



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**CURSO TALLER: TIEMPO FUERA, PARA DISMINUIR NIVELES DE
ANSIEDAD**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA FABIOLA VÁZQUEZ BÁEZ

ASESOR:

PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCÍA

ORIZABA, VER.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres

Por ser mi guía y mi sostén. Por su cobijo y confianza en mí y mi fuente de amor.

A mi Hermana

Por ser mi ejemplo, inspiración y mi fuerza para seguir adelante.

A mi tío Omar

Por ser mi luz, mi faro en los momentos difíciles y ser mi cálido abrigo.

A Josué

Por el apoyo incondicional y por su amorosa compañía en este proceso.

A la Psicóloga Elvira

Por la confianza depositada, por la motivación en este proyecto.

A mi Asesora

Por su guía, por compartir sus conocimientos con paciencia.

A mis Amigos

Por nunca dejar de creer en mí, por su cariño, por su aliento.

Y a todos aquellos que indirectamente motivaron a través de su ejemplo, o sus palabras, e hicieron posible la culminación de esta investigación. Gracias totales.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1 Descripción del problema.....	7
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Justificación del problema	11
1.4 Formulación de hipótesis	13
<u>1.4.1</u> Determinación de variables.....	13
<u>1.4.2</u> Operacionalización de variables	13
1.5 Delimitación de objetivos.....	14
<u>1.5.1</u> Objetivo general	14
<u>1.5.2</u> Objetivos específicos	14
1.6 Marco conceptual.....	15
<u>1.6.1</u> Definición de ansiedad.....	15
<u>1.6.2</u> Definición de adolescencia temprana	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA.....	17
2.1 Antecedentes de la ubicación.	17
2.2 Ubicación geográfica.....	18
CAPÍTULO III.....	20
MARCO TEÓRICO	20
3.1 Fundamentos teóricos de la ansiedad	20
a) Mecanismo de ansiedad.....	24
b) Clasificación: Trastornos de la ansiedad	28
c) Prevalencia.....	30
d) Edad de comienzo.....	31
3.2 Fundamentos teóricos de la adolescencia temprana	32
a) Desarrollo físico.....	34
b) Desarrollo cognitivo y cognoscitivo.....	38

c) Aspectos psicológicos	42
d) Influencias en el desenvolvimiento y desarrollo del adolescente.....	45
3.3 Fundamentos teóricos del modelo cognitivo- conductual.....	48
CAPÍTULO IV.....	55
PROPUESTA DE TESIS.....	55
4.1 Contextualización de la propuesta.	55
4.2 Desarrollo de la propuesta	60
CAPITULO V.....	97
DISEÑO METODOLÓGICO.....	97
5.1 Enfoque de la investigación: Mixto.....	97
5.2 Alcance de la investigación: Descriptiva.	98
5.3 Diseño de la investigación: No experimental	99
5.4 Tipo de investigación: Aplicada.....	100
5.5 Delimitación de la población o universo	100
5.6 Selección de la muestra: No probabilística	101
5.7 Instrumento de prueba	102
CAPÍTULO VI.....	105
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	105
6.1 Datos generales.....	105
6.2 Pre test y post test	108
6.3 Datos cualitativos	111
6.3.1 Resultados por escuela	111
CONCLUSIÓN	112
REFERENCIAS.....	116
GLOSARIO	123
ANEXOS	125

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad exponer el tema de ansiedad y a su vez la herramienta eficaz para la disminución de niveles ansiosos en los adolescentes tempranos. Transmitir conocimientos e información sobre ansiedad, de la misma manera proporcionar estrategias, técnicas, dinámicas que mejoren su entendimiento y afrontamiento sobre el tema.

La adolescencia temprana siendo una etapa ventajosa del desarrollo humano, también implica un reto para aquellos jóvenes en ese periodo de transición. Esta es una población en el que las herramientas preventivas como al igual que de enfrentamiento son necesarias para evitar posteriores trastornos, como orientar hacia una salud mental a una temprana edad.

En el capítulo I se muestra el planteamiento de problema, se ve sobre el tema que se quiere tratar, como su importancia en la investigación. Del mismo modo se genera una hipótesis sobre lo que se espera resolver del conflicto y si logrará su cometido. De la misma manera, existe determinación de variables así como de variables dependientes e independientes. Se delimita el tema a través

de un objetivo general y objetivos específicos. Finalmente un marco conceptual que da sentido al estudio.

Dentro del capítulo II se observa el marco contextual en donde se indica los lugares en que se realizará la investigación, tal como una breve explicación de ambos lugares.

En cuanto al capítulo III se profundiza en el marco teórico del estudio, conformado por describir ansiedad como su sintomatología, la clasificación de trastornos de ansiedad, su prevalencia, edad de comienzo. Igual que se describe sobre la población a la que se dirige la investigación, desde aspectos físicos hasta intimidad y sexualidad.

Con respecto al capítulo IV se indica el nombre de la propuesta, objetivos y justificación, a quien va dirigido y se muestra el desarrollo del Curso Taller, así como las herramientas que se utilizaron para desarrollarlo en la población seleccionada. En relación con el capítulo V se explica el diseño metodológico en el cual se encuentra enfoque de la investigación, alcance, diseño, tipo, delimitación de la población, al igual que una descripción de la prueba que se ocupó para el proyecto.

Finalmente, el capítulo VI se da a conocer los resultados del trabajo de investigación, así como la descripción de cada sesión con los grupos y recabando la conclusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción del problema

En algún momento de la vida, la población en general ha experimentado ansiedad puesto que es un fenómeno universal que forma parte del desarrollo humano. Algunos ejemplos en que se hace presente son: desde la separación del niño de sus figuras de apego, en el inicio de la etapa escolar, presentar un examen, preocupación sobre el rendimiento académico, la resolución de un problema, la toma de decisiones, etc.

La ansiedad en principio es una emoción que tiene como finalidad ser adaptativa, preparando al individuo para reaccionar frente a una situación o contexto, que ayuda a su supervivencia así como a su crecimiento personal; cuando la sintomatología incrementa y persiste; es decir, se vuelve excesiva, se considera clínica o desadaptativa puesto que ya no es un sistema de alarma útil.

Su manifestación de manera clínica repercute significativamente en la vida de las personas manifestando un bajo rendimiento en el individuo así como interfiriendo en todos los ámbitos; familiar, social, académica o laboral siendo incapaces de ayudarse por sí solas, requiriendo ayuda externa especializada.

“Cerca del 30% de los habitantes de México tienen riesgo de desarrollar algún trastorno mental a lo largo de la vida” (De la fuente y Heinze, 2012).

Así también, se ha documentado que los trastornos de ansiedad pueden iniciar en la niñez, hacia los 11 años de edad, que siguen un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez, y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento. (Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez, J. L., Aguilar, J., Gallegos, J. 2012)

Datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente (1-3). (Marín, A. H., Martínez, G. J., Ávila, J. M., 2015)

Los siguientes datos nos indican que los trastornos de ansiedad son de las enfermedades mentales más comunes en la población mexicana, así como un número considerable de esa población se encuentran los infantes y adolescentes y que repercuten en la vida de estos, siendo probable que pueda prolongarse a la vida adulta.

Los adolescentes tempranos son una población vulnerable ante la ansiedad desde su experiencia adaptativa como clínica. Se ha mostrado que los adolescentes se encuentran en un periodo de transición importante y a la vez bombardeante en el que necesitan de un constante apoyo desde la parte familiar como social para afrontar las vicisitudes de la vida eficazmente.

Aunque durante la última década se han desarrollado con éxito programas de intervención en la ansiedad desde la escuela, no todas cuentan con el desarrollo de esos programas para la población infantil y juvenil que se encuentran en riesgo. Entendiendo que las escuelas particulares podrían mostrar mayores posibilidades de apoyo, sin embargo es necesario en ambos sectores, tanto público y privado para el desarrollo de este tipo de programas de intervención de ansiedad.

La nula o escasa falta de recursos de afrontamiento frente a la ansiedad como su sintomatología en edades tempranas es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad, debido a que la forma en que interactuamos con el ambiente es progresivamente más compleja a lo largo del desarrollo, de igual forma puede prologarse a la vida adulta.

La intervención y prevención en etapas tempranas del desarrollo (infantil-juvenil) es claramente necesaria para la identificación oportuna de ansiedad y sus síntomas y la ejecución de un plan de acción para la prevención de esta, evitando que se prolongue a etapas posteriores. Logrando así, un mayor ajuste de los individuos y mayor bienestar emocional, mental en el transcurso de su vida. Como su disminución estadística de prevalencia de ansiedad en la población joven. Y aún más importante, una población con una educación e incremento en su salud mental.

1.2 Formulación del problema

¿El curso taller “Tiempo fuera” es una herramienta que sirve en la disminución de niveles ansiosos en los adolescentes tempranos?

1.3 Justificación del problema

De los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población “los trastornos de ansiedad son los más frecuentes (14.3%), incluso más que los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y del estado del ánimo (9.1%)” (De la fuente y Heinze, 2012).

“Edilberto Peña de León, director de Investigación del Instituto de Neurociencias Investigación y Desarrollo Emocional (Incide); expone que los trastornos de ansiedad, 50% de los casos se presentan antes de los 25 años de edad” (Milenio, 2016).

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial en las Unidades de Salud Mental. Su prevalencia puede variar de forma considerable en función de la edad, de los instrumentos de evaluación utilizados en los estudios o de la fuente de información, entre otras variables. En general, se estima que entre un 15 y un 20% de niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad, aunque algunos estudios han hallado una prevalencia menor. (Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., 2012)

La ansiedad desadaptativa ha sido un foco rojo es decir, de alerta pues nos encontramos frente a un trastorno de ansiedad. Su frecuencia, intensidad y desproporción provoca una problemática en el desarrollo óptimo y funcional de las personas que presentan ansiedad a veces sin ser identificado por la persona misma y mucho menos diagnosticado y tratado por personal certificado.

Las intervenciones preventivas así como la Psicoeducación a la población más joven, que se encuentra en una etapa del desarrollo temprana ha sido necesaria para brindar las herramientas de afrontamiento ante lo que naturalmente ayudaría al individuo a su progreso y desarrollo personal, la ansiedad.

Prevenir ha sido de relevante importancia en lo que respecta los trastornos de ansiedad, como también la sintomatología ansiosa, en lo que respecta a la población vulnerable como lo es la infanto-juvenil ya antes mencionada para brindar herramientas que les permita ser capaces de hacer frente de manera exitosa ante las situaciones adversas de la vida.

1.4 Formulación de hipótesis

El curso taller “Tiempo fuera” es una herramienta que sirve en la disminución de niveles ansiosos en los adolescentes tempranos de sexto grado de la Escuela Primaria Antonio I. Villarreal y la Escuela Primaria Liceo de Orizaba.

1.4.1 Determinación de variables

Variable independiente: Curso Taller “Tiempo fuera”

Variable dependiente: Ansiedad

1.4.2 Operacionalización de variables

Variable	Teórica	Operacionalmente
<i>Dependiente</i> Ansiedad	Estado de alerta apropiado a las diferentes situaciones de adversidad que se pueden presentar a lo largo de la vida. Escenarios de desafíos presentes o futuros	Escala de ansiedad Infantil Spence (SCAS) que consta de 44 reactivos.

<p><i>Independiente</i></p> <p>Curso taller “Tiempo fuera”</p>	<p>Modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría sobre el tema ansiedad e identificación, así como la ejecución de actividades que lleven a su disminución</p>	<p>Comprendida por un total de 16 horas.</p> <p>Distribuidas en 4 sesiones, de 4 horas.</p> <p>Cada una con introducción, desarrollo y cierre.</p>
--	--	--

1.5 Delimitación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Disminuir los niveles de ansiedad en los adolescentes tempranos de sexto de primaria mediante un curso taller “Tiempo fuera” de la Escuela Primaria Antonio I. Villarreal y Escuela Primaria Liceo de Orizaba

1.5.2 Objetivos específicos

- Indagar y comprender de forma eficiente sobre el tema ansiedad mediante la revisión teórica de manera acertada

- Identificar la prevalencia de ansiedad que poseen los adolescentes tempranos por medio de la Escala de Ansiedad Infantil Spence (SCAS)
- Implementar un curso taller para la disminución de niveles de ansiedad mediante estrategias y técnicas cognitivo-conductuales

1.6 Marco conceptual

1.6.1 Definición de ansiedad

“La ansiedad en principio, es una emoción cuya finalidad es adaptativa, constituye un sistema de alarma biológica que prepara al individuo para la acción y contribuye tanto a su supervivencia como a su crecimiento personal” (De la fuente & Heinze, 2012).

1.6.2 Definición de adolescencia temprana

“La adolescencia temprana (aproximadamente entre 11 o 12 a 14 años), un periodo de transición de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento no solo en lo físico sino también en las competencias sociales y cognitivas, la autonomía, la autoestima y la intimidad” (Papalia, Olds, Feldman, 2001).

CAPÍTULO II.

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la ubicación.

La Escuela Primaria Antonio I. Villarreal ubicada en Oriente 6, No. 983, Orizaba, Veracruz Ignacio de la Llave. Se imparte Educación Básica dentro del sector Público. Donde los horarios de clases son en turno matutino y vespertino con Clave: 30DPR1588N y 30DPR3373A respectivamente. Con una población estudiantil global de alrededor de 1.000 estudiantes siendo el director José Luis Rosas Ramírez.

La Escuela Primaria Liceo es una escuela del sector privado que se encuentra ubicada en el municipio Orizaba, Veracruz De Ignacio De La Llave con clave 30PPR3639W que se encuentra ubicada en Avenida 2, Calle Emiliano Zapata, Col. El Espinal. Se imparten clases en horario matutino con un total de un aproximado de 100 alumnos conformado por seis grupos, un grupo por cada grado. Siendo su Directora Anabel Jiménez Castro.

2.2 Ubicación geográfica

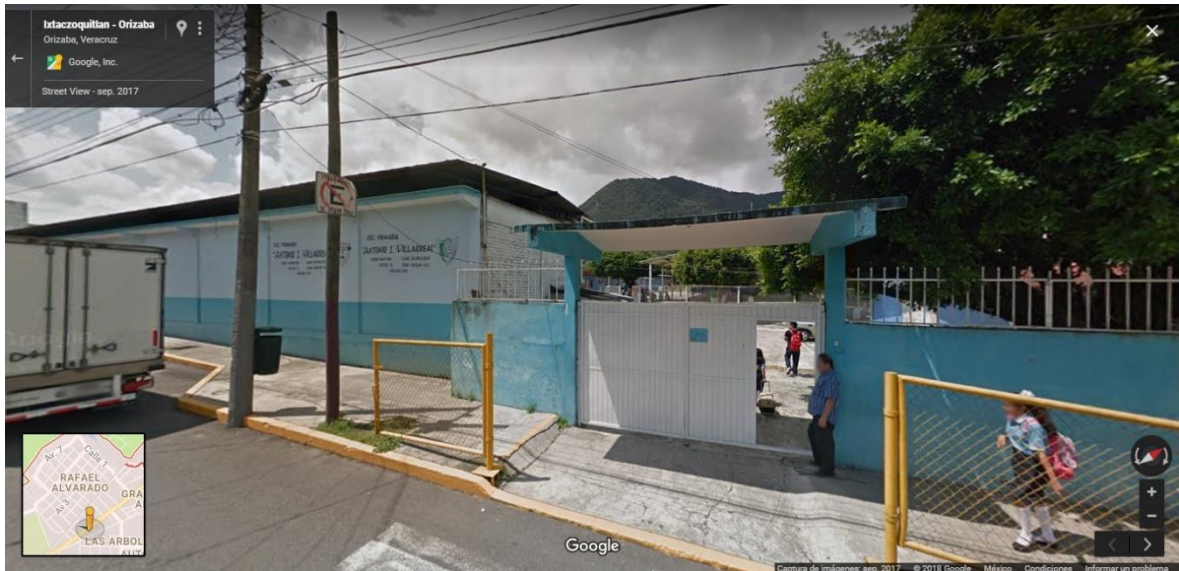


Figura 2.2.1 Parte externa de la Esc. Primaria Antonio I. Villarreal; Orizaba, Ver.



