfoque de evaluación integral que supera la tradicional evaluación centradas en competencias solamente cognoscitiva o de habilidades. Pacheco, C. R. y Morales, J.M. (1997), Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007).

Un enfoque multifactorial se hace meritorio para un estudio futuro que permita comprender que porcentaje de las variable metodológicas empleadas en la ejecución del curso podría identificarse como responsable en reducir significativamente las intensidades de la puntuaciones de la ansiedad social: el modelamiento del profesor, la información misma del modelo de terapia cognitivo conductual sobre cómo se origina y mantiene la fobia social, la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitivas con sus debates inspirado en los modelos de los Doctores Albert Ellis y Aaron Beck, la práctica de la técnicas de imaginación racional emotiva, las tareas de exposición y prevención de la respuesta fóbica social entre

otras. Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012), Vujaklija, A., Hren, D., Sambunjak, D., Vodopivec, I., Ivaniš, A., Marušić, A., & Marušić, M. (2010)

Los resultados encontrados en esta investigación sirven de base junto con hallazgos a nivel internacional (Robles García, R., Espinosa Flores, R. A., Padilla Gutiérrez, A. C., Álvarez Rojas, M. A., & Páez Agraz, F. (2008), Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999)) para sustentar que los programa de formación de psicólogos incluyan la enseñanza de cursos sustentados en el modelo de terapia cognitivo conductual y sus versiones por su papel en el desarrollo de conocimientos y un bienestar psicológico como preventivo en la reducción de indicadores de ansiedad social y otros trastornos psicológicos .(Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Cañizales, M.A. (2018)

Se reconoce limitaciones en esta investigación que ameritan enumerarse con el fin de aceptar que los resultados de la misma tienen validez para nuestra muestra sin poder hacer generalizaciones a otras poblaciones similares: comparar los resultados obtenidos con una muestra desbalanceada de 76 estudiantes en el grupo experimental frente a 31 estudiantes en el grupo control; el experimentador era el profesor del grupo experimental; se hizo solo grabación de audio de la sesión entregada para en el informe individual de cada estudiante participante; se brindó psicoeducación en el curso a todos los estudiantes consultantes con y sin puntuaciones altas en la ansiedad social, sin separar los grupos por razón de tener grupos de estudiantes de un curso ya estructurado en la matrícula por el sistema académico de la facultad, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, C. (2012) Estudio descriptivo de las actitudes disfuncionales en los estudiantes del turno vespertino de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología.
- Beck, J. (1995) *Cognitivo therapy: Básicas and Beyond* New York: The Guilford Press.
- Beck, A., Freeman, A. Davis, D. y otros (2004). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Edicions Paidós Ibérica S.A.
- Beck, A.T. (1972). *Measuring depression: The Depression Inventory*. End T. Williams, M.M. Kats & J.A. Sheild. *Recent Advances Psychobiology Depressed Illness*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Beck, A.T. (1974). *The development of depression: A cognitive model*. En R.J.
- Beck, Judith (2002) *Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Beidel, D. e., Turner, S. M. & Cooley, M. R (1993). *Assessing reliability and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory*. *Behavior Research and Therapy*; 31, 331-337
- Bethancourt, F. (2008-2010) *Informes Estadísticos Semestrales Clínica Psicológica y Desarrollo Humano Años 2008-2014 y 2017 en Archivos de la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá*. Documentos no publicados, de uso interno.
- Bethancourt, F. (2016) *Reducción de creencias irracionales en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá*. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016 (VIP 02-18-00-01-2014-05).
- Bethancourt, F. (2011) *Efecto del Curso Psicología 430 Terapia Cognitivo-conductual, en las actitudes disfuncionales de los estudiantes del IV año de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá*, (VIP 02-18-00-01-2011-01).

