



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA PREVENIR EL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS.**

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA GARCIA VILLANUEVA

DIRECTORA:

DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

SINODALES:

**DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIERREZ ORDOÑEZ
MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
LIC. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Marzo, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPITULO 1: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA | 4 |
| 1.1 Definición..... | 6 |
| 1.2 Tipos de trastorno de ansiedad..... | 10 |
| 1.2.3 Trastorno de ansiedad con fobia social | 10 |
| 1.2.3 Trastorno de pánico | 10 |
| 1.2.4 Agorafobia | 11 |
| 1.2.5 Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos | 11 |
| 1.2.6 Trastorno de ansiedad debido a otra afección medica..... | 12 |
| 1.3 Causas del trastorno de ansiedad generalizada..... | 12 |
| 1.4 Diagnostico y síntomas..... | 13 |
| 1.5 Tratamiento..... | 14 |
| CAPITULO 2: ADOLESCENTES | 16 |
| 1. 2.1 Adolescencia | 16 |
| 2.2 Desarrollo socioemocional en la adolescencia | 18 |
| 2.2.1 Autoestima..... | 19 |
| 2.2.2 Identidad | 19 |
| 2.2.3 Desarrollo emocional | 21 |
| CAPITULO 3: ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL. | 22 |
| 3.1 Definición del enfoque cognitivo conductual. | 22 |
| 3.2 Antecedentes..... | 23 |
| 3.3 Características generales..... | 29 |
| 3.4 Técnicas principales..... | 31 |
| 3.4.1 Modelado | 31 |
| 3.4.2 Desensibilización sistemática..... | 34 |
| 3.4.3 Técnicas de relajación | 34 |
| 3.4.4 Terapia implosiva..... | 34 |

| | |
|---|----|
| 3.4.5 Condicionamiento encubierto | 35 |
| 3.4.6 Técnicas aversivas | 36 |
| 3.4.7 Entrenamiento de habilidades sociales. | 36 |
| 3.4.8 Toma de decisiones. | 37 |
| 3.4.9 Solución de problemas. | 38 |
| 3.4.10 Juego de roles. | 38 |
| 3.4.11 Reestructuración cognitiva. | 39 |
| 3.4.12 Terapia racional emotiva..... | 39 |
| 3.4.13 Terapia cognitiva. | 40 |
| 3.4.14 Técnicas de autocontrol | 41 |
| PROPUESTA DE UN TALLER "PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA". | 43 |
| CONCLUSIÓN..... | 65 |
| Referencias: | 67 |

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de proporcionar estrategias cognitivas conductuales a adolescentes con alto índice de ansiedad, como una alternativa para prevenir el trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno que hoy en día lo padece un gran número de personas y utilizando el enfoque cognitivo conductual para modificar creencias y comportamientos en el adolescente es una forma efectiva para la prevención de este trastorno, por lo que la propuesta de este taller debe ser impartido por profesionales en salud mental que estén centrados en el tema de trastornos de ansiedad.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad generalizada, adolescentes y enfoque cognitivo conductual.

ABSTRAC

The present work was carried out with the objective of receiving behavioral cognitive strategies to adolescents with high anxiety index, as an alternative to prevent generalized anxiety disorder. Generalized anxiety disorder is a disorder that nowadays affects a large number of people and the cognitive behavioral approach to modify beliefs and behaviors in adolescents is an effective way to prevent this disorder, so the proposal This workshop should be taught by mental health professionals who are focused on the topic of anxiety disorders.

Key words: Generalized anxiety disorder, adolescents and cognitive behavioral approach.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se muestra un gran índice de adolescentes con Trastorno de ansiedad Generalizada entre el 4% y el 32% lo padece. Los adolescentes con Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran, miedos a diferentes situaciones, se ruborizan fácilmente, presentan preocupación o angustia excesiva aun cuando nada parece provocarlas y se pueden presentar en cualquier momento de la vida.

Aunque aún no se sabe con exactitud cuáles son las causas que provocan este trastorno, algunas de las causas que encontramos y que pueden desarrollar Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes son las siguientes: la sexualidad, búsqueda identidad, la aceptación social y los conflictos de independencia.

Una de las terapias más eficaces en salud mental para prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada es la Terapia Cognitivo Conductual ya que trabaja en el desarrollo personal de cada individuo, ayudándolo a reemplazar pensamientos o creencias irracionales por pensamientos más racionales.

Algunos de los procedimientos principales de la Terapia Cognitivo Conductual son: modelado, desensibilización sistemática, técnicas de relajación, terapia implosiva, condicionamiento encubierto, técnicas aversivas, entrenamiento de habilidades sociales, toma de decisiones, solución de problemas, juego de roles, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva y terapia cognitiva.

En el presente trabajo se abordaran los siguientes procedimientos: Resolución de problemas, técnicas de relajación y respiración, técnicas de detención de pensamientos y habilidades de comunicación, ya que estos procedimientos juegan

un papel importante en la vida de cada persona debido a que intervienen en la probabilidad de desarrollar Trastorno de Ansiedad Generalizada, logrando que el adolescente tenga una mejor calidad de vida.

A su vez se muestra que la Terapia Cognitivo Conductual tiene varios beneficios, por ejemplo: modifica los malos hábitos de conducta y pensamientos de la vida de los pacientes, tiene ventajas económicas, además se realiza en el medio ambiente natural.

En el capítulo 1 se hablará acerca la definición del Trastorno de ansiedad generalizada, además se muestran los tipos de trastornos de ansiedad que existen según el área de psicología clínica, de igual manera hablaremos de las causas, el diagnóstico, los síntomas y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada que se han desarrollado a lo largo del tiempo para mejorar la calidad de vida de los seres humanos.

En el segundo capítulo se muestra el tema de la adolescencia, su definición y características, esta etapa de grandes cambios en un ser, y es de gran importancia que se brinden herramientas para evitar el desarrollos de trastornos futuros en el adolescente, también se hablará del desarrollo socioemocional en el adolescente.

Del enfoque cognitivo conductual se hablara en el capítulo 3, su definición, los antecedentes, así como también las características generales y las diferentes técnicas que existen en este enfoque para ayudar a prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Por último se desarrolla la propuesta de intervención para prevenir el Trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes de 14 a 16 años con una taller que lleva por nombre "**Prevención del trastorno de ansiedad generalizada**", con la finalidad de brindar información y técnicas cognitivo conductuales para prevenir este trastorno. Esta propuesta consta de 8 semanas con una sesión a la semana

de 80 minutos por sesión. El taller se llevará acabo vivencialmente, con conceptos que complementen la enseñanza y dinámicas de ayuda.

CAPITULO 1: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

“La catástrofe que tanto te preocupa, a menudo resulta ser menos horrible en la realidad, de lo que fue en tu imaginación.”

Wayne Dyer.

El trastorno de ansiedad generalizada afecta aproximadamente al 18% de la población mexicana (oficialmente), y al ser un trastorno, se le trata como enfermedad que hay que curar, combatir o controlar (OMS, 2017).

Los sentimientos descentrados, fuera de control y negativos, sugiere un trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas de este trastorno son comunes pero no sucede lo mismo con la persistencia. Las personas que lo padecen están continuamente tensas y nerviosas, preocupadas por las cosas malas que pueden ocurrir, y sufren tensión muscular, agitación e insomnio. La tensión y el miedo pueden observarse en el ceño fruncido, temblor en los parpado e inquietud. Una de las peores características del trastorno de ansiedad generalizada es que la persona no pueden identificar la causa, y, por lo tanto, no pueden enfrentarla o evitarla (Myers, 2008).

Algunas veces, el Trastorno de ansiedad generalizada comienza abruptamente y otras de forma gradual, y sigue un curso con fases de exacerbación desencadenadas por situaciones de estrés (Soutullo & Mardomingo, 2010).

Además es frecuente en familias con nivel socioeconómico alto y con nivel de exigencia elevado, las expectativas excesivas de los padres son un factor que puede producir ansiedad en hijos (Soutullo & Mardomingo, 2010).

En la tabla 6-3 se resumen las características clínicas de la ansiedad generalizada (Soutullo & Mardomingo, 2010)

| TABLA 6-3. Características clínicas de la ansiedad generalizada. | |
|--|--|
| Definición | Ansiedad exagerada, no realista. |
| Duración | Al menos 6 meses |
| Temor exagerado a | Lo exámenes Las relaciones personales Las relaciones sociales El futuro Las críticas |
| personalidad | Perfeccionismo Hipersensibilidad a la crítica Dependencia |
| Síntomas somáticos | Vértigos Dolores abdominales Lipotimias Temblores Opresión Torácica |

1.1 Definición

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ella mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Esta reacción natural de preparación nos ayuda a movilizar recursos para afrontar mejor dicha amenaza percibida (Cano, Dongi, Salguero & Wood, 2011).

Dicha reacción de ansiedad nos ayudara a responder mejor ante las demandas de situación, cumpliendo por tanto una función adaptativa al medio (Cano, et al., 2011).

Sin embargo, en ocasiones la ansiedad no facilita una mejor adaptación, pues con frecuencia surgen varias alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, e incluso muchas personas se activan sin saber porque, u otras tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que les provocan niveles excesivamente altos de ansiedad (i.e., malestar psicológico, alta activación fisiológica, inquietud motora, etc.)Y que pueden llevar a problemas de rendimiento (i.e., bloqueos), o problemas de salud mental (ej., trastornos de ansiedad) (Cano,et al., 2011).

Como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta des adaptativa que ocasiona disfunción

en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad (Cárdenas, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

Entonces el trastorno de ansiedad es el que comparte características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. (DSM-5,2014).

Y otra definición de un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos (Cárdenas et al.,2010).

Además los trastornos de ansiedad se diferencian entre si según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la condición asociada (DSM-5,2014).

Asimismo los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan (DSM-5,2014).

Los trastornos de ansiedad son condiciones comunes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia mundial que oscila en la literatura médica entre el 4% y 32%. Impactan negativamente la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales (Tayeh, Agamez & Chaskel, 2015).

El origen de la ansiedad en adolescentes normales engloba la consolidación de la identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia. Los síntomas de los trastornos de ansiedad en adolescentes que refieren con mayor frecuencia son el miedo las alturas, a hablar en público, a ruborizarse, una preocupación excesiva por actos que ha hecho, cosas que ha dicho, y a la conciencia de sí mismos (Josep & Amenara, 2008).

En la actualidad numerosos estudios indican que los trastornos de ansiedad son una de las categorías que más permanece en la psicopatología de la infancia y la juventud. La edad media de inicio de trastornos de ansiedad son 10 años para el trastorno de ansiedad. (Josep & Amenara,2008.)

De esta manera el Trastorno de Ansiedad Generalizada se define como ansiedad y preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades cotidianas (ejemplo, responsabilidades laborales, fallas académicas menores, temas económicos y otros problemas de carácter menor) durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses. Una característica del Trastorno de ansiedad generalizada que la diferencia de las preocupaciones que cualquier persona puede tener es que son difíciles de controlar, son consideradas excesivas(aunque no siempre) y son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que pueden derivarse de la situación o acontecimiento temidos: además están asociados a síntomas variados como sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones del sueño, cefalea y sensación de inquietud, y muchas veces pueden ser estos síntomas los más prominentes en los niños y adolescentes (Cárdenas et al., 2010).

En el trastorno de Ansiedad Generalizada la angustia y las preocupaciones que se experimentan están por encima de lo común. La preocupación y la tensión son crónicas aun cuando nada parece provocarlas. Padecer este trastorno significa anticipar, casi siempre, desastres o consecuencias negativas,

preocupaciones frecuentes y excesivas por la salud, el dinero, la familia. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de identificar. Los simples hechos de pensar en pasar el día provocan ansiedad (Josep & Amenara, 2008).

Las personas que padecen de Trastorno de ansiedad generalizada tienen dificultades para desconectar de sus inquietudes aun cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Les cuesta mucho relajarse. Frecuentemente tienen problemas para conciliar o mantener el sueño. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, náuseas, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falte el aire. Pueden sentir náuseas, que tienen que ir al baño frecuentemente o como si tuvieran un nudo en la garganta (Josep & Amenara, 2008).

