



UADY

**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN ADOLESCENTES CON ANSIEDAD”**

TESIS

PRESENTADA POR

MARIELA RODRÍGUEZ GAMBOA

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL

DIRECTORA DE TESIS

DRA. SALLY VANEGA ROMERO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
2021.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 711884 durante el período agosto 2018 – julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

A **mis padres**, gracias por apoyarme en cada etapa de mi vida, por haberme brindado todas las herramientas para alcanzar mis metas, por sus consejos, por su ejemplo de esfuerzo y trabajo diario y por siempre tener las puertas abiertas para mí, este logro también es de ustedes.

A **Raúl**, mi esposo, no pude haber elegido mejor compañero de vida, gracias por caminar a mi lado, por tu apoyo incondicional, por siempre creer en mí y por motivarme a perseguir mis sueños. Gracias por ser mi equipo.

A **Chata, Lili, Javier, mis hermanos**, gracias por su apoyo, cariño, y por siempre estar en los momentos más importantes de mi vida.

A **mis suegros, Raúl y Pilar**, quienes se han convertido en mi segunda familia, gracias por todo su cariño y apoyo.

A mi directora de tesis, **Dra. Sally Vanega Romero**, a los miembros de mi comité y a mis **profesores**, gracias por su tiempo y dedicación, por compartir sus conocimientos y experiencia que contribuyeron a mi formación personal y profesional.

A **Clau, Sammy, Ana y Vane**, las mejores amigas que pude elegir, gracias por ser y estar siempre, por apoyarme, escucharme, motivarme a ser la mejor versión de mí y ser ejemplo de grandes mujeres.

A **Carlos, Mario y Cristina**, los mejores amigos con los que pude coincidir en la maestría, gracias por hacer de esta experiencia la mejor, por las pláticas, consejos, supervisiones, risas, sesiones de estudio, y por compartir conmigo su amor a la psicología, son los mejores.

A **mis pacientes** que participaron en este estudio, gracias por su apertura y confianza depositada en mí en cada sesión, sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible.

A todos y cada uno de ustedes dedico este trabajo, gracias.

Índice

Resumen.....	9
Capítulo 1. Introducción	11
1.1. Planteamiento del Problema y Justificación.....	11
1.2. Sustento teórico.....	17
1.2.1 Adolescencia	17
1.2.2 Ansiedad	18
1.2.2.1 Ansiedad en adolescentes	19
1.2.3 Terapia Cognitivo-conductual	20
1.2.3.1 Terapia cognitivo-conductual en adolescentes.....	22
1.2.3.2 Técnicas de la TCC para el manejo de la ansiedad	23
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema	27
2.1 Descripción del escenario y participantes	27
2.2 Objetivo General.....	28
2.3 Objetivos específicos	28
2.4 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados.	28
2.4.1 Entrevista clínica semi-abierta.....	28
2.4.2 Observación clínica	29
2.4.3 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	29

2.4.4 Terapia Cognitivo-conductual	30
2.5 Procedimiento	30
2.6 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.....	31
2.6.1 Evaluación individual.....	32
2.6.1.1 Sujeto 1: M.....	32
2.6.1.2 Sujeto 2: MF.....	34
2.6.1.3 Sujeto 3: D	36
Capítulo 3. Programa de Intervención	39
3.1 Fundamentación.....	39
3.2 Objetivos de Intervención.....	39
3.2.1 Objetivo general	39
3.2.2 Objetivos específicos.....	40
3.2.3 Diseño de investigación.....	40
3.3 Programa de intervención.....	40
Capítulo 4. Resultados de la intervención	47
4.1 Objetivos de la evaluación.....	47
4.1.1 Objetivo general	47
4.1.2 Objetivos específicos.....	48
4.2 Evaluación	48
4.1.1 Sujeto 1: M.....	49

4.1.2 Sujeto 2: MF:	50
4.1.3 Sujeto 3: D	51
Capítulo 5. Discusión y conclusiones	54
Referencias	57
Apéndices	60

Listado de tablas y figuras

Tabla 1: Participantes del estudio.....27

Tabla 2: Criterios de inclusión.....30

Figura 1: Puntuaciones obtenidas en la Escala Ansiedad-Rasgo pre-intervención.....32

Tabla 3: Visualización del problema: Sujeto 1: M.....33

Tabla 4: Visualización del problema: Sujeto 2: MF.....35

Tabla 5: Visualización del problema: Sujeto 3: D.....37

Tabla 6: Síntesis de los resultados de la evaluación diagnóstica.....38

Tabla 7: Esquema del programa de intervención.....41

Figura 2: Puntuaciones obtenidas en la Escala Ansiedad-Rasgo post-intervención.....48

Figura 3: Comparación de resultados IDARE-A Rasgo previos y posteriores a la
intervención.....53

Resumen

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) entre los signos más frecuentes de ansiedad en la población infanto-juvenil, se puede encontrar miedos irracionales, preocupaciones excesivas y recurrentes sobre el día a día, cambios de comportamiento, irritabilidad, dificultad para dormir o concentrarse, deseo de huir, evitación a ciertas actividades, la escuela o interacciones sociales, intranquilidad, inquietud, nerviosismo, quejas de problemas físicos, tales como fatiga, dolores de cabeza o de estómago, entre otros.

Es importante que los trastornos que se presenten en la adolescencia sean atendidos de manera oportuna, ya que afectan el desarrollo de las diferentes áreas de funcionamiento y, en muchos de los casos continúan hasta la vida adulta y en la mayoría de las ocasiones, cuando un adolescente tiene ansiedad, no logra un desarrollo académico y profesional óptimo debido a que continuamente evitará situaciones que le generen angustia.

Por tal motivo, este trabajo busca implementar y aplicar un programa de intervención psicoterapéutica desde el enfoque cognitivo-conductual con el objetivo de lograr una disminución de los niveles de ansiedad presentes en adolescentes y brindarles herramientas adecuadas para el afrontamiento de la misma, así como acompañar y prevenir repercusiones futuras en el bienestar integral de dichos adolescentes. Se presenta la intervención en el caso de tres adolescentes, de 15, 16 y 17 años respectivamente que presentan síntomas de ansiedad. Se aplicó tratamiento cognitivo-conductual que incluía como componentes entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición en imaginación y en vivo, entrenamiento en habilidades sociales, entre otros. Para la evaluación se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) tomando los resultados para ansiedad como rasgo, mismos que mostraron una mejoría en relación a las

preocupaciones de las adolescentes y a su nivel de activación psicofisiológica. Según la evaluación los niveles de ansiedad como rasgo disminuyeron.

Se concluye que este estudio aporta evidencias de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en adolescentes con ansiedad. La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

Palabras clave: Adolescencia, Terapia Cognitivo-conductual, ansiedad.

Capítulo 1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema y Justificación

Una adecuada salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad. La salud mental no solo mejora la actitud de individuos y comunidades y les permite alcanzar sus propios objetivos, sino que también genera independencia, competencia y realización a nivel emocional e intelectual.

(Papalia, Wendkos y Duskin, 2009) definen la adolescencia como la etapa de crecimiento físico, cognitivo, social y emocional, resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad. Debido a los múltiples cambios experimentados durante dicha etapa, se corren riesgos, ya que algunos jóvenes tienen problemas para manejar todas estas modificaciones a la vez, pudiendo llegar a necesitar ayuda para superar las dificultades que encuentran a lo largo del camino.

Aunado a esto, algunos adolescentes pueden experimentar ansiedad, la cual es una respuesta del cuerpo ante una situación que se percibe como alarmante o amenazante y que prepara al individuo para tener un adecuado rendimiento frente a la misma, sin embargo, cuando esta respuesta es desmedida puede llegar a interferir en el desempeño de la persona y causar problemas adicionales. Siendo los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia uno de los padecimientos con mayor incidencia y afectando el entorno de quien los padece. (Echeburúa y Corral, 2009).

Existen algunos factores que se piensa pudieran llegar a influir en la manifestación de los síntomas de ansiedad en los adolescentes, sin embargo, no está del todo claro cuáles son las causas de los trastornos de ansiedad. Entre los citados factores se encuentran los siguientes (Ruíz, 2005):

- Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, no se conoce con exactitud si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos trastornos de ansiedad mientras que otros serían más condicionados por factores ambientales.
- Temperamento: los adolescentes que durante los primeros años de vida presentan conductas de timidez e inhibición, pueden tener más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.
- Estilos parentales: la sobre protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles.
- Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.
- Acontecimientos vitales estresantes: algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador. Además, la elaboración cognitiva

(explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

- Los ambientes sociales desfavorables, como pudieran ser grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc. generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Los hallazgos con los que se cuenta hoy en día apuntan a que la presencia de ansiedad en la adolescencia puede tener repercusiones tanto en el momento presente, como en etapas posteriores del desarrollo y pueden afectar al funcionamiento familiar, social, escolar y personal del adolescente (Méndez, 2012; Whalen, Sylvester y Luby, 2017), ya que se trata de un periodo en el que se producen muchos cambios en el desarrollo tanto a nivel neurológico como ambiental (Feldman, 2008).

De acuerdo a cifras obtenidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es uno de los trastornos psiquiátricos más importantes en el mundo, con el que viven más de 264 millones de personas (Pérez de la Mora, 2019). En tanto que datos publicados por la Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión INCyTU (2018) los Trastornos de ansiedad, incluidas las fobias, presentan una prevalencia estimada del 28% de la población a nivel mundial.

Así mismo, en los servicios de atención primaria en el mundo se encuentra una prevalencia del 12% para los problemas de ansiedad (OMS, 2015), esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una

media de 15 años de edad, alcanzando la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres (OMS, 2014).

En lo que respecta a México, las cifras sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente (OMS, 2014).

Igualmente, según los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México entre el 15 a 20% de los jóvenes padecen un trastorno de ansiedad o depresión. Estas enfermedades son causadas en mayor medida por factores estresantes como pobreza, violencia, acoso escolar, estudio excesivo, manejo inadecuado del estrés, entre otros.

En el caso particular de Yucatán, el coordinador del programa de Investigación y Atención al suicidio, señala que en el estado pueden ubicarse cinco condiciones asociadas a trastornos mentales recurrentes entre los yucatecos, de las cuales, en orden de incidencia, la ansiedad se ubica en segundo lugar (Baquedano López, 2019).

En total, aproximadamente 117 millones de niños y adolescentes en todo el mundo han sufrido un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. Es por esto que la pronta detección y tratamiento de los problemas de ansiedad se ha convertido en una necesidad social, con la finalidad de evitar la afectación de los diferentes aspectos de la vida de los adolescentes que la padecen, particularmente su funcionamiento social y educativo. (Child Mind Institute, 2018).

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (DPSM, 2018), declara que la mayoría de los trastornos mentales inician alrededor de los 14 años, por lo que es necesario enfocarse en los adolescentes, atender y detectar para evitar el deterioro que pudiera producirse a lo largo de la vida.

Es de suma importancia que los trastornos que se presenten en la adolescencia sean atendidos de manera oportuna, ya que afectan el desarrollo de los mismos y, en muchos de los casos, continúan hasta la vida adulta. Las evoluciones más frecuentes de los trastornos de ansiedad en la adolescencia tienen que ver con la repercusión a nivel académico o laboral, relacional social y emocional al llegar a la vida adulta. En este sentido, se ha detectado un porcentaje muy importante de adultos portadores de depresión mayor, que previamente tenían trastorno de ansiedad que no había sido tratado en la niñez o adolescencia.

La comorbilidad depresión/ansiedad es muy frecuente y en la amplia mayoría de los casos aparece primero el trastorno de ansiedad. De igual manera, hay estudios que señalan una correlación significativa entre el alcoholismo y los trastornos de ansiedad. (Gold, 2006).