- Bethancourt, F. (2017) Informe de progreso N.º 1 y N.º 2: Efecto del curso de terapia cognitivo-conductual y el aprendizaje de *mindfulness* en las creencias y actitudes irracionales de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá (VIP: **02-18-01-2017-01**).
- CABALLO, Vicente E., et al. Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 2003, vol. 11, no 3, p. 539-562.
- Calvete Z., E. Y Cardeñoso R., O (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, vol. 15, nº 2, 179-190 España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Calvete Zumalde E. y Cardeñoso Ramírez, O. (2001) Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1), 95-100.
- Cañizales, M.A. (2018) Porcentaje de tesis de maestría sobre el Modelo Cognitivo-Conductual 2001-2018, realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá Psic-Dip-219-2018.
- Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 50-57.
- Chaves Castaño, L. y Quiceno Pérez, N. (2010). Validación de cuestionario de creencias irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología*: vol.2 N.º 3 enero-julio Universidad de Antioquia.
- CiteULike Perfectionism, Hopelessness, and Suicide Ideation Revisions to Diathesis-Stress and Specific Vulnerability Models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol. 25, No. 4. (1 December 2007), pp. 279-319.
- Cox, B. J., Ross, L., Swenson, R P. & Direnfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22,285-297.
- Davidson, R. J.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, Rosenkranz, M.; et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65 pág. 567-570. 2003.
- DEFFENBACHER, J.; LYNCH, R. Intervención cognitivo-conductual para el control de ira. V. *Caballo, Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 1998, vol. 2.
- Di Giuseppe R. y Miller, N. (1977) Una reseña de los estudios del resultado de la terapia racional emotiva en Ellis, A. y Grieger, R. (2003) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Editorial Desclés de Brouwer, S.A.
- Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología conductual*, 7(1), 27-47.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2003) *Manual de Terapia Racional-Emotiva Vol. I*. Bilbao: Editorial Desclés de Brouwer, S.A.
- Ellis Ormrod, J. (2005) *Aprendizaje Humano*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Gomar, M., Mandil, J, y Bunge, E. (2012) *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

- Gómez, L. (2016) Creencias irracionales y manifestaciones psicopatológicas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de El Salvador. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.
- González Serrano, C. J: (2016) El estoicismo de epicteto: la búsqueda de la libertad. <https://elvuelodelalechuza.com/2016/04/25/el-estoicismo...epicteto/> comment-page-1.
- Heman C. A. y Niebler, R. (2011). Estructura factorial de la adaptación mexicana de la Escala de actitudes y creencias. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia*, 4, 19-25.
- Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, C., Baptista, Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación México: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A.*
- Hopkins, K., Hopkins, B. y Gene G., (1997) *Estadística Básica para las ciencias sociales y del comportamiento. México: Prentice Hall Hispano-Americans.*
- Kabat-Zinn (2013) *Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Bantam Books.*
- Kabat-Zinn, J. (2012) *Mindfulness for beginners. Colorado: Sounds True, Inc*
- Jones, R.G. (1968) A factor measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates. Doctoral Dissertation. Texas Tecnology College.
- Jurado, C. (2016) Mi vivencia con mindfulness y su impacto en mi crecimiento personal y efectividad terapéutica. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016
- Koplik, E.K., & Devito, A.J. (1986). Problems of freshmen: Comparison of classes of 1976 and 1986. *Journal of College Student Personnel*, 27, 124-131.
- Kovacs, M. (1979). Treating depressive disorders: The efficacy of behavior and cognitive therapies. *Behavior Modification*, 3, 496-517.
- Lega, L., Caballo V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: Siglo XXI. Capítulos 2: Aspectos Teóricos generales de la TREC.*
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial medica panamericana, 2014.a*
- Molina, A. (2016) Creencias irracionales y autoestima en estudiantes universitarios de El Salvador. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.
- Nava, M.; Castillo, C.A.; Littlewood, H. F.; Heman, A.; y Lega, L. (2013). Estructura factorial de la “escala de actitudes y creencias”: réplica del estudio de Heman y Niebler: The factorial structure of the Scale of Attitudes and Beliefs: a replication of Heman and Niebler’s study. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21, 3, 513-525. ISSN: 1132-9483 / JCR 2012: 0.800.
- Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007). Evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Predictores de cambio a lo largo de un curso académico. *Ansiedad y Estrés*, 13(1).
- Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43(1), 160-173.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789411000608>
- Pacheco, C. R. y Morales, J.M. (1997) El efecto del adiestramiento cognoscitivo-conductual grupal sobre la depresión leve y las destrezas para la vida en jóvenes universitarios de primer año de una universidad privada de Puerto Rico. *Cuaderno de Investigación en la Educación. Número 11.*
- Parra Delgado, M.; Latorre Postigo, J.M. y Montañés Rodríguez, J. (2012). *Terapia Cognitiva*