Figura 2.2.2 Ubicación de la Escuela Primaria Antonio I. Villarreal; Orizaba, Ver.



Figura 2.2.3 Parte externa de la Escuela Primaria LICEO, Orizaba, Ver.

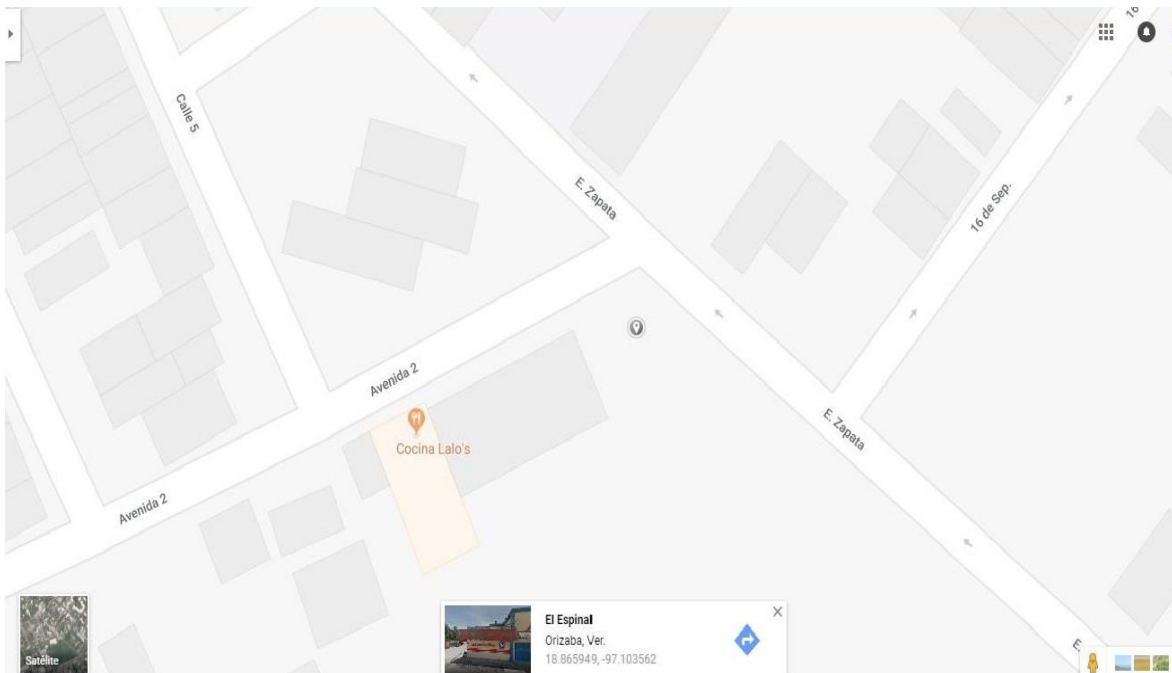


Figura 2.2.4. Ubicación de la Escuela Primaria LICEO, Orizaba, Ver.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Fundamentos teóricos de la ansiedad

Existen diferentes descripciones de ansiedad que se han dado a lo largo del tiempo por una gama de autores, desde su significado etimológico así como su conceptualización a través de los años. Siendo así importante y necesario la diferenciación con otras palabras y significados aparentemente iguales, tratando de concretar y especificar a su vez los aspectos que la clarifiquen.

Empezando desde su raíz etimológica; la palabra ansiedad proviene del “lat. *anxiētas*, - *ātis*. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” (RAE, 2014). Se refiere a que es una condición, es decir; transitoria o circunstancial en la que existen características particulares como un conjunto de signos/ síntomas que se presenta en determinada situación o estado, en este caso ansiedad.

Otros autores dicen que, la ansiedad es una respuesta humana universal que tiene por característica reaccionar a una situación adversa y futura con antelación. También como una respuesta propia del individuo cuando se presenta ante lo que

se considera un riesgo, en el que el cuerpo genera una señal de alarma como muestra de que algo está ocurriendo en su interior (Kaplan y Sadock, 1987).

Strachey (1999); nos dice que por lo que se refiere a “...la relación entre miedo y ansiedad tampoco ha sido demasiado clara. Freud, por ejemplo, diferenciaba la angustia —*angst*— del miedo —*furcht*— y del terror —*schreck*—, señalando que lo que distingue a la angustia del miedo se basa en la anticipación del peligro, por lo que no es necesaria la presencia real del objeto amenazante, mientras que el terror se caracteriza por la intensidad de la reacción. Jaspers (1998) también hacía esta distinción, sosteniendo que el miedo se encuentra orientado hacia algo o alguien, mientras que la ansiedad no presenta un objeto determinado. (Sarudiansky, 2013)

En pocas palabras, para llegar a lo que se definiría ansiedad tuvo que ser diferenciado y distinguido de otras para darle un significado propio, que con el tiempo evolucionaría y se detallarían sus elementos.

(...) Nos encontramos con un término —ansiedad— que etimológicamente se relaciona con otro —angustia—, pero que de manera descriptiva se asocia al miedo, al nerviosismo y a ciertos estados patológicos, ya sea como un cuadro nosológico más o menos completo, o en forma de signos o síntomas que complementan a otros trastornos. En ambas vertientes —la que

llamamos “positiva” y aquella más ligada con la patología—, la ansiedad se relaciona con un aumento de la tensión del organismo, ocasionado por la activación —psíquica y/o biológica— frente a la presencia de un peligro (real, imaginado o anticipado) o de una expectativa de diversa índole, lo cual trae como consecuencias un gran abanico de sensaciones, emociones y cogniciones difíciles de delimitar o de categorizar. Ello hace a la inespecificidad del constructo ansiedad. (Sarudiansky, 2013)

Recogiendo lo más importante, la comparativa de estado positivo o patológico de la ansiedad, se identifica con los mismos síntomas aunque su intensidad y persistencia es la que permite saber cuándo es patológica. Sin embargo ya que cuenta con una amplitud de síntomas es difícil delimitarla por su relación con otras aun así se han hecho estudios y esfuerzos por delimitar.

Así también (...) La “neurosis de ansiedad” o “neurosis de angustia” —cuya descripción más celebre fue realizada por Freud a finales del siglo XIX — fue, hasta la década de 1980, el diagnóstico por excelencia en torno a la ansiedad. Sin embargo, la generalidad y poca especificidad del término “neurosis”, sumado a los desarrollos en torno a las bases biológicas, psicológicas y sociales de la ansiedad —que privilegiaban una clasificación más descriptiva que conceptual para las investigaciones—, hicieron que sea finalmente removido de la tercera edición del manual diagnóstico de la

Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980), así como de sus posteriores ediciones. (Sarudiansky, 2012)

Asimismo “la ansiedad en principio, es una emoción cuya finalidad es adaptativa, constituye un sistema de alarma biológica que prepara al individuo para la acción y contribuye tanto a su supervivencia como a su crecimiento personal. Pero la ansiedad se torna patológica cuando su intensidad es excesiva, si se presenta en forma persistente y, en general, cuando ya no es una señal de alarma útil” (De la fuente y Heinze, 2012).

Finalmente, en el glosario del DSM V, la ansiedad es una “Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo” (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Y por último, “La ansiedad normal es definida como un estado de alerta apropiado a las diferentes situaciones de adversidad que se pueden presentar a lo largo de la vida. Escenarios de desafíos presentes o futuros” (Palermo, 2015).

Los términos que se han otorgado se encuentran relacionados entre sí. Han pasado por una discriminación de la que pudiera ser la mayormente correcta debido

a su vinculación con otros estados como antes se mencionaban “miedo, terror, angustia, neurosis”. Neurosis siendo excluida como diagnóstico de ansiedad desde tercera edición del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana hasta ahora.

Por conclusión, la ansiedad por sí misma es un estado necesario para el día a día, ya que permite responder frente a diferentes contextos de forma adaptativa ante estresores cotidianos, sin embargo lo que definirá entre lo que es adaptativo y no adaptativo, es la capacidad que exista para responder de manera funcional después de que la situación que la provoca ha desaparecido.

Así si el individuo no fuera capaz de manejar su estado de ansiedad de manera individual se convertiría en patológica, dicho de otra manera que lo que era transitorio se vuelva crónico, derivando un trastorno de ansiedad.

a) Mecanismo de ansiedad

Los psicólogos distinguimos cuatro factores para comprender el mecanismo de la ansiedad:

- 1.- Las *situaciones* que desencadenan las respuestas de ansiedad

2.- El *organismo*, o ser humano que experimenta la ansiedad en una situación determinada

3.- La *respuesta de ansiedad* en sí misma

4.- Las *consecuencias* de la respuesta de ansiedad

Lo que viene a representar dicho esquema es que, ante una determinada situación, una persona que tiene unas determinadas características, puede experimentar una respuesta de ansiedad- que se manifiesta en tres niveles distintos: pensamientos, sensaciones corporales y comportamientos observables- y tiene unas consecuencias que pueden hacer que se perpetúe el problema de ansiedad” (Moreno, 2008).

Situaciones desencadenantes de ansiedad

Casi siempre hay alguna situación concreta en la que típicamente se experimenta ansiedad. Estas situaciones suelen variar de unas personas a otras y de unos trastornos de ansiedad a otros.

Algunas situaciones que pueden desencadenar respuestas de ansiedad con frecuencia:

- Ir a lugares concurridos

- Montar en ascensores
- Permanecer en una cola o guardar nuestro turno
- Hablar en público
- Realizar exámenes
- Ser observado
- Recibir críticas
- Hablar con una persona atractiva o con autoridad
- Comer o beber delante de otros
- Viajar en avión
- Ver sangre o heridas
- Tocar objetos
- Tomar decisiones
- Acudir a entrevistas de trabajo
- Tomar conciencia de problemas menos de la vida cotidiana

Las situaciones pueden causar temores muy específicos y no son exclusivas de ningún trastorno. Esto significa que tener miedo a una situación no obliga a tener miedo a otras situaciones que pueden estar relacionadas. Esto es, una persona puede tener miedo de hablar en público, pero no tener miedo a la hora de abordar a una persona que le resulta atractiva. (Moreno, 2008)

Nuestra respuesta frente a la ansiedad

Es lo que ocurre con nosotros cuando tenemos “ansiedad”, lo que llamamos *síntomas de ansiedad*.

Esto incluye los pensamientos y las imágenes mentales atemorizantes (o *síntomas cognitivos*), las sensaciones físicas que se producen cuando estamos ansiosos o con miedo (o *síntomas fisiológicos*) y los que los demás pueden observar en nosotros cuando estamos nerviosos (o *síntomas motores*).

- a) Los *síntomas cognitivos* son los pensamientos y las imágenes mentales que vienen a nuestra cabeza cuando estamos ansiosos... No nos sentimos ansiosos por las cosas que nos pasan o por las situaciones en las que nos encontramos, sino por la interpretación que hacemos de esas situaciones, sensaciones, recuerdos o imágenes mentales.
- b) *Síntomas fisiológicos*. La ansiedad y el miedo se manifiestan corporalmente a través de numerosos síntomas: tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, elevada tasa de respiración, mareos, náuseas, sequedad de boca, sudor, temblores, enrojecimiento en la cara, escalofríos, oleadas de calor, dificultad para dormir, dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga, diarrea, etc...
- c) *Síntomas motores*. Cuando estamos ansiosos los demás notan muchos menos síntomas en nosotros de lo que pensamos... los

demás pueden ver que tartamudeamos un poco, que nos tiemblan las manos, que nos movemos de un lado para otro con inquietud, que discutimos o estamos irritables... pero si hay un síntoma motor que está presente en la mayoría de las personas que padecen ansiedad, este no es otro que la evitación o el escape de las situaciones que les ponen ansiosos o que les recuerdan sus preocupaciones, obsesiones, traumas. (Moreno, 2008)

b) Clasificación: Trastornos de la ansiedad

Como nos indican Belloch, A., Sandín, B, y Ramos, F. en su texto *Manual de psicopatología* (1995), “un trastorno de la ansiedad se define por la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo estos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona.”

Los trastornos pueden manifestarse de diferentes formas, en el que categorizándolos permite organizar cada trastorno basado en ciertos criterios, siendo posible para la comunicación entre el personal de salud así como proporcionar un diagnóstico.

Todos los trastornos se encuentran clasificados por la *American Psychiatric Association* (APA) dentro del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales. En la cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR) se encuentra el apartado trastornos de ansiedad integrada por: Fobias específicas, fobia social, agorafobia, trastorno estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés agudo. Y dentro del apartado de *trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia* se incluye ansiedad por separación y trastorno reactivo de la vinculación.

Posteriormente en el Diagnostic and statistical manual of mental disorders por sus siglas en inglés DSM, en la quinta edición se encuentran en los trastornos de ansiedad: Ansiedad por separación (integrado ahora en este apartado) mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada.

Así como la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, también conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades o por sus iniciales, CIE (o las siglas *ICD*, del inglés *International Classification of Diseases*) publicada por la OMS en su más reciente edición, la décima, CIE-10 se encuentra la clasificación de los trastornos de ansiedad conformados por: Agorafobia, fobias sociales, fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, reacción a estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de adaptación.

Igualmente como en el apartado de *trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia*: Trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos.

c) Prevalencia

La ansiedad se hace presente en algún momento de nuestras vidas, sin embargo en relación a los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad llegan a ser los que predominan dentro de la población en general y en contextos psiquiátricos.

En un comunicado de prensa conjunto: OMS/Banco Mundial notificaron que los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de la enfermedad no mortal. (OMS, 2018a)

De igual manera, cerca del 30% de los habitantes de México tienen riesgo de desarrollar algún trastorno mental a lo largo de la vida. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes (14.3%), incluso más que los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y del estado del ánimo (9.1%). El trastorno de ansiedad más prevalente en la población mexicana es la fobia específica (7.1%), seguido de la fobia social (4.7%), del trastorno por estrés postraumático (2.6%), la agorafobia (2.5%) y el trastorno de angustia (2.1%); el menos prevalente entre los mexicanos es el trastorno de ansiedad generalizada (1.2%). (De la fuente y Heinze, 2012).

Prevalencia en la niñez

Los trastornos de ansiedad (TA) son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. (Ruiz y Lago, 2005)

d) Edad de comienzo

Los trastornos de ansiedad pueden iniciar a diferente edad: el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas aparecen en la infancia y la niñez, la fobia social durante la adolescencia y la agorafobia, el trastorno por

estrés postraumático, el de angustia, y el de ansiedad generalizada en la edad adulta joven. (De la fuente y Heinze, 2012)

Recapitulando encontramos que los trastornos de ansiedad no solo son exclusivos de una etapa del desarrollo humano, sino que esta no es discriminativa en sexo, edad, raza. Siendo los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia en la población adulta e infantil en el que sus cifras siguen en aumento.

Además donde factores que dan origen a su incremento sea debido a desconocimiento del trastorno, la escasa o nula promoción de la salud mental, diagnósticos oportunos, etc. Siendo necesario el incremento y el trabajo conjunto para su intervención por parte de profesionales de la salud mental como son psicólogos, psiquiatras, así como un equipo multidisciplinario realizando la intervención especializada para su disminución, prevención.

3.2 Fundamentos teóricos de la adolescencia temprana

Cada etapa de la vida del desarrollo humano es diferente y mantiene sus crisis en cada estadio o episodio, haciendo notables esos “saltos” en la evolución de la persona, desde los cambios físicos, psicológicos, sociales e incluso

cognoscitivos en los que el individuo se enfrenta en su crecimiento que le permitirán responder ante los nuevos desafíos en su transición.