Tomando como base la información presentada, se sabe que los trastornos de ansiedad son muy frecuentes y suelen iniciar en la adolescencia, teniendo su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva. Las personas que padecen estos trastornos frecuentemente tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, favoreciendo la cronificación y predisposición a la discapacidad asociada a los mismos.

La Terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser de los tratamientos más efectivos para el manejo de la ansiedad, debido a que permite aprender nuevas habilidades ante situaciones angustiantes. (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010).

Según estudios realizados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, (CENETEC, 2008), la TCC aumenta significativamente la proporción de personas con mejoría clínica y significativa de los síntomas de ansiedad a los 6 meses de seguimiento, mejorando la calidad de vida del paciente.

En los trastornos de ansiedad, la eficacia de la TCC se basa en ayudar al adolescente a identificar los pensamientos catastróficos y darles estrategias para modificarlos. Se utilizan diferentes técnicas, dependiendo de la edad y posibilidades intelectuales del mismo.

El curso de los trastornos ansiosos depende del momento en que se les detecta, del tratamiento y de las condiciones ambientales del adolescente. De no ser tratados, las repercusiones académicas, sociales y emocionales son importantes. Algunos estudios muestran que un considerable porcentaje de adultos portadores de depresión mayor; tenían trastorno de ansiedad no tratado en la infancia o adolescencia. Es muy frecuente que conforme transcurre el tiempo, un trastorno no tratado tienda a complicarse en severidad y comorbilidad. (Organización Panamericana de Salud, 2007).

Es por esto que la presente investigación tiene como objetivo plasmar un abordaje terapéutico desde la perspectiva cognitiva-conductual, con la finalidad de dar respuesta a una problemática social detectada en la población infanto-juvenil y cuyas características podrían aportar información relevante a la psicología clínica.

1.2. Sustento teórico

1.2.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, ocurriendo entre los 10 y los 19 años de edad. Tratándose de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, siendo un periodo de transición de vital importancia.

En la adolescencia se replantea la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

Entre las vivencias más importantes que experimentan los adolescentes, se encuentran la reestructuración del esquema e imagen corporal, exploración de capacidades personales, preocupación por lo social, reestructuración de las relaciones familiares y búsqueda de autonomía y de afirmación del proyecto personal-social. (Coleman y Henry, 2003).

Sin las adecuadas condiciones, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de grandes riesgos y daños. Dicho esto, puede concluirse que la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta, durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

1.2.2 Ansiedad

Diversos autores han postulado que la ansiedad es un estado psicológico normal que funciona como una señal de alarma ante peligros internos o externos. La respuesta ansiosa no es proporcional, es irracional y persiste, se encuentre o no presente el estímulo. Sin embargo, la experiencia clínica nos dice que, en muchas ocasiones, la ansiedad puede alcanzar proporciones anormales que llegan a interferir con el funcionamiento normal del individuo, causando un estado emocional displacentero con diferentes manifestaciones. (Solloa, 2014).

Entre estas manifestaciones se encuentran las físicas, como pueden ser opresión en el pecho, sudoración, taquicardia, piloerección, hiperventilación e hipertensión. De tipo cognitivo, tales como fantasías, ideas irracionales y aprensiones y, finalmente, las conductuales como

inquietud, distractibilidad, inhibición, evitación y aislamiento; cuando estas manifestaciones físicas se mantienen por largo tiempo, el individuo puede presentar ciertas expresiones somáticas como dolor de cabeza y trastornos estomacales.

La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique. La persona que tiene ansiedad puede temer volverse loca, morir o realizar un acto incontrolable. Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias significativas, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

La ansiedad también conlleva síntomas psíquicos, cognoscitivos, conductuales y afectivos como son la intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupaciones excesivas y desproporcionadas, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón, y en los casos más severos puede aparecer también una sensación de muerte inminente (CENETEC, 2008).

1.2.2.1 Ansiedad en adolescentes

A pesar de que la ansiedad surge como una respuesta a las experiencias del medio, en algunas ocasiones, tales respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, se disparan de forma totalmente descontrolada y son causa de sufrimiento para los adolescentes que las experimentan (Echeburúa, 1998). Dicho de otra manera, tales respuestas surgen como un miedo sin saber a qué.

Los niños, al igual que los adolescentes y adultos que padecen de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo y difícil de controlar. Dicha manera de pensar podrá dar lugar a cierto tipo de sentimientos básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación. (Gold, 2006).

Los síntomas y trastornos de ansiedad son de los problemas psicológicos más comunes en los adolescentes (Suárez, Polo, Chen y Alegría, 2009). Pudiendo ocasionar en ellos malestar, sufrimiento y desadaptación.

Siendo la adolescencia una etapa evolutiva particularmente crítica y vulnerable para el desarrollo de la ansiedad, pudiendo interferir de forma significativa en el desarrollo normal de los adolescentes, y convirtiéndose, por lo tanto, en un factor de riesgo para desarrollar en la edad adulta diferentes trastornos psicopatológicos, como puede ser depresión, problemas escolares y familiares y abuso de sustancias (Iruña, Caballo y Ovejero, 2009).

1.2.3 Terapia Cognitivo-conductual

El nombre de Terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan et al., 1995 citado en Stallard, 2010).

La TCC se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas son en su mayoría un producto de las cogniciones y de que, por consiguiente, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Kendall, 1991).

El término TCC se utiliza para describir toda una amplia variedad de intervenciones diferentes que comparten una serie de características esenciales (Fennel, 1989 citado en Stallard, 2010). La TCC se basa en un modelo de colaboración activa, es objetiva y estructurada, se centra en las problemáticas actuales, fomenta el autodescubrimiento y la experimentación y aboga por un modelo de aprendizaje sobre la base de la adquisición de las nuevas habilidades.

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart y Morgan, 1993). En pocas palabras, la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977; Rotter, 1982) se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución.

Los contextos influyen en la conducta a su vez da forma a los contextos: en ocasiones, son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales las que determinan la conducta.

El tratamiento cognitivo-conductual se enfoca en modificar la propia conducta a partir de cambios cognitivos en el análisis y resolución de problemas, el uso de estrategias de afrontamiento funcionales, el autocontrol y, la comparación de respuestas alternativas con sus consecuencias (Pedreira & Tomas, 2001).

Así mismo, la TCC cuenta con un amplio contenido de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida.

1.2.3.1 Terapia cognitivo-conductual en adolescentes

La teoría cognitiva facilita un punto de partida sólido para el trabajo con adolescentes y proporciona al terapeuta intervenciones basadas en la teoría y en la conceptualización de cada caso.

La TCC se enfoca en conocer los sistemas de procesamiento de información del adolescente con el fin de identificar sus pensamientos automáticos y sus esquemas cognitivos, intentando precisar su relación con la activación de las emociones negativas. (Friendberg y McClure, 2005).

Uno de los aspectos más funcionales de la TCC radica en que ser un abordaje que abarca cuatro aspectos importantes para el tratamiento de la problemática detectada en la población adolescente: trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas,

de carácter aprendido. El individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. Es una terapia de corta duración, en comparación con otras psicoterapias a largo plazo y es de naturaleza educativa y posee un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso.

Es por esto que la terapia cognitivo-conductual se considera una de las más apropiadas para tratar los casos de ansiedad infanto-juvenil, debido a que ha demostrado su eficacia y el mantenimiento de los logros terapéuticos en el tiempo (Saura, Carrillo, Alcázar y Amorós, 2003).

1.2.3.2 Técnicas de la TCC para el manejo de la ansiedad

La TCC utilizada como tratamiento para la ansiedad, se centra en cambiar lo que el niño o adolescente piensa de su miedo, aumentando la exposición a estas situaciones que teme, y estrategias de relajación, tales como respiración profunda, relajamiento de músculos y diálogo interno positivo (repetir frases positivas o de reafirmación sobre sí mismo). La TCC en adolescentes se enfoca en presentar más oportunidades de enfrentar los objetos o las actividades que provocan temor (Rodríguez, 2011).

La TCC cuenta con una amplia gama de técnicas de intervención, algunas de las más utilizadas en el tratamiento de la ansiedad son las siguientes:

Desensibilización sistemática: Esta técnica tiene por objetivo disminuir la reacción psicofisiológica a los estímulos ansiógenos. La primera parte consiste en desglosar la

situación que produce la activación del miedo o la ansiedad en pequeñas partes y jerarquizarlas desde la menos hasta la más temida. Por ejemplo, con el miedo a hablar en público podríamos poner, como primer paso, la situación de decir un par de frases delante de una persona de total confianza; como segundo paso, hacer un discurso de 2 minutos delante de dos personas de confianza; como tercer paso, hacer un discurso de 4 minutos delante de algunos familiares o personas de confianza. Y así sucesivamente hasta llegar a la situación más temida. Se trata de ir afrontando las situaciones siguiendo esta jerarquía, las indicaciones del psicólogo y aplicando técnicas de relajación. (Ramos, J. y Cano, A., 2008).

Técnicas de respiración y relajación: La relajación es un estado fisiológico contrario a la ansiedad y a cualquier otro estado emocional negativo. Una persona no puede estar ansiosa y, al mismo tiempo, relajada.

Los estados de relajación producen una serie de cambios en el organismo opuestos a los que se dan durante el estado de ansiedad: el ritmo cardíaco y la presión arterial descienden, la temperatura corporal aumenta, el nivel de tensión en los músculos se reduce, la respiración se lentifica y todas las funciones fisiológicas se desaceleran. Puede ser de gran utilidad si se usa como instrumento de afrontamiento, para controlar y manejar la emoción negativa (ansiedad, enfado, ira, dolor, etc.) en el momento de sentirla. (Ibáñez Tarín, C., Manzanera Escartí, R. 2013).

De acuerdo a Caro, G. I. (2007) la respiración y la relajación corporal son elementos básicos para aprender a manejar los aspectos fisiológicos de las reacciones emocionales. Algunos ejemplos de técnicas de respiración y relajación son:

Respiración diafragmática: consiste en aprender a realizar una respiración consciente utilizando el diafragma. Dicha respiración permite llevar aire hasta la zona baja de los pulmones, lo que garantiza mejor captación del oxígeno y activa la respuesta de relajación del organismo.

Relajación muscular progresiva: consiste en aprender a relajar todos los músculos del cuerpo. Se trata de ser conscientes de la tensión muscular y aprender a relajar mediante el entrenamiento. El objetivo de la técnica de relajación muscular progresiva es convertirla en un hábito que podamos utilizar ante situaciones estresantes.

La aplicación de esta técnica, consiste en dividir nuestro cuerpo en diferentes grupos musculares, provocar voluntariamente tensión contrayendo cada grupo, con intensidad lo suficientemente alta como para notarla, pero no llegar a sentir dolor y, a continuación, eliminar la tensión soltando los músculos contraídos para pasar a un estado de relajación. Este procedimiento, es un instrumento para aprender a identificar y posteriormente poder provocar las sensaciones de relajación en nuestro cuerpo.

Resolución de problemas: Esta técnica ayuda al paciente a salir del estancamiento cuando se enfrentan a tareas o situaciones que parecen demasiado para ellos. Consta de una serie de pasos a seguir, que son definición del problema, definir objetivos, lluvia de ideas, evaluar soluciones posibles, seleccionar una solución, definir y trabajar sobre los pasos para poder abordar la solución,

ensayo cognitivo que consiste en ensayar imaginariamente los pasos que se llevarán a cabo al completar la tarea, implementar la solución y finalmente evaluar el resultado.

Modelo ABC: Modelo desarrollado por el psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis (1913-2007), el cual trata de explicar cómo las personas, ante un mismo evento, pueden interpretarlo de forma diferente en función de sus propias cogniciones. Estos pensamientos son un pilar fundamental a la hora de comprender cómo ve la persona el mundo y cómo decide hacerle frente. Es decir, no es el hecho en sí lo que afecta positiva o negativamente a una persona, sino la forma que tiene el percibirlo.