Se ha propuesto también que el Trastorno de ansiedad generalizada en la adolescencia es un precursor de un trastorno depresivo; sin embargo, la evidencia no es concluyente y hacen falta estudios longitudinales del Trastorno de ansiedad generalizada (Tayeh, et al., 2008).

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido por el que el individuo se preocupa. Los niños y los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y el rendimiento deportivo (DSM-5,2014).

Desafortunadamente y a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada.

Siempre debemos dejar en claro que los síntomas de la ansiedad, en el caso del tema que nos compete ahora, están relacionados con alteraciones químicas del cerebro, tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados

por estrés en el ambiente (Cárdenas, et al., 2010).

1.2 Tipos de trastorno de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados (DSM-5,2014).

Los Trastornos de ansiedad según el DSM-5 son los siguientes:

1.2.3 Trastorno de ansiedad con fobia social

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada.

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad, por lo tanto un individuo que se pone ansioso solo de vez en cuando en situaciones sociales no será diagnosticado de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo del miedo y de ansiedad pueden variar en las diferentes ocasiones.

1.2.3 Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperado y recurrente. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo o malestar intenso que

alcanza su máximo en cuestión de minutos.

El término recurrente significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparecen durante el sueño (ataque de pánico nocturno). En contraste los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico.

1.2.4 Agorafobia

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones. El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones: 1) El uso de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) Encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) Estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) Estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud; 5) Estar fuera de casa solo.

1.2.5 Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos

El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad.

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamento en el DSM-5 (2014) es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (criterio A) que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas de pánico o ansiedad se deben haber desarrollado durante o

poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia , o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (criterio B2).

1.2.6 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

La característica esencial de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden, ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (criterio A)

1.3 Causas del trastorno de ansiedad generalizada

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestas a altos niveles de ansiedad (Cárdenas et al, 2010).

Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad, la manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural pueden influir para que una persona sea susceptible a desarrollar Trastorno de Ansiedad Generalizada. Los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos (Cárdenas et al, 2010).

Son varias las causas que pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad. Los acontecimientos estresantes, el estilo educativo de los padres, el propio temperamento del niño, la vulnerabilidad de cada niño, y los factores sociales y

culturales son factores que condicionan la aparición de trastornos de ansiedad (Sandin, Valiente y Chorot, 2009 en Padilla, 2014).

1.4 Diagnostico y síntomas

Para el diagnostico de Trastorno de Ansiedad Generalizada en población infanto-juvenil se requiere que: (a) se experimente ansiedad y preocupación excesivas, asociadas a síntomas somáticos como impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño,(b) que lo haga ante un amplio espectro de eventos y actividades que generalmente suelen ser preocupaciones acerca del rendimiento escolar, el perfeccionismo, el estado de salud propio y el de la familia o amigos íntimos, y las relaciones sociales, y(c) que se prolongue como mínimo durante seis meses (Padilla,2014).

Se estima que entre un 15% y un 20% de la población infanto-juvenil tiene algún trastorno de ansiedad, tratándose de uno de las demandas más frecuentes en las Unidades de Salud Mental (Orgiles, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras, 2012 en Padilla, 2014).

De acuerdo al DSM-5 Criterios del diagnóstico:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es fácil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto o insatisfactorio).

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas (DSM-5,2014).

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño (DSM-5,2014).

Para realizar la evaluación de un niño o adolescente con la sospecha de TAG se deben tener en cuenta los criterios diagnósticos mencionados, observando que se cumplan los síntomas en el número y el tiempo indicados. Cómo se ha enfatizado en los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen estar en relación con el rendimiento o la competencia en la escuela o el deporte, inclusive cuando no están siendo evaluados en su desempeño; también la puntualidad puede ser motivo de preocupaciones excesivas o los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear (Cárdenas, et al., 2010).

1.5 Tratamiento

El tratamiento se debe iniciar lo más pronto posible una vez se ha establecido el diagnóstico, para prevenir el desarrollo de problemas secundarios y alteraciones de la funcionalidad. De acuerdo con la evidencia, se recomienda un enfoque de tratamiento multimodal, que incluya la psicoeducación de los padres y el niño sobre el trastorno de ansiedad y su tratamiento, los controles frecuentes con psiquiatría, las intervenciones psicoterapéuticas, dentro de las cuales la más fuerte evidencia incluye la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y, cuando sea necesaria, la farmacoterapia (Tayeh, et al., 2015).

En general el tratamiento de los trastornos de ansiedad incluye la combinación de farmacoterapia y una forma de psicoterapia que se denomina cognitivo conductual. En algunos casos los trastornos de ansiedad pueden responder a este tipo de psicoterapia aislada sin necesidad de asociar fármacos. Los estudios que miden la eficacia de la terapia cognitivo conductual muestran que entre un 70% a un 90% de los pacientes con trastornos de ansiedad se benefician de este tipo de tratamiento. En última instancia la modalidad del tratamiento es consensuada entre el psiquiatra, el psicólogo, y el paciente y luego de que el equipo tratante plantea al paciente las alternativas terapéuticas y el grado de eficacia que las investigaciones han demostrado para cada una de ellas (Manes, 2014).

Los costes que esta patología puede comportar en la calidad de vida de los pacientes así como en el presupuesto sanitario son muy elevados. Por ello es importante su detección y correcto tratamiento (Josep & Almenara, 2008).

En 1996 la Organización Mundial de la Salud advertía que los problemas mentales aumentarían durante este siglo para que los profesionales sanitarios estemos alertas en cuanto a su detección (Josep & Almenara, 2008).

Una de las etapas más vulnerables es la adolescencia ya que surgen grandes cambios psicológicos en donde debido a estos puede iniciar algún trastorno de ansiedad ya que es una patología con más frecuencia en adolescentes. (cano, et

el.,2011).

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. Los síntomas del trastorno de ansiedad tienden a ser crónicos y oscilantes. Los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y rendimiento deportivo. El contenido de la preocupación del individuo tiende a ser apropiado para la edad (DSM-5).

CAPITULO 2: ADOLESCENTES

*NO ME PREGUNTEN QUIEN SOY, NI ME PIDAN QUE SIGA SIENDO EL
MISMO.*

Michel Foucault.

2.1 ADOLESCENCIA

Entre los once y 18 años de edad ocurre la etapa de la transición entre la niñez y la adultez, conocida como adolescencia; en esta etapa la crisis ocurre en términos de la identificación del adolescente consigo mismo, es decir: identidad vs confusión de la identidad. Los adolescentes cuestionan el modelo de la niñez y tratan de asumir nuevos roles; de aquí que la pregunta más significativa en ellos es saber ¿Quién soy yo?: cuando aún conservan modelos de su niñez y están sujetos a impulsos biológicos, aptitudes y la adquisición de nuevas destrezas y frente a ellos hay nuevas oportunidades que les puede dar la sociedad (Robles,

2008).

Los inicios de la adolescencia se conciben, en líneas generales, entre los 11-12 años, pero su culminación que marca el inicio de la juventud, para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18 años (Domínguez, 2008).

En esta edad pueden surgir en ellos dudas acerca de su identidad sexual, los adolescentes pueden tener una identificación desmesurada con héroes de la subcultura juvenil o los líderes de pandillas, como respuesta a una aparentemente pérdida de identidad, sintiéndose aislado, vacío, ansioso e indeciso (Franger ,S/f en Robles, 2008).

La identidad Yoica significa saber quiénes somos y como encajamos en el resto de la sociedad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa. Por descontado esta que los adolescentes son conocidos por su idealismo y por su tendencia a ver las cosas en blanco o negro. Estos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo (Boeree ,2012).

Aunque en la adolescencia se pueden divertir, aprender y disfrutar de miles de oportunidades que da la vida, es una etapa difícil, porque durante ella se enfrentan a cambios de todo tipo y comienzan a percibir realidades que antes no tenían presentes (Gomez,2012).

Ahora su entorno empieza a mostrarnos que también puede ser hostil y no siempre agradable, se encuentran problemas con las drogas, violencia, sexualidad, etc. (Gómez, 2012).

A sí mismo en esta época de la vida enfrentan ciertas situaciones de riesgo en

las que tienen que tomar decisiones para evitar problemas que pueden acarrear {sic} pérdida de salud físicas emocional, psicológica, depresión e incluso la muerte (Gómez, 2012).

Durante esta etapa de descubrimiento del mundo y de sí mismo, los miedos y temores del adolescente pueden adquirir una dimensión patológica cuando le impiden llevar a cabo aquellas actividades que implican el contacto social con los demás (Soutullo & Mardomingo, 2010).

Una de las patologías que puede desarrollar el adolescente es la ansiedad generalizada la cual se caracteriza por una preocupación exagerada ante la vida en general. El paciente sufre múltiples miedos que carecen de base real y que afectan a los más variados aspectos y circunstancias de la vida .Afecta aproximadamente al 4% de los adolescentes (Soutullo & Mardomingo, 2010).

La actitud ansiosa no solo se manifiesta ante circunstancias de la vida presente como los exámenes, las relaciones con los amigos o profesores, sino que también se proyecta sobre sucesos del pasado, que se analizan una y otra vez, y sobre posibles acontecimientos futuros. El paciente siente temor a las consecuencias de hechos que están sucediendo, que han sucedido o que puede suceder. Por lo tanto, un afrontamiento ansioso de la realidad puede afectar a toda la vida del paciente, la ansiedad se acompaña de un sentimiento general de inseguridad e ineptitud, que abarca el aprendizaje en el colegio(a pesar de sacar buenas notas, el adolescente teme fracasar) (Soutullo & Mardomingo, 2010).

Además sus padres se ven obligados a reafirmar continuamente su amor por el debido a su inseguridad, y en el colegio, a pesar de ser querido y aceptado, también se siente inseguro (Soutullo & Mardomingo, 2010).

3.2 Desarrollo socioemocional en la adolescencia

Durante la adolescencia, el desarrollo socioemocional se caracteriza por las importantes transformaciones que tienen lugar. Estos cambios incluyen los esfuerzos que realiza el adolescente para comprenderse a sí mismo y la variaciones emocionales que experimenta (Santrock, 2006).

También Durante los años de adolescencia el tema del logro se vuelve altamente crítico y a menudo los jóvenes sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad. Son juzgados por sus logros y se juzgan a sí mismos según estos. En realidad el idealismo afecta mucho lo que los jóvenes tratan de alcanzar, por lo que a menudo sus logros quedan cortos en relación con sus expectativas y se decepcionan y se desaniman. Pueden culpar a la sociedad, pero por lo general tienen la idea de tener ellos la culpa en el fondo .Por lo consiguiente, el logro debe capacitarlos para encontrar un lugar dentro de su grupo social; deben aprender como vestir y actuar en la forma definitiva que apruebe el grupo (Dicarprio, 1989 en Mendoza, 2009).

3.2.1 Autoestima

La autoestima hace referencia a la evaluación global del yo, y también se denomina valor propio o autoimagen. Según una reciente investigación, tanto los varones como las chicas presentaban niveles particularmente altos de autoestima en la niñez, pero dichos niveles descendían de forma considerable durante la adolescencia .Según este estudio, se advierte una relación entre la autoestima de los adolescentes y la existencia de unas relaciones positivas. (Robind y otros 2002, en Santrock, 2006).

3.2.2 Identidad

Erickson afirma que la búsqueda de la identidad aun cuando sea una preocupación siempre presente a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico durante la adolescencia, ya que en ésta hay muchos cambios significativos en

toda persona, pero especialmente en el yo. El resultado es que el joven se encuentra atrapado en un problema de identidad: aun es un niño en algunos aspectos, aunque sin necesidades de adulto; aun es dependiente, aunque se espera que se comporte con independencia; ya es sexualmente maduro, pero incapaz de satisfacer sus necesidades sexuales, por lo que el adolescente no sabe quién es en realidad (Mendoza,2009).

Debemos de recordar que para Erickson la identidad del ego es una continuidad interna o igualdad interna: debe tomarse como un *papel central del ego*, que es aceptable para el individuo y para el círculo de personas importantes para él. La naturaleza del círculo social varía considerablemente a lo largo de la vida, pero alcanza un nivel extremo sensible durante la adolescencia. La incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina según Erickson, *confusión de papeles* (Mendoza,2009).