Freud describió la niñez media como un periodo de latencia. Para él, el lapso comprendido entre los seis y los 12 años es un período en el que permanecen latentes los celos y problemas familiares (lo mismo que impulsos sexuales). De ser así, el niño podría dirigir su energía emocional a las relaciones con los compañeros, las actividades creativas y el aprendizaje de las de las funciones que prescribe la cultura en la escuela o en la comunidad. (Craig y Baucum, 2001)

Posteriormente, OMS (2018b) define la *adolescencia* como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes

De la misma manera, “la adolescencia temprana (aproximadamente entre 11 o 12 a 14 años), es un periodo de transición de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento no solo en lo físico sino también en las competencias sociales y

cognitivas, la autonomía, la autoestima y la intimidad” (Papalia, Olds, Feldman, 2001).

Los cambios no solo son lo único que sucede durante la adolescencia, sino también existen amplias oportunidades que si se saben ser manejadas ante la crisis del adolescente les permitirán crecer de manera social, así como en el desarrollo de su autonomía, autoestima e integridad.

a) Desarrollo físico

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia del esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias.

La pubertad comienza cuando en un determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento, al parecer, está determinado por la interacción de genes, salud y ambiente, y puede estar relacionado con un nivel crítico del peso.

Entonces, la pubertad se presenta como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica. En las

niñas los ovarios inician con precisión la producción de estrógeno, la hormona femenina, mientras que en los muchachos los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona. Tanto los muchachos como las chicas tienen ambos tipos de hormonas, pero ellas tienen mayores niveles de estrógeno y ellos de andrógenos (...) el estrógeno estimulan el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y del vello del cuerpo. (Papalia y Olds, 2001)

En resumen, los adolescentes experimentan un aceleramiento de crecimiento y madurez física y biológica que no les resulta fácil sobrellevar en este período.

Algunos autores han observado a través de varias generaciones y han deducido la existencia de un descenso en de la edad en que comienza la pubertad y en cuanto a la estatura y madurez sexual que alcanzan los jóvenes.

La explicación que dan ciertos autores es que actualmente los adolescentes llevan un mejor nivel de vida. Son más saludables, llevan una alimentación mejor, hay mayor oportunidad de atención y maduran antes y crecen aún más. Sustentado en que la edad de la madurez sexual es menor en los países menos desarrollados que en las naciones más industrializadas (Papalia y Olds, 2001).

En la actualidad, los cambios que anuncian la pubertad suelen empezar a los ocho años en las niñas y a los nueve en los varones (Susman y Rogol, 2004 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012), pero existe un amplio rango de edades en las cuales se manifiestan diversos cambios. (...) Algunas investigaciones atribuyen la mayor emocionalidad y mal humor de la adolescencia temprana a esos desarrollos hormonales. En realidad, emociones negativas como la aflicción y la hostilidad, así como los síntomas de depresión que muestran las niñas, tienden a aumentar a medida que progresa la pubertad (Susman y Rogol, 2004 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012). Sin embargo, otros factores, como el sexo, edad, temperamento y el momento de la pubertad, pueden moderar o incluso cancelar las influencias hormonales. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

Otro punto es que en cuanto a aspectos físicos o conductuales notables en este periodo, existen también aspectos no tangibles, como lo que concierne en un órgano muy importante del hombre como lo es el cerebro. Este órgano también se desarrolla y permite responder ante situaciones correspondientes de cada etapa del desarrollo.

Entre la pubertad y la adultez temprana existen grandes cambios en las estructuras del cerebro en las que intervienen las emociones, el juicio, la conducta y el autocontrol.

La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales:

1) una *red socioemocional* que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares y 2) una *red de control cognoscitivo* que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos (Steinberg, 2007 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

(...)Además, los adolescentes procesan la información relativa a las emociones de manera diferente a los adultos. En un estudio, los investigadores examinaron la actividad cerebral de los adolescentes mientras identificaban emociones expresadas por rostros en la pantalla de una computadora. Los adolescentes tempranos (de 11 a 13 años) tendían a usar la amígdala, una pequeña estructura con forma de almendra que se localiza en lo profundo del lóbulo temporal y que tiene una importante participación en las reacciones emocionales e instintivas. Los adolescentes mayores (14 a 17 años) mostraron patrones más similares a los adultos, pues usaban los

lóbulos frontales que manejan la planeación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de impulsos, lo cual permite hacer juicios razonados más certeros. Esta diferencia podría explicar las elecciones poco sensatas de los adolescentes, como el abuso de sustancias y los riesgos sexuales. El desarrollo del cerebro inmaduro puede permitir sentimientos que anulan la razón e impiden que presten atención a las advertencias que los adultos consideran lógicas y persuasivas (Baird *et al.*, 1999; Yurgelun-Todd, 2002 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

La estimulación cognoscitiva en la adolescencia supone una diferencia fundamental en el desarrollo del cerebro. El proceso es bidireccional: las actividades y experiencias de una persona joven determinan qué conexiones neuronales se conservarán y fortalecerán, desarrollo que sostiene un mayor crecimiento cognoscitivo en esas áreas (Kuhn, 2006). Los adolescentes que “ejercitan” su cerebro mediante el aprendizaje para ordenar sus pensamientos, entender conceptos abstractos y controlar sus impulsos sientan las bases nerviosas que les servirán por el resto de su vida. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

b) Desarrollo cognitivo y cognoscitivo

La velocidad con que procesan la información sigue aumentando. Aunque en ciertos sentidos su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de

adentrarse en el pensamiento abstracto y elaborar juicios complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro.

Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo —las **operaciones formales**— cuando perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto. Esta capacidad, por lo regular alrededor de los 11 años, les proporciona una forma nueva y más flexible de manipular la información. Ya no están restringidos al aquí y ahora, sino que pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre.

Los investigadores del procesamiento de la información han identificado dos categorías de cambio mensurable en la cognición adolescente: *cambio estructural* y *cambio funcional* (Eccles, Wigfield y Byrnes, 2003 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012).

Cambio estructural Los cambios estructurales en la adolescencia incluyen 1) cambios en la capacidad de la memoria de trabajo y 2) la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo.

La capacidad de la memoria de trabajo, que aumenta con rapidez en la niñez media, sigue ampliándose durante la adolescencia. Dicha ampliación permite a los adolescentes lidiar con problemas complejos o decisiones que involucran múltiples piezas de información.

La información almacenada en la memoria a largo plazo puede ser *declarativa* (*saber qué*), *procedimental* (*saber cómo*) o *conceptual* (*saber por qué*).

Cambio funcional Los procesos para obtener, manejar y retener la información son aspectos *funcionales* de la cognición. Entre ellos se encuentran el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento, todos los cuales mejoran durante la adolescencia.

Entre los cambios funcionales más importantes se pueden mencionar 1) el incremento continuo de la velocidad del procesamiento (Kuhn, 2006 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012) y 2) un mayor desarrollo de la función ejecutiva, la cual incluye habilidades como atención selectiva, toma de decisiones, control inhibitorio de respuestas impulsivas y control de la memoria de trabajo. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

Ante la transformación de su propio cuerpo y su psiquismo, el niño experimenta la vaga necesidad de gestar una identidad propia. En la adolescencia, la identidad infantil ya no es suficiente y el niño intenta suplirla con una nueva identidad. Lo impulsa el reconocimiento de sus propias necesidades e intereses y se apoya en su identificación con otros. Dos consecuencias aparentes: el adolescente se hace más crítico y eventualmente sus propios juicios llegan a tener más peso para él que los ajenos, y su sentimiento de autoestimación descansa más en ellos. (De la fuente, 1992)

La personalidad influye en la forma en la que nos adaptamos y respondemos al medio ambiente. Erik Erikson, discípulo de Freud reconoció que el principio de

la infancia es un importante periodo para el desarrollo de la personalidad. Creía sin embargo, que nuestra personalidad pasa por varios estadios durante toda la vida. Cada estadio presenta una crisis (...) Cada crisis forma a nuestra personalidad y determina cómo resolvemos la crisis en la que nos encontramos hasta el siguiente estadio.

Un importante estadio de la teoría de Erikson es la crisis de identidad, que ocurre durante la pubertad. La identidad es el entendimiento de sí mismo y la apreciación que se tiene sobre los demás (O'Connor y Nikolic, 1990 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012) (...) la dificultad de la crisis de identidad en nuestra sociedad actual, está reflejada en el hecho de que este periodo está caracterizado por un número por un gran número de roles para elegir, que los adolescentes luchan por descubrir en ellos mismos (...) considerando que los cambios físicos afectan a la crisis de identidad (Worchel y Shebilske, 1998 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012).

Los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de identidad desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros. La fidelidad también puede ser una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una empresa creativa o un grupo étnico (Erikson, 1982 en Papalia y Feldman, Martorell, 2012). La fidelidad es una extensión de la confianza. En la infancia, es importante confiar en los demás para superar la desconfianza; en la adolescencia adquiere valor ser digno de

confianza. Los adolescentes extienden su confianza a los mentores y seres queridos. Al compartir pensamientos y sentimientos, el adolescente vislumbra una identidad tentativa cuando la ve reflejada en los ojos del ser querido. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

Dicho de otra manera, los adolescentes presentan una crisis en la transición de niñez a adolescencia. La búsqueda de su propia identidad y comprender el de otros resulta difícil en una sociedad en donde existen muchas opciones, que confunden al adolescente. Sin embargo si este lo maneja eficazmente se ve reflejada en la confianza en sí mismo y en otros, al contrario de quienes no lo hacen.

c) Aspectos psicológicos

La mayoría de los adolescentes se interesa más por su apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismos y a muchos no les gusta lo que ven en el espejo. Los muchachos quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser bonitas, delgadas pero de buena figura, y con una piel y un cabello hermosos (Tobin Richards, Boxer y Petersen, 1983 en Papalia y Olds, 2001). En ocasiones e infortunadamente, la ansiedad por su aspecto e imagen convierte la feliz relación madre-hija en un tenso viaje de compras, una experiencia desagradable, sin embargo, los padres que no toman la

insatisfacción de sus hijos adolescentes como un reproche personal, pueden ayudar a mantener o restaurar la autoestima. (Papalia y Olds, 2001)

Es decir, la importancia que le dan a su aspecto físico los jóvenes es de gran relevancia. Entendiendo que se les debe brindar el apoyo para generar autoestima o mantenerla por parte de los padres, así también la aceptación de sí mismos.

El adolescente se evidencia -entre otras cosas- a través de la existencia de un foco general en sí mismo y de los fenómenos a los que Elkind llama la «audiencia imaginaria» y la «fábula personal». El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos(as) a los(as) suyos(as) («Es ridículo que mi profesora espere que yo haga todas esas tareas cuando tengo un campeonato este fin de semana»). Por otra parte, siente y cree que los demás –en especial sus pares– están tan preocupados de su apariencia y conducta como él mismo, y que son a la vez tan críticos o admiradores de estas como él mismo lo es. Así, construye en su propio pensamiento una «audiencia imaginaria» y reacciona ante ella. Siente que está constantemente sobre un escenario, como actor principal, y que es centro de atención de un público constituido por todos sus pares, sobre el cual proyecta sus autoevaluaciones tanto positivas como críticas, y también sus preocupaciones («¿Cómo me voy a tomar el remedio en el colegio? ¡Todos se van a dar cuenta de que tengo un

problema!» o «¡No puedo ir a la fiesta con esta espinilla! ¡Todo el mundo me va a encontrar horrible!»). Elegirá también –entre otras cosas- su vestimenta, peinado, accesorios, lenguaje y música, y tendrá conductas específicas (incluso de riesgo), para satisfacer y/o ser admirado por esta audiencia. La «fábula personal» se refiere a la creencia del adolescente de que es un ser único. Este fenómeno se aprecia en la convicción de que sus pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias son muy especiales, incluso únicos(as), y que los demás son incapaces de llegar a entenderlos. (Gaete, 2015)

Recapitulando, el adolescente se caracteriza por dos cosas según el autor, por la audiencia imaginaria, es decir; todas las personas que la rodean están observándolo, y buscará forma de ser aceptado y elogiado por esa audiencia. Segunda, la fábula personal, lo que siente, piensa y hace, es importante y que nadie es capaz de comprenderlo.

Comprendiendo de lo anterior que el adolescente al no ser admirado él puede generarle un gran malestar emocional o ansiedad por no cumplir las “expectativas” de dicha audiencia, de igual forma aislamiento por creer que nadie es capaz de comprenderle o ayudarlo.

d) Influencias en el desenvolvimiento y desarrollo del adolescente

Dentro del libro de fundamentos del desarrollo humano (Papalia y Olds, 2001) mencionan “Un estudio entre más de 30 000 alumnos de último año de secundaria en más de 1 000 planteles, demostró que los estudiantes con los mejores grados tienden a ser aquellos cuyos padres estuvieron más vinculados a la vida de sus niños.

Varios estudios entre cerca de 6 400 estudiantes de secundaria de California compararon sus logros con base en la participación de los padres en uno de los siguientes estilos de educación: Los padres democráticos les dicen a los adolescentes que miren a ambos lados de los temas, admiten que, en ocasiones, los niños saben más que los padres (...) y propician la participación de los jóvenes en las decisiones familiares. Los padres autoritarios le dicen a los adolescentes que no contradigan o cuestionen a los adultos, y que lo sabrán mejor cuando crezcan (...) los padres permisivos no se interesan por los resultados, no tienen normas acerca de ver televisión, no asisten a programas escolares y nunca ayudan o revisan el trabajo escolar de sus hijos. Los hijos de padres democráticos tienden a lograr mejores resultados escolares.

En pocas palabras, la mayor influencia en el logro no solo académico sino de manera global es el ambiente que existe dentro del hogar, en cuanto como y que hacen los padres sobre la educación del adolescente como también su relación con

ellos y la estabilidad de la familia que hacen propicio el éxito y la mejor estabilidad del adolescente en un periodo de desarrollo complicado.

“el ejercicio, o la falta de él, influyen en la salud física y mental. Los beneficios del ejercicio regular incluyen mayor fuerza y resistencia, huesos y músculos más sanos, control del peso, disminución de la ansiedad y el estrés así como mejora de la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar. El ejercicio también disminuye la probabilidad de que el adolescente participe en conductas de riesgo. Incluso la actividad física moderada ofrece beneficios para la salud si se realiza con regularidad por lo menos 30 minutos al día. Un estilo de vida sedentario puede tener como resultado un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo II, dos problemas que son cada vez más comunes entre los adolescentes. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

En resumen la práctica de alguna actividad física, mejora la autoimagen. Los adolescentes se encuentran preocupados en cómo se ven y como los perciben sus iguales; les brinda una apariencia de vitalidad y frescura. Su desenvolvimiento social se ve mejorado a través de participar o formar parte de un grupo/ equipo deportivo diverso así como múltiples beneficios en su persona como una disminución de ansiedad el estrés como de enfermedades.

En cuanto a las necesidades y problemas del sueño en la adolescencia las demandas del sueño regularmente no son satisfechas, y van en aumento debido a que se encuentran inmersos la tecnología: teléfono celular, tabletas, lap-top, consolas con lo que van restando importancia al sueño.

“Se dice que la privación de sueño entre los adolescentes se ha convertido en una epidemia (Hansen, Janssen, Schiff, Zee, y Dubocovich, 2005 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012). En un estudio que se realizó en 28 países industrializados, un promedio de 40% de los adolescentes (sobre todo los varones) indicaba somnolencia matutina al menos una vez a la semana, y 22% dijo sentirse adormilado casi todos los días (Scheidt *et al.*, 2000 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012). A medida que crecen, los niños suelen ir a la cama más tarde y duermen menos los días en que concurren a la escuela. El adolescente promedio que a los nueve años dormía más de 10 horas por la noche a los 16 duerme menos de ocho horas. En realidad, los adolescentes necesitan tanto sueño o más que cuando eran más jóvenes. Dormir más los fines de semana no compensa la pérdida de sueño durante la semana escolar (Hoban, 2004; Sadeh, Raviv y Gruber, 2000 en Papalia, Feldman, Martorell, 2012). El patrón de ir tarde a la cama y dormir de más en las mañanas puede contribuir al insomnio, un problema que suele empezar en la niñez tardía o la adolescencia. La privación de sueño puede

minar la motivación y ocasionar irritabilidad, además de afectar la concentración y el desempeño escolar. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

3.3 Fundamentos teóricos del modelo cognitivo- conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en su aplicación clínica en psicología está fundamentada en principios empíricos que ha evolucionado a través de los años a partir de los años 50 en que esta apareció. Inicialmente como Terapia Conductual (TC) en el que se refería a que toda conducta observable podía ser modificada, posteriormente y como ahora se conoce, en donde el componente cognitivo, es decir; las creencias y pensamientos generan ciertas reacciones un comportamiento en el individuo. En conjunto, ambas pretenden proporcionar herramientas que ayuden a adaptarse al medio y brindar una mejor calidad de vida (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012).

a) Fundamento Histórico

Referente a la historia del TCC Ruiz et. al (2012) dijeron: Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación,

refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos... Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. . En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición recíproca.