Consta de tres componentes, el acontecimiento activador, el cual propicia que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas, un sistema de creencias, que es toda la serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona y finalmente las consecuencias, tanto emocionales como conductuales, que son la respuesta que da el individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias.

Discusión cognitiva: Consiste en evaluar, utilizando un enfoque científico, los pensamientos. Usar la objetividad y la razón para ver si los pensamientos son estimaciones o juicios de la realidad tan acertados como la persona cree. La discusión radica en cuestionar mediante preguntas concretas la veracidad de los pensamientos. Los cuatro principios evaluados son: objetividad, intensidad y/o duración de la emoción, utilidad y forma del pensamiento. Cuando el pensamiento que se evalúa no cumple alguno de estos 4 criterios será un pensamiento desadaptativo para el paciente. (Ibáñez Tarín, C., Manzanera Escartí, R. 2013).

Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema

2.1 Descripción del escenario y participantes

La presente intervención fue realizada en los consultorios del Servicio de atención psicológica de una escuela preparatoria pública, ubicada en la ciudad de Mérida, Yucatán.

Participaron en el estudio tres estudiantes adolescentes de 15, 16 y 17 años respectivamente, a las cuales se les brindó atención individual, siguiendo el mismo programa de intervención de corte cognitivo-conductual.

Tabla 1

Participantes del estudio

Participante	Sexo	Edad	Motivo de consulta
Sujeto 1: M	Mujer	17 años	“Todo me preocupa, soy muy insegura, mi autoestima es muy baja y no me gusta que las otras personas me vean débil”
Sujeto 2: MF	Mujer	16 años	“Quisiera saber el por qué me preocupo por todo desde que salgo de mi casa y poder calmar esas preocupaciones”
Sujeto 3: D	Mujer	15 años	“Me preocupo por todo, soy muy insegura de mi persona y me gustaría tener más confianza”

2.2 Objetivo General

- Conocer las pautas de interacción de las adolescentes con respecto a la ansiedad, para el diseño de estrategias de intervención que contribuyan a un manejo más adecuado de la misma, con la finalidad de aplicar la intervención.

2.3 Objetivos específicos

- Conocer los niveles de ansiedad como rasgo, presentes en las adolescentes del estudio.
- Conocer las dificultades que presentan las adolescentes con ansiedad.
- Identificar recursos personales en las adolescentes para el establecimiento de líneas de trabajo.

2.4 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados.

Las técnicas, instrumentos y estrategias de evaluación diagnóstica que fueron empleados con el objetivo de obtener la información necesaria para posteriormente realizar la intervención, son los planteados a continuación:

2.4.1 Entrevista clínica semi-abierta: Una entrevista psicológica es aquella en la que se produce una relación entre dos o más personas, en la cual existe un intercambio de información. El terapeuta, intenta obtener información; el objetivo se establece previamente (diagnóstico, selección, intervención e investigación) y entrevistador y entrevistado tienen funciones definidas (Matarazzo y Wiens, 1972 en Vives Gomila, 2007).

2.4.2 Observación clínica: Técnica usada comúnmente en la investigación y práctica clínica del psicólogo, que consiste en visualizar las respuestas libres del paciente ante diferentes momentos y situaciones. La información recabada es de carácter cualitativo (Esquivel, Heredia y Lucio 2007).

2.4.3 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): Spielberger y Díaz Guerrero (1975).

El inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI (*State-Trait-Anxiety Inventory*) está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2. la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado).

La escala A-Rasgo del inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensible a las condiciones bajo las cuales se aplica el Inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional. En contraste, ha sido demostrado que las escalas A-Rasgo son relativamente inmunes al efecto de las condiciones bajo las cuales son aplicadas (Johnson y Spielberger, 1968; Land, 1969). Razón por la cual para fines de este estudio se tomaron únicamente los resultados del indicador A-Rasgo.

2.4.4 Terapia Cognitivo-conductual: Terapia que utiliza diversas estrategias enteramente compatibles e integradas en un plan de tratamiento que aborda la acciones, emociones y cogniciones, ya que sostiene que éstas trabajan conjuntamente en cada ser humano y son mutuamente influyentes, dentro de una estructura de personalidad formada por condiciones ambientales y biológicas. (CENETEC, 2008).

2.5 Procedimiento

La selección de los participantes de este estudio se realizó mediante un listado de candidatos para recibir apoyo psicológico en el centro de atención al estudiante de una preparatoria pública de la ciudad de Mérida, Yucatán. Los criterios de inclusión tomados en cuenta para la investigación fueron los citados en la tabla número dos, que aparece a continuación.

Tabla 2

Criterios de inclusión

Rango de edad entre 14 y 17 años de edad
Detección de pensamientos irracionales o preocupaciones excesivas durante la entrevista
Puntuación de media a alta en el apartado de Ansiedad como rasgo

La participación y permanencia en el estudio fue de manera voluntaria. La fase diagnóstica tuvo una duración de 4 sesiones, en las cuales se llevó a cabo la lectura de los consentimientos informados y se realizó una entrevista semi-abierta a cada una de las participantes, con la finalidad de recabar mayor información sobre las dificultades que presentan debido a la ansiedad, así como los recursos personales con los que cada una de ellas cuenta.

Igualmente, se ejecutó la aplicación del IDARE, evaluando las puntuaciones obtenidas en su escala de ansiedad como rasgo, misma que Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1982) definen como una propensión ansiosa estable que hace percibir a las personas y las situaciones como amenazadoras, elevando así la ansiedad.

De la misma manera, se valoró cuáles son las emociones que estaban más presentes en cada una de las adolescentes, a través de la representación gráfica de las emociones básicas de Miedo, Afecto, Tristeza, Enojo y Alegría (MATEA) propuestas por Muñoz Polit (2009).

Finalmente, se realizó un análisis reflexivo con cada una de las participantes sobre la manera en la que visualizan su problemática.

2.6 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

A continuación (figura 1), se presentan los resultados obtenidos por las adolescentes en el IDARE, en la subescala de Ansiedad-Rasgo, que hace referencia a cómo se sienten “por lo general” y/o “habitualmente”.

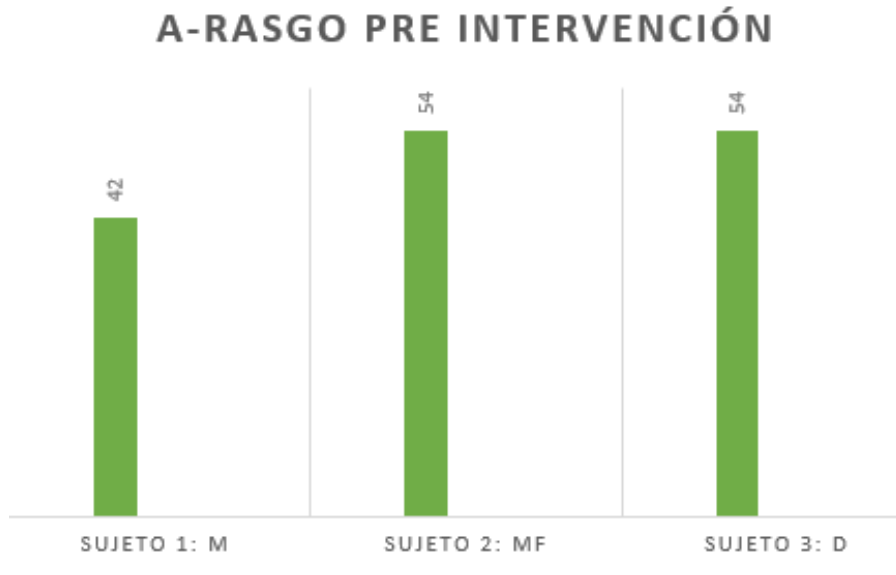


Figura 1: Puntuaciones obtenidas en la escala Ansiedad-Rasgo (Pre-intervención)

*criterios de calificación: ___ Elevada (≥ 45) ___ Media (30-44) ___ Baja (≤ 30).

La ansiedad como rasgo apunta a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones de manera ansiosa.

Seguidamente, se presentan los resultados obtenidos en el proceso de evaluación de cada una de las adolescentes.

2.6.1 Evaluación individual

2.6.1.1 Sujeto 1: M

M es una joven de 17 años, al inicio de la intervención se encuentra cursando el tercer grado de preparatoria, al acudir al servicio reporta sentirse muy estresada, preocupada la mayor

parte del tiempo, intranquila e incapaz de tomar decisiones por miedo a equivocarse. Externa que es la primera vez que pide apoyo profesional ya que no se considera capaz de lograrlo por ella misma.

De igual manera, presenta dificultades para entablar relaciones sociales y tener un círculo social muy reducido. A continuación, se presentan los resultados de la visualización del problema (apéndice A) realizada por la paciente:

Tabla 3

Visualización del problema: Sujeto 1: M

Características	Frases que utiliza cuando aparece
Cuando está presente causa inseguridad	“¿Para qué lo intentas si al final todo va a salir igual?”
Está frustrado	“No vas a poder”
Aparece cuando hay que tomar decisiones	“Te vas a equivocar”

Como se muestra en la tabla 3, M visualiza su “problema” como un ente frustrado, que aparece cuando hay que tomar decisiones, que causa inseguridad y le hace pensar que al final las cosas siempre van a ser iguales, logrando que se paralice a la hora de tener que tomar una decisión.

En lo referente a las emociones (apéndice B), se puede observar que la emoción predominante en M es el miedo, mismo que ella reconoce y expresa sentirlo en diferentes ocasiones, llegando a sentirse incapaz de realizar las cosas, por muy sencillas que estas parezcan.

Entre los recursos personales y fortalezas que M detecta en su persona, se encuentra su perseverancia y que percibe a su familia como una sólida red de apoyo con la cual puede contar de así llegar a necesitarlo.

En el IDARE, M obtuvo una puntuación de 42 para el indicador ansiedad como rasgo, el cual se refiere a un nivel de ansiedad medio.

2.6.1.2 Sujeto 2: MF

MF es una joven de 16 años de edad, al comienzo del proceso se encuentra cursando segundo grado de preparatoria, al presentarse al servicio de atención psicológica menciona sentirse “muy preocupada por todo en todo momento” y desea poder calmar esas preocupaciones. MF refiere haber intentado calmar esas preocupaciones por su propia cuenta sin haber obtenido mayores resultados.

También reporta tener mucha dificultad para interactuar con las demás personas, ponerse nerviosa cuando tiene que hablar en público y sentirse ansiosa e intranquila en muchas ocasiones.

A continuación, se presentan los resultados de la visualización del problema (apéndice C) realizada por la paciente:

Tabla 4

Visualización del problema: Sujeto 2: MF

Características	Frases que utiliza cuando aparece
Es pesimista.	“Nada de lo que haces es suficiente”
Todo lo que digan lo vuelve negativo.	“No vas a poder expresar lo que sientes”
Señala mis defectos físicos.	“Los demás son mejores que tú”
Me transmite tristeza, preocupación y miedo.	“Las cosas te van a salir mal”

Como observa en la tabla 4, MF visualiza al problema como un ente pesimista, que todo lo percibe como negativo, que se dedica a señalar los defectos de su persona y que le transmite sentimientos de tristeza, preocupación y miedo. Así mismo, le hace pensar que nada de lo que hace es suficiente y que las cosas siempre pueden salir mal.

Respecto a las emociones (apéndice D), se puede observar que la emoción que se presenta con más intensidad es el miedo, MF refiere sentirlo en todo el cuerpo y creer que las demás personas hacen las cosas mejor que ella, presentando mucha dificultad para reconocer sus propias aptitudes y habilidades.

En lo referente a las fortalezas que logra reconocer en su persona, MF menciona que es buena escuchando a los demás y que, a pesar de tener un número muy reducido de amigos, los que tiene son muy buenos.

En el IDARE, MF obtuvo una puntuación de 54 para el indicador ansiedad como rasgo, el cual se refiere a un nivel de ansiedad elevado.