Una sociedad industrializada compleja la formación de un sentido de identidad confronta al joven con otros problemas peculiares. Los jóvenes están desconcertados; su conocimiento de lo que tienen disponible es vago y son limitadas sus oportunidades de ensayar diferentes estilos de vida. Al no saber realmente que rumbo tomar están obligados a aventurarse a lo largo de una senda en particular, con muchas incertidumbres e incógnitas que ensombrecen su camino. Hay injusticias al pertenecer a una clase, desigualdad de oportunidades, valores diferentes y diversas desviaciones de la corriente principal de la cultura (Mendoza,2009).

Durante la adolescencia, las distintas visiones del mundo adquieren una mayor importancia para el individuo, que se adentra, según (Erickson,1668 en Santrock,2006) en una “moratoria psicológica”, un espacio entre la seguridad de la niñez y la autonomía de la edad adulta. Los jóvenes capaces de pasar por esta sucesión de identidades opuestas durante la adolescencia poseen luego una nueva comprensión de su yo que es innovadora y aceptable (Bosma y Kunnen, 2001; Moshman, 1999). Los adolescentes que no resuelven esta crisis de identidad

con éxito se muestran confundidos, y sufren lo que Erickson denomina “confusión de la identidad” (Santrock,2006).

De acuerdo a Erickson la persona que ha alcanzado su sentido de identidad se compromete con una ideología aceptada, un sistema de creencias y valores aprobado por su cultura. La vida está reglamentada por esas creencias y patrones (Mendoza,2009).

3.2.3 Desarrollo emocional

Las alteraciones hormonales que se producen durante la adolescencia temprana pueden estar relacionadas con la variabilidad de las hormonas en esa misma etapa. Los cambios en el estado de ánimo se vuelven menos extremos al tiempo que los adolescentes van entrando en la edad adulta, y este descenso que se aprecia en las variaciones emocionales puede ser el resultado de la adaptación gradual a los niveles hormonales (Rosenblum y Lewis, 2003, en Santrock ,2006)

En términos positivos, el adolescente tiene que aceptar los cambios que ocurren en su cuerpo: físicos y hormonales, de su imagen corporal; aunque tal aceptación es importante en todas las edades del ciclo vital, en la adolescencia es un hecho crucial para su aceptación consigo mismo: tanto en los aspectos corporales como en los psicológicos, sociales y a los valores morales de su cultura (Robles, 2008).

En relación a los problemas del trastorno de ansiedad generalizada, la terapia cognitivo conductual, con o sin componente familiar, es la intervención que se ha aprobado con mayor grado de eficacia para niños y adolescentes siguiendo los criterios de la Comisión de Expertos de la División 12 de la asociación Americana de Psicología (TakForce on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures,1995)(Padilla,2014).

CAPITULO 3: ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

Toda persona tiene capacidad para Cambiarse a sí misma.

A. Ellis. (1962)

1.1 Definición del enfoque cognitivo conductual.

La psicoterapia Cognitivo conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esta

conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación, de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Se basa en el principio del aprendizaje, esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo esta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. Así se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o disminuir, el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández & Sánchez, 2007 en Hernández, 2013)

El modelo o enfoque Cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología: la aproximación cognoscitiva y la conductual, identificada esta última como la teoría del condicionamiento. De acuerdo con la mezcla cognitivo conductual surgió como resultado de no considerarse dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de eventos privados; los sentimientos y los pensamientos (Mahoney, 1974, en Hernández ,2013).

Uno de los objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual es ayudar al niño y adolescente a identificar los déficits y distorsiones cognitivas, evaluarlos en un ámbito real y luego enseñarles posibles nuevas habilidades o pensamientos y creencias irracionales desafiantes y reemplazarlos con un pensamiento más racional (Kendall 1990, en James, Soler & Weatherall, 2008).

1.2 Antecedentes

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual fueron: a) la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, b) el conexionismo de Thorndike, c) El conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neo conductistas de Hull, Guthrie, Mower y Tolman y, por último d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta (Fernández, Díaz & Villalobos, 2012).

a) La reflexología y leyes del condicionamiento clásico:

Esta disciplina vendría a sustituir a la psicología, y tendría por objeto el estudio experimental de las correlaciones entre el ser humano y el ambiente a través de sus manifestaciones observables (e.g. expresión facial, gestos, con forma del contenido y forma del habla, conducta, etc.) (Fernández et al.2012)

El condicionamiento clásico supone el aprendizaje de respuestas involuntarias, sobre las cuales el aprendiz no tiene control. Cuando decimos que un estímulo provoca una respuesta, significa que el estímulo era automáticamente una respuesta, sin que el individuo ejerza mucho control sobre ella. En la mayoría de los casos, la respuesta condicionada es similar a la incondicionada, con la única diferencia de cuál es el estímulo que provoca la respuesta y, en ocasiones, también según cual sea la fuerza de la respuesta (Arumir, 2015).

Podemos recurrir la teoría del condicionamiento clásico para comprender como la gente aprende diversas respuestas involuntarias, especialmente, respuestas asociadas con la fisiología y las emociones (Arumir, 2015).

b) El conexionismo de Thorndike

La investigación de laboratorio sobre psicología animal llevo a Thorndike a estudiar las conexiones en función de las consecuencias, formulando a partir de estos estudios sus leyes básicas del aprendizaje: la ley del efecto (para explicar cómo se adquiere la respuesta) y la ley de la práctica (que explicaría la eficacia del aprendizaje) (Fernández, et al., 2012).

Su principio más influyente, la ley del efecto, establecía que las respuestas seguidas de satisfacción quedaba firmemente asociadas a la situación, de tal forma que se incrementaba su posibilidad de ocurrencia en la misma situación. (Fernández, et al., 2012).

c) El conductismo de Watson.

Fue John Watson, quien introdujo el término conductismo, y fue el principal defensor de esta perspectiva durante la primera parte del siglo xx. Este autor destacaba la necesidad de centrarse en las conductas observables y no en los fenómenos no observables, como el “pensamiento” (Arumir,2015).

También para Watson la psicología debía ser una disciplina totalmente objetiva, dedicada a la predicción y control de conducta. Los principales principios de conductismo eran los siguientes: (Fernández, et al. 2012).

1. El objeto de estudio de la psicología es la conducta manifiesta, concretamente las respuestas (R) suscitadas por los estímulos ambientales (E), por lo que con posterioridad la psicología propuesta por Watson recibió el apelativo de psicología E-R.

2. La metodología de la experimentación animal como método objetivo debe ser el método de investigación de la psicología.

3. El conductismo supone una ruptura radical con las corrientes psicológicas tradicionales que no describen la conducta en términos de conductas directamente observables.

4. La conducta se explica en términos de condicionamiento clásico Pavloviano de los reflejos estímulo-respuesta del sistema nervioso del individuo (Arumir,2015).

d) La contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

Skinner partió del interés, al igual de Hull y Mowrer, por estudiar la relación entre los paradigmas de Pavlov y Thorndike, planteando la existencia de dos tipos de condicionamiento en función del tipo de respuesta implicada en cada uno (respondiente y operante) (Fernández, et al., 2012).

Skinner es el autor de lo que se conoce como el Condicionamiento Operante.

Es una teoría que toma mucha fuerza a partir de la década de los cuarentas hasta los sesentas del siglo pasado, tanto dentro del propio conductismo, como en la psicología en general (Hernández, 2008). En palabras de Skinner, el aprendizaje es definido como “un cambio en la probabilidad de la respuesta” (Skinner citado por Hernández, pág. 95); considera que se puede incidir en el comportamiento del individuo y hacer que llegue a una respuesta que se pretende o desea como la más probable. En este sentido, se entiende al Condicionamiento Operante como una teoría conductista que plantea la posibilidad de condicionar la generación de un determinado comportamiento en el individuo (Hernández, 2008 en Mejia, 2011).

En torno a 1970 se va a iniciar una fase de transformación de la Terapia de conducta que se caracteriza conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Se considera que la Terapia de conducta no puede basarse solo en la psicología del aprendizaje y son bienvenidas otras fuentes de influencia provenientes de los más diversos campos. (Fernández, et al., 2012).

En cuanto a los desarrollos teóricos más representativos que se producen en esta fase encontramos las teorías del aprendizaje social, caracterizadas por el énfasis en la influencia social y la capacidad auto-regulatoria del individuo y cuya influencia se produce principalmente a través de los trabajos de A. Bandura, y la aparición del enfoque cognitivo en Terapia de conducta... (Fernández, et al., 2012).

La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos. (Fernández, et al., 2012).

En relación con la visión cognoscitiva de la imitación, Bandura formula el principio de determinismo recíproco, es decir, la existencia de influencia recíproca entre comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo, que es considerado como un sistema representacional competente a la

hora de determinar que ve más allá de la realidad física fuente de estimulación. (Fernández, et al., 2012).

Un Concepto central para la Terapia cognitiva es el de cognición. Para Beck et al., 1979 en Becoña & Oblitas, 2008) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de la conciencia (Marzillier, 1980 en Becoña & Oblitas, 2008) que son identificables, conscientes. Incluiría por tanto pensamientos, imágenes y sentimientos.

Los procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980 en Becoña & Oblitas), lo que supone el modo en que nosotros automática o inconsciente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación.

Las estructuras cognitivas son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985 en Becoña & Oblitas, 2008).

De las terapias cognitivas existentes en la actualidad existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica (son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D´Zurilla. (Becoña & Oblitas, 2008).

Ellis en (1957, 1962, 1971, 1973) impulsó el desarrollo de las terapias cognitivas conductuales. Ellis relaciona al estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (CR). El

objetivo de la Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales (Fernández, et al., 2012).

Beck, es el creador de la Terapia Cognitiva. (Fernández, et al., 2012).

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisopo, Cicerón, Seneca, Epicteto y Marco Aurelio. Epicteto escribió “los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. El control de sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de las ideas (Beck et al. 2008 en Velasquez, 2012).

La confluencia de su interés con el de la nueva Terapia de conducta de los años 60 dio lugar al desarrollo y sistematización de su terapia Cognitiva. La terapia Cognitiva enfatizaba el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además, invocaba la integración de las técnicas conductuales establecidas en la generación y el uso de la metodología experimental (Fernández, et al., 2012).

Realmente los desarrollos terapéuticos de Beck, junto a la terapia Racional emotiva Conductual de Ellis y algunos otros acercamientos cognitivos, pueden considerarse la esencia de la segunda generación de la Terapia de Conducta, y los elementos fundamentales de la orientación cognitivo-conductual, siendo a partir de este momento cuando empieza a surgir la necesidad de cambiar el término Terapia Cognitivo conductual. El enfoque cognitivo conductual cuenta con mayor poder explicativo que el modelo E-R, al integrar variables cognitivas, conductuales, emocionales y aspectos sociales. (Fernández, et al., 2012).

El proceso de la construcción de la psicoterapia cognitivo conductual se

evidencia la necesidad de tomar en cuenta los pensamientos y las manifestaciones de estos a pesar de que sean evidentes, por lo que la construcción de mecanismos e instrumentos que permitan al terapeuta vincular los esquemas cognitivos y la conducta fundamental el enfoque cognitivo conductual (Mahoney y Freeman,1998 en Antúnez, 2012).

Como se puede ver, las bases del modelo cognitivo conductual se centran en cubrir los aspectos fundamentales de los pensamientos y las acciones, en tanto, la integración de esquemas de intervención en estos dos aspectos cubren la demanda de la problemática “mente-cuerpo”(Mahoney y Freeman,1998 en Antunez,2012)

1.3 Características generales

Parte de los postulados de la Terapia Cognitivo-Conductual es el procesamiento de la información, entonces el planteamiento psicopatológico se concibe a partir de cómo la persona piensa, como llega a conclusiones, a que le brinda mayor importancia, o sea, a como estructura su pensamiento (Hernández, 2013).

En un inicio la Terapia Cognitivo -Conductual privilegiaba la parte cognoscitiva del individuo como principal motor de cambio y generador de emociones, conductas y más pensamientos, en la actualidad se reconoce la retroalimentación constante entre estas entidades, peor aún se utiliza la cuestión cognitiva como principal generador de cambio continuándose hasta la fecha, teniendo a la conducta como principal indicador de cambio en tanto que es medible, verificable y observable (Hernández, 2013).

El objetivo de la terapia cognitivo- conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos des adaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las

siguientes operaciones (Beck, 2006 en Pérez, 2007).

- Control de los pensamientos automáticos
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Situaciones de cognición desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas (Pérez, S/F en Beck,2006).

Se recogen a continuación las que se consideran principales características de la Terapia Cognitivo Conductual actual con el objetivo de ofrecer una visión de los principios comunes a todas las orientaciones de esta disciplina. (Ruiz, et al., 2012).

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia.
- La técnica y procedimientos utilizados en TCC cuentan en buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.).
- El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductuales, cognitivo, fisiológico y emocional), consideradas como actividad susceptible de medición y evaluación.
- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorarla influencia de factores biológicos y sociales.
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando

conductas adaptadas cuando estas no se producen.

- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Aplicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.

1.4 Técnicas principales

El modelo cognitivo- conductual cuenta con diversas técnicas que responden a las problemáticas conductuales y emocionales de los sujetos (Dattilio, 1990 en Antúnez, 2012).

Algunas técnicas más usuales en el modelo cognitivo conductual son: el modelado, desensibilización sistemática, terapia implosiva, condicionamiento encubierto, técnicas aversivas, técnicas de autocontrol, entrenamiento de habilidades sociales, también tenemos juegos de roles, toma de decisiones, solución de problemas y reestructuración cognitiva, donde encontraremos dos terapias sobresalientes que son la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis (Dattilio, 1990 en Antúnez, 2012).

Por tanto se definen algunos de los procedimientos más importantes en el tratamiento cognitivo conductual.

1.4.1 Modelado

Miller y Dollard (1941) fueron los primeros en interesarse por el aprendizaje social y la imitación. Su obra *Social learning and imitation* tuvo una significativa influencia en Bandura, que en 1963 publica con Richard H. Walters *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad* (Olivares, Maciá, Rosa & Olivares, 2014).

En el ámbito de la psicología clínica, el procedimiento básico de la *teoría del modelado* consiste en exponer al cliente/paciente ante una o más personas (modelado en vivo) o filmados (modelado simbólico) que muestran las conductas

que el cliente/paciente abra de aprender(Olivares,et al., 2014).

El entrenamiento en modelado está especialmente recomendado para aquellas personas que les resulta difícil solo con indicaciones hacer o decir algo y se sienten más cómodos viendo como lo hace y lo dice primero otra persona. Hay varios aspectos del Entrenamiento en Habilidades Sociales que pueden incrementar la efectividad del modelado (Ruiz, et al., 2012).

- Repetición de la ejecución adecuada de la habilidad entrenada, bien al ser varios modelos que realizan la misma conducta o bien presentando a un único modelo que repite varias veces la misma conducta. La presentación de modelos múltiples llevando a cabo la misma conducta puede llevar al cliente a refutar la creencia de que solo una persona(el modelado concreto) y no otras personas en general, es capaz de realizar la conducta que le resulta difícil llevar a cabo. La repetición por parte de un único modelo de la conducta, permite al cliente refutar la idea de que la conducta ha sido realizada correctamente por azar.
- La similitud del modelo y el observador en cuanto a edad, sexo y otras características personales o de estatus, suelen contribuir que se facilite la imitación y el aprendizaje.
- La competencia del modelo influye igualmente en el aprendizaje observacional.
- Reforzamiento del modelo. Si el modelo es reforzado por la realización de la conducta es más probable que sea imitado.
- Complejidad de la conducta a moldear. Cuando el entrenamiento en modelado se está llevando a cabo con conductas complejas, es conveniente que se divida la conducta en varios componentes y el modelado los vaya llevando a cabo por separado (Ruiz, et al., 2012).

Las técnicas de modelado que utilizamos en la terapia conductual-cognitiva son un conjunto de procedimientos basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1976) o teoría cognitivo social (Bandura,

1986,2001,2011) y se utilizan para conseguir alguno de los cinco efectos que se señalan del aprendizaje por observación: (Olivares,et al., 2014).

a) Efectos de adquisición de nuevas conductas.

El modelado facilita la adquisición de conductas nuevas. A través de la observación de la conducta de los demás, los observadores pueden adquirir nuevos repertorios de conductas, habilidades cognitivas, estrategias de afrontamiento, creencias, etc. Así, son ejemplos aplicados utilizar el modelado para aprendizaje, por ejemplo, de: habilidades sociales básicas, habilidades de afrontamiento ante el estrés, estrategias de resolución de problemas.

b) Efecto inhibitorio o desinhibidor. El modelado puede disminuir o fortalecer posibles inhibiciones sobre la conducta que ya está presente en el repertorio conductual de la persona, En estos casos es muy importante la observación de las consecuencia que experimenta el modelo tras realizar la conducta; es la observación de estas consecuencias la que inhibe o desinhibe la conducta imitativa del observador.

Las conductas que se han inhibido por miedo/ansiedad deben ser tratadas desde la perspectiva del modelo conductual-cognitivo, haciendo que la persona observe a un modelo realizando esas conductas temidas sin experimentar consecuencias negativas; se inhibe la conducta de aproximación y se extingue el miedo.

c) Efectos de facilitación de respuesta. La observación de la conducta de los demás facilita que se lleven a cabo conductas semejantes. Este efecto consiste en incrementar conductas que están en el repertorio de la persona -conductas previamente aprendidas- pero que no se dan pese a no estar inhibidas y que el modelo induce a realizar; actúa como recordatorio de que aquella conducta puede darse.

d) Efectos de incremento de la estimulación ambiental. En el proceso de modelado, la conducta de los modelos también provoca en el observador que este dirija la atención no solo a su conducta concreta sino también a

objetos concretos que pueden estar utilizando, a sus entornos preferidos o a determinados aspectos de este.

e) *Efectos de activación emocional.* Observar como los modelos expresan determinadas respuestas emocionales, por ejemplo en una interacción social, puede provocar la activación emocional similar en el observador.

1.4.2 Desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación ante determinados estímulos. Se trata de una de las técnicas pioneras en modificación de conducta, propuesta por Wolpe en los años cincuenta. El supuesto de este procedimiento es que existen determinados estímulos que generan, de forma automática, respuestas de ansiedad en la persona, y pretende que esos mismos estímulos provoquen, también de manera automática, respuestas incompatibles con la ansiedad. De esta forma se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación (Labrador, 2008 en Oviedo, S/F).

1.4.3 Técnicas de relajación

La técnica de relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológica. Tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior (Ruiz, et al., 2012).

1.4.4 Terapia implosiva

Se denominó a esta técnica, inundación que presenta como característica central la exposición prolongada a estímulos que producen ansiedad, con el objetivo de reducir-eliminar los componentes fisiológicos de las respuestas de

ellos. El objetivo es que el paciente se habitué al estímulo que se le presente y se dé la extinción de la fobia o ansiedad que provoca dicho estímulo (Baum 1968 en Sousa,2014).

Es una técnica que se aplica para el tratamiento psicológico de la ansiedad y las fobias. Se encuentra basada en la misma argumentación teórica que la desensibilización sistemática; la diferencia principal es que en vez de exponer al paciente de manera progresiva se hace de manera completa, de ahí viene el nombre “inundación” ya que es de manera total y no gradual (Sousa, 2014).

1.4.5 Condicionamiento encubierto

Investigaciones ulteriores indican que el condicionamiento encubierto es sumamente eficaz en una variedad de problemas clínicos y han contribuido substancialmente a la aceptación general de la psicoterapia conductual y cognitiva (Cautela y Kearney, 1993 en Kort ,2008).

Brevemente, el condicionamiento Encubierto incluye:

- 1) La Triada de autocontrol que consiste en:
 - a. Vocalización subyacente de un (error) frase o palabra como “basta”, por ejemplo, y luego de inhalar y exhalar, imaginar una escena grata.
 - b. Transferencia del aprendizaje después de la intervención por medio de una escena en imaginación, al final del día, visualizando la nueva conducta, pensamiento o sentimiento.

- 2) Formas implícitas de acrecentar la conducta adecuada
 - a. Refuerzo positivo encubierto: imaginar la nueva conducta y reforzarla en la imaginación
 - b. Refuerzo negativo encubierto: imaginar un estímulo aversivo, interrumpirlo y luego imaginar la nueva conducta
 - c. Modelado Encubierto: imaginar una conducta, pensamiento o

sentimiento que decrece o aumenta

3) Formas implícitas de decrecer la conducta inadecuada

- a. Sensibilización Encubierta: imaginar la consecuencia aversiva
- b. Extinción Encubierta: imaginar que el refuerzo no se presenta
- c. Costo Encubierto de la respuesta: imaginar que se impide un refuerzo.

1.4.6 Técnicas aversivas

Básicamente las terapias aversivas intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado con una estimulación desagradable, externa e interna, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficiente desagradables para el emisor con el fin que deje de ejecutarlo. En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva (Labrador, 2014).

1.4.7 Entrenamiento de habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades Sociales es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009 en Ruiz, et al., 2012).

El déficit en habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. Hay numerosos estudios que demuestra la asociación entre déficit de habilidades sociales problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia. Actualmente se ha convertido en un procedimiento de intervención ampliamente utilizado puesto que, por un lado, incide directamente en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de las personas (laboral, educativo, sanitario, familiar, social etc.) y , por otro, la falta de competencia social puede ser un déficit central o estar a la base de

muchos trastornos psicológicos (Ruiz, et al., 2012).

1.4.8 Toma de decisiones.

Se presentan a continuación algunas definiciones clásicas de los procesos que se dan en la toma de decisiones y que pueden aclarar de forma importante. Dentro de este proceso se dan una serie de conductas que necesitan definición:

Se plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas:

1. Decisiones. Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.
2. Resultado. Son situaciones descriptibles públicamente que ocurrirían si se llevasen a cabo las conductas alternativas que se han generado en el proceso de toma de decisiones. Como todas las situaciones son dinámicas, según avanza y continúa la acción el resultado puede variar.
3. Consecuencias. Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
4. Incertidumbre. Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza, y posibilidad.
5. Preferencias. Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.
6. Tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.
7. Juicio. Son los componentes del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir que sucesos ocurrirán y cuáles serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

Según estas definiciones el proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos. La elección de la situación ya es un elemento que puede entrar en el proceso. Hay que elegir los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son y analizar las relaciones entre ellos. Una vez determinada cual es la situación, para tomar decisiones es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta las la incertidumbre de cada resultado y su valor. Así se obtiene una imagen de las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido. De acuerdo con las consecuencias se asocia a la situación la conducta más idónea eligiéndola como curso de acción (Hastie,2001, en Garcia,2014).

1.4.9 Solución de problemas.

El termino resolución de problemas, como se usa en la literatura psicológica, generalmente se refiere a la conducta y procesos de pensamiento dirigidos hacia la ejecución de algunas tareas intelectualmente exigentes. Para Krulic (1993) es un proceso través del cual el individuo usa información, habilidades o entendimientos previamente adquiridos, para satisfacer las demandas de una situación desconocida o poco familiar. El proceso comienza con la confrontación inicial y concluye con la respuesta obtenida. El alumno debe sintetizar lo que ha aprendido y aplicarlo a la nueva situación (Arumir,2015).

1.4.10 Juego de roles.

El juego de roles es una técnica que se ha utilizado constantemente en la evolución conductual, principalmente esta técnica se ha utilizado en el área de habilidades sociales y en asertividad. El juego de roles también es conocido como ensayo conductual y es como un medio para entrenar nuevos patrones de respuesta (Goldfried y Davison 1994 en Phares y Trull, 2000)

Según, el juego de roles de ha empleado ya por mucho tiempo como un

instrumento terapéutico, el cual proporciona una referencia eficiente para evidenciar habilidades y deficiencias conductuales de los pacientes. (Ruiz, et al., 2012).

1.4.11 Reestructuración cognitiva.

La Reestructuración Cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determine si dicha hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuales son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark,1989 en Bados & García,2010).

1.4.12 Terapia Racional Emotiva.

Cuando un individuo experimenta conductas o emociones que no son adecuadas para el contexto o la situación (en el sentido de que nos evite problemas actuales y futuros acorde con mis metas o desarrollo), es debido a que su sistema de pensamiento tiene 4 características básicas: (Ellis,1974 en Hernández,2013)

1. Piensa que algo o alguien deberían ser diferentes o muy necesario de cómo es en realidad (con la condición que la persona se aferre a ese pensamiento).
2. El objeto, o la persona o la situación, como no tiene las características que desea la persona, entonces se convierte en algo con características horribles.
3. Como objeto, la persona o la situación no es como la persona desea,

entonces no es soportable.

4. Lo otro al ser todo lo anterior, merece reprobación, por lo que está justificado todo acto, pensamiento, emoción o actitud referente a la persona, objeto o situación (Hernández, 2013)

Por esto la psicoterapia debe ser dirigida a cambiar pautas de pensamiento irracional por pensamientos adaptativos (Lega, Caballo y Ellis, 1997 en Hernández, 2013).

Ellis plantea un esquema A-B-C, donde:

A: Es el estímulo activador, este puede ser interno (pensamiento, sensación, etc.), o externo (algún acontecimiento ajeno al individuo).

B: Es el sistema cognitivo del individuo (creencias, filosofía de vida), que le permite interpretar A.

C: Consecuencias o reacción o resultante de B sobre A y puede ser emotivo, cognitivo o conductual.

Planteando entonces que C no es consecuencia de A, sino que B determina, lo que permite al individuo trabajar sobre este sistema de creencias para obtener distintos resultados.

Ellis llama a su teoría "Terapia Racional Emotiva Conductual" (Lega, Caballo y Ellis, 1997), después de un largo proceso de modificación.

1.4.13 Terapia cognitiva.

Las personas con alguna psicopatología tienen pautas de pensamiento desadaptativas, centrándose también en el cambio de los pensamientos (y todo lo que conlleva esto), emociones y conductas disfuncionales (Aarón Beck, 1983 en Hernández, 2013).

Se centra como procedimiento a detectar “los pensamientos automáticos” poco desadaptativo o poco lógicos y poco empíricos, que se presentan inmediatamente en una situación o acontecimiento interno o externo. Como estos pensamientos con inmediatos no se cuestionan tratándolos el sujeto como verdad absoluta y al no comprobarlos generalmente llevan un error (Hernández, 2013).

El planteamiento de Beck en cuanto a estructura es S- P. A.-R, donde:

S: Situación interna o externa

P. A: Pensamiento automático (que surge de las creencias y los esquemas)

R: Resultante, que puede ser conductual, emocional, cognitivo o fisiológico.

El modelo cognitivo-conductual ayuda entender mejor el problema desmenuzándolo en diferentes áreas a evaluar:(Ibáñez & Manzanera, 2012)

Estímulos disparadores.

Pensamientos

Emociones y síntomas físicos.

Conducta.

Consecuencias.

Organismo y factores medioambientales. Estrategias y técnicas de la terapia cognitivo conductual de acuerdo a (Mondragon,2015).

1.4.14 Técnicas de autocontrol

Relacionan con aprender a moderarse para reducir comportamientos excesivos que son inmediatamente gratificantes.

- a) Reforzar inmediatamente o castigar con demora con un comportamiento.
- b) Reforzadores inmediatos frente a castigos menores con efecto acumulativo
- c) Reforzadores inmediatos de conductas problemáticas frente a reforzadores

diferido de conductas alternativas deseables.

d) Problemas relacionados con carencias comportamentales:

Pequeños castigos inmediatos o refuerzos acumulativamente significativos del comportamiento.

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que se desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten, actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse(Mondragon,2015).

Se ha demostrado que el tratamiento cognitivo- conductual con los componentes de relajación, exposición en imaginación, y en vivo y algunas técnicas de habilidades sociales, han sido adecuados y han demostrado su eficacia en el tratamiento de ansiedad generalizada en adolescentes (Padilla,2014).

Enseguida se desarrolla la propuesta de un taller con base a los temas antes vistos, la prevención del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes, recurriendo a la terapia cognitivo conductual.

PROPUESTA DE UN TALLER "PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA".

JUSTIFICACIÓN

Debido a que se estima que entre un 15% y un 20% de la población infanto-juvenil tiene algún trastorno de ansiedad tratándose de una de las demandas más frecuentes en las unidades de Salud Mental (Orgiles, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012), se propone este taller para prevenir el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes de 14 a 16 años, mediante diferentes técnicas cognitivo conductuales, ya que se ha demostrado que esta técnica es eficaz para la prevención del trastorno de ansiedad generalizada.

Es importante poner atención en este tema ya que en los últimos años este trastorno ha ido en aumento, son varias las causas que pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad, aún no se sabe con exactitud, pero algunos autores mencionan que: por el estilo de crianza, las situaciones estresantes, la vulnerabilidad de cada persona, por la vida tan de prisa que lleva la sociedad, entre otras situaciones. Además que es un tema que pocos conocen hoy en día, debido a la escasa información que brindan las unidades de salud mental a la sociedad acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Del mismo modo se debe tomar en cuenta a los adolescentes ya que son una parte de la sociedad, vulnerable propensos a distintos trastornos como lo es el trastorno de ansiedad generalizada, por los conflictos emocionales y sociales que

se presentan en esta etapa,

Además para prevenir problemas futuros y biopsicosocial en el adolescente, los altos costos que implica sanar este trastorno y los problemas físicos que se pudieran tener si se consume medicación por un largo periodo.

Por eso es que esta propuesta está dirigida y diseñada para adolescentes con el propósito de que sepa manejar la ansiedad, brindándoles las herramientas para ello y poder evitar el trastorno de ansiedad generalizada

OBJETIVO

Al concluir este taller “Prevención del trastorno de ansiedad generalizada” en adolescentes de 14 a 16 años. El adolescente podrá adquirir los siguientes conocimientos

- Conocerá que es el TAG
- Aplicara técnicas para prevenir y disminuir su nivel de ansiedad y como aplicarlas en su vida diaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar al participante información del Trastorno de ansiedad Generalizada, la adolescencia y la Terapia Cognitivo Conductual.
- Enseñar al participante técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.
- Introducir al adolescente en las técnicas de detención de pensamiento para que puedan aplicarlas si es necesario.
- Capacitar al participante sobre la técnica de modelado y su importancia para prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Aplicar estrategias de resolución de problemas.
- instruir al adolescente acerca de la toma de decisiones

POBLACIÓN

Este taller va dirigido a adolescentes de 14 a 16 años, ambos sexos.

Para escuelas secundarias de 2do y 3er grado.

Los participantes del taller deben ser seleccionados por el psicólogo clínico mediante la prueba de ansiedad de Hamilton.

TAMAÑO DEL GRUPO: 10 a 15 adolescentes.

ESCENARIO: Sala de usos múltiples.

FACILITADOR: Psicólogo clínico.

NUMERO DE SESIONES: 8 sesiones

TOTAL DE HORAS: 10 horas con 40mn

MATERIALES:

Para realizar el taller se requieren los siguientes materiales: Video proyector, Lápiz, Pizarrón, Bancas, Mesa, Marcadores de colores, cartulina, Cuerda ,2 postes, Hojas blancas, tapete.

PROCEDIMIENTO DE LA PRUEBA DE HAMILTON PARA SELECCIONAR A LOS PARTICIPANTES.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

POBLACION: Población adolescentes de 14 a 16 años. Se trata de una escala

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

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

NOMBRE:

FECHA:

| SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD | A | L | M | G | MUY |
|--|----------|----------|----------|----------|-------------|
| | U | E | O | R | GRAV |
| | S | V | D | A | E/ |
| | E | E | E | V | INCA |
| | N | | R | E | PACI |
| | T | | A | | TANT |
| | E | | D | | E |
| | | | O | | |
| 1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipaciones de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tensión. Sensación de tensión Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | | | | | |
| 3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Servicio andaluz de salud.

| | |
|--------------------------|--|
| Ansiedad psíquica | |
| Ansiedad Somática | |
| PUNTUACION TOTAL | |

SESIÓN 1

OBJETIVO DE LA SESION: Dar la bienvenida a los participantes, evaluación inicial y presentación del taller.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|--------------------------------|---|--|------------|
| APERTURA y BIENVENIDA. | <ul style="list-style-type: none">• El instructor dará la bienvenida a los participantes del taller, se presentara y realizara una breve presentación de los temas y objetivos del taller en general.• El instructor realizara una dinámica de presentación con los participantes. Repartirá a los participantes hojas y marcadores para que realicen un gafete, escriban en el su nombre y dibujen algo con lo que se identifiquen.• El instructor dará a conocer las reglas del taller. | Proyector, Hojas Tamaño Carta y marcadores de colores, Pizarrón. | 15 minutos |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• El instructor proporcionara un pretest de evaluación de conocimiento de los temas que se verán en el taller, repartirá a cada adolescente y dará las instrucciones para contestarlo.(anexo 10)• El instructor aplicara el cuestionario para evaluar en el adolescente el nivel de ansiedad mediante el cuestionario de preocupaciones PSWQ (anexo 1) y dará las instrucciones de cómo resolverlo. | Hoja de cuestionario y lápiz, proyector y Laptop. | 50 minutos |

| | | | |
|----------------------------|--|--|------------|
| CIERRE DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se preguntara a los alumnos su experiencia al contestar la evaluación y las dudas que tengan acerca del taller.• Se despedirá al grupo y se invitara a la siguiente sesión. | | 15 minutos |
|----------------------------|--|--|------------|

SESIÓN 2

OBJETIVO DE LA SESION: Informar al adolescente que es el Trastorno de ansiedad Generalizada, la adolescencia y la Terapia Cognitivo Conductual.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|---|--|---------------------|---------------|
| QUE ES EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, LA ADOLESCENCIA Y LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL. | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador dará la bienvenida a los participantes, y dará una breve presentación del objetivo de la sesión. | Laptop y proyector. | 15 minutos. |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador expondrá a los asistentes que es la adolescencia y cuáles son sus etapas.• El instructor dará una explicación de lo que es el TAG.• Explicará que es y Para que la Terapia cognitivo conductual es un modelo que ayuda a prevenir el TAG.• El facilitador explicara porque es importante prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada. | Laptop y proyector, | 50 minutos |
| | <ul style="list-style-type: none">• Se realizara una conclusión | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|----------------------|------------|
| CIERRE DE LA SESIÓN. | <p>resaltando lo aprendido de la sesión y se aclararan duda.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se despedirá a los participantes y se invitara a la siguiente sesión. | Pizarrón y marcador. | 15 minutos |
|-----------------------------|--|----------------------|------------|

SESIÓN 3

OBJETIVO DE LA SESION:

Enseñar al participante técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|---|---|--|------------|
| TECNICA DE RELAJACIÓN PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador dará la bienvenida a los participantes, dará a conocer el objetivo de la sesión.• Se dará un breve resumen de la sesión 2 | Pizarrón y marcador. | 15 minutos |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador explicará que son las técnicas de relajación, de respiración y su función.• El facilitador realizará los siguientes ejercicios de relajación con los participantes del taller pidiéndoles que se recuesten en un tapete.• Ejercicios para relajar los brazos (anexo 2)• Ejercicios para relajar la cara (anexo 2)• Ejercicios de respiración anexo 2)• Ejercicios para relajar el cuello. | Video proyector, laptop, Tapete para recostarse. | 50 minutos |

| | | | |
|--------------------------|--|--|------------|
| CIER DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se les dejara de tarea hacer una actividad aprendida de relajación.• Se realizara una conclusión resaltando lo aprendido en la sesión y se aclararan dudas.• Se invitara a la siguiente sesión y se despedirá a los participantes. | | 15 minutos |
|--------------------------|--|--|------------|

SESION 4**OBJETIVO DE LA SESION:**

Introducir al adolescente que son las técnicas de detención de pensamiento y que aprendan a llevarlas a cabo.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|---|--|---------------------------|---------------|
| TECNICA DE DETENCION DE PENSAMIENTO. | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador dará la bienvenida a los participantes y presentara el objetivo de la sesión.• Preguntará como se sintieron con la actividad que se dejó de tarea.• Se realizará un resumen de la sesión 3. | Pizarrón y marcador. | 15 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none">• El facilitador expondrá que son las técnicas de detención de pensamiento, para qué sirven y porque previenen el TAG.• Se realizara una actividad para la detención de pensamientos negativos (anexo 3). | Video proyector y laptop. | 50 minutos |
| CIERRE DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se dejara de tarea una actividad de detención de pensamiento que cuando piensen en una situación de estrés o incomoda cambien inmediatamente sus pensamientos a un pensamiento positivo.• Se hará una conclusión de la sesión.• Se aclararan dudas• Se despedirá a los participantes. | | 15 minutos |

SESION 5

OBJETIVO DE LA SESION: Capacitar al participante sobre la técnica de modelado y su importancia para prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|--|---|---|----------------------------------|
| <p align="center">TECNICA DE MODELADO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dará la bienvenida a los participantes • El facilitador preguntará como se sintieron con la actividad que se dejó de tarea. • Se hará un resumen del tema visto en la sesión anterior. | <p align="center">Laptop, Proyector, pizarrón y marcadores.</p> | <p align="center">15 minutos</p> |
| <p align="center">DESARROLLO DE LA SESIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El instructor explicará a los participantes que es la técnica de modelamiento, • El facilitador explicara cuales son los tipos de modelado • El facilitador expondrá los pasos en el proceso del modelado: • Exposición y Ejemplos • Observación y ejecución. • Se realizará una actividad de modelado para ser más organizado y eficiente en donde el expositor explicará los pasos a seguir (Anexo 4) | <p align="center">Proyector, laptop, pizarrón y marcadores.</p> | <p align="center">50 minutos</p> |
| | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|-----------|
| CIERRE DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se dejará de tarea que busquen una conducta que deseen cambiar o mejorar y escriban como lo realizarían de acuerdo a la actividad del (anexo 4)• Se hará una conclusión general del taller• Se aclararan dudas• Se despedirá a los participantes. | | 15 minuto |
|----------------------------|--|--|-----------|

SESIÓN 6

OBJETIVO DE LA SESION: Aplicar estrategias de resolución de problemas.

| TEMA | PREOCEDIMIENTO | METERIAL | TIEMPO |
|---|--|---|------------|
| TECNICA COGNITIVA CONDUCTUAL DE ENTRENAMIENTO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador • dará la bienvenida a la sesión 6 a los participantes. • Se realizará un resumen del tema visto en la sesión anterior. | Marcadores y pizarrón. | 15 minutos |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador expondrá que es la resolución de problemas y sus componentes • Orientación y actitud hacia los problemas, definición y formulación del problema y sus objetivos • Generación de solución alternativas • Se realizar una actividad de "Rol playing" los participantes simularan una situación (problema) de la vida real en el cual se estarán en diferentes papeles. • Se les dará un ejemplo (anexo 7) "resolución del problema de la bebida" para que ellos realicen la siguiente actividad en casa. • Se les dejara de tarea realizar un cuadro con un problema que ellos deseen resolver de acuerdo al ejemplo del (anexo 7). | Cuestionario "Inventario de solución de problemas sociales revisado" ,lápices, video proyector ,laptop , una cuerda, espacio que tenga 2 postes, o dos árboles en los que se pueda construir una telaraña. | 50 minutos |

| | | | |
|----------------------------|--|--|------------|
| CIERRE DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se realizará retroalimentación de las actividades realizadas• Se aclararan dudas.• Se despedirá a los participantes. | | 15 minutos |
|----------------------------|--|--|------------|

SESIÓN 7

OBJETIVO DE LA SESION: Aplicar estrategias de toma de decisiones y resolución de problemas

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|--|---|---|------------|
| TECNICA COGNITIVO CONDUCTUAL DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dará la bienvenida a la sesión 7 a los participantes. • Se realizara un resumen del tema visto en la sesión anterior. | | 15 minutos |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador continuara con el tema de resolución de problemas y explicara que es la Toma de decisión y los pasos. • La aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. • El instructor les dará las preguntas que deben seguir para resolver un problema eficazmente (anexo 5) • El instructor dará un cuestionario a los participantes para la evaluación y rendimiento de resolución de problemas (anexo 6) • Por ultimo para diversión se realizara la actividad llamada la "telaraña". (anexo 8). | Hojas, 2 palos de madera,cuerda,marcadores,proyector. | 50 minutos |
| | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|------------|
| CIERRE DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se realizará retroalimentación de las actividades realizadas• Se aclararán dudas.• Se despedirá a los participantes. | | 15 minutos |
|----------------------------|--|--|------------|

SESIÓN 8

OBJETIVO DE LA SESION: Comprobar lo aprendido de contenido del taller y evaluar las estrategias y aprendizajes logrados de los temas.

| TEMA | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|--------------------------------|--|--|---------------|
| CIERRE DEL TALLER. | <ul style="list-style-type: none">• Bienvenida a los participantes.• Se preguntará a los participantes su experiencia con la tarea de la sesión anterior y que problema eligieron para su actividad. | | 15 minutos |
| DESARROLLO DE LA SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se realizará un resumen general de los temas aprendidos,• Se les pedirá a los alumnos que compartan las técnicas que aprendieron para prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada.• El facilitador proporcionará a cada participante el postest de Evaluación de conocimientos adquiridos durante el taller y bolígrafo (anexo 10)• Se presentará una hoja de evaluación del taller a cada participante y el facilitador dará la instrucción para contestarla (anexo 9)• Finalmente se le entregará a cada adolescente el cuestionario de preocupaciones PSWQ (anexo 1) Para evaluar el nivel de ansiedad al concluir el taller y así conocer los resultado que se obtuvieron del taller en cada participante. | Pizarrón, marcadores, hoja de evaluación y biógrafo. | 50 minutos |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|------------|
| CIERRE DE SESIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Se realizará el cierre de taller.• Pedir a los participantes que digan cómo se sintieron durante el taller• El facilitador agradecerá la asistencia. | | 15 minutos |
|-----------------------------|--|--|------------|

CONCLUSIÓN

La ansiedad es necesaria para sobrevivir, nos prepara para afrontar amenazas y adaptarnos al medio.

Sin embargo cuando un sujeto padece en exceso ansiedad ,hay malestar psicológico o problemas de salud mental y es así como se desarrollan los trastornos de ansiedad y uno de esos trastornos del cual se habla en este trabajo es el Trastorno de Ansiedad Generalizada, y aunque no se sabe exactamente por qué surge en el individuo, las investigaciones muestran, que se desarrolla debido a la falta de herramientas psicosociales y debido al estilo de vida que lleva nuestra sociedad, lo que ha afectado significativamente, la forma de desenvolverse y disfrutar la vida.

Dado al aumento de este trastorno en la sociedad es necesario y urgente trabajar en propuestas de intervención para disminuirlo, ya que estudios demuestran que los trastornos de ansiedad son la psicopatología que más permanece de la infancia a la juventud, además que tiene consecuencias en diferentes áreas de la vida del individuo como la autoestima, relaciones sociales, vida familiar, ocupaciones futuras, problemas secundarios y alteraciones de funcionalidad.

Este trabajo se enfocó en la prevención del Trastorno de Ansiedad Generalizada en los adolescentes ya que son una parte importante para prevenir el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada y también debemos ser conscientes que son un grupo vulnerable. En esta etapa se puede desarrollar este trastorno debido a que se encuentran en la búsqueda de identidad, la sexualidad y la aceptación social, y es propicio enseñarles herramientas que les sirvan para aprender a resolver los problemas que surjan durante esta etapa reduciendo así sus niveles de ansiedad.

La terapia Cognitivo Conductual es de gran utilidad para la salud mental del sujeto mediante procedimientos cognitivos y conductuales, y se basa en la psicología del

aprendizaje modificando conductas y pensamientos,

Además esta terapia trabaja de forma estructurada y ayuda al individuo a tomar conciencia de los pensamientos negativos, a controlar sus pensamientos, a estructurarlos y a identificar creencias falsas respondiendo a las circunstancias difíciles de manera eficaz y manejando mejor las situaciones estresantes, mediante las técnicas que utiliza esta terapia, aplicadas en el medio ambiente natural lo cual es algo viable.

La Terapia Cognitivo Conductual es benéfica para prevenir y tratar el trastorno de ansiedad generalizada, en todas las edades. Se utilizaron técnicas de esta terapia como la relajación, para mantener el cuerpo en armonía y no alarmar a la mente, el Modelamiento para cambiar conductas negativas a positivas, la resolución de problemas y detención de pensamiento ya que estas son técnicas necesarias y eficaces para la prevención del Trastorno de Ansiedad Generaliza.

Y surge a través de la necesidad de trabajar para construir una sociedad de adolescentes con una vida de plenitud, con un futuro saludable en el área psicológica, dándoles instrumentos para enfrentar hábilmente circunstancias de la vida diaria y se logre la prevención y detección de este trastorno que inhabilita la vida de muchas personas, muchas veces llegando a pensar en el suicidio o truncando su futuro.

ALCANCES

- Es aplicable a adolescentes que ya padecen el Trastorno de Ansiedad Generalizada además que se puede identificar a adolescentes que tienden a desarrollar este trastorno.
- Esta propuesta de intervención puede aplicarla cualquier profesionalista de la salud que desee trabajar con el tema de ansiedad en adolescentes.
- Esta propuesta guía a las personas mediante técnicas internas cognitivas y conductuales, logrando modificaciones a largo plazo y profundas.

REFERENCIAS

- Acevedo, A., & Yáñez, C.R., (2014). Propuesta de intervención clínica Cognitivo conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. (Tesis psicológica). Fundación Universitaria Los Libertadores, Bogotá Colombia.
- Antúñez, C.I., (2012). Psicoterapia Cognitivo-Conductual: De la primera a la tercera Generación. (Tesina licenciatura). Los Reyes Iztacala, Edo de Mex.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta edición. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Arumir, 2015. Estrategias y técnicas de la terapia cognitivo conductual. Recuperado de <https://prezi.com/lur7vs0c631i/estrategias-y-tecnicas-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Bados, A. & Garica, E.G., (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicologicos facultad de psicología. Universidad de Barcelona.
- Becoña & Oblitas (2008). Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes y técnicas. Universidad de Antago de Comptela España.
- Boeree, G., (2012). Teorías de la personalidad. Recuperado de <http://bcnslp.edu.mx/antologias-rieb-2012/primaria-i-semester/PDI/PDF/Teorias%20de%20la%20personalidad%20Erik%20Erikson.pdf>
- Cárdenas, EM., Fera, M., Palacios, L., & De la Peña, F., (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Cano, V.A., Dongil, C.E., & Wood, M.C (2011): Intervención cognitivo- conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. Universidad compútense de Madrid.
- Dicaprio, N.S. (1996). Teorías de la personalidad (2da ed.) México, D.F.
- Domínguez, G.L., (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Boletín electrónico de investigación de la asociación Oaxaqueña de psicología, 4 (1). Recuperado de http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Fernández, R.M., Díaz, G.M., & Villalobos, C.A., (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual. Bilbao, España: UNED.

García, J.H.(2014).Psicoterapeutas.com. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadeciones.htm>

Gómez, C .MC., (2012).Proyecto: elije el camino correcto: Los adolescentes y sus contextos de convivencia. El significado de ser adolescente en la actualidad. Recuperado de <http://docslide.net/documents/los-adolescentes-y-sus-contextos-de-convivencia.html>.

Hernández, L.NA., (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual, Psicología.com. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/6169>.

Hunot .V., Churchill. R., Silva de Lima, T. V., (2008).Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. (Revisión Cochrane traducida).Oxford: Update Software Ltd. Recuperada en <http://www.update-software.com>.

Ibáñez-T.C & R. Manzanera, E.R., (2012).Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria Revista española de medicina de familia, 1(6), 377-387.

James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2008).Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. (Revisión Cochrane traducida).Oxford: Update Software Ltd. Library. Recuperado de <http://adasecperu.org/adasecpro/files/02.pdf>.

Josep Tomas & Jaume, Amenara(2008).Universitat Autònoma de Barcelona. Master en paidopsiquiatria: editorial col-legi oficial de psicolegs de Catalunya).

Kort Roemberg (2008).Tecnicas del condicionamiento Clasico.

Labrador, E.F, J.(2013) Técnicas de modificación de conductas. Edit. Psicología pirámide.Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/39699408/técnicas-aversivas>

Manes (2014). Instituto de Neurología Cognitiva (INECO).

Mejía, A.A. (2011). El condicionamiento operante y su influencia en el ámbito educativo. Temas de ciencia y tecnología. Universidad Tecnológica de México.

Mondragon (2015). Técnica de autocontrol. Recuperado de www.prezi.com

Myers, G.D. (2008). Psicología. Séptima edición. Editorial panamericana Madrid España.

Organización mundial de la salud (2017).

Oviedo, N.M. (S/F). Desensibilización Sistemática y su aplicación para reducir ansiedad. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Padilla, D.C., (2014). Revista de psicología clínica con niños y adolescentes: Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada, 1(2), 157-163.

Pérez, S. A. (2017). Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual. Instituto Cognitivo-Conductual de salud mental de México. Recuperado de [file:///C:/Users/PC/Downloads/4f722c7d0b931%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/4f722c7d0b931%20(1).pdf).

Rodríguez, B., & Veter, G. (2011). Manual de terapia Cognitiva Conductual de los de ansiedad (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Polermos.

Robles, M.B., (2008). La Infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas Erikson. Revista Mexicana de pediatría, 75(1), 29-34.

Ruiz, C. C., (2011). Recuperado de <http://www.acmcb.es/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>

Santrock, W.J. (2006). Psicología del desarrollo: el ciclo vital (10ª Ed). España: S.a. McGraw-Hill / interamericana de España.

Soutullo, E.C & Mardomingo, S.M, J. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del

adolescente. Asociación española de psicología del niño y del adolescente (AEPNYA). Editorial medica panamericana. Buenos aires Madrid.

Sousa,(2014).Tecnica de inundación. Recuperado de <http://gpo06tc-c.blogspot.mx/2014/04/11-tecnicaa-de-inundacion.html>

Tayeh, P., Agamez, G. M., Chaskel, R. (2015). Trastorno de ansiedad en la infancia y adolescencia. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>.

Tomas, J & Amenara, J.(2015).Master en Paidopsiquiatría. Módulo 1.Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/programa_modulo_1.pdf.

Velásquez, C.MC., (2012) Depresión en Obesidad infantil y el apoyo de la terapia Cognitivo conductual (Tesis licenciatura). Ciudad Universitaria, D.F.

ANEXOS

ANEXO 1.

PSWQ Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania.

Identificación_____ Fecha____
____ Instrucciones: Una vez leído el ítem correspondiente, elija el número que mejor exprese en qué medida le caracteriza, según una escala de 5 puntos, siendo 1= nada característico en mí, 2= poco característico en mí, 3= algo característico en mí, 4= bastante característico en mí y 5= muy característico en mí.

| | |
|---|--|
| 1. Si no tengo tiempo para hacerlo todo, no me preocupo por ello. (*) | |
| 2. Mis preocupaciones me abruma. | |
| 3. No suelo preocuparme por las cosas. (*) | |
| 4. Muchas situaciones me dejan preocupado. | |
| 5. Sé que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo. | |
| 6. Cuando estoy presionado por algo, me preocupa mucho. | |
| 7. Siempre estoy preocupado por algo. | |
| 8. Me resulta fácil rechazar los pensamientos sobre preocupaciones. (*) | |
| 9. Tan pronto como termino una tarea, empieza a preocuparme por todo lo que me queda por hacer. | |
| 10. Nunca me preocupo por nada. (*) | |
| 11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algo que me preocupa, dejo de preocuparme. (*) | |
| 12. He estado preocupado toda mi vida. | |
| 13. Me doy cuenta de que siempre estoy preocupándome por las cosas. | |
| 14. Una vez que comienzo a preocuparme por algo, ya no puedo parar. | |
| 15. Estoy todo el tiempo preocupado por algo | |
| 16. Me preocupo por un proyecto hasta que esté acabado. | |

ANEXO 2.

EJERCICIOS DE RELAJACION

<http://educacinel PilardeCualquieraSociedad.blogspot.mx/2012/05/actividades-para-trabajar-las-emociones.html>

1. Ejercicios de los brazos: primero se realizan todos los ejercicios con un brazo y luego con el otro

- Apretar fuertemente el puño, como si apretásemos muy fuerte una esponja... abrir la mano
- Doblar la mano por la muñeca hacia arriba y hacia abajo, muy fuerte... volver a la posición inicial
- Doblar la palma de la mano hacia abajo, como un pingüino... volver a la posición inicial
- Tensar el antebrazo, ¡qué fuertes estamos!... aflojar el antebrazo
- Doblar el brazo por el codo tensando los músculos del bíceps... aflojar el brazo que vuelve a descansar en la posición inicial
- Doblado el brazo por el codo tratar de hacer fuerza, como para bajar el brazo,... aflojar el brazo para que vuelva a la posición de reposo.
- Estirar hacia delante y hacia arriba el brazo extendido a fin de tensar el hombro... aflojar el brazo para relajarlo

2.2. Ejercicios para relajar la cara:

- Tensar la frente levantando las cejas, como si estuviésemos asustados... dejar caer las cejas
- Tensar la frente frunciendo el entrecejo, tratando de aproximar las cejas, como si estuviésemos enfadados... dejar caer las cejas
- Cerrar muy fuerte los ojos... relajarlos
- Tensar las mejillas estirando hacia atrás y hacia arriba las comisuras de los labios, como una sonrisa muy grande... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo
- Juntar los labios y, apretados fuertemente, dirigirlos hacia fuera de la boca, como si diésemos un beso muy fuerte... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo
- Juntar los labios y, apretados fuertemente, dirigirlos hacia adentro de la boca, como si nos comiésemos nuestros labios... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo
- Presionar con la lengua el paladar superior, como si tuviésemos una patata pegada... dejar que la lengua descanse
- Apretar fuertemente las mandíbulas, como si mordiésemos algo muy fuerte... dejar que la mandíbula descanse permitiendo que los labios queden separados.

2.3. Ejercicios del cuello: (para facilitarlos se puede hacer referencia a un objeto que se sitúe en el lado al que tienen que mirar)

- Inclinar la cabeza hacia la izquierda
- Inclinar la cabeza hacia la derecha
- Inclinar la cabeza hacia atrás
- Inclinar la cabeza hacia delante

ANEXO 3

TECNICA DE DETENCION DE PENSAMIENTOS

1. **Toma conciencia de lo que estás haciendo:** Lo primero, como en todo, es ser capaz de darte cuenta de que estás haciendo algo perjudicial para tu salud emocional. Muchas veces empezamos una espiral de preocupaciones y la repetimos una y otra vez, casi sin darnos cuenta. Bien, pues el primer paso es que seas capaz, cada vez que lo hagas, de darte cuenta de lo que estás haciendo. Para ello, escúchate, presta atención a aquello que te pasa por la cabeza.
2. **Detén tu pensamiento:** Grita interiormente (o en voz alta si te apetece y puedes), frases como: “¡Basta ya!” “¡Para de una vez!” “¡Stop!”. Tan sencillo como eso. Y aunque no lo creas, tu pensamiento parará (con tiempo y entrenamiento). Pero lo más importante es que recuerdes siempre que tu pensamiento es tuyo, y por lo tanto, tú eres el que manda, el que tiene el control, no él sobre ti.
3. **Sustitúyelo:** Evidentemente, nuestra mente no puede parar de pensar, así que, si detienes el pensamiento de una preocupación, debes darle a tu mente algo con lo que sustituirlo, si no, en breve, volverá a las andadas. Las dos formas más eficaces de hacerlo es:
 - 1) **Con distracción:** ponte a hacer una tarea, ya sea mental o motora, que te distraiga y te absorba lo suficiente: contar, cantar, hablar con alguien, cocinar, pasear... Cada uno sabemos lo que nos gusta y no distrae. También puedes consultar una guía de actividades distractoras.
 - 2) **Con pensamientos positivos:** Puedes empezar a decirte mensajes que te sean agradables y reconfortantes, o incluso crearte tus propias afirmaciones y repetírtelas una y otra vez, del tipo: “Toda va bien” “No pasa nada, todo se soluciona” “Cuando llegue el momento lo sabré resolver”...

ANEXO 4

Un ejemplo de modelado:

Aprender a ser más organizado y eficiente (características del padre interno)

1. Lo primero es **buscarte un modelo real o simbólico** que represente estas características. Puede ser una amigo, un familiar, tu compañero de trabajo, tu pareja... Si es alguien al que puedes observar en muchas ocasiones mejor que mejor.
2. Cuando el modelo se encuentre realizando la conducta deseada, **observa con detenimiento como lo hace**, trata de recordar y registrar aquello que hace diferente a ti, pues precisamente esos detalles o formas de proceder son los que marcan la diferencia entre el modelo y tú.
3. Si tienes confianza con el modelo escogido puedes preguntarle por su forma de proceder, cosas como ¿qué haces tú para ser tan ordenado?, ¿qué trucos utilizas?, **sácale toda la información que puedas**, exprímele . También puedes preguntarle directamente si te surge alguna duda mientras el modelo está realizando la conducta.
4. **Intenta reproducir aquellas conductas de interés que has seleccionado** , puede ser cuando estés en el contexto adecuado o puedes crear tú el contexto. Por ejemplo puedes recordar que hacía tu modelo para ser más eficiente en el trabajo: elaboraba lista de prioridades, delegaba, tomaba descansos, etc. e intenta llevar esas estrategias a cabo.

ANEXO 5

EVALUACION DE HABILIDADES Y RENDIMIENTO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS (EL INTENTARIO DE SOLUCION DE PROBLEMAS SOCIALES-REVISADO).

Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D´Zurilla y Nezu, 1990)
Identificación: _____

Fecha: _____

Instrucciones: a continuación aparece una serie de frases que describen formas en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana. Nos referimos a problemas importantes que puedan tener un efecto significativo sobre su bienestar o sobre el bienestar de las personas que ama, tales como problemas relacionados con la salud, disputas familiares o problemas de rendimiento en el trabajo o en los estudios. Por favor, lea cada frase y puntúe en qué medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando como piensa, siente o se comporta generalmente cuando se enfrenta con sus problemas en los lugares y momentos que se indican. Coloque el número apropiado entre paréntesis () al lado del número de la frase.

0= Nada en absoluto.

1= Escasamente.

2= Moderadamente.

3= Bastante.

4= Completamente.

1. Cuando no puedo resolver un problema rápidamente y sin demasiado esfuerzo, tiendo a pensar que soy estúpido o incompetente 0 1 2 3 4
2. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es examinar toda la información que tengo acerca del problema y trato de decidir qué es lo más relevante e importante 0 1 2 3 4
3. Pierdo mucho tiempo preocupándome acerca de mis problemas en lugar de intentar resolverlos 0 1 2 3 4
4. Generalmente me siento amenazado y asustado cuando tengo un problema que resolver 0 1 2 3 4
5. Al tomar decisiones, generalmente no evalúo ni comparo las diferentes alternativas suficientemente 0 1 2 3 4
6. Cuando tengo un problema, a menudo dudo cual es la solución para él..... 0 1 2 3 4
7. Cuando intento decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente no tengo en cuenta el efecto que cada alternativa puede tener en el bienestar de otras personas 0 1 2 3 4
8. Cuando trato de encontrar una solución a un problema, a menudo pienso en las

- posibles decisiones y trato de combinar algunas de ellas para tomar una solución mejor 0 1 2 3 4
9. Generalmente me siento nervioso e inseguro cuando tengo que tomar una decisión importante.. 0 1 2 3 4
10. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fallan, generalmente pienso que, si insisto y no cedo fácilmente, seré capaz de encontrar una buena solución 0 1 2 3 4
11. Cuando intento solucionar un problema, generalmente sigo la primera idea que se me pasa por la cabeza 0 1 2 3 4
12. Cuando tengo un problema, generalmente creo que existe una solución para él 0 1 2 3 4
13. Cuando me enfrento con un problema largo y complejo, generalmente trato de dividirlo en problemas más pequeños que pueda resolver uno a uno 0 1 2 3 4
14. Después de solucionar un problema, generalmente no pierdo el tiempo en comparar el resultado real con el que había imaginado cuando escogí esa solución 0 1 2 3 4
15. Generalmente espero a ver si un problema se resuelve por sí mismo antes de intentar resolverlo yo..... 0 1 2 3 4
16. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es analizar la situación y tratar de identificar los obstáculos que me impiden hacer lo que yo quiera 0 1 2 3 4
17. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan, me siento muy enfadado y frustrado 0 1 2 3 4
18. Cuando me enfrento con un problema difícil, generalmente dudo que sea capaz de resolverlo por mucho que lo intente..... 0 1 2 3 4
19. Generalmente me siento satisfecho con los resultados de las soluciones que doy a mis problemas 0 1 2 3 4
20. Antes de intentar resolver un problema, generalmente trato de averiguar si el problema está causado por otro más importante que podría ser resuelto antes 0 1 2 3 4
21. Cuando me surge un problema, generalmente aplazo la solución tanto tiempo como es posible ... 0 1 2 3 4
22. Después de solucionar un problema, generalmente no me paro a valorar los resultados 0 1 2 3 4
23. Generalmente me aparto de mi camino para evitar tener que resolver problemas 0 1 2 3 4
24. Los problemas difíciles me hacen sentirme mal..... 0 1 2 3 4
25. Cuando estoy intentando decidir cuál es la mejor solución a un problema, trato de predecir el resultado posterior de llevar a cabo cada una de las alternativas..... 0 1 2 3 4
26. Generalmente afronto mis problemas directamente, en lugar de intentar evitarlos..... 0 1 2 3 4
27. Cuando estoy intentando resolver un problema, a menudo intento ser creativo y pensar en soluciones originales o poco convencionales..... 0 1 2 3 4
28. Cuando estoy intentando resolver un problema, generalmente tomo la primera idea buena que me viene a la mente..... 0 1 2 3 4

29. Cuando estoy intentando encontrar la solución a un problema, a menudo pienso en una serie de posibles soluciones y, posteriormente, vuelvo sobre ellas y considero cómo pueden modificarse las diferentes soluciones para conseguir una solución mejor..... 0 1 2 3 4
30. Cuando intento pensar en soluciones posibles a un problema, generalmente me resulta difícil encontrar distintas soluciones 0 1 2 3 4
31. Generalmente prefiero evitar los problemas en lugar de enfrentarme a ellos y verme obligado a resolverlos..... 0 1 2 3 4
32. Al tomar decisiones, generalmente considero no sólo las consecuencias inmediatas de cada alternativa, sino también las consecuencias a largo plazo 0 1 2 3 4
33. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente intento analizar qué fue correcto y qué fue erróneo..... 0 1 2 3 4
34. Cuando estoy intentando encontrar una solución a un problema, generalmente intento pensar en tantos modos de afrontar el problema como sea posible 0 1 2 3 4
35. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente examino mis sentimientos y valoro si han cambiado a mejor 0 1 2 3 4
36. Antes de llevar a cabo la solución del problema en la situación problemática real, a menudo practico o pongo a prueba la solución para incrementar las posibilidades de éxito..... 0 1 2 3 4
37. Cuando me enfrento con un problema difícil, habitualmente pienso que voy a ser capaz de solucionarlo por mí mismo y me esfuerzo mucho por conseguirlo..... 0 1 2 3 4
38. Cuando tengo que resolver un problema, una de las primeras cosas que hago es recoger la máxima información posible sobre el problema 0 1 2 3 4
39. Antes de tratar de solucionar un problema, intento establecer si dicho problema es parte de uno mayor al que debería enfrentarme..... 0 1 2 3 4
40. Con frecuencia aplazo la resolución de los problemas hasta que es demasiado tarde para poder solucionarlos..... 0 1 2 3 4
41. Antes de solucionar un problema, suelo valorar la situación para determinar la importancia que tiene para mi bienestar personal y el de mis seres queridos..... 0 1 2 3 4
42. Pienso que empleo más tiempo evitando mis problemas que solucionándolos..... 0 1 2 3 4
43. Cuando intento solucionar un problema, con frecuencia me siento tan mal que no puedo pensar con claridad..... 0 1 2 3 4
44. Antes de intentar pensar en la solución a un problema, suelo señalar objetivos específicos que me indiquen exactamente qué debo hacer 0 1 2 3 4
45. Cuando trato de decidir cuál es la mejor solución para un problema, habitualmente no dedico el tiempo necesario a considerar los pros y contras de cada solución 0 1 2 3 4
46. Cuando el resultado de mi solución a un problema no es satisfactorio, generalmente trato de averiguar qué falló, y luego lo intento de nuevo.. 0 1 2 3 4
47. Cuando estoy trabajando en un problema difícil , a menudo me encuentro tan mal que me siento confuso y desorientado 0 1 2 3 4
48. Odio tener que resolver los problemas que surgen en mi vida

- 0 1 2 3 4
49. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente intento valorar cuidadosamente cuánto ha mejorado la situación..... 0 1 2 3 4
50. Generalmente soy capaz de permanecer “frío y calmado” cuando estoy resolviendo un problema..... 0 1 2 3 4
51. Cuando tengo un problema, generalmente intento verlo como un reto o una oportunidad para beneficiarme de alguna manera 0 1 2 3 4
52. Cuando estoy intentando resolver un problema, generalmente pienso en tantas soluciones diferentes como sea posible, hasta que no me surgen más ideas..... 0 1 2 3 4
53. Cuando estoy intentando decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente trato de sopesar las consecuencias de cada solución posible y compararlas entre sí 0 1 2 3 4
54. A menudo me deprimó y me bloqueo cuando tengo que resolver un problema importante.. 0 1 2 3 4
55. Mis soluciones a los problemas suelen tener éxito para lograr los objetivos que me marco al resolver el problema.....0 1 2 3 4
56. Cuando me enfrento con un problema difícil, generalmente intento evitar el problema o acudo a alguien para que me ayude a resolverlo 0 1 2 3 4
57. Cuando estoy tratando de decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente considero los efectos que, probablemente, tendrá la puesta en práctica de cada alternativa sobre mis sentimientos 0 1 2 3 4
58. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es examinar qué tipo de circunstancias externas, de mi ambiente, pueden contribuir al problema..... 0 1 2 3 4
59. Cuando me surge un problema, generalmente me reprocho a mí mismo el haberlo causado..... 0 1 2 3 4
60. Al tomar decisiones, habitualmente sigo mis “sentimientos” sin pensar mucho en las consecuencias de cada alternativa..... 0 1 2 3 4
61. Al tomar decisiones, generalmente utilizo un método sistemático para juzgar y comparar las alternativas..... 0 1 2 3 4
62. Cuando estoy tratando de encontrar una solución a un problema, intento tener siempre presente mi objetivo..... 0 1 2 3 4
63. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan, generalmente pienso que debo dejarlo y buscar ayuda..... 0 1 2 3 4
64. Cuando tengo sentimientos negativos, tiendo a conformarme con ese estado, en lugar de intentar descubrir qué problema puede estar causando esos sentimientos..... 0 1 2 3 4
65. Cuando estoy tratando de buscar una solución a un problema, intento abordarlo desde todos los ángulos posibles..... 0 1 2 3 4
66. Cuando tengo dificultades para comprender un problema, generalmente intento conseguir información, acerca del problema, más concreta y específica para que me ayude a clarificarlo 0 1 2 3 4
67. Cuando tengo un problema, tiendo a obsesionarme con el daño o pérdida que podría ocurrir si yo no solucionase el problema con éxito 0 1 2 3 4
68. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fallan, tiendo a desanimarme y deprimirme..... 0 1 2 3 4
69. Cuando una solución que he tomado no resuelve mi problema satisfactoriamente, generalmente no dedico tiempo a examinar por qué no ha

funcionario..... 0 1 2 3 4
70. Pienso que soy muy impulsivo cuando hay que tomar
decisiones..... 0 1 2 3 4

ANEXO 6

EJERCICIO

PASOS PARA UNA SOLUCIÓN EFICAZ DE PROBLEMAS

1. ¿Cuál es el problema? Esto es, ¿cuál es la situación actual, cómo le gustaría que fuera y qué obstáculos le impiden alcanzar esta situación ideal?
2. ¿Qué meta desea alcanzar? ¿Es realista y alcanzable?
3. ¿Qué posibles soluciones hay para este problema? Tenga en cuenta lo siguiente: a) aplazar la crítica (las soluciones “locas” son bienvenidas), b) genere tantas soluciones como pueda, c) genere soluciones de distinto tipo.
4. ¿Cuál es la mejor solución (no la solución perfecta)? Específicamente, decida qué solución responde mejor a las siguientes preguntas: a) ¿En qué medida resolverá su problema? b) ¿Puede llevarla a cabo realmente? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo supondrá? c) ¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para usted a corto y largo plazo? d) ¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para otros a corto y largo plazo?
5. ¿Cómo llevará a cabo esta solución? Esto es, ¿qué pasos necesita seguir para aplicarla?
6. ¿Cómo sabrá si la solución funciona? ¿Qué indicadores empleará para saber si las cosas van tal como estaban planeadas.

Nota. Adaptado de Dugas y Robichaud (2007, pág. 150).

ANEXO 7

EJEMPLO

| | Consecuencias a corto plazo | | Consecuencias a largo plazo | |
|--|--|---|--|---|
| | Positivas | Negativa | Positivas | Negativas |
| RESOLVER EL PROBLEMA DE LA BEBIDA | - Mejor relación en casa - Mejor relación con mi novia - No llegar tarde al trabajo - Ahorrar dinero | Aburrimiento - No poder salir con algunos amigos - Que mis amigos se rían de mí - Pasarlos mal cuando me apetece beber - No sentirme como cuando tomo unas copas de más - No poder ir a los bares | Mantener y mejorar mi trabajo - Comprarme una casa - Salir más veces con mi novia | - Perder algunos amigos - No ir nunca a los bares - Tener mucho tiempo sin hacer nada |
| CONTINUAR COMO HASTA AHORA | - Ir con mis amigos a los bares - Sentirme bien - Poder decirle a la gente lo que pienso | Problemas en casa - Me echarán del trabajo - Me abandonará ni novia | Ir con mis amigos a los bares - Sentirme bien - Poder decirle a la gente lo que pienso | Me echarán de casa - No encontraré trabajo - Nunca tendré dinero |

Nota. Adaptado de Buceta (1987, pág. 297).

ANEXO 8

ACTIVIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS LA TELARAÑA

<http://auladeideas.com/blog/recursos/telarana/>

DEFINICIÓN:

Se trata de que todas las personas participantes pasen a través de una “telaraña” sin tocarla.

OBJETIVOS

Desarrollar la capacidad colectiva de tomar decisiones y resolver conflictos.
Fomentar la necesidad de cooperar. Desarrollar la confianza del grupo.

CONSIGNAS DE PARTIDA

Utilizando la cuerda, construir una telaraña entre dos lados (árboles, postes,...) de unos dos metros de ancho. Conviene hacerla dejando muchos espacios de varios tamaños, los más grandes por encima de un metro.

DESARROLLO

El grupo debe pasar por la telaraña sin tocarla, es decir, sin tocar las cuerdas. Podemos plantearle al grupo que están atrapados en una cueva o una prisión y que la única salida es a través de esta valla electrificada. Hay que buscar la solución para pasar los primeros con la ayuda de los demás; luego uno/a a uno/a van saliendo hasta llegar al nuevo problema de los/as últimos/as.

EVALUACIÓN

¿Cómo se tomaron las decisiones? ¿Qué tipo de estrategia se siguió?

ANEXO 9.

Hoja de evaluación de taller.

Fecha: _____

Nombre del taller: _____

Instructor: _____

1. El taller fue de su agrado? ()si ()No ¿Por qué?

2. Los temas vistos fueron de su interés? () SI ()NO ¿Por qué?

3. Que aprendiste del taller?

4. Que te gusto más del taller?

5. Del 1 al 10 que calificación le das al instructor del taller?

ANEXO 10

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CONOCIMIENTOS.

Instrucciones: Responde las siguientes preguntas.

1. ¿Qué entiendes por ansiedad?
2. ¿Qué sabes acerca del trastorno de ansiedad generalizada?
3. ¿Qué sabes acerca de la terapia cognitivo conductual?
4. ¿Conoces alguna técnica cognitivo conductuales para la prevención del Trastorno de Ansiedad Generalizada?
5. ¿Sabes Cuáles son las causas del Trastorno de Ansiedad Generalizada?
6. ¿Qué entiendes la adolescencia?
7. ¿Por qué consideras que es importante prevenir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el adolescente?