Desde años anteriores se ha buscado la forma de dar solución a diversas problemáticas, aunque anteriormente las estrategias implementadas no se les otorgaban el nombre y estructura que ahora poseen, dieron apertura a su renovación e implementación en la actualidad.

Posteriormente en los años 70, algunos autores dentro del área de la salud, comenzaron a considerar los elementos cognitivos con mayor importancia en la obtención, conservación y modificación de conducta que la que brindaba la Terapia de conducta (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012).

La evolución y la relación de ciertas escuelas llevaron a encontrar una nueva idea para mantener y cambiar una conducta así en conjunto la Terapia de Conducta (TC) se volvería a lo que es la TCC Terapia Cognitivo Conductual.

b) Clasificación de las técnicas de la TCC

Las técnicas y estrategias en la terapia cognitivo conductual son clasificadas por una gama de autores, sin embargo, una de las clasificaciones más conocidas y con aún vigencia es la de Mahoney y Arnkoff de 1978. Clasificada de la siguiente manera:

- *Técnicas de reestructuración cognitiva.* Se centran en la identificación y modificación de las creencias que generan o mantienen un problema.
- *Técnicas para el manejo de situaciones.* Es enseñar destrezas para enfrentar, afrontar, de manera eficaz problemáticas.
- *Técnicas de solución de problemas.* Está encaminada a modificar la manera en que la persona resuelve sus problemas por medio de un método sistemático que le ayude a llegar a una mejor resolución (Ruiz, Diaz, Villalobos, 2012).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Albert Ellis (1913-2007), fue el creador de la terapia racional emotiva conductual que tiene por finalidad cambiar los elementos cognitivos desadaptativos

(creencias irracionales) que generan estados de perturbación psicológica (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012).

Es decir la TREC se enfoca en que las creencias originan consecuencias en las personas a nivel emocional y conductual. A su vez, busca que estas creencias pueden ser cambiadas para lograr la consecución de objetivos y metas.

Modelo ABC

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores que realicen de estas situaciones estimulares. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis (1984) propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012)

Dicho modelo surge al observar que a la consecución de una meta hay una serie de elementos que llevan a su realización. Con la finalidad de comprender la correlación de estos elementos (acontecimiento, pensamiento y consecuencia) se

propone el modelo ABC que dice que a cada suceso le compone un pensamiento y una consecuencia. Es decir que, si no hay un elemento activador lo demás no podría existir.

“La TREC se ha centrado en resaltar la repercusión que las Creencias Racionales e Irracionales (B) tienen en las consecuencias emocionales y en la consecución de las metas y propósitos” (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012).

Role- Playing

“El Role-Playing se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada” (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012)

Esta técnica tiene como finalidad simular una situación real para hacer consiente al paciente. Se comprueba que los pensamientos iniciales sobre lo que va a ocurrir no son precisamente ciertos, ya que existen opciones diferentes a las que se piensan.

Auto-observación y auto-registro

Equivalente a la línea base conductista, permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo (puntuando p.ej., de a 100). A partir de la perspectiva cognitiva, este procedimiento no solo proporciona una evaluación conductual, sino que permite iniciar otras intervenciones destinadas a cuestionar el procesamiento de la información que lleva a cabo el cliente. (Feixas y Miró, 1993)

Recauda información de manera sistemática y periódica, permitiendo observar que hace y cada cuando se hace cierta situación para posterior hacer una intervención.

Detención del Pensamiento

La técnica de detención de pensamiento (DP) fue sugerido por primera vez por Bain en una de sus obras titulada "Thought Control in Everyday Life" y retomada en los años 50 por Wolpe. Dicha técnica ha demostrado ser muy efectiva a la hora de contener pensamientos que son inoportunos y que generan diferentes reacciones de inestabilidad en la persona. La técnica consiste que a través de un "ALTO o STOP" al momento de la aparición del pensamiento disfuncional que afecta frecuentemente (imágenes o verbales) se conduzca a uno agradable y útil (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012).

Relajación Progresiva

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda. (Ruíz, Días, Villalobos, 2012)

La relajación progresiva tiene por objetivo disminuir los niveles de activación a través de la disminución progresiva de la tensión muscular mediante tensor y distender un grupo de músculos y tomar conciencia de las sensaciones que se producen al tensor y al distender, y en esta última, es decir la relajación “empaparse” de ella.

Solución de problemas

Ruiz et al. (2012) Nos dicen: El proceso de solución de problema (PSP) se puede definir como la secuencia cognitivo- conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben

ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida.

Es un proceso para comprender, valorar y adaptarse a aspectos estresantes de la vida. Brindando los pasos para un afrontamiento correcto y adaptativo ante las vicisitudes de la vida.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TESIS

4.1 Contextualización de la propuesta.

Nombre: Curso taller “Tiempo fuera” para la disminución de niveles de ansiedad en adolescentes tempranos

Objetivo: Disminuir los niveles de ansiedad en los adolescentes tempranos mediante el curso taller “Tiempo fuera”

Justificación:

La ansiedad ha sido compañero temporal de todos en algún momento de dificultad o adversidad, sin embargo, frente a la evolución de las personas y su entorno, su prevalencia ha aumentado, ahora no solo como compañero temporal y como impulso para el crecimiento personal; sino como un compañero que no permite el avance y propicia el bloqueo de la persona haciéndola disfuncional, siendo la ansiedad excesiva y frecuente, convirtiéndose en algún trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad no tienen distinción en sexo y edad. La edad frecuente en inicio de algún trastorno de ansiedad es a la edad de 6 años. Siendo la ansiedad por separación de mayor prevalencia a la edad mencionada. Por ende, la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinar para la reducción de casos de ansiedad.

La población menos estudiada como psicoeducada son los adolescentes tempranos, teniendo una mayor dificultad para afrontar las situaciones, puesto que existen mayores cambios físicos, psíquicos, morales y retos que alteran su equilibrio. Si el individuo no cuenta para esto con los medios para reaccionar ante situaciones que le generen ansiedad, será incapaz de resolverlo de manera correcta y funcional.

Es por eso que el presente curso-taller es dirigido a la población en la etapa de adolescencia temprana, ya que en esta etapa del desarrollo cuenta no solo con contras, sino con pros que permiten que se genere mejor aprendizaje, y retención de los eventos vivenciales. En el siguiente trabajo se proporcionará técnicas que tienen por finalidad disminuir los niveles de ansiedad existentes, de igual forma a que estos no se acentúen o incrementen. Permitiendo una mente más sana, más feliz y haciendo personas más funcionales en su vida diaria.

Área: Clínica

“La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes” (Sánchez, 2008).

Toda área o campo de la psicología, demanda que constantemente se informe, actualice y renueve. Así como, integre y refuerce los componentes básicos de su función brindando a sus clientes una mejor calidad de servicio en su área.

De igual forma “El estudio del comportamiento por parte de la Psicología Clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, cara a remediar el problema, y en su caso, prevenirlo” (Psicología Clínica & Psiquiatría, 2003).

Además, “La psicología clínica está enfocada directamente en el ámbito de la salud, la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante los eventos de la vida. En suma, la psicología clínica se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental” (Sánchez, 2008).

Como se ha mencionado, la Psicología Clínica estudia e identifica los problemas del individuo que le dificultan vivir plenamente, ya sean “malestares” cognitivos, emocionales, conductuales.

Como también es un campo que dispone de sus propios métodos, modelos, procedimientos, técnicas para su intervención terapéutica o preventiva para dar solución a las problemáticas que conciernen a la salud mental.

Por otra parte, “el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos” (Sánchez, 2008).

“Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal” (Sánchez, 2008).

Hay que destacar la importancia del Psicólogo clínico como un profesional capacitado que conoce, promueve, interviene en la mejora de la salud mental de los individuos y que genera un impacto en el desarrollo de la estabilidad de las personas.

4.2 Desarrollo de la propuesta



ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN
SESIÓN 1 Aproximación a el tema ansiedad
SESIÓN 2 Técnicas de afrontamiento
SESIÓN 3 Técnicas de afrontamiento
SESIÓN 4 Herramientas de Prevención

Introducción

El presente Curso-Taller “Tiempo fuera” para disminuir niveles de ansiedad brinda ayuda a los adolescentes tempranos (11-14 años). Siendo la adolescencia temprana una población que se enfrenta a grandes oportunidades de crecimiento (cognoscitivos) y a su vez, a cambios acelerados (físicos). Es normal que se presente ansiedad en ese periodo, sin embargo su duración e intensidad dependerá de sus habilidades y destrezas para hacerle frente.

En datos estadísticos la población infantojuvenil tiene mayor prevalencia a los trastornos de ansiedad. Con tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. La ansiedad de separación es más común en niños y la fobia social en adolescentes.

La etapa de la adolescencia temprana es vulnerable no solo por la transición que pasan, e independiente de aspectos personales, los factores generadores de ansiedad pueden ser por: el nivel de vida que lleven, su estatus socio-económico, como también que tan familiarizados están con este tipo de temas (Psicoeducación), la crisis de identidad, la importancia que le dan a su apariencia, el tipo de vínculo que tienen con sus padres y pares etc., son factores que pueden generar ansiedad.

Este curso taller tiene como finalidad proporcionar a los adolescentes tempranos primeramente conocimientos sobre la ansiedad para poder identificarla en ellos mismos, brindar estrategias y herramientas para afrontar la ansiedad de manera eficaz y disminuir sus niveles ansiosos, logrando un mejor desenvolvimiento y estabilidad en su vida cotidiana.

SESIÓN 1

Objetivo	Informar e introducir a los alumnos sobre el tema de ansiedad y sus características principales
Material	Hoja de identificación, Escala, Cañón, Hojas, Lápices/lapiceros
Estrategias	<ul style="list-style-type: none">• Actividad vaciado de datos/ Hoja de identificación• Nombres y Adjetivos. Generar un ambiente de confianza entre ponente y participantes por medio del juego• Definiendo Ansiedad. Sondar el conocimiento del grupo sobre el tema a través de preguntas así como dar su definición y explicación.• Categorizando el síntoma. Sondar el conocimiento del grupo sobre el tema a través de preguntas, así como definirlo y esclarecerlo• Conociendo mi esquema ABC. Obtener conocimiento e identificar los pensamientos irracionales que impiden la consecución de objetivos• Reestructuración cognitiva. Enseñar a cambiar los pensamientos irracionales y/o emociones negativas insanas• Pizza masaje. Disminuir la respuesta física de la ansiedad de una forma divertida

Actividad 1.- Aplicación de Escala Ansiedad Spence

Tiempo: 35 minutos

Actividad 2.- Vaciado de Datos/ Hoja de identificación

Tiempo: 10 minutos

Hoja de identificación

Instrucciones: Con lapicero, contesta de la manera más honesta, tachando, subrayando o escribiendo según sea el caso, lo que se te pide.

No. De lista: _____ Grado y Grupo: _____

Edad: _____ Sexo: M F

Ubicación en la familia:

a) Hijo único b) Hijo menor c) Hijo mayor e) Otro: _____

Cuántos integrantes viven en tú casa (incluyéndote a ti):

a) 2 b) 3-4 c) 5-6 d) 6 o más

Vivo con:

a) Ambos padres b) Solo con uno de mis padres d) Con abuelos
e) Tíos f) Otro: _____

Situación actual de tus padres:

Madre soltera: SI NO

Padre soltero: SI NO

Divorciados: SI NO

¿Practicas algún deporte (natación, basquetbol, voleibol, entre otros)?

a) Sí c) No

Si pudieras definir como es tu alimentación, sería:

a) Excelente b) Buena c) Mala

¿Cuántas horas regularmente duermes?

a) 8 o más b) 7 o 6 c) 6-5

Actividad 3.- Dinámica de integración: Nombres y adjetivos

Tiempo: 20 minutos

Objetivo: Generar un ambiente de confianza entre participantes y ponente por medio del juego.

Instrucción:

Los participantes pensarán en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. El adjetivo debe empezar con la misma letra que sus nombres; iniciarán mencionando su nombre y después “estoy... o, me siento...” por ejemplo; “Soy Fernando y estoy feliz”. O “Soy Inés y me siento increíble”. Al pronunciar el adjetivo, también pueden actuar para describirlo

Actividad 4.- Contenido Temático: Definiendo Ansiedad

Tiempo: 20 minutos

Objetivo: Sondear el conocimiento del grupo sobre el tema a través de preguntas, así como definirlo y esclarecerlo.

Material: Diapositivas, cañón o pantalla, cableado, manual

Instrucción:

El ponente realizará preguntas con la finalidad de adquirir información sobre el conocimiento previo del tema. Posteriormente se mostrará en diapositiva una definición de ansiedad simple y clara que permita comprender con mayor facilidad así como recordar a los participantes. Se explicará y despejarán dudas si estas existieran.

Preguntas: ¿Han escuchado decir a alguien estoy “ansioso” o el término ansiedad? ¿Saben en qué consiste? ¿Alguna vez han experimentado ansiedad? ¿Cuándo? ¿Qué sucede cuando se tiene ansiedad (síntomas)? ¿Cómo lo han manejado o controlado?

“La ansiedad en principio, es una emoción cuya finalidad es adaptativa, constituye un sistema de alarma biológica que prepara al individuo para la acción y contribuye tanto a su supervivencia como a su crecimiento personal. Pero la ansiedad se torna patológica cuando su intensidad es excesiva, si se presenta en forma persistente y, en general, cuando ya no es una señal de alarma útil”

(De la fuente y Heinze, 2012).

Por último, en su manual, escribirán con sus propias palabras qué es ansiedad y cuando se vuelve patológica.

**Actividad 5.- Contenido temático: Categorizando el síntoma
Tiempo: 30 minutos**

Objetivo: Adquirir conocimiento sobre los síntomas de la ansiedad así como su categorización

Material: Diapositivas, cañón o pantalla, cableado

Instrucción: Se les mostrará en diapositivas la categorización de los síntomas ansiosos y se explicarán.

Posteriormente se realizará un juego *-¿Qué estoy sintiendo?-* el ponente formará equipos en el que cada uno y al azar representará una categorización sintomática de la ansiedad, los integrantes del equipo a través de mímica actuarán el síntoma o síntomas que corresponde a la categoría, los observadores tendrán que adivinar que síntomas son y a que categoría corresponde.

**Actividad 6.- Técnica reforzadora: Conociendo mi esquema “ABC”
Tiempo: 40 minutos Autor: Albert Ellis**

Objetivo: Obtener conocimiento e identificar los pensamientos irracionales que impiden la consecución de objetivos o metas así como el bienestar general de la persona

Material: Manual, Lápices

Instrucción: El ponente explicará concisamente en que consiste el esquema ABC a través de un cuento:

Mi pensamiento “Amigo o Enemigo”

Un hombre llamado Albert Ellis o solo Ellis si lo prefieren, fue un psicólogo, que creía que nuestros pensamientos tienen un gran efecto en nuestra conducta y en nuestras emociones y que esos pensamientos podían dirigirnos o no a llegar a cumplir nuestras metas o sueños

Algunos pensamientos que identifiqué que impedían llegar a cumplir nuestras metas, los llamo “pensamientos irracionales” en donde estos son ilógicos y

que no se relacionan con la realidad por ej. "Debería SIEMPRE hacer las cosas bien, sino soy un inútil"

Para identificarlo mejor, creo un esquema que llamo como las tres primeras letras del abecedario "ABC": En el que A se refiere a los acontecimientos o eventos que nos ocurren, B a las creencias, pensamientos que se originan (la interpretación de lo que nos ocurre), C a la respuesta/ consecuencia que puede ser cognitiva, conductual o emocional

Ellis tuvo como finalidad ayudar a las personas identificar los pensamientos que no permiten a las personas cumplir con sus metas, sueños o propósitos y así poder modificarlos

Preguntas: ¿Qué creía Ellis sobre los pensamientos? ¿Cómo llamo a los pensamientos que impiden llegar a nuestras metas? ¿Qué significan las siglas ABC? ¿Con qué finalidad creo ese esquema?