2.6.1.3 Sujeto 3: D

D es una joven de 15 años de edad, al comenzar el proceso se encuentra en primer grado de preparatoria, acude al servicio de atención psicológica refiriendo sentirse preocupada por todo, ser muy insegura de su persona y le gustaría tener más confianza. D menciona que en varias ocasiones ha intentado calmar esas preocupaciones, pero termina sintiéndose aún más intranquila que al principio.

De igual manera, D presenta dificultades para establecer relaciones sociales con las demás personas y asegura tener un número muy reducido de amigos.

A continuación, se presentan los resultados de la visualización del problema (apéndice E) realizada por la paciente:

Tabla 5*Visualización del problema: Sujeto 3: D*

Características	Frases que utiliza cuando aparece
Quando está me transmite miedo y me siento insegura.	“Mira todos tus defectos”
Es muy criticón.	“No vas a poder ser como los demás”
Me hace preocuparme por todo lo que me rodea.	“Siempre vas a pensar en lo negativo”

Como puede verse en la tabla 5, D visualiza al problema como un ente sumamente criticón, que le ocasiona demasiadas preocupaciones y le transmite miedos e inseguridades. De igual forma, le hace ver el lado negativo de las cosas y pensar que nunca llegará a ser como los demás.

En lo que respecta a las emociones (apéndice F), se puede observar que la emoción que se presenta con más intensidad es el miedo, D expresa sentirlo principalmente en los brazos y las piernas, dándole la sensación de inquietud y sentimiento de necesitar “salir de ahí” apenas se presenta una situación que la hace sentirse ansiosa.

D se reconoce a sí misma como buena amiga y hermana y reconoce a su familia como una fuente de apoyo y soporte.

En el IDARE, D obtuvo una puntuación de 54 para el indicador ansiedad como rasgo, el cual se refiere a un nivel de ansiedad elevado.

Tabla 6

Síntesis de los resultados de la Evaluación Diagnóstica

Participantes	Ansiedad como rasgo	Pensamientos irracionales detectados	Emociones más frecuentes	Conductas más frecuentes
Sujeto 1: M	Media	“No soy capaz de tomar decisiones” “No soy suficiente”	Miedo	Evitación Inquietud
Sujeto 2: MF	Alta	“No soy capaz” “Los demás son mejores que yo”.	Miedo	Evitación Inquietud
Sujeto 3: D	Alta	“Las cosas siempre pueden salir mal” “No puedo ver lo positivo en nada”	Miedo	Evitación Inquietud

Capítulo 3. Programa de Intervención

3.1 Fundamentación

El programa de intervención fue elaborado bajo el enfoque cognitivo-conductual, debido a que este requiere ciertas habilidades y capacidades, como la de identificar, reflexionar, cuestionar y originar formas alternativas de pensar, mismas que están presentes en los adolescentes.

Lo anterior hace de la población juvenil un grupo idóneo para este tipo de intervención, cuyo proceso implica cierto grado de madurez y flexibilidad cognitiva.

El programa de intervención consta de 18 sesiones y fue diseñado de esta manera dando respuesta a las necesidades de pronta atención de la población y al tiempo disponible de trabajo con los adolescentes en la institución en donde fue llevado a cabo.

Así mismo, es relevante mencionar que el programa integró atención en modalidad presencial y en línea, siendo esta última el medio por el cual se terminó la intervención terapéutica debido a la contingencia sanitaria a causa del covid-19.

3.2 Objetivos de Intervención

3.2.1 Objetivo general

- Diseñar, implementar y evaluar un programa con enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de adolescentes con ansiedad, con la finalidad de lograr la disminución de la misma.

3.2.2 Objetivos específicos

- Diseñar una propuesta de intervención cognitiva-conductual aplicable y generalizable a diversos adolescentes con ansiedad.
- Evaluar la eficacia de la intervención para el tratamiento de los adolescentes con ansiedad.

3.2.3 Diseño de investigación

Se realizó un pre-experimento con diseño pre-prueba y post-prueba con un solo grupo.

3.3 Programa de intervención

El diseño del programa de intervención de corte cognitivo-conductual constó de tres fases, la inicial o diagnóstica, en la que se obtuvieron datos importantes para la adecuada elaboración del esquema de intervención, buscando dar respuesta a las necesidades detectadas.

Posteriormente la fase de intervención, en la cual se obtuvieron resultados positivos del proceso de intervención, mismos que se vieron reflejados en las evidencias y el proceso de evaluación, y finalmente la fase de evaluación y cierre, donde se pudo observar cómo las puntuaciones en los niveles de ansiedad-rasgo disminuyeron hacia el final de la intervención, favoreciendo alcanzar los objetivos planteados al inicio de la intervención.

A continuación, encontramos el esquema del programa de intervención, mismo que tuvo una duración total de 18 sesiones, cada una de las cuales fue previamente planeada y estructurada de manera que pudiera aplicarse de igual forma para las 3 participantes del estudio. Es importante mencionar que las modificaciones requeridas en cuanto a fechas, espacios o actividades siempre fueron aplicadas de la misma manera.

Tabla 7

Esquema del programa de intervención

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
1	Firma del contrato terapéutico.	Documentos terapéuticos.
Diagnóstica	Explicación y firma del consentimiento informado. Lectura de los derechos del paciente. Conocer el motivo de consulta.	Entrevista clínica.
2	Revisión y confirmación del diagnóstico	Entrevista clínica.
Diagnóstica	mediante la entrevista clínica. Aplicación de Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado IDARE	IDARE.

Nota. tabla continua en la siguiente página

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
3 Diagnóstica	Exploración e identificación de las emociones experimentadas con mayor frecuencia utilizando MATEA (miedo, alegría, tristeza, enojo y amor. Visualización del problema.	MATEA. Imaginería.
4 Diagnóstica	Elaboración de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad en las adolescentes. Explicación del modelo A-B-C. (antecedentes, creencias, consecuencias)	Entrevista clínica. Modelo A-B-C.
5 Intervención	Explicar el beneficio de las técnicas de relajación para utilizar en momento de ansiedad. Enseñar al adolescente la respiración diafragmática. Enseñar y realizar un ejercicio de relajación.	Psicoeducación. Técnicas de relajación: Respiración diafragmática. Relajación muscular progresiva.
6 Intervención	Identificación de pensamientos irracionales y conductas más frecuentes. Identificación por parte del adolescente de las autoverbalizaciones en situaciones elicitoras de ansiedad.	Modelo A-B-C. Discusión cognitiva.

Nota. Tabla continúa en la siguiente página.

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
7 Intervención	<p>Definir y formular 2 situaciones que causen ansiedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir información relevante y objetiva sobre el problema a trabajar. 2. Describir el problema en términos operativos. <p>Clarificar la naturaleza del problema (emocional, económico, laboral, social, etc.).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identificar los factores que convierten una situación en problema. 4. Diferenciar hechos de interpretaciones con el fin de minimizar distorsiones cognitivas. 5. Enunciar metas realistas: ¿qué debe cambiar?, ¿a nivel personal?, ¿en el medio? 6. Reevaluar el problema, considerando beneficios y costos de resolverlo o no. 7. Definición operativa del problema a partir de toda la información anterior. 	<p>Discusión cognitiva.</p> <p>Resolución de problemas.</p>

Nota. Tabla continúa en la página siguiente.

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
8 Intervención	<p>Desarrollar estrategias de afrontamiento para la ansiedad.</p> <p>Generar alternativas de solución.</p> <p>Evaluar las alternativas valorando las consecuencias de manera que se pueda elegir la alternativa que ofrezca más beneficios.</p> <p>Predicción de la consecución de la meta: ¿Hasta qué punto solucionará el problema?</p> <p>Eliminar alternativas que impliquen riesgos elevados o para las que el adolescente no tenga suficientes habilidades o recursos.</p> <p>Evaluar probabilidades de implementación.</p> <p>¿Podrá aplicarla el adolescente?</p> <p>Análisis de costo/beneficios.</p> <p>Anticipar los resultados positivos y negativos de cada alternativa para el paciente, para su entorno social, en este momento y más a largo plazo.</p> <p>Tomar una decisión y describir los pasos específicos para poner en marcha la solución.</p>	Resolución de problemas.

Nota. La tabla continúa en la siguiente página.

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
9 Intervención	Simulación de las estrategias de afrontamiento en sesión. Análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas. Autoevaluación-evaluación de resultados. Autorrefuerzo-revisión.	Modelamiento. Role-playing. Análisis reflexivo.
10 Intervención	Exposición del adolescente a situaciones imaginativas que le provocan ansiedad elevada, apoyándose en el role-playing y en la administración de refuerzo. Simulación de las estrategias de afrontamiento en sesión. Análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas. Autoevaluación y autorrefuerzo.	Modelamiento. Role-playing. Análisis reflexivo.
11 Intervención	Entrenamiento en autoinstrucciones: Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirvan para afrontar la ansiedad.	Autoinstrucciones.

Nota. Tabla continúa en la siguiente página.

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
12 Intervención	Reinterpretación de la ansiedad como algo positivo/funcional. Reafirmar la capacidad del adolescente para afrontar la ansiedad.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Análisis reflexivo.
13 Intervención	Prevención de recaídas mediante el entrenamiento en habilidades emocionales. Identificar situaciones ansiógenas que pudieran presentarse a mediano y largo plazo y preparación para afrontarlas en el futuro.	Resolución de problemas. Análisis reflexivo. Modelamiento.
14 Intervención	Prevención de recaídas mediante el entrenamiento en habilidades sociales. Identificar situaciones ansiógenas que pudieran presentarse a mediano y largo plazo y preparación para afrontarlas en el futuro. Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones sociales que provocan ansiedad.	Resolución de problemas. Análisis reflexivo. Modelamiento.

Nota. Tabla continúa en la siguiente página.

Sesión y fase	Puntos a trabajar	Estrategias/técnicas/ recursos utilizados
15 Evaluación	Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.	Reforzamiento.
16 Evaluación	Aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado.	IDARE.
17 Evaluación	Autoevaluación del proceso terapéutico a través de una visualización del mismo.	Visualización. Dibujo.
18 Cierre	Revisión de las estrategias y habilidades aprendidas durante la intervención. Invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.	Análisis reflexivo.

Capítulo 4. Resultados de la intervención

En este capítulo, se revisa el alcance del programa de intervención presentando los resultados obtenidos durante el mismo.

4.1 Objetivos de la evaluación

4.1.1 Objetivo general

- Conocer los alcances del proceso terapéutico y los avances obtenidos por los adolescentes.

4.1.2 Objetivos específicos

- Comparar y determinar si hubo una disminución en las puntuaciones de ansiedad como rasgo en las adolescentes del estudio.
- Valorar los avances obtenidos por las adolescentes y revisar si se cumplieron los objetivos.

4.2 Evaluación

En la fase de evaluación se aplicó nuevamente el IDARE, a modo de post-test, se utilizó una autoevaluación hecha por cada una de las adolescentes, en la que se les dio la instrucción de hacer un dibujo de cómo se veían a ellas mismas al comienzo de la intervención y hacia el final de la misma, y se realizó un análisis reflexivo del proceso con cada una de ellas, obteniendo los siguientes resultados:

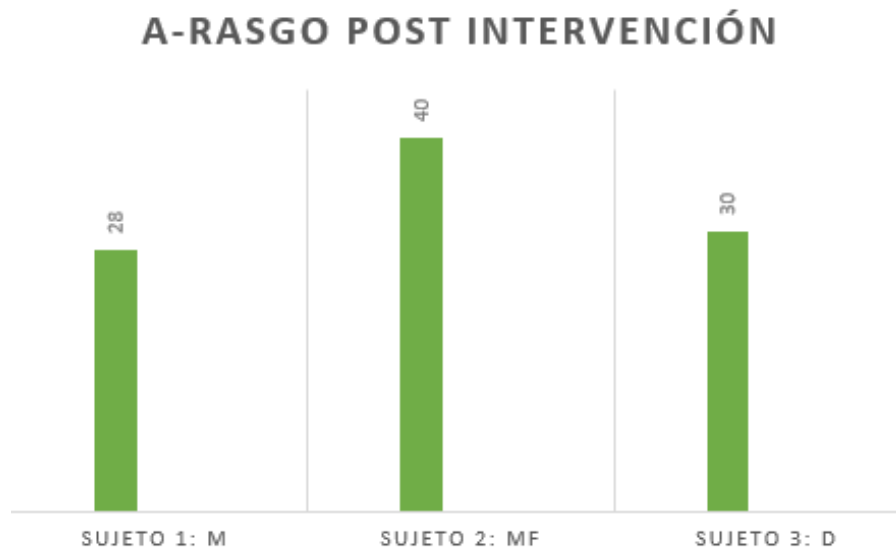


Figura 2: Puntuaciones obtenidas en la escala Ansiedad-Rasgo (Post-intervención).