basada en Mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Revista Ansiedad y Estrés*, Vol. 18 (2-3), 141-154.

Prieto Cuellar, M., Vera Guerrero, M., Pérez Marfil, M. y Ramirez Ucles, I. (2007) Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con creencias irracionales cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y Salud* [online]. 2007, vol.18, n.2, pp. 203-219. ISSN 1130-5274.

Ramos, F. Manga, D. y Moran, C. (2005). Escala de Cansancio Emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas y asociación. *INTERPSIQUIS* <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/20478/>

Ranal Guevara, M. (1974). Comparación de la depresión como función de la clase social. Río Piedras, Puerto Rico: Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Tesis no publicada.

Rehm, L.P., Fuchs, C. Z., Roth, D.M., Kornblith, S.J., & Romano, J.M. (1979). A comparison of self control and assertion skills treatments on depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.

Rich, A.R. & Bonner, R. L. (1987). Interpersonal moderators of depression among college students. *Journal of College Personnel* 337-342.

Rich, A.R., & Scovel, M. (1987). Causes of depression in college students: A cross-lagged panel correlation analysis. *Psychological Reports*: 60, 27-30.

Rice, P. (1998) El afrontamiento del estrés: estrategias cognitivo-conductuales

En Caballo, V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. España: Siglo XXI, Vol 2.

Ries, B. J. McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal instruments. *Behavior Research and Therapy*, 36.

Robles García, R., Espinosa Flores, R. A., Padilla Gutiérrez, A. C., Álvarez Rojas, M. A., & Páez Agraz, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2).

Smith, W. R. (1975.) Frequency of depression in freshman year as measured in a random sample by a retrospective version of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 746-747.

Turner, R. (2016) Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.

Turner, S. M., Beidel, D. c., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40

Tynan, A. (2004) The Sequel to pushing the boat out. LTSN-01 (the learning and teaching support network subject center for medical, dentistry, veterinary medicine.

Velásquez Santiago, J. M. (2002). Creencias irracionales y ansiedad en ingresantes de la Universidad Nacional de Ingeniería. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%28Vel%C3%A1squez+Santiago%2C+J.+M.+%282002%29&btnG=

Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortiz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.

Vujaklija, A., Hren, D., Sambunjak, D., Vodopivec, I., Ivaniš, A., Marušić, A., & Marušić, M. (2010). Can teaching research methodology influence students' attitude toward science? Cohort study and nonrandomized trial in a single medical school. *Journal of Investigative Medicine*, 58(2), 282-286.

<https://jim.bmj.com/content/58/2/282.abstract>

Weissman, A. & Beck, A.(1978) Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación for the Advancement for Behavior Therapy.Chicago.

Williams M. y Penman D. (2014) Mindfulness: Un plan de 8 semanas para encontrar la paz en un mundo frenético. México: Paidós

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CÁTEDRA DE PSICOLOGÍA 430 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL IV AÑO

TURNO

CONTRATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

El profesor Fabio Bethancourt H. responsable de la cátedra de psicología 430 Terapia Cognitivo-Conductual correspondiente al IV año del Programa de la licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá solicita el presente consentimiento informado a los estudiantes participantes de este curso

I-Definición del CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un proceso, en el que una persona acepta participar en una investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la misma.