Posteriormente en su manual trabajarán con su esquema ABC, donde se muestra un ejemplo. Después de eso habrán de identificar al menos tres situaciones en específico de ellos mismos y completar el esquema

Una vez colocado por lo menos tres eventos específicos, mediante una actividad identificarán si existieron entre ellos un pensamiento irracional

Actividad: *¿Cuál es tú P.I?* Por medio de diapositivas se presentarán algunos pensamientos irracionales, en el proceso de lectura se cuestionará si alguno de esos pensamientos lo ha tenido a alguno de ellos o si se parece a alguno que hayan colocado en su cuadro

CONOCIENDO MI ESQUEMA "ABC"



Julio

cada vez que tiene clase de matemáticas



o realiza algún



ejercicio matemático

, piensa para sí mismo "No puedo" "Soy un tonto" "No lo lograré"



ocasionando que no complete o termine sus ejercicios y evadiendo todo lo que se



relacione con las matemáticas

 Acontecimiento A	 Pensamiento, creencias B	 Consecuencias C
Ej. Una clase de matemáticas, o realizar un ejercicio matemático 1.- 2.- 3.-	"No puedo" "Soy un tonto" "No lo lograré"	No realiza sus ejercicios de matemáticas, no hace el esfuerzo por realizarlos, y evita hablar del tema

Actividad 7.- Técnica reforzadora: Reestructuración cognitiva
40 minutos

Tiempo:







Autor: Albert Ellis

Objetivo: Enseñar a modificar los pensamientos irracionales y/o emociones negativas insanas

Material: Cañón, diapositivas, Manual

Instrucción: El ponente explicará mediante diapositivas sobre las emociones adaptativas y desadaptativas así como el generar la creencia racional permitirá el bienestar, felicidad del individuo y el cumplimiento de sus metas

Finalmente, completarán el siguiente cuadro, como se ejemplifica

			<p>Cuestionamiento de la creencia irracional</p> 	<p>Creencia racional alternativa</p> 	<p>Nuevo resultado</p> 
<p>Una clase de matemáticas, o realizar un ejercicio matemático</p> <p>1.-</p> <p>2.-</p> <p>3.-</p>	<p>“No puedo” “Soy un tonto” “No lo lograré”</p>	<p>No realiza sus ejercicios de matemáticas, no hace el esfuerzo por realizarlos</p>	<p>¿Realmente no puedo realizar el ejercicio?</p>	<p>Se me dificulta, pero puedo dar mi mejor esfuerzo</p>	<p>Completar los ejercicios</p>

Actividad 8.- Pizza Masaje

Tiempo: 45 minutos

Objetivo: Disminuir la respuesta física de ansiedad por medio del masaje, de una manera divertida.

Material: Sabana o toalla por cada pareja

Instrucción: Se colocarán por parejas, el ponente indicará que deben decidir quién quiere ser “A” quien quiere ser “B”, una vez que hayan decidido se les mencionará sus funciones: A será el chef que con mucho cariño y atención preparará una deliciosa pizza y B se colocará sentado de espaldas haciendo la función de pizza.

Después se les guiará e instruirá a “A” insistiendo en que tienen que hacerlo de una forma muy delicada porque si no los ingredientes se pueden estropear. ¡Se inicia!

1. Amasamos: Con las yemas de los dedos simulamos que amasamos
2. Estiramos la masa: Hacemos movimientos como de rodillo con el antebrazo por la espalda
3. Elegimos la forma de la pizza: con el dedo trazamos sobre la espalda la forma que queramos para nuestra pizza: circular, triangular, cuadrada...
4. Ingredientes: Echamos tomate haciendo círculos con la palma de la mano.

Podemos poner rodajas de salami o jamón y damos pequeñas palmadas con la mano como si estuviéramos colocando cada uno de los ingredientes.

Añadimos unas aceitunas y vamos marcando con el dedo los puntos donde las colocamos.

Después queso rallado y cosquilleamos brevemente la espalda y un poquito de orégano mientras hacemos unos roces muy suaves.

5. Al horno: frotamos las manos unas con otras y las colocamos sobre la espalda, el niño sentirá la sensación de calor. Lo podemos repetir varias veces.

6. A comer: cortamos la pizza en porciones con el canto de la mano por la espalda del niño y simulamos que la comemos.

Invitaremos a todos los chef que hagan lo mismo con sus pizzas. Incluso podemos darnos a probar unos a otros. Después se invierten los roles en pareja.

SESIÓN 2

Objetivo	Aprender a reconocer síntomas ansiosos y a implementar estrategias de afrontamiento
Material	Hojas, lápices, música/bocina, accesorios para disfrazarse, pelota mediana de plástico
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Recordando lo aprendido. Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior • Role Playing: Viendo mi reflejo. Evaluar e identificar los factores de ansiedad propios y representarlos por medio del Role – Playing • Auto observación y Autorregistro de una conducta. Aprender a reconocer y conocerse en situaciones generadoras de ansiedad • Técnica detención del pensamiento. Adiestrar para la detención de un pensamiento disfuncional y redireccionarlo • Técnica de respiración profunda. Instruir sobre el uso de la respiración profunda como medio para la reducción del nivel de activación general • Dinámica de complementación: la pelota de los cumplidos. Reforzar la valía y generar autoconfianza en sí mismos • Ataque de vergüenza. Proporcionar a la persona la posibilidad de debatir aquellas creencias irracionales de actos que considera como “vergonzosos” y que le producen un malestar emocional

Actividad 1.- Recordando lo aprendido

Tiempo: 10 minutos

Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior.

Actividad 2.- Role- Playing: Viendo mi reflejo**Tiempo: 45 minutos****Autor: Aarón Temkin Beck**

Objetivo: Evaluar e identificar los factores de ansiedad propios y representarlos por medio del Role - Playing

Instrucción: Se formaran equipos en donde cada uno de ellos, expresará a su equipo algún factor que les haya ocasionado ansiedad, posterior a eso escogerán cual habrán de representar.

Al finalizar cada equipo, los espectadores harán una retroalimentación que consistirá en discutir las creencias que se presentan, ayudándoles a generar otras nuevas más funcionales para controlar o manejar la ansiedad frente a esa situación actuada.

El ponente deberá tener control sobre el grupo para un orden en la participación.

Actividad 3.- Auto observación y Autorregistro de una conducta:**Aprendiendo a reconocer y conocerme****Tiempo: 30 minutos**

Objetivo: Aprender a reconocer y conocerse en situaciones generadoras de ansiedad

Material: Manual, lápices

Instrucción:



La auto observación permite detectar los propios pensamientos, emociones y conductas frente a determinadas situaciones, identificando aquellas que son desadaptativa para el cambio o ajuste más viable.


El Autorregistro recoge información sobre el estado emocional a lo largo del día o semana y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye un malestar y sirve de línea base para comparar los cambios posteriores.

El ejercicio consiste en complementar los cuadros de acuerdo a lo que se pide, el primer cuadro contiene un ejemplo, una vez explicado y entendido escribirán dos situaciones que le generaron ansiedad el día anterior. Habiendo realizado lo anterior, como tarea efectuará la misma dinámica por una semana.

Para reforzar la auto observación y registro, cada que hayan anotado una situación que les ha generado ansiedad, colocarán dentro de un frasco un frijol, así cada que experimenten ansiedad. Contabilizarán el # de frijoles en el frasco al término de una semana.

MI DIARIO “YO TAMBIÉN ME PREOCUPO”

	<p>Situación o personas generadora de ansiedad</p>	<p>Nivel de intensidad (0-10)</p> 	<p>Pensamiento, conducta o emoción</p>
<p>Ej. Lunes</p> <p>1.-</p> <p>2.-</p>	<p>Participar en clase</p>	<p>8</p>	<p>Si me equívoco quedaré como un tonto</p>

<p>Día</p>  <p>Lunes</p>	<p>Situación</p> 	<p>Nivel</p> 	<p>Pensamiento, conducta o emoción</p> 
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

Actividad 4.- Técnica detención del pensamiento

Tiempo: 30 minutos

Autor: Bain-Wolpe

Objetivo: Adiestrar para la detención de un pensamiento disfuncional y redireccionarlo

Material: Manual, lápices

Instrucción:

Explicación La técnica de detención del pensamiento consiste en un método simple que sirve para contrarrestar pensamientos rumiativos (repetitivos) ya sea por imágenes o verbales, que llegan a generar un estado de ansiedad. Busca conducir a la persona a la identificación de pensamientos disfuncionales y a través de la detención del pensamiento llevar a la redirección del mismo a un estado funcional.

Actividad En su manual anotarán 3 situaciones que les afectan recurrentemente, escribiendo el pensamiento que detona de manera muy breve (ej. No voy a hacerlo bien)

De igual forma escribirán 3 situaciones ahora las resulten agradables y tranquilizadoras (ej. Un amanecer)

Una vez que todos lo tengan, cerrarán los ojos, sentándose de manera que se sientan cómodos, relajando el cuerpo, traerán a su mente solo uno de los pensamientos problema que escribieron ¿Listo? Coloquen una mano en la paleta sí es así

Una vez inmersos en el pensamiento, el ponente gritará STOP acompañada de una acción que aporte fuerza al término (ej. Un golpe en la mesa o pizarrón)

Aprovechando el vacío mental provocado por la interrupción traerán a sus mentes un pensamiento agradable que previamente escribieron

SE REPETIRA LA ACTIVIDAD CON EL MISMO PENSAMIENTO:
Rumiación – STOP – Pensamiento agradable –

*De manera **personal y auto aplicado** también pueden realizarlo con variaciones diferentes como:*

Cuando el pensamiento se haga presente, no es necesario cerrar los ojos solo en sus mentes pueden decir STOP, ALTO reforzándolo/o con un aplauso un chasquido de dedos; atajando el pensamiento

¡Importante! *No olvidar después de parar el pensamiento, sustituirlo por uno agradable, que su finalidad será reedireccionar el pensamiento a uno adaptativo*

Con la práctica podrán parar el pensamiento de manera automática

Actividad 5.- Técnica de respiración profunda
Autor: Mariano Chóliz

Tiempo: 20 minutos

Objetivo: Instruir sobre el uso de la respiración profunda como medio para la reducción del nivel de activación general

Instrucción: El ponente indicará lo siguiente:

- Deberán sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
- Imaginarán una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
- Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.

- Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”
- Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación como “me siento tranquilo, estoy relajado”
- El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes.

Actividad 6.- Dinámica de complementación: “La pelota de los cumplidos”
Tiempo: 45 minutos

Objetivo: Fortalecer aspectos de la conducta social a través de la verbalización de cualidades

Material: Pelota mediana de plástico

Instrucción:

- El ponente les pedirá formar un círculo
- La persona que tenga la pelota abra de iniciar aventando la pelota a otra persona diciendo su nombre
- Mencionara una o varias cualidades ej. Me gusta que me escuches” “Me gusta tu habilidad para leer” “Expones muy bien” “Me gusta que...”
- Ahora va de regreso, así hasta finalizar
- Retroalimentación ¿Sabían que tenían esa cualidad? Si es así, ¿tenían conocimiento de que a alguien le agradaba eso? ¿Cómo se sintieron al escucharlo? ¿Qué sentimientos género en ustedes?

Muchas veces y regularmente en los adolescentes no reconocen sus propias cualidades, ocasionando falta de confianza en ellos mismos haciéndolos indecisos, con pensamientos negativos sobre su persona y sobre quienes son junto con una constante ansiedad sobre el qué y cómo los ven. La ayuda de otros para reforzarlas motiva y brindan mayor seguridad

Actividad 7.- Ataque de vergüenza **Tiempo: 60 minutos**

Objetivo: Proporcionar a la persona la posibilidad de debatir aquellas creencias irracionales de actos que considera como “vergonzosos” y que le producen un malestar emocional

Material: Bocina, lista de canciones, accesorios para “disfrazarse”

Instrucción:

La vergüenza es un sentimiento donde las personas se afectan a sí mismas, al pensar que han hecho algo tonto o ridículo y que otros pueden despreciarles por proceder de ese modo

Los ejercicios de ataque de vergüenza están encaminados a proporcionar a la persona la posibilidad de debatirse aquellas creencias irracionales que acompañan a la realización de actos que considera como “vergonzosos” (ej. “es horrible y espantoso hacer el ridículo y que alguien se ría de mí) y le producen malestar emocional (ej. Ansiedad). Un ejercicio típico de ataque de vergüenza podría ser ir por la calle con una prenda de vestir al revés.

Ellis (1981) considera que muchas perturbaciones emocionales se deben al exceso de dramatismo o seriedad con el que nos tomamos a nosotros mismos o las cosas que nos ocurren en la vida. Algunos beneficios de ocupar el sentido del humor son:

- reírse de uno mismo hace que resulte más fácil aceptar los propios fallos y la vulnerabilidad
- facilita un cierto distanciamiento emocional lo que permite ser más objetivo con los problemas personales
- ayuda a no tomarse demasiado en serio algunos de los acontecimientos desagradables que nos ocurren en la vida y por consiguiente, a no dramatizar
- el humor puede servir como procedimiento distractivo al interrumpir, al menos temporalmente, los pensamientos autodestructivos y de hostilidad
- elimina radicalmente algunos patrones habituales de funcionamiento desadaptado y facilita la adquisición de otros nuevos más adaptativos.

“Lo importante no es lo que sucede, sino lo que interpretamos de lo que nos sucede”

Una vez explicado lo anterior, se realizará la siguiente dinámica:

Se formarán equipos dependiendo de la cantidad de personas será la cantidad de integrante; se les pedirá que le den un nombre a su equipo ej., los saca chispas

El ponente les irá llamando equipo por equipo, donde les dará a elegir un número del 1 al 8 y el número que escoja corresponderá a una canción que habrán de bailar,

representar y disfrazarse. Se les pondrá un fragmento de la canción para que puedan identificarla

Cuando cada equipo tenga su canción, se llamará a los capitanes de equipo y a través de papelitos con los nombres de los equipo cada capitán tomará un papelito, el primero que salga, es decir, el primer nombre de equipo será el primero así sucesivamente se elegirá el orden de presentación como vayan saliendo

Tendrán solo 10 minutos para ponerse de acuerdo sobre lo que harán y 5 minutos para que presenten su coreografía

Al finalizar, existirá una retroalimentación con las siguientes preguntas: ¿Les gusto? ¿Se divirtieron? ¿Sintieron vergüenza, pena? ¿Cuál creen que fue el objetivo de la dinámica? ¿Qué aprendieron con esto?

SESIÓN 3

Objetivo

Dar solución a problemas cotidianos así como la ejecución de estrategias que disminuyen la respuesta fisiológica de ansiedad y potencializar la respuesta emocional positiva

Material	Hojas, lápices, estambre, música relajante, algodón
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Recordando lo aprendido. Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior • Técnica solución de problemas. Identificar el aborde ante la solución de problemas que ejecutan comúnmente • Técnica orientación positiva. Generar una actitud positiva frente a la dificultad, desarrollando creencias de autoeficacia • Identificando y generando soluciones. Reconocer una problemática y crear soluciones funcionales que lleven a la toma de una decisión resolutive • Diseñando un plan. Crear un plan eficiente y viable para la solución de un problema • Relajación progresiva. Reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular • Mi visión de mí mismo/a. Mejorar la percepción que se tiene de sí mismo y su mayor aceptación

Actividad 1.- Recordando lo aprendido **Tiempo: 10 minutos**

Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior.