Es importante mencionar que los criterios de calificación para la ansiedad como rasgo de acuerdo al Inventario son: mayor o igual a 45 para ansiedad elevada, de 30 a 44 para ansiedad media, y menor o igual a 30 para ansiedad baja.

4.1.1 Sujeto 1: M: M acudió a cada una de las sesiones en tiempo y forma, mostrando compromiso con el proceso terapéutico desde el primer momento. En lo referente a la etapa de evaluación, M obtuvo una puntuación de 28 para A-Rasgo en la aplicación posterior del IDARE, situándola en un nivel bajo de ansiedad, lo cual indica resultados favorables de la intervención, ya que al inicio de la misma se encontraba en un nivel medio (42) de ansiedad como rasgo.

Así mismo, en el proceso de autoevaluación (Apéndice H), se puede observar que M se reconocía a sí misma como una persona insegura, con la autoestima baja, y refería sentirse sofocada, y excesivamente preocupada por lo que los demás fueran a pensar de ella, motivo por el cual tendía a evitar situaciones sociales.

Una de sus principales preocupaciones era el reconocerse “incapaz para tomar decisiones”, problemática que le causaba mucha ansiedad ya que, al estar cursando el último grado de preparatoria iba a ser una situación a la que pronto tendría que enfrentarse. De igual manera, M presentaba mucha dificultad para identificar sus emociones derivando en un manejo inadecuado de las mismas.

Hacia el final de la intervención, se puede observar como M se reconoce a sí misma con mayor flexibilidad. Entre las frases que utiliza para autoevaluarse se encuentran “he aprendido a

aceptarme como soy” y “ahora no le tomo importancia a todo lo que me dicen”, refiriendo sentirse “libre”.

Uno de los principales logros que se reconoce es el hecho de haber podido tomar la decisión por ella misma de elegir la licenciatura que iba a estudiar, basándose en sus propios deseos y haciéndose responsable del plan de acción que necesitaría para lograrlo, también pudo desarrollar habilidades que le permitieron ser socialmente más abierta, así como también adquirió herramientas para un manejo más adecuado de sus emociones.

4.1.2 Sujeto 2: MF: La asistencia de MF a las sesiones fue la esperada, mostrando interés y disposición respecto al proceso terapéutico. En la etapa de evaluación, MF obtuvo una puntuación de 40 para A-Rasgo en la aplicación posterior del IDARE, ubicándose en un nivel medio de ansiedad, lo anterior nos indica que la intervención tuvo resultados favorables, esto en comparación con el nivel de ansiedad alta (54) que obtuvo al inicio de la intervención.

De la misma manera, en la etapa de autoevaluación (Apéndice I), se observa que MF se percibía a sí misma como una persona que no contaba con un orden en sus ideas y pensamientos, que constantemente sentía un peso negativo sobre sus hombros, producto del exceso de preocupaciones con las que cargaba, refiere también que no sabía expresarse de la manera adecuada, tenía dificultad para externar sus opiniones, así como también externó no reconocerse a sí misma y sentirse perdida.

En el plano de las emociones, MF reporta que le costaba mucho trabajo identificar la manera en la que se sentía, teniendo como resultado un manejo emocional inadecuado.

Al término de la intervención, se puede apreciar la manera en que MF se percibe a sí misma “más curiosa”, explicando ahora sentirse dispuesta a experimentar, a arriesgarse a intentar las cosas sabiendo que no siempre tienen por qué salir mal, confiando en que cuenta con las habilidades y capacidades necesarias para lograr las cosas, afirma conocerse mejor y externa el deseo de querer seguir haciéndolo.

Uno de los principales logros que se reconoce es el haber mejorado sus habilidades para comunicarse de manera adecuada, logrando hacerlo con las demás personas, de la misma manera que logra identificar y expresar sus emociones.

4.1.3 Sujeto 3: D: D mostró interés y compromiso con el proceso terapéutico en todo momento, su asistencia fue regular sin mayores contratiempos. En lo que refiere a la etapa de evaluación, D obtuvo una puntuación de 30 para A-Rasgo en la aplicación posterior del IDARE, situándola en un nivel bajo de ansiedad, lo cual indica resultados favorables de la intervención, ya que al inicio de la misma se encontraba en un nivel alto (54) de ansiedad como rasgo.

De igual forma, en el proceso de autoevaluación (Apéndice J), se puede apreciar que D hacía referencia a sentirse preocupada todo el tiempo, así como también experimentaba sentimientos de inadecuación, intranquilidad, miedo y expresó sentirse incapaz respecto a las situaciones que le rodeaban, llevándola a preferir evitar situaciones sociales, de igual forma que

evitaba intentar cosas nuevas por no sentirse segura y capaz de poder “hacerlas bien”. D refiere un sentimiento de ansiedad y mucha preocupación por toda esta situación.

Respecto a las emociones, D afirma tener dificultad para reconocer sus propias emociones, derivando en una incapacidad para expresarlas y poder manejarlas. Sin embargo, menciona que una emoción que identifica fácilmente, ya que reporta sentirla muy seguido es el miedo y la intranquilidad.

Hacia el final de la intervención, se puede observar como D s reconoce a sí misma con una nueva perspectiva de las cosas, expresa sentirse y saberse con las herramientas necesarias para enfrentar las situaciones nuevas que se le presenten y conocerse mejor.

Entre las frases que utiliza para describir esto se encuentran “me siento más segura”, “sé que, aunque las cosas fallen lo puedo volver a intentar”. Y Finalmente hace referencia a una frase que decidió usar para definir cómo se siente con ella misma respecto al proceso terapéutico que vivió, misma que decidió pintar en una de sus paredes para tenerla presente todos los días: “por muy oscura que sea la noche, las estrellas siempre brillarán”.

D reporta haber desarrollado habilidades que le han permitido manejar de una mejor forma las situaciones sociales y emocionales, logrando ahora ser más abierta con las personas y sentirse capaz de decir lo que piensa y siente.

Para finalizar, en la figura 3, se puede observar una comparación entre los resultados obtenidos en el IDARE antes del programa de intervención y después del mismo, notando la disminución de los niveles de ansiedad como rasgo en cada una de las participantes:

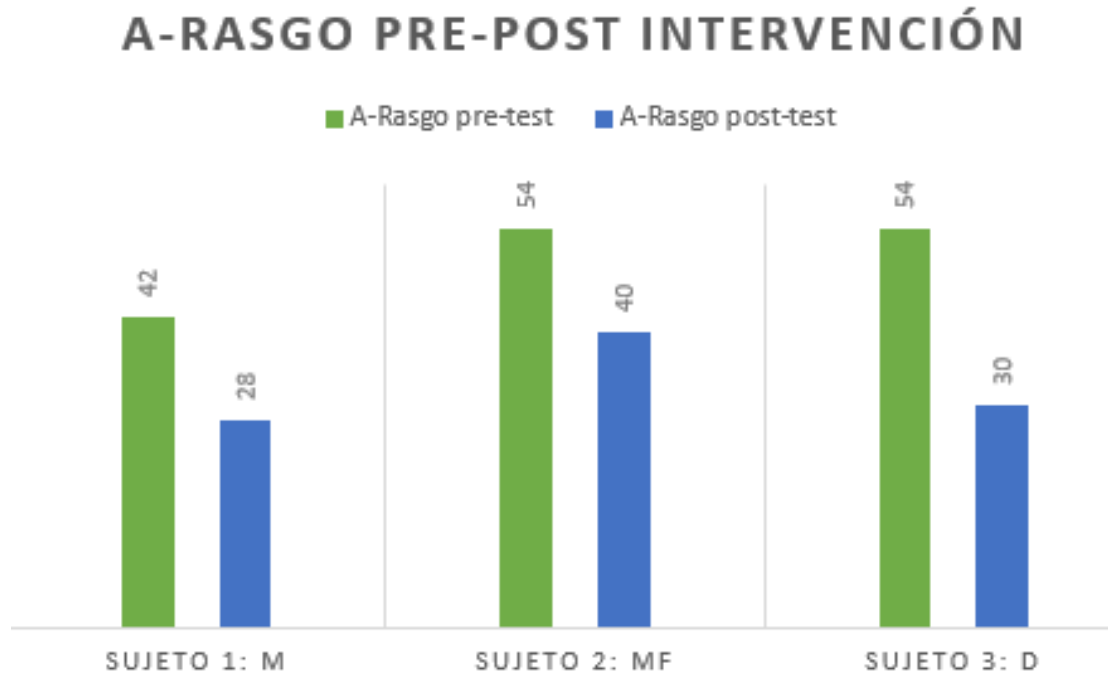


Figura 3: comparación de resultados IDARE A-Rasgo previos y posteriores a la intervención.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

La ansiedad en los adolescentes presenta grandes retos debido a que es una etapa de la vida en la cual los cambios emocionales son los protagonistas. Es por esto que el tratamiento de la ansiedad en los adolescentes resulta necesario para disminuir las complicaciones propias de la ansiedad y recuperar el estilo de vida habitual.

El programa de intervención de corte cognitivo conductual presentado en este trabajo, permitió observar una posible estrategia para el manejo de la ansiedad en adolescentes, buscando al mismo tiempo sensibilizar sobre la necesidad y la importancia de la detección y manejo oportuno de dicha problemática, a fin de prevenir su prevalencia e intensificación en etapas posteriores de la vida. Es por esto, que resulta benéfico el que las escuelas públicas o privadas cuenten con espacios de atención al estudiante, a donde estos puedan acudir en caso de necesitar algún tipo de orientación de tipo psicológico.

Es importante señalar que el objetivo de diseñar e implementar un programa de intervención con enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de adolescentes con ansiedad, buscando la disminución de la misma se cumplió, dato que se confirma con los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad como Rasgo que se aplicó a manera de post test al finalizar la intervención.

Los resultados obtenidos en el post test arrojan que el sujeto 1:M tuvo una disminución de las puntuaciones obtenidas en la escala ansiedad como rasgo de 42 a 28, lo cual indica que su ansiedad pasó de media a baja, mientras que el sujeto 2:MF mostró una disminución en la puntuación de 54 a 40, dato que refiere un cambio en la ansiedad de elevada a baja y por último el sujeto 3: D obtuvo puntuaciones que van de 54 a 30, lo cual señala que los niveles de ansiedad como rasgo bajaron de elevada a media en dicho sujeto. Lo anterior denota un resultado favorecedor en la utilización del programa de intervención diseñado.

Entre las observaciones más relevantes que surgieron al estar trabajando con adolescentes dentro de una preparatoria, destaca lo apremiante que resulta ocuparse de las problemáticas emocionales de este grupo de edad, ya que, de no ser así se puede comenzar a tener repercusiones en diferentes áreas, como son la personal, social, familiar y académica.