II- CONDICIONES DENTRO LAS CUALES SE REALIZA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1- El curso de psicología 430 Terapia Cognitivo-Conductual correspondiente a el IV año del Programa de la licenciatura contienen 3 horas de clases prácticas de las 4 horas de clases las cuales representan la oportunidad para que los estudiantes puedan practicar lo aprendido en las clases teóricas y demostrativas.
- 2- Se presentó el primer día de clase el programa del curso el cual solicitaba participar como consultor y consultante durante las clases con la guía directa del profesor durante las demostraciones de prácticas de las técnicas de reestructuración cognitiva.
- 3- Dentro de la metodología para la enseñanza y la evaluación de las competencias adquiridas en el curso se solicita que los estudiantes participen como consultores y consultantes con la presencia del profesor y luego en forma semi presencial siguiendo la guía de practica dada en clase
- 4- Cuando el estudiante ejerza el rol de consultor el deberá ceñirse a la estructura y pasos estipulados en el curso y guardar la confidencialidad a todo lo manifestado en la sesión por el consultante; lo que significa que el contenido compartido por el consultante no puede ser divulgado fuera de este contexto, excepto las informaciones necesarias para sustentar la aplicación de la técnica que serán reportada en el trabajo escrito al profesor como requisito de la práctica.
- 5- Cuando el estudiante participe como consultante solo se le permitirá traer un problema auténtico, producto de su propia vivencia, el cual debe representar situaciones que respeten las siguientes características:

5.1 Que las situaciones compartidas sean juzgadas por el mismo consultante, por el estudiante consultor y por el profesor del curso dentro de la categoría de problemas o situaciones apropiadas para fines didácticos compatibles con los objetivos del curso.

5.2 Que las situaciones compartidas por el consultante se caractericen por constituir dificultades escolares, conflictos con amigos y familiares leves, problemas circunstanciales de la vida cotidiana que a juicio de consultor y consultante no requieran ser tratado con mayor profundidad ni mayor duración de 45 minutos.

5.3 Que las situaciones que involucren temas o traumas no resueltos adquiridos desde muy temprano y caracterizado por actitudes, pensamientos, emociones y conducta que implican de forma clínicamente significativa perturbación, deterioro moderado a severo en el funcionamiento, y riesgo suicida o de naturaleza semejante quedan excluidas de la presentación y practicas dentro del contexto del programa del curso.

III Riesgos y beneficios de la participación en las prácticas

Beneficios

1.El principio de aprendizaje de la práctica reforzada y guiada por un profesional idóneo en la materia favorecerá la adquisición de herramientas de la terapia cognitiva que no solo permitirá desarrollar las competencias propuestas del curso satisfactoriamente sino, también le facilitará la resolución de problemas cotidianos y conocerse a sí mismo.

Riesgos

1.El consultante acepta que, por tratarse de trabajar en problemas genuinos, aunque de una naturaleza de bajo riesgo, pueden desarrollarse como efecto secundario recuerdos o vivencias perturbadoras, las cuales, de ser necesarios, se atenderían en la Clínica Psicológica y de Desarrollo Humano de la Facultad de Psicología.

III- Condiciones de confidencialidad en el manejo de la información presentada en el informe de practica y en las demostraciones didácticas realizadas en la clase.

1-Los estudiantes participantes aceptan que sus fotos durante las sesiones de clases prácticas y demostrativas podrán ser utilizada por el profesor de la clase para ilustrar la metodología del curso

2-Los estudiantes participantes como consultores y como consultantes aceptan que la información obtenida en los pre y post tests administrados durante el curso como los datos obtenidos en la intervención reportada por los trabajos de práctica serán utilizados por el profesor bajo un estricto control de anonimato en la presentación de la investigación evaluativa del impacto del curso en la salud mental de los participantes que se está realizado. Para tal efecto, el profesor investigador y responsable de la cátedra ha designado un número a cada estudiante el cual será su manera de identificarlo y manejar confidencialmente los datos.

Estamos de acuerdo con las condiciones indicada en este consentimiento informado

Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	
Cédula			
Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	
Cédula			
Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	