Actividad 2.- Técnica Solución de problemas **Tiempo: 40 minutos**
Autor: Thomas D' Zurilla

Objetivo: Identificar cual es el aborde ante la solución de problemas que ejecutan comúnmente

Material: Estambre, sillas o bancas

Instrucción: El ponente indagará sobre como definen problema y solución, permitiendo y promoviendo la participación.

Habiendo sondeado, se darán las definiciones correspondientes de problema, solución:

Problema: Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de un fin

Solución: Hecho de resolver una duda o una dificultad

¡A jugar! la dinámica consiste:

Se dividirá el grupo, formando dos equipos

Se amarrara un hilo de estambre de un extremo de una silla a otro, para ambos equipos

Se situarán en un solo extremo todos los integrantes del equipo. La consigna es que todos pasen al otro lado del hilo de estambre; no existe un tiempo límite, el juego termina cuando todos estén en el otro extremo del estambre

Las reglas son: no pueden tocar el hilo, no pueden pasar por debajo de él

Ahora sí, el ponente puede dar la orden para iniciar

Posterior a eso, se finaliza con las siguientes preguntas ¿Les resulto difícil? ¿Pensaron que harían como equipo? ¿Formularon varias alternativas de soluciones? ¿Idearon un plan? ¿Lograron cumplir la consigna lo más efectivamente?

Para finalizar identifiquen su papel en esta actividad de resolución de un conflicto o problema como equipo, como individualmente. *Qué tipo de estilo de solución dieron:*

- *Racional:* recoge cuidadosamente información sobre un problema, identifica demandas y obstáculos, genera posibles alternativas de solución, anticipa las posibles consecuencias de las soluciones generadas, valora y compara las diferentes alternativas, elige la que se considera, para él y en ese caso, la mejor solución

- *Impulsivo*: descuidado se caracteriza por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado de la opción elegida o de otras alternativas de solución al problema, o por intentos inconclusos de solución del problema
- *Evitativo*: se caracteriza por el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos. Este estilo conduce al incremento de la cantidad de problemas a resolver, pues los problemas se aplazan pero no se resuelven

Actividad 3.- Técnica Orientación Positiva

Tiempo: 35 minutos

Objetivo: Generar una actitud positiva frente a la dificultad, desarrollando creencias de autoeficacia

Material: Música, Rompecabezas con afirmaciones positivas

Instrucción: El ponente pedirá que coloquen las bancas o sillas de manera que dejen espacio en el centro del aula para realizar la actividad

Se le dará a cada uno (3) fragmentos de frases (Afirmaciones positivas) como un rompecabezas que habrán de formar con sus demás compañeros Ej. “Soy capaz de hacer con éxito todo lo que me propongo” donde cada ronda, corresponderá un color.

Se pondrá una pista de música, en el que todos abran de caminar con libertad en el patio sino fuera posible dentro del salón, cuando la música pare, tendrán que buscar formar su frase

Una vez que han formado su frase, cada equipo y en orden dirá la frase que le corresponde. Así hasta finalizar.

Actividad 4.- Identificando y generando soluciones

Tiempo: 35 minutos

Objetivo: Reconocer una problemática y crear soluciones funcionales que lleven a la toma de una decisión resolutive

Material: Hoja. Lápices

Instrucción:

El ponente indagará sobre como definen problema y solución, permitiendo y promoviendo la participación.

Habiendo sondeado, se darán las definiciones correspondientes de problema, solución:

Problema: Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de un fin

Solución: Hecho de resolver una duda o una dificultad

La resolución de un conflicto o problema es diferente de una persona a otra. *¿Qué tipo de estilo de solución realizan individualmente?*

- *Racional:* recoge cuidadosamente información sobre un problema, identifica obstáculos, genera posibles alternativas de solución, anticipa las posibles consecuencias de las soluciones generadas, valora y compara las diferentes alternativas, elige la que se considera, para él y en ese caso, la mejor solución
- *Impulsivo:* descuidado se caracteriza por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado de la opción elegida o de otras alternativas de solución al problema
- *Evitativo:* se caracteriza por el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos. Este estilo conduce al incremento de la cantidad de problemas a resolver, pues los problemas se aplazan pero no se resuelven

Se formarán equipos, cada equipo contará con un capitán a quien se le dará una problemática cotidiana real, y una cartulina, se les mostrará lo que habrán de realizar que se indica en su manual. Realizarán lo siguiente en una hoja con la ayuda de todos los integrantes:

- Escribirán por qué lo consideran un problema-¿Por qué es un problema?-

Una vez definido el problema se establecerán metas realistas. El establecimiento de metas realistas supone aceptar que a veces el problema no puede ser resuelto y sólo puede abordarse la respuesta personal (cognitiva, emocional o conductual) ante él, otras veces la resolución es parcial, y otras, las soluciones conllevan tiempo y requieren tolerancia a la incertidumbre.

- Generar alternativas de solución: Harán una lista de todas las posibles soluciones o estrategias que puedan resolver el problema, entre más

cantidad mayor probabilidad de encontrar una apropiada y cuanta más diversidad mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores implicados en el problema, hasta llegar a la solución óptima.

- Toma de decisión: Descartarán las alternativas que no son realistas o que resultan inviables
- Escogerán de todas solo tres o cuatro alternativas que consideran más convenientes
- Valoraran esas tres/cuatro alternativas, otorgándole un valor del 0 al 10 las consecuencias tanto positivas como negativas que cada uno conlleva.
- Deberán escoger solo una habiendo analizado su coste beneficio o creando una combinación de solución viable
- Una vez elegida la solución es útil que el individuo conteste a algunas preguntas que le pueden dar una idea sobre si ha optado por una buena opción. Algunas de estas preguntas pueden ser:

¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo? ¿Es realista? o ¿Es muy costosa? ¿Cuánto tiempo requiere? ¿Puede ser implementada por ti o requiere que otras personas se impliquen? Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?

Actividad 5.- Diseñando un plan

Tiempo: 45 minutos

Objetivo: Crear un plan eficiente y viable para la solución de un problema

Material: Cartulina, Plumones

Instrucción:

Una vez que tengan su solución la escribirán en su cartulina y diseñarán el plan de acción para la resolución de su problema que consistirá en lo siguiente:

- Colocaran los recursos que necesitan para llevarlo a cabo
- Detallaran los pasos que habrán de seguir
- Habiendo realizado el plan, llevarán a cabo su ejecución

Para terminar cada equipo mostrará su cartulina con sus soluciones y plan para realizarlo. Retroalimentación grupal

El ponente les dará las siguientes recomendaciones; en el proceso de ejecución valoraran los resultados progresivos de la implementación de su plan en tres aspectos importantes:

- Auto-observación observarán su propia conducta durante la ejecución del plan así como los resultados que van obteniendo
- Auto-evaluación compararan el resultado que tienen con el predicho o esperado
- Auto-reforzamiento si los resultados no fueron los anticipados, volver a fases anteriores del plan y rectificar
- Auto-observación observarán su propia conducta durante la ejecución del plan así como los resultados que van obteniendo
- Auto-evaluación compararan el resultado que tienen con el predicho o esperado
- Auto-reforzamiento si los resultados no fueron los anticipados, volver a fases anteriores del plan y rectificar

Para terminar cada equipo mostrará su cartulina con sus soluciones y plan para realizarlo. Retroalimentación grupal

Un problema no puede ser resuelto en el mismo nivel de pensamiento que se generó

Albert Einstein

Actividad 6.- Relajación progresiva

Tiempo: 35 minutos

Autor: Edmund Jacobson

Objetivo: Reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular

Instrucciones:

El procedimiento para la relajación consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación de los 16 grupos musculares.

Consideraciones

Ambiente: El ambiente sea lo más tranquilo posible, libre de interrupciones o de ruidos. Una temperatura media y una luz tenue.

Ropa: Cómoda, que no apriete y sin elementos que puedan dificultar la circulación, como pueden ser cinturones, pulseras

Posiciones para la relajación. 3 posibles posiciones:

1. Tumbado sobre una cama con los brazos y las piernas en ángulo y ligeramente separados del cuerpo.
2. En un sillón reclinable, con soporte para brazos, pies y cabeza.
3. Sentados sobre una silla y descansando el peso de la mitad superior del cuerpo sobre la región dorso lumbar relajada.

Una vez que el ambiente, la ropa y se hayan colocado en una posición de relajación el ponente indicará que cierren los ojos, no harán ningún ruido ni interrupciones, solo seguirán las indicaciones

1.- **Mano y antebrazo dominantes:** cierra el puño y apriétalo fuerte. Siente cómo tu mano, tus dedos y tu antebrazo se tensan. Mantén la tensión un momento y luego abre la mano mientras sueltas la tensión.

2. **Brazo dominante:** empuja el codo contra el brazo del sillón y siente la tensión en el músculo. Mantenla durante unos segundos y suelta. Relaja. Concéntrate en la diferencia de sensaciones.

3. **Mano y antebrazo no dominantes:** (igual que con la mano y antebrazo dominantes).

4. **Brazo no dominante:** (igual que con el brazo dominante).

5. **Frente:** arruga la frente subiéndola hacia arriba (levantando las cejas). Nota la tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja. Mantén la tensión unos segundos y relaja. Tómate un momento para disfrutar de la sensación de relajación.

6. **Ojos y nariz:** aprieta los parpados y arruga la nariz. Relaja dejando que la tensión desaparezca poco a poco.

7. **Boca:** aprieta los dientes y las muelas como si estuvieras mordiendo algo con fuerza y siente la tensión de los músculos que están a los lados de la cara y en las sienes. Relaja poco a poco. Ahora adopta una sonrisa forzada, estira los labios y nota cómo se tensan las mejillas. A continuación relaja la zona

8. **Cuello:** empuja la barbilla hacia abajo, como si quisieras tocar el pecho con ella pero sin tocarla. Aprieta y tensa el cuello y después ve relajando mientras notas la sensación.

9. **Pecho, hombros y espalda:** haz una inspiración profunda y mantenla al mismo tiempo que echas los hombros hacia atrás (como intentando que los omóplatos se junten). Siente la tensión en el pecho, en los hombros y en la parte superior de la espalda. A continuación, comienza a relajar.

A partir de este momento, es importante mantener un ritmo pausado y regular de respiración.

10. **Abdomen:** inspira profundamente y tensa el estómago, poniéndolo tan duro como puedas. Imagina que te estás preparando para recibir un golpe. Ahora espira y deja que los músculos se vayan relajando para liberarse de la tensión.

11. **Parte superior de la pierna y muslo dominante:** inspira profundamente y aprieta el muslo contra la silla. Intenta levantarte del asiento pero sin llegar a conseguirlo. Mantén la tensión unos segundos y relaja progresivamente.

12. **Pantorrilla dominante:** inspira profundamente y haz que los dedos del pie miren hacia arriba. Debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original mientras espiras y dejas escapar la tensión.

13. **Pie dominante:** inspira y dobla los dedos hacia dentro, sin dejar de tocar el suelo. No tenses demasiado, ya que te podrías hacer daño. A continuación relaja los músculos y nota la ausencia de tensión.

14. **Parte superior de la pierna y muslo no dominante:** (igual que con los dominantes).

15. **Pantorrilla no dominante:** (igual q con la dominante).

16. **Pie no dominante:** (igual que con el dominante).

A medida que vamos relajando músculos, hemos de mantener ese estado de relajación. Es muy importante que esos músculos sobre los que ya hemos trabajado no vuelvan a tensarse. El objetivo es que podamos mantener los músculos relajados sin necesidad de tensarlos previamente, sino evocando mentalmente las sensaciones que antes hemos experimentado.

Permanecemos un par de minutos disfrutando del estado de relajación completa, centrando nuestra atención en las sensaciones agradables y placenteras.

Para **finalizar la sesión**, se empiezan a mover con suavidad, y en este orden:

- Piernas y pies.
- Brazos y manos.
- Cabeza y cuello

Actividad 7.- Mi visión de mi misma/o

Tiempo: 40 minutos

Objetivo: Mejorar la percepción que se tiene de sí mismos y su mayor aceptación

Material: Stickers de estrellas, hoja blancas

Instrucción: Se distribuirá a cada persona una hoja blanca y una planilla de stickers de estrellas

Después se pedirá que se dibujen así mismos de manera que sea un dibujo que abarque más de la mitad de la hoja y en ella escribirán brevemente cualidades que más les gusten (coloquen los stickers), y con una “X” las que menos les gustan

Una vez que todos hayan finalizado, el ponente indicará que cuenten las estrellas que tienen en su figura humana y cuantas tienen “X”.

Preguntas: ¿Su dibujo realmente se “parece” a ustedes? ¿Exageraron en algunos aspectos de sus dibujos? ¿Existen más estrellas que taches o al revés? ¿Desaprobación o aprobación? ¿Existieron más de cinco taches? ¿Menos?

Por último se situarán en círculo y frente a ellos pondrán su dibujo, el ponente incitará a que observen todos los dibujos desde donde están y mencionen que observan, ¿Qué ven en común? ¿Qué percibieron mayormente lo desaprobatorio o lo aprobatorio?

Finalizar: La visión que tenemos de nuestra persona debe dirigirse por la aceptación del mismo, evocando en que nadie es correctamente “perfecto”

SESIÓN 4	
Objetivo	Mejorar la capacidad del individuo al regular sus emociones así como la ejecución de herramientas de prevención de ansiedad
Material	Diapasón, pista sonidos diversos, cañón, lap top, diapositivas, video, plato del buen comer

<p>Estrategias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recordando lo aprendido. Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior • Regulación emocional. Reconocer las propias emociones y expresarlas libremente • Actividad “El gong”. Preparar para la atención plena y situarse en una disposición de escucha • Atención plena. Incrementar la habilidad para mantener de forma estable un foco de atención intencional para la mayor facilidad de evitación de pensamientos ansiógenos • El ejercicio y el descanso. Encauzar la implementación del ejercicio y hábitos del sueño en la vida cotidiana • La alimentación “el plato del buen comer”. Instigar para la ejecución de una alimentación saludable • ¿Qué me dejo, qué me llevo? Expresar el aprendizaje obtenido en el taller
---------------------------	--

Actividad 1.- Recordando lo aprendido **Tiempo: 10 minutos**

Repasar el aprendizaje, conocimientos adquiridos en la sesión anterior.

Actividad 2.- Regulación emocional **Tiempo: 45 minutos**

Objetivo: Reconocer las propias emociones y expresarlas libremente

Material: Plastilina

Instrucción:

Explicación La regulación emocional alude a la capacidad de un individuo para influenciar, experimentar, controlar y expresar las emociones llevando la conducta a la obtención de objetivos sin que los estados emocionales interfieran

La desregulación emocional se produce cuando una persona es incapaz de aceptar o cambiar diferentes componentes del proceso emocional, o experimenta un nivel desmedido que interfiere con su autocontrol.

Actividad Consistirá en el reconocimiento de la presencia de un estado emocional y la expresión de ese estado. Se formarán 5 equipos en el que en cada equipo y de manera individual con la plastilina tratarán de reflejar el estado emocional en el que se encuentran en este día de forma creativa, (pueden apoyarse en representarlo como un edo. meteorológico: sol, lluvia, viento...) una vez que todos los del equipo acaben, de forma voluntaria mostrarán su arte emocional, y explicarán cómo, por qué y que sentimiento representaron, los demás escucharán atentamente y con respeto; así hasta que todos terminen

Preguntas: ¿Les resulto fácil crear una representación de su emoción? ¿Sí, por qué? ¿Cómo se sintieron al expresar esa emoción a sus compañeros? ¿Les hizo sentir “libres” el expresarlo? ¿Por qué? ¿Expresar sus emociones lo hacen regularmente o prefieren “guardarlas”?

El expresar nuestras emociones puede ayudarnos a influir en ellas y controlarlas a diferencia de esconderlas. Encontrar a alguien seguro en quien confiar es primordial para crecer de forma sana, cuando compartimos nos damos cuenta de que lo que nos ocurre no es terrible, y no está “mal” sentirlo.

Actividad 3.- Actividad “El gong”

Tiempo: 40 minutos

Objetivo: Preparar para la atención plena y situarse en una disposición de escucha

Material: Diapasón, pista con diversos sonidos

Instrucción:

Actividad “*El gong*” Para esta actividad el ponente se valdrá de una campana, un triángulo o cualquier elemento que pueda hacer un sonido que vaya disminuyendo.

- Se dará la indicación de que permanezcan atentos guardando silencio y que levanten la mano cuando terminen de escuchar el sonido.
- Cada uno tiene que fiarse de su percepción. No hay aciertos o errores, no hay un momento adecuado para levantar la mano, lo que cada uno perciba es válido. Haremos la actividad primero con los ojos abiertos y luego cerrados y comentaremos las diferencias
- Ahora con una pista de sonidos diversos, las mismas indicaciones. Mencionarán lo que han escuchado, el ponente ya entonces sabrá los todos sonidos que se perciben, la actividad se realizará con los ojos abiertos y cerrados de igual forma se comentarán las diferencias

1. ¿Cuándo has estado más atento? ¿Con los ojos abiertos o cerrados? ¿Con cuál de las formas te has concentrado más? 2. ¿Te has distraído cuando otros compañeros han levantado la mano? 3. ¿Has tenido algún pensamiento mientras hacíamos el ejercicio? ¿Cuál? Esta actividad de concentración es muy útil condición para recoger la atención y poner en condición y prestos a escuchar, en este caso nuestro propio cuerpo

Actividad 4.- Atención plena

Tiempo: 40 minutos

Autor: John Kabat Zinn

Objetivo: Incrementar la habilidad para mantener de forma estable un foco de atención intencional para la mayor facilidad de evitación de pensamientos ansiógenos

Instrucción:

La práctica de mindfulness se asocia a niveles bajos de preocupación, rumiación, intentos de supresión de pensamiento o evitación experiencial, se

esperaría que ésta correlacionase también con niveles bajos de activación fisiológica y de presentación de síntomas somáticos.

Explicación: Meditación mindfulness caminando. Esta meditación supone concentrarse en las sensaciones que se producen en los pies o piernas, sintiendo el movimiento de todo el cuerpo al caminar. Se recomienda comenzar con la intención de hacerlo durante un periodo de tiempo concreto (e.j. diez minutos), en un lugar en el que se pueda andar lentamente de un extremo a otro. Para mantener la atención plena una buena idea es concentrarse todo el rato en un solo elemento integrante de la acción de caminar, si, por ejemplo, se eligen los pies es importante no cambiar el foco a otras partes. Se opta por un paso que potencie la capacidad de concentración, suele ser más lento que el paso habitual. No se trata de ir a ninguna parte sino de estar presente en cada paso. Posteriormente se puede cambiar el ritmo.

1. Se escogerá un sitio por el que pueda caminar libremente de un lado para otro, sin sentirse cohibido, y sin que se produzca ninguna interrupción. Camine en ese camino de meditación el tiempo que dure la sesión formal de meditación ambulante. Unos 10 o 20 minutos, elija cuánto tiempo.

Indicaciones:

2. Concentre la atención en su cuerpo y perciba las sensaciones presentes. Coloque los brazos en una postura cómoda: delante o detrás de ti o colgando a ambos lados. Concentre la atención en sus pies y en las sensaciones que los rodean.

3. Alce lentamente un pie y empiece a caminar. Camine lentamente, especialmente al principio. Deje que su atención se penetre de todas las sensaciones de los pies y piernas a medida de que camina. Atienda a las sensaciones del pie, hasta las más sutiles, cuando se eleva, al dar paso y el lugar en que apoya en el suelo. Note la sensación de las pantorrillas, como el peso se distribuye al caminar y cómo el resto del cuerpo aprecia el movimiento.

4. Cuando la atención se desvíe o la mente se desoriente, reconduzca su atención a las sensaciones de pies y piernas, con paciencia, sin empeño.

5. Camine así hasta el final y deténgase una vez que haya llegado y atiende a la experiencia de parar. Esté atento a su cuerpo y advierta cuando surgen la urgencia del movimiento, el deseo o intención de dar la vuelta y caminar. Se

consciente de la aparición de la intención. Cuando estés preparado da la vuelta y conecta con tu cuerpo y la sensación de los pies.

6. Atienda al primer paso y a las sensaciones que comporta. Perciba todo lo que acontece. Si los pensamientos, sonidos o alguna otra cosa distraen en exceso tu atención, detén tu caminar y concéntrate en ellos, observándolos sin más. Permanezca atento y consciente de la distracción, cuando estés preparado, reconduce poco a poco tu atención a los pies y sigue caminando.

7. A medida que avance en su práctica, puede experimentar con velocidades. Si se siente nervioso o inquieto, puede empezar a caminar deprisa. Caminar rápido puede hacer más fácil concentrarse en una sola sensación, como el paso del pie derecho o el modo en el que el pie izquierdo roza el suelo. Deje que esta única sensación acapare su atención, utilizándola para potenciar el contacto con el presente en mitad de un movimiento acelerado. A medida que se sienta más atento y en contacto con el presente, puede aminorar el paso.

8. Permanezca así hasta el final del tiempo que haya decidido meditar, cuando esté preparado pare y preste atención a sus piernas, a las sensaciones que su peso sobre ellas. Tome conciencia de todo su cuerpo presente en la habitación y entre en contacto con lo que le rodea.

Preguntas: ¿Qué sensaciones experimentaste? ¿Fue placentero? ¿Lograste realizar y terminar la actividad correctamente?

Actividad 5.- El ejercicio y el descanso

Tiempo: 45 minutos

Objetivo: Encauzar la implementación del ejercicio y hábitos del sueño en la vida cotidiana

Material: Cañón, lap top, cableado, vídeo

Instrucción:

El ejercicio, o la falta de él, influyen en la salud física y mental. Los beneficios del ejercicio regular incluyen mayor fuerza y resistencia, huesos y músculos más

sanos, control del peso, disminución de la ansiedad y el estrés así como mejora de la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar.

Actividad Por medio de diapositivas se hablará sobre lo que es el ejercicio, y sus beneficios e importancia

Una vez terminado realizarán lo siguiente: Escribirán y darán respuesta a

Qué es lo que hice ayer para ser activo

Me gusta... (Una actividad preferida) porque...

Realizaré nuevas cosas para aumentar mi actividad física en al menos 30 minutos diarios. Esto es lo que haré...

Finalizando se tomará un nuevo tema ahora sobre el buen descanso. El buen descanso es fundamental para reponerse y recuperar la energía necesaria para afrontar el día a día

Se proyectará el video “Tips para una buena higiene del sueño”

Se finalizará con ¿Por qué es tan importante tener buenos hábitos del sueño? ¿Qué beneficios tiene? ¿Hay alguna estrategia que ya implementan? Y si no, ¿Cuáles realizarán?

Actividad 6.- La alimentación “El plato del buen comer” Tiempo: 45 minutos

Objetivo: Instigar para la ejecución de una alimentación saludable

Material: Diapositivas, Plato del buen comer

Instrucción:

Explicación Lo que comemos tiene efectos directos sobre cómo nos sentimos física y emocionalmente. El estrés y la ansiedad

pueden agravarse no sólo por lo que se come, sino también por la forma en que se hace

El plato del buen comer es una herramienta gráfica que proporciona información científicamente respaldada para la buena alimentación.

En ese sentido, contiene tres grupos básicos de alimentos:

Verduras y frutas. Fuente de vitaminas, minerales y fibra.

Cereales y tubérculos. Aportan energía para el día

Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan proteínas para el crecimiento.

Actividad

Por medio de diapositivas se especificarán cada uno de los grupos básicos de alimentos, seguido de eso a cada uno se le proporcionará una imagen que corresponde a uno de los grupos del buen comer y se encargará de colocarlo dentro del plato del buen comer (tamaño cartulina) y mencionar a que grupo corresponde así hasta que todos pasen

Para finalizar crearan su propia hoja de seguimiento que llevarán para cumplir con metas sobre una alimentación saludable (incluyendo en sus platos la verdura y la fruta)

Actividad 7.- ¿Qué aprendí?

Tiempo: 15 minutos

Objetivo: Expresar el aprendizaje obtenido en el taller

Instrucción: Formando un círculo, cada uno expresará lo que aprendió durante el taller respondiendo a las preguntas ¿Qué aprendí, qué me llevo?

CAPITULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación: Mixto.

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández, 2014)

El enfoque mixto permite obtener una interpretación más completa, evaluando más extensamente las dificultades de la investigación en la recolección de datos, el análisis e integración de datos cuantitativos como cualitativos. Así como proporciona una mejor exploración y solidez a la investigación en su mayoría compleja.

El presente estudio busca evaluar de forma crítica, desde datos numéricos así como la explicación de la recolección y análisis de los datos mismos, aunado a las hipótesis planteadas con anterioridad, mediante el enfoque mixto describiendo de forma objetiva la explicación y descripción de la investigación.

5.2 Alcance de la investigación: Descriptiva.

“Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, 2014). En otras palabras, los estudios descriptivos recogen información que servirá para describir las tendencias del fenómeno estudiado.

“En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos)” (Hernández, 2014).

Es decir, el estudio deberá ser detallado delimitando sus dimensiones, sobre el *qué* se quiere medir y sobre *quienes* se realiza el estudio, para el manejo de la información e interpretación idónea del tema a tratar. En este caso el estudio se delimita a estudiar la ansiedad, así como trabajar sobre un grupo específico de población, adolescentes tempranos.

5.3 Diseño de la investigación: No experimental

Sobre lo que a estudios no experimentales concierne, Hernández (2014) dice: “En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza”. Hernández se refiere al hecho de que no se crea un escenario manipulado, sino, que es un fenómeno en su estado natural ya existente el cuál se pretende investigar y analizar.

Entendiendo que la diferencia de una investigación experimental y no experimental es que la segunda, no ve ni crea, la o las causas que originaron el fenómeno, solo su manifestación sin manipulación no se interrumpe o altera el ambiente que los mismos individuos generan.

En relación al tema estudiado el contexto de los alumnos y dentro de su mismo grupo, la dinámica del cómo se expresan y también el cómo participan, son situaciones inalterables dentro de esta investigación.

5.4 Tipo de investigación: Aplicada

Para Murillo (2008), la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. (Vargas, 2009)

Así pues, se tomó ansiedad para examinarlo siendo la situación problema en esta investigación en el que se intervino de acuerdo a los conocimientos adquiridos previamente para su aporte en la disminución específicamente en adolescentes tempranos. Buscando consolidar el conocimiento sobre el tema estudiado y cumplir con su objetivo

5.5 Delimitación de la población o universo

La población que se tomó para la siguiente investigación está integrada por 18 alumnos de la Escuela Primaria Liceo así como 31 alumnos de la Escuela Primaria Antonio I. Villarreal, siendo un total de 49 participantes. Ambas escuelas

ubicadas en Orizaba, Veracruz. Cuya etapa del desarrollo humano en la que se encuentran es adolescencia temprana de edades comprendidas entre 11 y 12 años.

5.6 Selección de la muestra: No probabilística

“Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación” (Hernández, 2014).

Así también, la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de las características de la investigación, en este caso de las edades comprendidas de los seleccionados.

Dicho de otra manera, se toma por decisión del investigador para recolectar datos en base a la investigación que dirige. En esta investigación se tomó dos grupos de sexto grado para el funcionamiento apropiado del Curso Taller a implementar.

5.7 Instrumento de prueba

La Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) fue construida por Spence en 1997 en Australia. La SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños y jóvenes que consta de 44 ítems. Esta escala se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Siendo ahora una de las pruebas más recientes que se ajusta a lo establecido en el DSM-IV sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

La SCAS se ha empleado en numerosos estudios internacionales con fines clínicos y de investigación. Aunque no se trata de una prueba diagnóstica, clínicamente la SCAS se ha utilizado como medida de screening para identificar niños y adolescentes con síntomas elevados de ansiedad susceptibles de requerir intervención. A nivel de investigación se ha aplicado la prueba con el objetivo de estudiar las diferencias culturales de los síntomas de ansiedad en la infancia. (Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., 2012)

La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece ventajas sobre las

demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR. (Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S, H., González, M. J., Martínez, J, I., Aguilar, J., Gallegos, J., 2010)

También menciona (Hernández et al., 2010) que mediante análisis factorial confirmatorio, Spence ha demostrado que, en efecto, los síntomas de ansiedad que presentan los niños se agrupan de manera coherente en 6 escalas que se corresponden con la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) de 7 de los trastornos más comunes en la niñez, pues pánico y agorafobia caen en un solo factor.

Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación (5, 8, 12, 15, 16 y 44), 6 trastorno obsesivo-compulsivo (14, 19, 27, 40, 41 y 42) , 6 pánico y 3 agorafobia (13, 21, 28, 30, 32, 34, 36, 37 y 39) , 6 fobia social (6, 7, 9, 10, 29, y 35) , 6 ansiedad generalizada (1, 3, 4, 20, 22 y 24) y 5 miedo al daño físico (2, 18, 23, 25 y 36) .

Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican (11, 17, 26,31, 38,43) ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones tipo Likert que fluctúan entre 0 para nunca, 1 para a veces, 2 para muchas veces y 3 para siempre.

Para el puntaje total se suma los puntos de cada respuesta para todos los ítems, el puntaje máximo es de 114, promedio 57 y mínimo 0. Es decir, arriba del promedio existe un nivel alto de ansiedad, y menor al promedio existe un nivel bajo de ansiedad. Se puede tomar la suma de la puntuación total o global o por subescalas para la calificación de puntajes directos. La puntuación total directa se puede calcular a partir de la suma de todas las puntuaciones de las subescalas.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

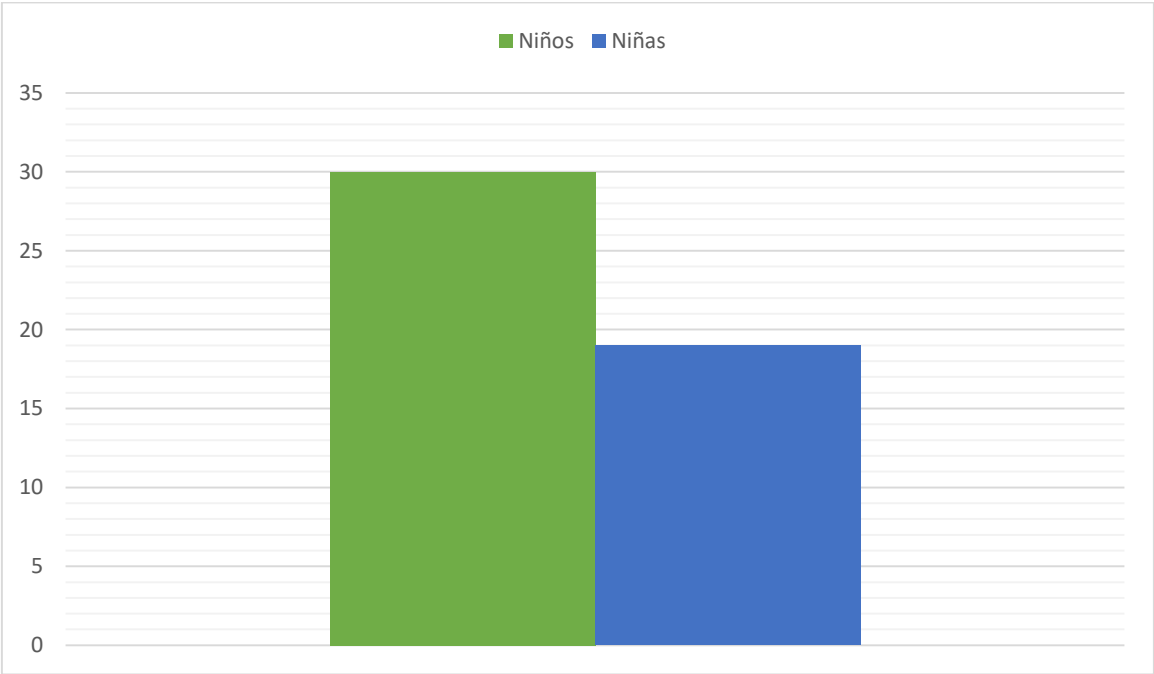
6.1 Datos generales

La presente investigación se compone de estudiantes de sexto grado de primaria en la etapa adolescencia temprana. Con un total de 49 participantes de dos sectores educativos; 31 estudiantes de Educación Pública y 18 estudiantes de Educación Privada. Esto representado en la siguiente gráfica 6.1

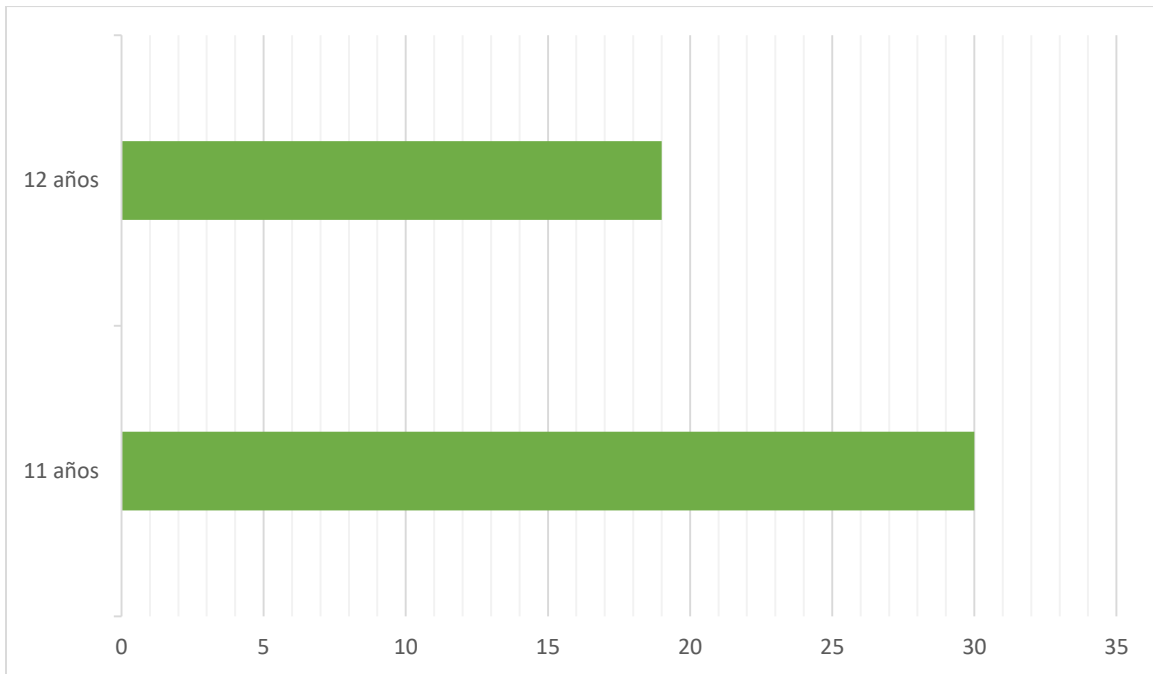


6.1.1 Gráfica de población

En la posterior grafica se muestra el sexo de manera global de la población que participo en la siguiente investigación. Donde 30 fueron niños y 19 niñas.



6.1.2 Sexo



6.1.3 Edad

La prevalencia de edad dentro del curso taller fueron de 11 a 12 años. La gráfica 6.3 muestra de este modo que la mayoría de la población partícipe fue de la edad de 11 años por encima a la de 12 años.

6.2 Pre test y post test

Para los siguientes resultados pre y post test se utilizó la prueba de signos

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
posttest - pretest	Rangos negativos	49 ^a	25.00	1225.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	49		

de
Wilcoxon
siendo
esta
prueba

para comparar las dos muestras de datos tomados antes y después (Ansiedad antes del programa- Ansiedad después del programa) de la aplicación del curso taller “Tiempo Fuera”.

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
posttest - Pretest	Rangos negativos	18 ^a	9.50	171.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	18		

Tabla 6.2.1

Como muestran las tablas 6.2.1 se menciona el número de participantes que se evalúa, en este caso el primer grupo de 18 chicos. La tabla 6.2.2 muestra la Sig. (bilateral) una significancia de .000, por menor de 0.05 lo cual corrobora que si hay Diferencia Significativa en la aplicación del Curso-Taller en el primer grupo

Estadísticos de contraste ^a	
	postest - Pretest
Z	-3.726 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.000

Tabla 6.2.2

El grupo 2 se muestra en la tabla 6.2.3 con un total de 31 alumnos. La Sig. Asintótica que se muestra en la tabla 6.2.4 corresponde a .000 que indica que si hubo diferencia significativa del pre test al post test.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
postest - pretest	Rangos negativos	31 ^a	16.00	496.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	31		

Tabla 6.2.3

Estadísticos de contraste ^a	
	postest - pretest
Z	-4.863 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.000

Tabla 6.2.4

Por último, de forma global, se muestra el número de participantes, siendo estos de 49 participantes como se muestra en la tabla 6.2.5. De igual forma se muestra

la Sig. Asintótica de ambos grupos en la tabla 6.2.6 dando un .000 por menor de 0.05 lo cual prueba que si hay Diferencia Significativa en la aplicación del Curso-Taller debido a que este cumplió el objetivo de disminuir los rasgos ansiosos en los participantes.

Tabla 6.2.5

Tabla 6.2.6

		de contraste ^a
		postest - pretest
Z		-6.095 ^b
Sig. asintót. (bilateral)		.000

6.3 Datos cualitativos

6.3.1 Resultados por escuela

a) Liceo de Orizaba

En la primera escuela de aplicación, los alumnos se mostraron interesados, participativos y atentos. Se generó un ambiente de confianza que permitió el óptimo desarrollo del curso. Las dudas que surgían fueron contestadas oportunamente. El material, actividades y técnicas fueron comprensibles para ellos, ayudándoles así a comprender y asimilar mejor la información que se les otorgo.

Un participante menciona al inicio del curso “No conozco lo que es ansiedad, pero si está aquí es porque ha de ser importante”. La mayoría de los chicos tenían ideas vagas sobre lo que es ansiedad, conforme íbamos avanzando comprendían mejor, y podían reconocer en ellos cuando la habían experimentado. Al final del curso- taller una de ellas dijo “He hecho lo que nos ha enseñado, realizo mis ejercicios de respiración, de detención del pensamiento y me siento ahora más tranquila y más segura durante el día”.

b) Antonio I. Villarreal

La segunda escuela, los participantes siendo un grupo más abundante mostraron una mayor motivación. Fueron muy participativos y cooperativos durante todo el curso taller. Así como siempre dispuestos, entusiasmados y curiosos en cada actividad realizada.

Uno de los participantes comento “a nosotros no nos dan este tipo de cursos, me considero afortunado”. Las respuestas a dudas fueron aclaradas individualmente así como colectivamente. El ambiente que se generó fue de confianza y enriquecedor para ambas partes. Existió una mayor disponibilidad y retención para el conocimiento.

El último día uno de ellos expreso “Conocerme y reconocer cuando tengo ansiedad y saber qué hacer, me hace sentir mejor conmigo mismo y disfruto mejor de mi día, aunque aún no lo manejo bien sé que con practica puedo lograrlo”.

CONCLUSIÓN

A través de la presente investigación se logró contemplar la presencia de ansiedad en los adolescentes tempranos. En esta aplicación en especial se observó la existencia de ansiedad en adolescentes tempranos de sexto grado de las escuelas primarias Liceo de Orizaba y Antonio I. Villarreal.

Siendo ambas escuelas de diferente sector educativo, tanto nivel privado y público. Se logró ver la diferencia en conocimientos y actitud sobre temas psicoeducativos, así como salud mental, en específico sobre ansiedad. Siendo notable la mayor curiosidad y motivación por parte de la escuela pública a diferencia del sector privado en el que cuentan con talleres y un orientador psicológico dentro de su plantel de estudio. Sin embargo, no significa que la implementación de estos programas sea menos importantes, solo se hace constar lo observado.

En relación al curso taller éste cumplió su objetivo ser efectivo en la disminución de niveles ansiosos. Obteniendo de los resultados Test y Pos test una diferencia significativa que dio a conocer que la intervención ejecutada desde su información y herramientas fueron correctas. La colaboración de los participantes fue la idónea para el mejor funcionamiento del curso taller aún con sus diferencias, el interés y trabajo fue óptimo.

La integración de conocimientos de ansiedad sobre el qué es, el cómo se presenta, el que hacer, para su disminución a través de ese “tiempo fuera”, genero un mayor entendimiento sobre lo que ocurre en ellos mismos, como mejores recursos de afrontamiento como adolescentes y a lo largo de sus vidas.

El uso de la escala SCAS como herramienta para identificación de ansiedad fue viable. Debido a que es una escala que muestra tener apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes, como también una escala comprensible, de fácil aplicación como calificación.

El modelo cognitivo conductual, sus técnicas dentro del curso taller fueron eficaces y efectivas dentro de la presente investigación debido a su capacidad para atender problemas de manera breve y clara así como su intervención en diferentes áreas de la salud.

Cabe mencionar que existe poca investigación sobre el tema ansiedad en poblaciones jóvenes en México, aun siendo un tema de relevancia y aumento en el país como mundialmente. Por defecto se ejecutan escasos programas para su prevención y tratamiento oportuno en niveles educativos bajos, como en ambos sectores educativos

Se espera que el Curso – Taller sea una base para posteriores investigaciones así como su implementación permita ser un apoyo para generar cambios positivos, en la salud mental de nuestros jóvenes y unos futuros adultos con mayores herramientas de afrontamiento ante la ansiedad y un mejor estilo de vida. De igual forma sea objeto de cambios y mejoras e incremento de población que la hagan favorable, adaptable y en continua mejora.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición*. México: Panamericana.

Behavioral Psychology / Psicología Conductual. (2012) “*Escala de Ansiedad Infantil de Spence*” (*Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS*): *Fiabilidad y Validez de la versión española*. Vol. 20, Nº 3. pp. 529-545 Fecha de consulta: 22 de enero de 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235720972_Escala_de_ansiedad_infantil_de_Spence_Spence_Childrens_Anxiety_Scale_SCAS_fiabilidad_y_validez_de_la_version_espanola

Bello, A. & Crego, A. (2003). *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2003

Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología Vol. 2*. España: McGRAW-HILL

Craig, G.J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico 8ª ed*. México: Pearson educación

De la fuente, J. R y Heinze, G. (2012). *Salud mental y medicina psicológica*. México: McGRAW-HILL.

De la fuente, Ramón. (1992). *Psicología médica*. 2ª ed. México: FCE.

Ellis, A., Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotivo*. Bilbao. Editorial Descleé de Brouwer.

Feixas, G., Miró, T., (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Ediciones Paidós Ibérica, S. A., España.

Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. Consultado el 29 de septiembre de 2017. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez, J. L., Aguilar, J., Gallegos, J. (2010) Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea], 42 (Sin mes): [Fecha de consulta: 20 de enero de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>> ISSN 0120-0534

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Kaplan, H. I y Sadock, B. J. (1987). *Compendio de Psiquiatría 2ª edición*. Barcelona: Salvat.

Marín, A.H., Martínez, G. J., Ávila, J. M., (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *REVISTA BIOMÉDICA*, v. 26, n. 1. ISSN 2007-8447. Fecha de consulta: 26 octubre 2018 Disponible en: <<http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8>>.

Milenio (2016). *Trastorno de ansiedad afecta a 14.3 % de los mexicanos*. Fecha de consulta: 20 de diciembre de 2017 Recuperado de: <http://www.milenio.com/cultura/trastorno-ansiedad-afecta-14-3-mexicanos>

Moreno, P. (2008). *Superar la ansiedad y el miedo*. 8ª ed. España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2002

Organización Mundial de la Salud. (2018a) *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Mundial de la Salud. (2018b) *Desarrollo en la adolescencia*. [Fecha de consulta: 17 de septiembre de 2017] Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol. 5. Núm. 2. Abril – Junio [En línea]: [Fecha de consulta: 5 octubre 2017] Disponible en: DOI: 10.1016/j.rpsm.2012.01.005

Palermo, S. (2015). *Vivir sin ansiedad*. Buenos aires, Argentina: Ediciones B Argentina, S.A., 2014

Papalia, D, E., Feldman, R. D., Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* duodécima edición. México: McGRAW-HILL.

Papalia, D, E., Olds, S, W. (2001). *Fundamentos del desarrollo humano*. México: McGRAW-HILL

Papalia, D, E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). *Desarrollo humano*. Octava edición. Bogotá, Colombia: McGRAW-HILL INTERAMERICAN, S.A.

Psicología clínica y psiquiatría. (2003). *Papeles del Psicólogo*. Vol. 24, Núm, 85, mayo-agosto. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Pp. 1-10 [en línea] [Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501> ISSN 0214-7823

RAE. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (Vigésimo Tercera Edición). [Fecha de consulta: 20 de Julio de 2017] Recuperado de <http://www.rae.es/drae/>

Rapee R,M. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes. Recuperado de: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf>

Ruiz, A. M., Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Curso de Actualización Pediatría. En: AEPap*. Madrid: Exlibris Ediciones p. 265-280. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf

Ruiz, A., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España. Editorial Desclée de Brouwer.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México. Editorial, Manual Moderno.

Sarudiansky, M. (2012). NEUROSIS Y ANSIEDAD: ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE UNA CATEGORÍA ACTUAL. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología .Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-072/63.pdf>

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana* [en línea] vol. 21. Núm 2, Julio-Diciembre, pp. 19- 28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>> ISSN 1405-0943

Vargas, Z., R. (2009). La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación* 33[en línea]: [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>> ISSN 0379-7082

Worchel, S., Shebilske, W. (1998). *Psicología. Fundamentos y aplicaciones*, 5ª ed. Madrid: Prentice Hall

GLOSARIO

Afrontamiento: Es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación.

Ansiedad: Proviene del "lat. *anxiētas,- ātis*. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Cognición: Capacidad de algunos seres vivos de obtener información de su entorno y, a partir de su procesamiento por parte del cerebro, de interpretarla y darle un significado.

Contexto: Deriva del latín *contextus*, hace referencia al entorno, ya sea de situación o físico. Es todo lo que sucede alrededor de la conducta, incluyendo estímulos del ambiente externo e interno.

Disfuncional: Alteración o un problema que afecta el normal funcionamiento de algo.

Emoción: Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

Factor: Aquella situación, circunstancia, que aumenta las posibilidades de una persona de contraer algún tipo de enfermedad o afección.

Fenómeno: Toda manifestación que se hace presente a la consciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción.

Intervención: En psicología, consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas que tienen como finalidad ayudar a otras personas a comprender, reducir o superar sus problemas y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas.

Irracional: Opuesto a la razón o ajeno a ella.

Método: Conjunto de estrategias y herramientas que se utilizan para llegar a un objetivo preciso.

Nivel: Escala de medición, es una clasificación acordada con el fin de describir la naturaleza de la información contenida dentro de los números asignados a los objetos.

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Prevención: Se refiere a la preparación con la que se busca evitar o aminorar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable.

Psicoeducación: Educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

Síntoma: Manifestación reveladora de una enfermedad. Señal o indicio de que algo que está sucediendo o va a suceder.

Transición: Acción y el efecto de cambiar el modo de ser o de estar a lo largo del tiempo, de manera continua y progresiva.

ANEXOS



a) Fotografía de evidencia del Curso Taller en Escuela Primaria Liceo



a) Fotografía de evidencia del Curso Taller en la Escuela Primaria Liceo



a) Fotografía de evidencia del Curso Taller en la Primaria Antonio I. Villarreal



b) Fotografía de evidencia del Curso Taller en la Primaria Antonio I. Villarreal