De la misma manera y como sugiere la Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (2010), se pudo confirmar que la terapia cognitivo-conductual resultó ser un tratamiento eficaz en la reducción de la ansiedad, además de ser ideal para utilizarse en escenarios en donde el tiempo de intervención es limitado. Dicho esto, se concluye que el abordaje terapéutico con técnicas cognitivo-conductuales da respuesta efectiva a la problemática de ansiedad detectada en la población juvenil, cumpliéndose así el objetivo general del presente trabajo.

Así mismo, y dadas las condiciones actuales presentes debido a la contingencia sanitaria Covid-19, que comenzaron en marzo del año 2020, se tuvo la necesidad de trasladar el programa de intervención a la modalidad en línea, teniendo que recurrir al uso de las tecnologías de la

información y comunicación (TICS) para poder seguir con el programa de intervención a distancia. Resultando evidente que la terapia cognitivo-conductual posee un carácter adaptativo y que resulta eficiente aún en condiciones a distancia.

Sin embargo, y a pesar de que las TICS en el momento presente han logrado un grado de desarrollo tal que permite llevar a cabo un programa de intervención psicológico efectivo, abren una oportunidad para futuras investigaciones sobre el panorama de las intervenciones psicológicas a distancia mediadas por la tecnología.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (5ta. Ed)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2010). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Borrell, F. (2004). *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas*. Barcelona: Semfyc.
- Cantón, J., Cortés, D y Cantón, D. (2011). *Desarrollo socio afectivo y de la personalidad*. España: Alianza Editorial.
- Caro, G. I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clark, D. y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: Guilford.
- Clark, D. y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Bilbao: DDB.
- Del Barrio, M. (2005). *Emociones infantiles: Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Esquivel, F., Heredia, M. y Lucio, E. (2016). *Psicodiagnóstico clínico del niño (4ta. Ed)*. México: Manual Moderno.
- Ferro, R., Vives, C., y Ascanio, L. (2009). Novedades en el Tratamiento Conductual de Niños y Adolescentes. *Clínica y Salud*, 20(2), 119-130. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200002&lng=es&tlng=pt.

Friedberg, R. D., y McClure, J. M. (2013). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.

Garaigordobil, L. M. (2001). *Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales*. *Psicología Conductual*, (2), 225-227. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/Pconductual.PDF

García Campayo, J., Hidalgo, I., Orozco, F. (2006). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona: Ars Medica.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). México: McGraw-Hill.

O'Connor, K., Schaefer, C. y Braverman, L. (2017). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental. 2013-2020*

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Determinantes Sociales de la Salud Mental*.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre sistema de salud mental en México*.

Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12º ed.). México: Mc Graw Hill.

Privat, P. y Quélin-Souligouz, D. (2003). *El niño en psicoterapia de grupo*. Madrid: Síntesis.

Ramos, J. y Cano, A. (2008). Tratamiento Cognitivo-Conductual De Un Caso De Trastorno Por Ansiedad Generalizada: El Componente Metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 305-319. Recuperado de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=40645162&lang=es&site=eds-live>

Rodríguez, R. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva-conductual de los Trastornos de Ansiedad (1ª. Ed.)*. Buenos Aires: Polemos.

Ruiz Sancho AM, Lago Pita, B. *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. P. 265-280.

Solloa, L. (2014). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento (2da. Ed.)*. México: Trillas.

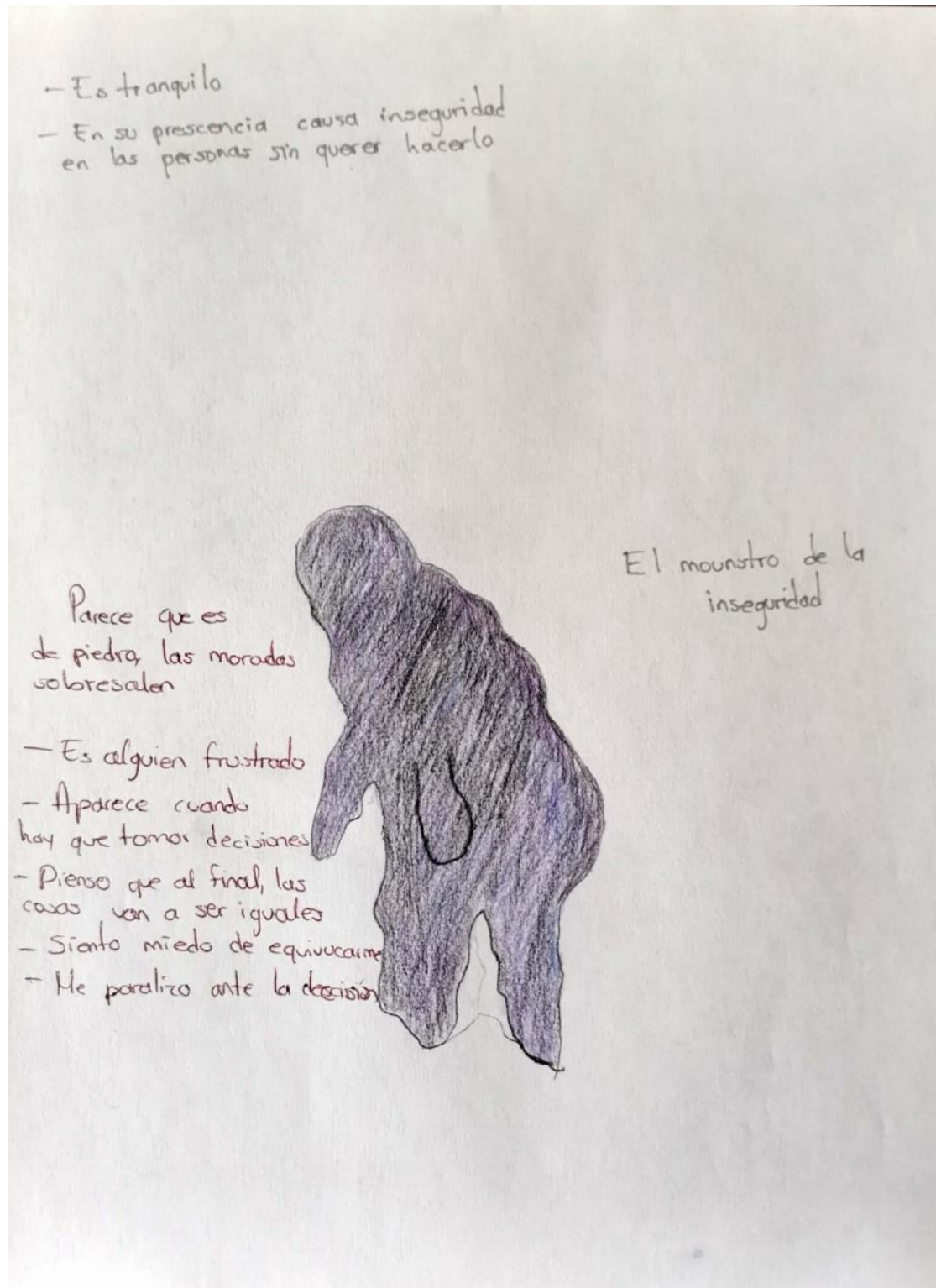
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Stallard, P. (2010). *Pensar bien, sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée de Brouwer.

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, S. (2006). *Emotion regulation in children and adolescents*. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 27 (2), 155- 168.

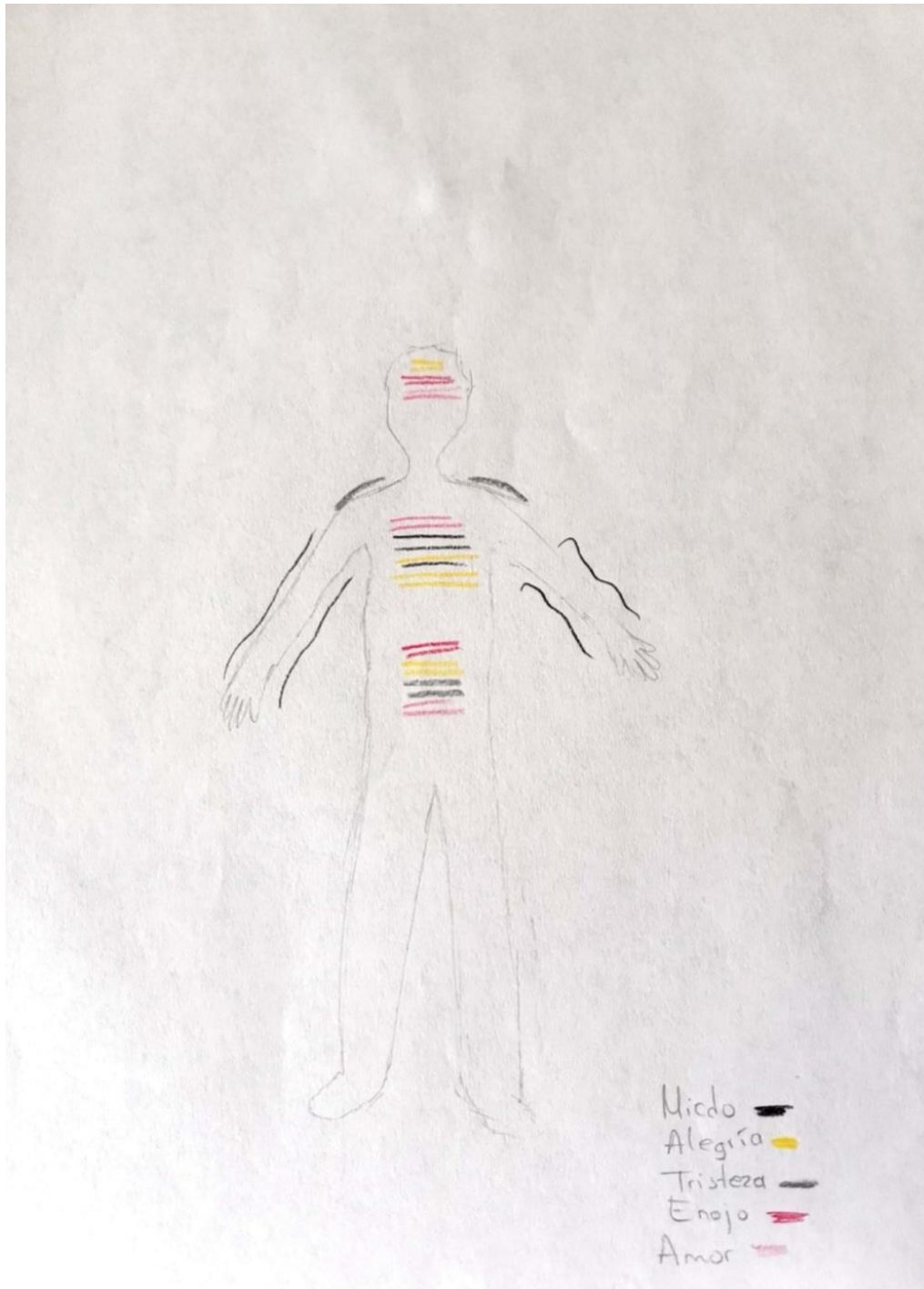
Apéndices

Apéndice A



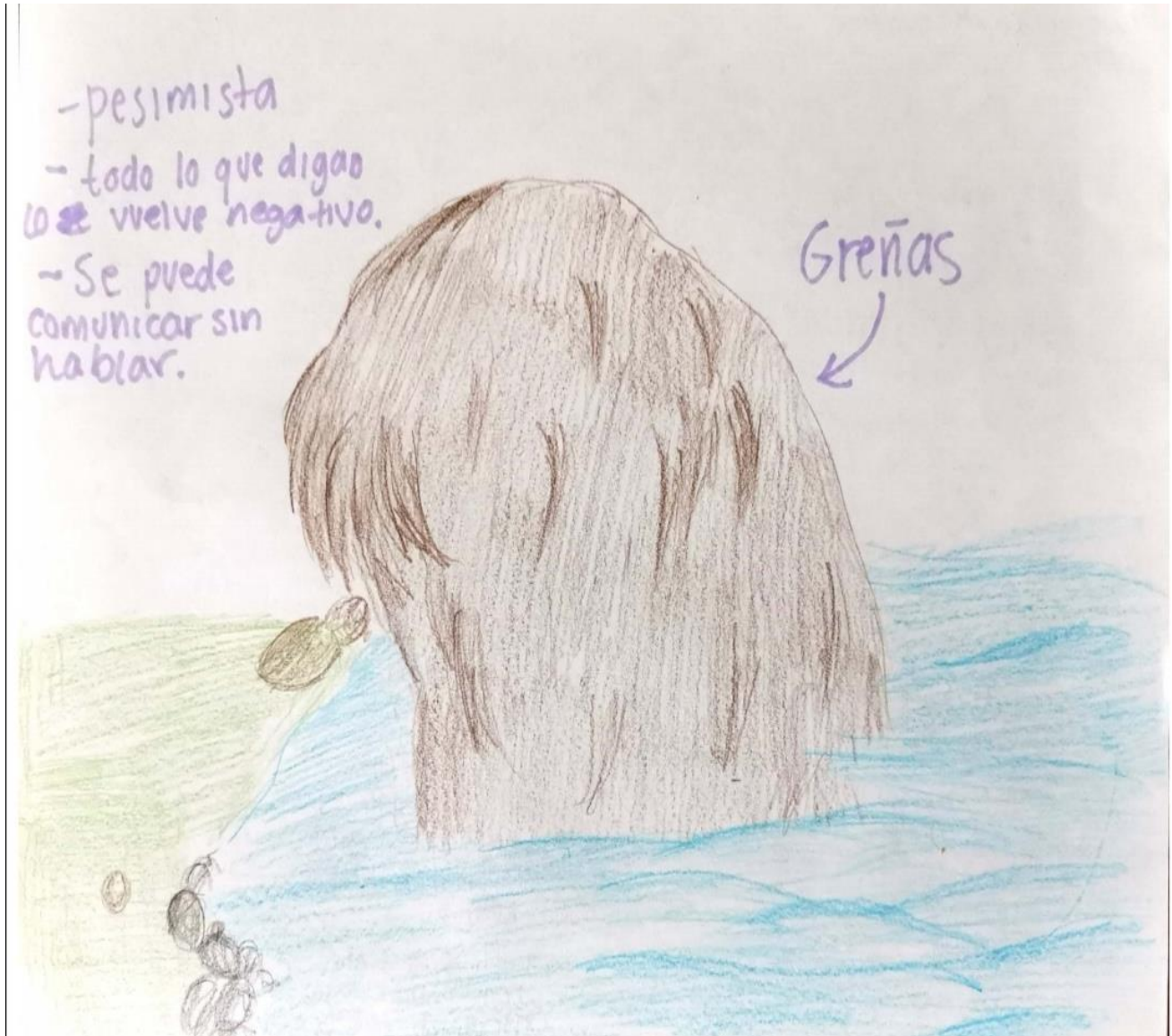
Visualización de la problemática. Sujeto 1: M

Apéndice B



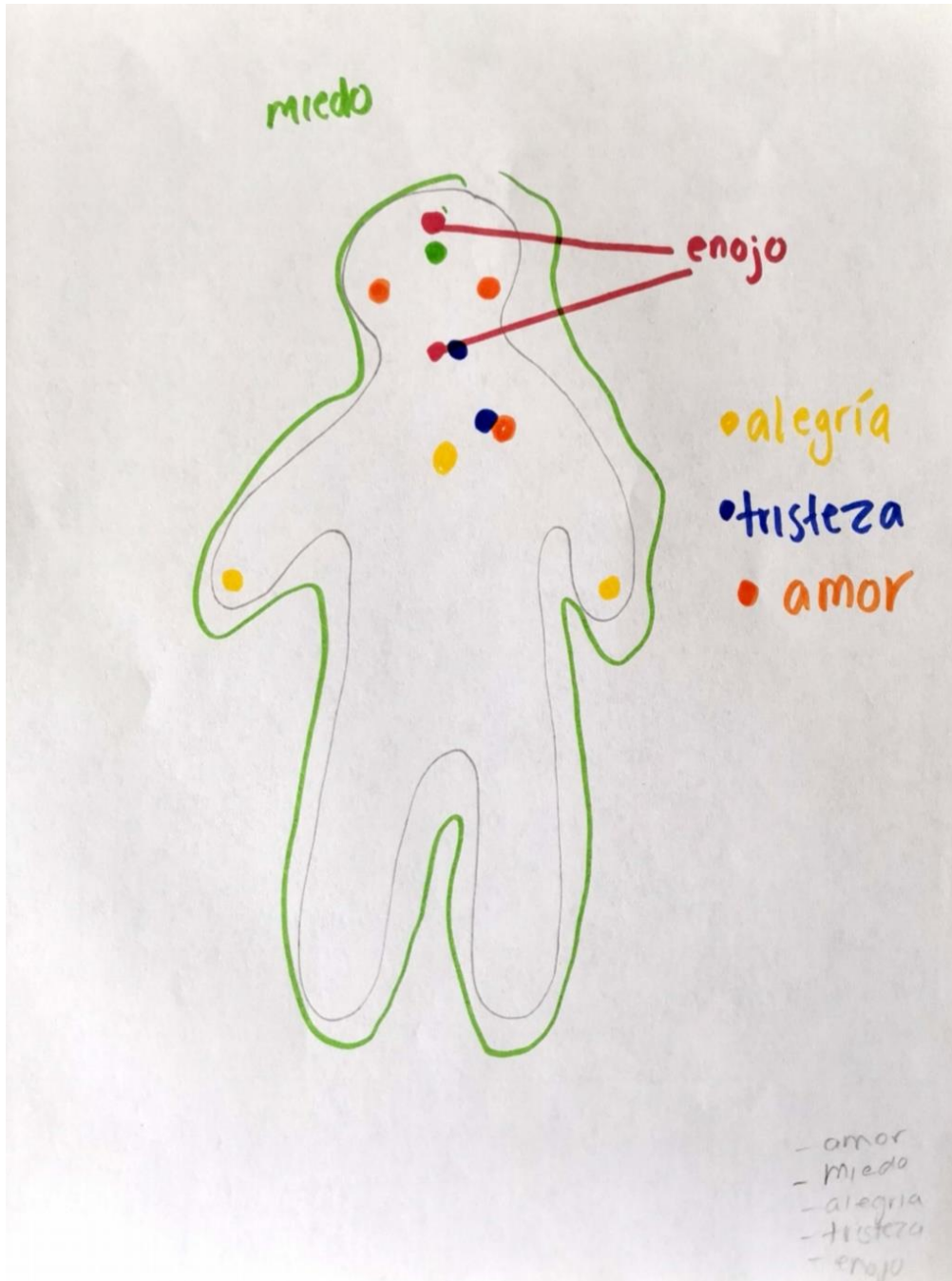
MATEA, Sujeto 1: M

Apéndice C



Visualización de la problemática. Sujeto 2: MF

Apéndice D



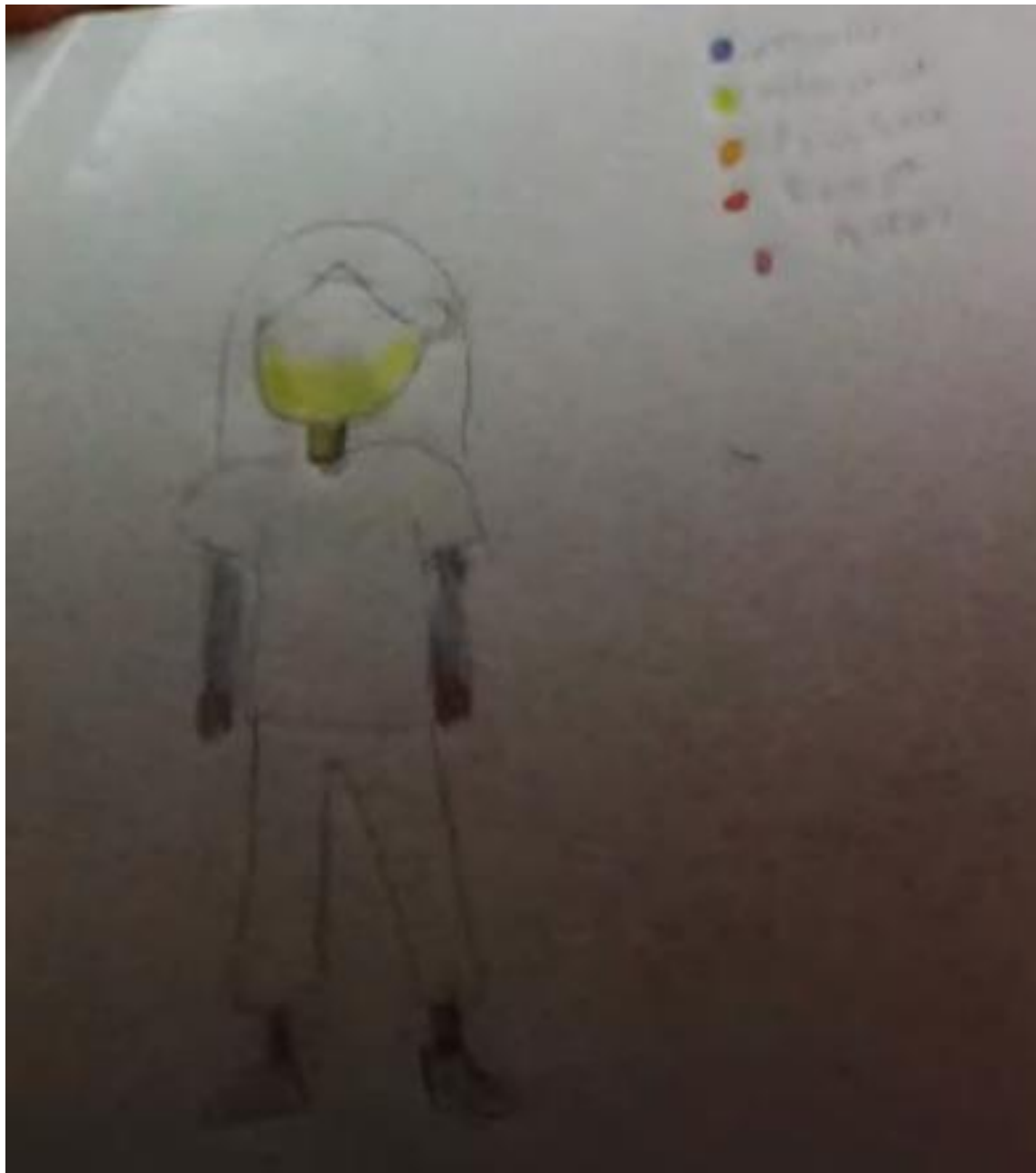
MATEA, sujeto 2: MF

Apéndice E



Visualización de la problemática, sujeto 3: D

Apéndice F



MATEA, sujeto 3: D

Apéndice G

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes				

pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

IDARE

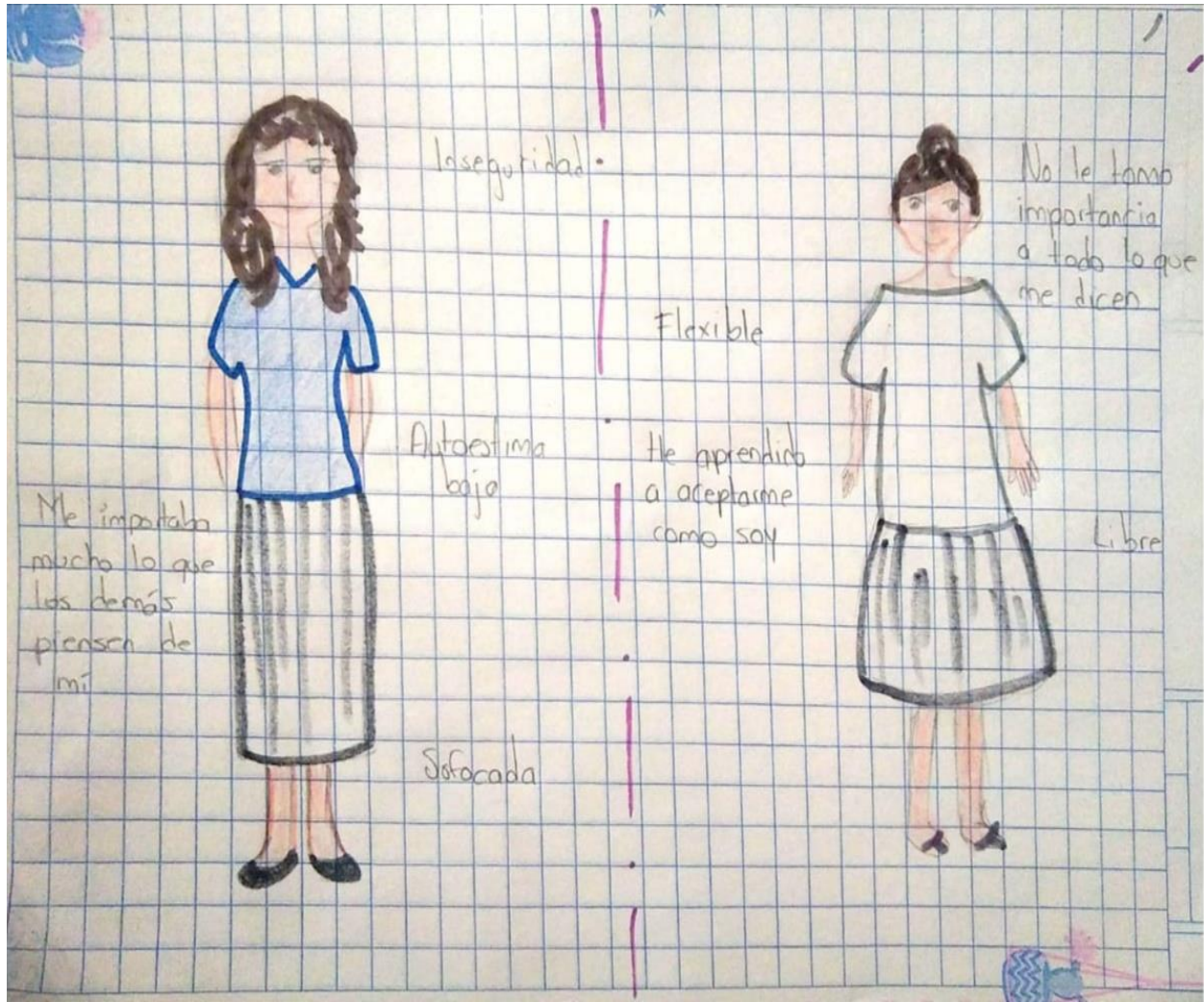
Hoja de Respuesta

Nombre: _____

Fecha: _____

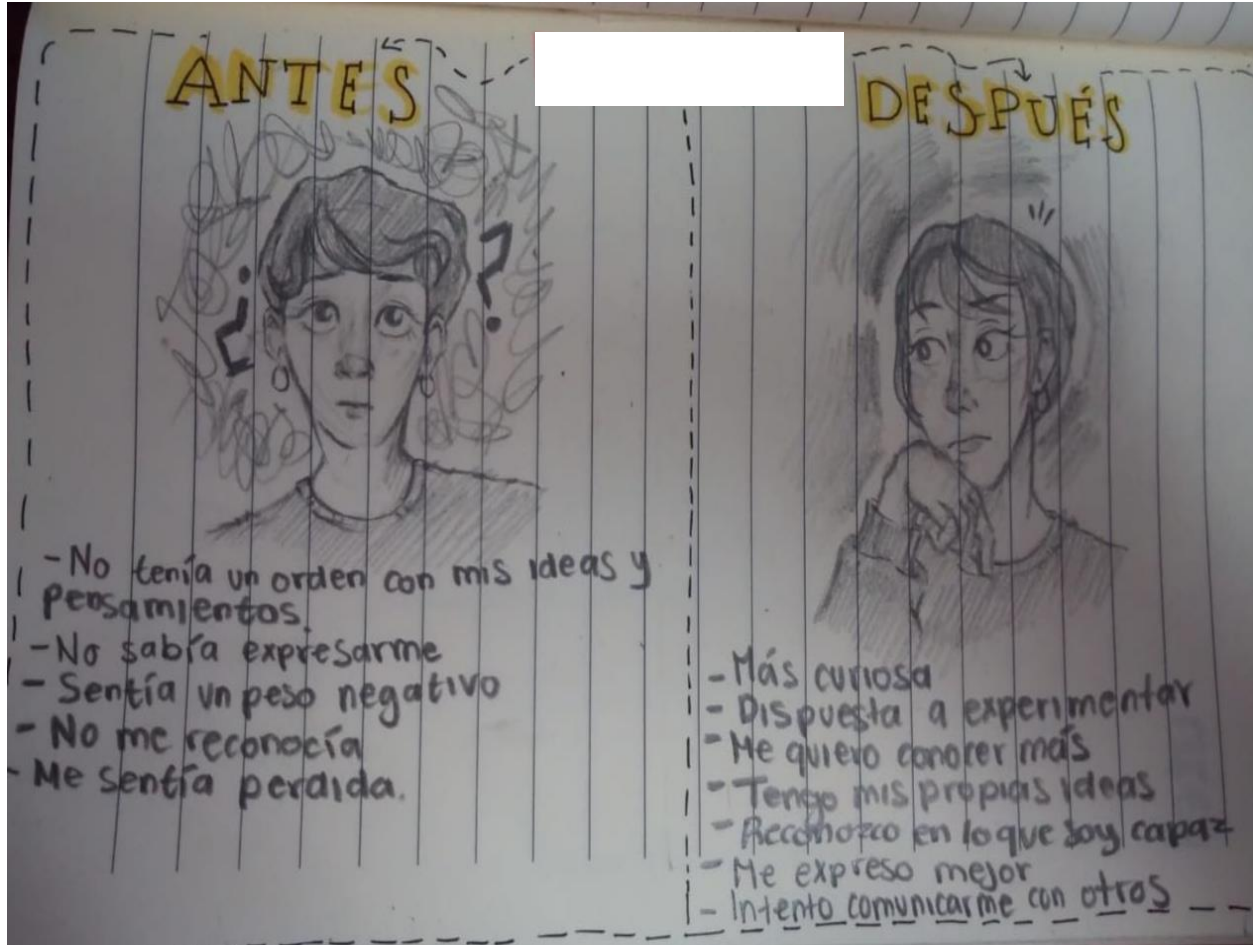
<u>ESTADO</u>					<u>RASGO</u>				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi Nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
1.					1.				
2.					2.				
3.					3.				
4.					4.				
5.					5.				
6.					6.				
7.					7.				
8.					8.				
9.					9.				
10.					10.				
11.					11.				
12.					12.				
13.					13.				
14.					14.				
15.					15.				
16.					16.				
17.					17.				
18.					18.				
19.					19.				
20.					20.				

Apéndice H



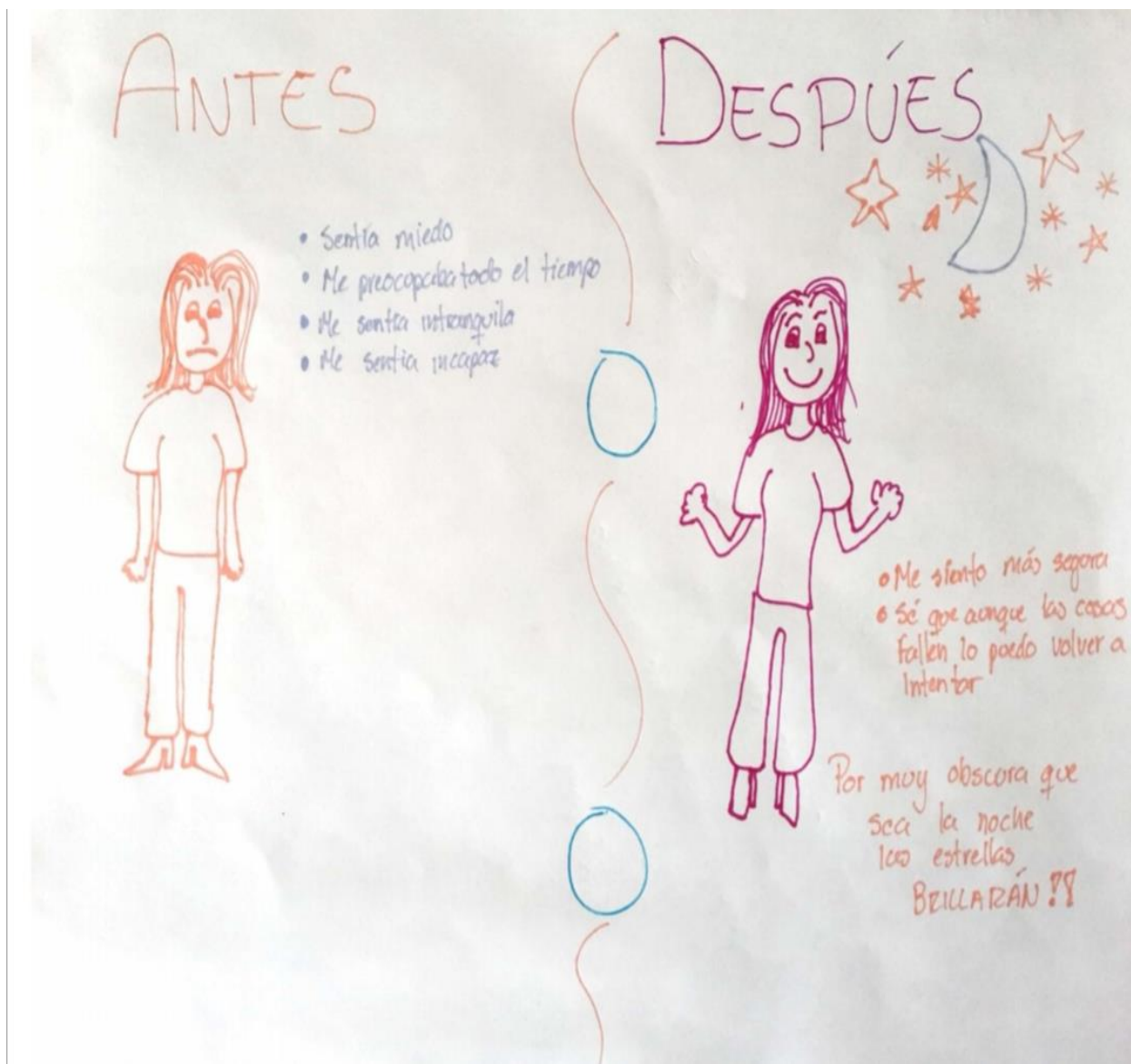
Autoevaluación Sujeto 1: M

Apéndice I



Autoevaluación Sujeto 2: MF

Apéndice J



Autoevaluación Sujeto 3: D

Apéndice K

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio comunico que he sido informado y doy mi consentimiento para que el trabajo realizado durante el proceso psicoterapéutico de mi hija, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX pueda ser utilizado con fines de investigación y presentado como trabajo de tesis y en su caso pueda ser publicado con fines académicos por la Psicóloga Mariela Rodríguez Gamboa.

Se me ha informado, explicado y comprendo que la información resultante se manejará de acuerdo con las indicaciones éticas y profesionales que resguarden la privacidad personal.

De manera voluntaria extiendo la presente constancia del dicho consentimiento el día _____ de _____ 2020.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR