



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

CENTRO DE POSGRADOS

Tema:

**ANSIEDAD MANIFIESTA Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE UNA
UNIDAD EDUCATIVA DE QUITO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

Línea de investigación:

VIDA Y SALUD INTEGRAL, CONDUCTA Y EMOCIONES

Autora:

Diana Estefanía Caiza Llumiyinga

Directora:

Mg. Dayamy Lima Rojas

Ambato - Ecuador

Noviembre 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **DIANA ESTEFANÍA CAIZA LLUMIQUINGA**, con cédula de ciudadanía **1719250266**, autora del trabajo de graduación titulado: "ANSIEDAD MANIFIESTA Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE QUITO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN", previa a la obtención del título profesional de **MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**, en el centro de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, noviembre 2024



Diana Estefanía Caiza Llumiquinga

CC. 1719250266

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**ANSIEDAD MANIFIESTA Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE UNA
UNIDAD EDUCATIVA DE QUITO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

Línea de investigación:

VIDA Y SALUD INTEGRAL, CONDUCTA Y EMOCIONES

Autora:

Diana Estefanía Caiza Llumiquinga

Dayamy Lima Rojas, Lic. Mg.

CC. 1756838205

CALIFICADOR

f. 

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

CALIFICADOR

f. 

María Isabel Ramos Noboa, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 
f. 
f. 

Teresa Milena Freire Aillón, Ing, Mg.

DIRECTORA CENTRO DE POSGRADOS

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato-Ecuador
Noviembre 2024


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA**

DEDICATORIA

A mis padres y toda su confianza que depositaron en mí día a día, gracias por su ejemplo de perseverancia y persistencia, que aunque no son de expresar muchas palabras sé que siempre estoy en sus pensamientos y sus oraciones.

Gracias por ser mi fortaleza y mi guía.

Y este trabajo va dedicado para mí, por mi trabajo, mi sacrificio, por todos los obstáculos físicos y emocionales que tuve que atravesar para al final llegar a cumplir una de muchas metas más.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, mis papis, hermanas, cuñados y en especial a mis sobrinos, Bolo, Odalis, Vicky y Fer, que con su amor y presencia ha sido mi curita al corazón. Siempre de su parte hubo palabras de aliento, constancia, persistencia y AMOR.

Mariela que con su fe intacta en Dios sé que siempre me ha mantenido en sus oraciones, Mayra con su carácter fuerte ha sido mi ejemplo de persistencia y me ha enseñado que nunca es tarde para un nuevo comienzo y un nuevo reto, mis hermanas que muchas veces han sido como mi madre.

A mis amigos, especialmente a Daya y Caro, que han sido como mis hermanas, gracias porque a pesar de la distancia siempre estuvieron y siempre están.

A Andrés mi psicólogo como algún día se lo dije “gracias por arreglar este desastre”

Y por último a Dayamy mi tutora, gracias por la guía constante en este último paso, su conocimiento y ayuda fue crucial para poder terminar este trabajo.

RESUMEN

Son importantes estas dos variables, la adolescencia es un periodo de cambio en donde se puede ver afectado diferentes aspectos del desarrollo del adolescente, considerando también que vienen de un periodo en el que se limitaron mucho en diferentes aspectos por un largo confinamiento hace un par de años. El objetivo de la investigación es proponer un plan de intervención para la disminución de la ansiedad manifiesta y la mejora del autoconcepto de los adolescentes en la unidad educativa George Mason.

Se trabajó con un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de corte transversal con alcances descriptivo y correlacional. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta CMASR-2 y el cuestionario de Autoconcepto AF-5. La población estuvo constituida por 110 estudiantes de octavo a tercero de bachillerato. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión, que dio como muestra final 86 participantes.

En ansiedad se puede identificar que la mayoría de participantes se encuentran en un rango “menos problemático que la mayoría” mientras que dentro del rango “extremadamente problemático”; identifica un mínimo de porcentaje que tiene un rango “moderadamente problemático” que es defensividad con un 1,16%, inquietud con 4,65% y la más alta la ansiedad social con un 8,14%. En autoconcepto cuatro de cinco dimensiones tienen un nivel bajo siendo autoconcepto académico con un 30,23%, autoconcepto social con 55,81%, autoconcepto familiar con 41,86% y autoconcepto físico con 40,69%. En la correlación la mayoría son escasas y nulas

Palabras clave: ansiedad, autoconcepto, adolescencia.

ABSTRACT

These two variables are important since adolescence is a period of change where different aspects of the adolescent's development can be affected, also considering that they come from a period in which they were greatly limited in different aspects due to a long confinement a couple of years ago. of years. The objective of the research is to propose an intervention plan to reduce manifest anxiety and improve the self-concept of adolescents at the George Mason high school.

We worked with a quantitative approach of a non-experimental cross-sectional design with descriptive and correlational scope. The CMASR-2 Manifest Anxiety Scale and the AF-5 Self-concept questionnaire were used to collect data. The population was made up of 110 students from eighth to third grade of high school. Non-probabilistic convenience sampling was carried out taking into account inclusion and exclusion criteria, which resulted in 86 participants as the final sample.

In anxiety, it can be identified that the majority of participants are in a “less problematic than the majority” range while within the “extremely problematic” range; identifies a minimum percentage that has a “moderately problematic” range, which is defensiveness with 1.16%, restlessness with 4.65% and the highest is social anxiety with 8.14%. In self-concept, four of the five dimensions have a low level, being academic self-concept with 30.23%, social self-concept with 55.81%, family self-concept with 41.86% and physical self-concept with 40.69%. In the correlation, the majority are few and none.

Keywords: *anxiety, self-concept, adolescence.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. La ansiedad	6
1.2. Autoconcepto	16
1.3. Intervención desde el enfoque cognitivo – conductual para la ansiedad y para el autoconcepto	23
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1. Tipo de investigación.....	32
2.2. Población y muestra	35
2.3. Recolección de la información.....	37
2.4. Caracterización de la institución	42
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1. Análisis descriptivo	43
3.2. Análisis categórico	44
3.3. Análisis correlacional.....	46
3.4. Propuesta de intervención psicológica	47
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

En un informe emitido por la UNICEF (2019) antes de la pandemia, más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. Mientras que el informe de la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2022) menciona que en el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó en un 25% en toda la población.

En una investigación cualitativa realizada por Pasqualini (2021) se recogen diferentes encuestas nacionales e internacionales dentro de Argentina, a raíz del COVID-19 y se menciona que la salud y el desarrollo de los adolescentes fueron afectados seriamente, estos expresaron ansiedad, miedo y preocupación. Refiere también que hay tres cosas que quieren hacer los niños y adolescentes una vez que termine la pandemia o las restricciones sanitarias dispuestas, que son: encontrarse con sus pares, volver a la rutina y a la escuela y salir al aire libre y hacer actividad física. Pero también menciona que hubo adolescentes que cuando se modificaron las restricciones sanitarias de acuerdo a la nueva normalidad, manifestaron dificultades para salir y el 10% se opuso entre moderada y firmemente.

En un estudio descriptivo correlacional realizado por Hernández, Belmonte y Martínez (2018) en España antes de pandemia con la participación de 97 adolescentes, se menciona que la mayor parte de la muestra (98,9%), presenta niveles medios y altos de autoestima, y en relación a la ansiedad estado y rasgo, los valores se sitúan en gran medida en un nivel medio de 55,7% y 60,8%, respectivamente.

En la ciudad de Lima, Estacio (2021) realizó una investigación cuantitativa y descriptiva-correlacional con una muestra de 705 adolescentes en un contexto de pandemia, y refiere que en los resultados de las dimensiones de autoconcepto, en general, el mayor porcentaje se distribuye en el nivel medio con un 58.26%, seguido del nivel alto con un 39.34%. De igual manera se aprecia en las dimensiones autoconcepto académico, social, emocional y físico donde también prevalece el

nivel medio (de 55.26% a 57.36%) seguido del nivel alto (de 23.42% a 36.94%), en tanto, en la dimensión autoconcepto familiar prevalece el nivel alto (73.87%), seguido del nivel medio (21.62%).

La investigación de Malca y Rivera (2019) es un estudio realizado antes de pandemia, de enfoque cuantitativo, alcance correlacional de diseño no experimental con corte transversal con una muestra de 189 adolescentes del distrito Ventanilla, provincia Callao de Perú. Los autores mencionan que el autoconcepto general y en dimensiones presentan un nivel medio teniendo como datos en el autoconcepto general (50.3%) y un nivel medio en sus dimensiones autoconcepto académico/laboral (50.3%), social (50.3%), emocional (50.3%), familiar (50.3%) y físico (49.7%).

A nivel de Ecuador Zumba y Moreta (2022) en un estudio correlacional y comparativo de corte transversal con una población de 1.154 adolescentes de 21 ciudades del Ecuador con edades comprendidas entre los 14 a los 19 años se presentan medias correspondientes a niveles moderadamente elevados de estrés, somatización, ansiedad e insomnio y disfunción social. Se hace hincapié en que el contexto de pandemia ha actuado de manera muy significativa en la salud mental de los adolescentes.

También en Ecuador, Bayas (2022) realizó una investigación mixta con prevalencia cuantitativa con una muestra de 112 adolescentes, a los que les recolectó datos con el Cuestionario de Autoconcepto AF5, durante la pandemia. Tuvo como resultado de autoconcepto y sus dimensiones con relación al sexo, que existe diferencia significativa del autoconcepto en hombres y mujeres, indicando mayor autoconcepto emocional en mujeres mientras que en los hombres es mayor en las dimensiones física y social.

En su estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional con una muestra de 35 adolescentes en la ciudad de Manta en el contexto de la pandemia, Romero y Giniebra (2022) mencionan que se encontraron variaciones en los niveles de

autoestima, ubicándose la mayoría en un rango de autoestima media correspondiente a una puntuación de 26 a 29 puntos según el instrumento utilizado.

En algunos casos el aislamiento que ocurrió dos años atrás ha provocado una mayor necesidad de interacción social, sin embargo, en otros casos específicos que sufrían acoso escolar, durante el confinamiento sus niveles de ansiedad se redujeron (Gómez, 2023), por lo tanto, este autor asume que con el ingreso a clases presenciales los niveles de ansiedad aumentaron. Gómez (2023) hace énfasis en que las puntuaciones de ansiedad se han reducido de manera significativa con respecto al periodo de confinamiento, estas son más elevadas que en el periodo anterior a pandemia, es decir que durante pandemia las puntuaciones se redujeron pero hasta la fecha estas puntuaciones se han incrementado con base en las puntuaciones prepandemia.

Uno de los principales puntos de alerta después de pandemia, es que la salud mental se ha vuelto mucho más frágil y se ha visto afectado el bienestar mental de niños y adolescentes. Ha existido un empeoramiento socio-emocional de los adolescentes, evidenciándose en el deterioro de la convivencia escolar y presentando mayores dificultades en el proceso de aprendizaje (Izquierdo, Granese y Maira, 2023).

En la Unidad Educativa George Mason los adolescentes de octavo de educación básica general hasta tercero de bachillerato, han manifestado rechazo desde el retorno a la presencialidad, lo cual expresaban desde la virtualidad con la negativa a volver a clases presenciales y algunos no se vacunaban para utilizar esto como pretexto de no regresar. También manifestaban preocupación por su aspecto físico debido a los cambios ocurridos durante casi dos años de confinamiento, sobre todo en los casos donde hubo un aumento de peso corporal. Se apreciaba una adaptación a la dinámica familiar establecida durante la pandemia que les permitía levantarse más tarde, no tener que preocuparse por el uniforme escolar, los útiles y otros materiales, el recorrido hasta la institución educativa, etc.

A partir de lo anterior se delimita el problema científico: ¿Cómo mejorar la ansiedad manifiesta y el autoconcepto en los adolescentes de la unidad educativa George Mason? La idea a defender es que, a partir del diagnóstico se podrá elaborar una propuesta de intervención con el objetivo de disminuir la ansiedad manifiesta y mejorar el autoconcepto de los adolescentes de una unidad educativa de Quito.

Objetivo general:

Proponer un plan de intervención para la disminución de la ansiedad manifiesta y la mejora del autoconcepto de los adolescentes en la unidad educativa George Mason.

Objetivos específicos:

1. Revisar la literatura existente sobre la intervención para la ansiedad y el autoconcepto en adolescentes.
2. Categorizar los descriptores de ansiedad manifiesta en los adolescentes de la unidad educativa George Mason.
3. Determinar las categorías de autoconcepto por dimensiones en los adolescentes de la unidad educativa George Mason.
4. Analizar la relación de la ansiedad manifiesta y el autoconcepto en los adolescentes de la Unidad Educativa George Mason.
5. Diseñar un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad manifiesta y la mejora del autoconcepto de los adolescentes en la unidad educativa George Mason.

La investigación fue básica, no experimental, con enfoque cuantitativo, de alcances descriptivo y correlacional, de campo y de corte transversal. Se recolectaron datos con el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta y con el Cuestionario de Autoconcepto AF-5. Se trabajó con una población de 110 adolescentes a los que se les realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión de tener entre 12 y 18 años, contar con el consentimiento del representante y el asentimiento del adolescente. Finalmente se trabajó con una muestra de 86 estudiantes.

Es importante esta investigación, la población en general ha atravesado diferentes cambios a consecuencia de la pandemia, y los adolescentes tienen un impacto significativo, en este periodo de su desarrollo presentan diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales. Si se presentan rasgos de ansiedad manifiesta o alteraciones significativas en su autoconcepto, y no se realiza una intervención adecuada y temprana, se pueden ver afectados su desarrollo y desempeño social, familiar y académico.

Tanto la ansiedad manifiesta como el autoconcepto se podrían ver afectados por diferentes causas o diferentes situaciones que están atravesando los adolescentes, la adolescencia es un periodo marcado por grandes cambios, y a su vez estuvieron en este periodo marcado por grandes cambios a nivel social, económico, emocional y académico, los adolescentes fuera del aula de clases por un tiempo bastante prolongado. De no solucionar esto a tiempo los adolescentes pueden presentar niveles altos de ansiedad manifiesta o afectaciones en sus diferentes áreas, disminuir o descontrolar involuntariamente sus niveles de ansiedad manifiesta. O también puede ser alterado o modificado su autoconcepto.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. La ansiedad

A nivel general según la Real Academia Española (RAE, 2014) refiere que la ansiedad proviene del latín. *anxiētas*, *-ātis*, y es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. A decir de Chacón, Xatruch, Fernández y Murillo (2021) la ansiedad es el resultado de una reacción emocional normal frente a situaciones que resultan amenazantes o peligrosas, sin embargo, cuando se vuelven frecuentes y perturbadoras se puede percibir ya como una ansiedad patológica.

Se entiende como ansiedad la sensación que se siente cuando existe preocupación o miedo; es un sentimiento natural que experimenta el ser humano que se puede presentar como temor o tensión anticipada ante una amenaza o riesgo de daño, malestar o afectación. Pequeñas cantidades de preocupación y miedo son necesarias al ser humano para mantenerse a salvo y protegerse del peligro; la preocupación constante puede dar paso a una ansiedad prolongada (UNICEF, 2023).

La ansiedad se ha estudiado desde diferentes enfoques. En el psicoanálisis se menciona que la ansiedad es una vivencia únicamente interna que se caracteriza por las compulsiones que tiene el sujeto, mientras que en el conductismo era vista como una respuesta fisiológica ante una situación de amenaza o peligro (Guerra *et al.*, 2017). En el enfoque cognitivo se toman aspectos importantes como la manera en la que intervienen las variables cognitivas ante una situación de peligro y cuál es el impacto que tiene la ansiedad sobre el procesamiento de información del individuo y la forma en que responde (Díaz y De la Iglesia, 2019).

En el enfoque cognitivo-conductual, Guerra *et al.* (2017) refieren que la ansiedad es una respuesta que presenta el sujeto a una situación de peligro o amenaza, la cual pone en alerta a la persona y que tiene tres respuestas principales que son: motora, cognitiva y fisiológica. Las respuestas motoras pueden ser temblores, palpitaciones y huida; las respuestas cognitivas: preocupación constante,

pensamientos negativos y dificultades de concentración mientras que las fisiológicas: sudoración, dificultad para respirar, náuseas, vómito, entre otras.

Otros autores como Linares *et al.* (2016) plantean que la ansiedad se puede definir como una respuesta emocional en la cual intervienen diferentes aspectos cognitivos desagradables a percepción individual, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que dan como resultado comportamientos poco esperados y escasamente adaptativos a un entorno social. La ansiedad se manifiesta por estímulos internos y externos que se dan ante la percepción de señales de peligro o amenaza que puede presentar el individuo.

Por otra parte, Clark y Beck (citados en Díaz y De la Iglesias, 2019) propusieron una teoría propia de la ansiedad en la que interactúan cuatro respuestas que son: conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activan al anticipar sucesos, hechos, acontecimientos o circunstancias percibidas como amenazantes que podrían desestabilizar los intereses vitales de un individuo. Se menciona que la respuesta de ansiedad un sistema que procesa la información constituida por dos procesos:

1ro. Denominado valoración primaria de amenaza, se realiza de forma automática para evaluar rápida y eficientemente el potencial de amenaza de un estímulo. Señalaron que en los trastornos de ansiedad hay una sobrevaloración de la probabilidad de que ocurra el daño y una sobreestimación de la severidad de este.

2do. Denominado reevaluación secundaria, requiere de un procesamiento estratégico, controlado y elaborado de la información recabada. En los trastornos de ansiedad se evidencia una dificultad para percibir los aspectos seguros de las situaciones de peligro y la tendencia a subestimar las capacidades de afrontamiento.

También es importante diferenciar y distinguir las características que presentan la ansiedad y el miedo, pueden constituir situaciones de carácter negativo muy

relacionadas, e incluso, se puede tener una confusión. En las dos se experimenta una vivencia molesta de intranquilidad y tensión, sin embargo, existen diferencias entre ambas. El miedo tiene un enfoque específico, es episódico y disminuye o desaparece cuando el peligro se aleja. Mientras tanto, que en la ansiedad es difícil identificar la causa de la tensión y la intranquilidad o la naturaleza del sujeto anticipado; sería como tener miedo a algo, sin saber exactamente qué es ese algo (Sábado, 2020).

Cuadro 1.

Diferentes aspectos entre miedo y ansiedad

Miedo	Ansiedad
Conexión comprensible entre el peligro y el miedo	Conexión indeterminada entre el peligro y la ansiedad
Suele ser de duración breve	Prolongada
Peligro identificable	Peligro desconocido
Disminuye cuando se aleja el peligro	Persistente
Respuesta a peligro inminente	No suele existir peligro inminente
Sensación de emergencia	Estado de hipervigilancia
Circunscrito a un área específica	Sin límites claros

Fuente: Tomado de Sábado (2020).

A tono con lo antes mencionado, Domínguez, Expósito y Torres (2024) refieren que los trastornos de ansiedad pueden llegar a ser crónicos, pudiendo afectar a las personas que lo tienen durante años, sin que signifique la duración permanente a lo largo de la vida.

Ansiedad manifiesta

La ansiedad manifiesta es un término utilizado para medir el nivel y la naturaleza de la ansiedad, es decir, en diferentes niveles o categoría (Pompa y Meza, 2014). Reynolds y Richmond (citados en Mori y Delgado, 2022) mencionan que la ansiedad manifiesta es una medida de pulsión, que es la búsqueda de la naturaleza de la ansiedad la cual tiene diferentes componentes.

Es importante el estudio de la ansiedad manifiesta especialmente en adolescentes, porque se busca categorizar la ansiedad, ya que este grupo de la población experimenta un proceso de adaptación a los cambios biológicos, cognitivos, afectivos y sociales, y la desestabilidad que conlleva la búsqueda de la propia

individualidad, conciencia de límites y búsqueda de recurso (Carbajal y Castilla, 2018).

En la ansiedad manifiesta según Reynolds y Richmond (2012) en la primera versión del instrumento CMASR-2, mencionan que se puede categorizar a la ansiedad por su nivel y su naturaleza como se presenta a continuación:

- **Defensividad:** esta categoría indica si el individuo tiene disposición para aceptar las imperfecciones cotidianas que comúnmente se pueden experimentar.
- **Ansiedad fisiológica:** esta categoría se refiere a aspectos somáticos que puede presentar el individuo ante diferentes situaciones, es caracterizada por náuseas, falta de sueño, dolores de cabeza.
- **Inquietud:** se refiere a ciertas preocupaciones obsesivas que puede presentar el individuo, la mayoría de estas preocupaciones son imprecisas y poco claras.
- **Ansiedad social:** hace énfasis a las situaciones sociales que puede presentar el individuo y su desempeño dentro de un grupo.

Ansiedad en adolescentes

Es natural que tanto niños y adolescentes se sientan preocupados o ansiosos en ocasiones, por factores como amistades, situaciones familiares, hablar en público o rendir un examen, la ansiedad puede convertirse en un problema cuando dicha preocupación continua o aumenta y dificulta la vida cotidiana (UNICEF, 2023).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), se pueden diferenciar algunos trastornos que se pueden dar en la población adolescente:

- Ansiedad por separación que se presenta cuando existe miedo o ansiedad excesiva para el nivel de desarrollo de la persona concerniente a la separación de aquellas personas con las que siente apego; este miedo,

ansiedad o evitación debe ser persistente durante al menos cuatro semanas en niños y adolescentes.

- Mutismo selectivo en la cual existe un fracaso al hablar en situaciones sociales específicas, esto interfiere en sus logros académicos o en la comunicación social, esta alteración debe durar como mínimo un mes.
- Fobia específica que se presenta por un miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.
- El trastorno de ansiedad social que se presenta cuando existe el miedo intenso a una o más situaciones sociales en la que la persona está expuesta a una posible crítica de las otras personas.
- Se puede presentar también un trastorno de pánico en el cual se presenta apariciones súbitas de miedo o malestar intenso en minutos en el cual se producen varios síntomas como: palpitaciones, sudoración, temblor, náuseas, malestar abdominal, etc.
- Agorafobia que se puede presentar por: el uso de transporte público, estar en lugares abiertos, estar en lugares cerrados, la persona evita estar en estas situaciones por la idea de que escapar o salir de ahí podría ser difícil o no tendría ayuda para hacerlo.
- Trastorno de ansiedad generalizada ansiedad o preocupación excesiva que se caracteriza por dificultad para concentrarse, fatiga constante, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, que pueden causar efectos significativos o deterioro social, laboral o escolar.
- También se puede presentar trastorno de ansiedad inducido por medicamentos o a otra afección médica.

Cabe mencionar que cada uno para ser diagnosticado debe cumplir con las características clínicas y tiempos establecidos para que se pueda considerar un diagnóstico.

Las características que se pueden observar en los adolescentes que nos puede dar señales que pueden estar en un cuadro ansioso según (Guerrero, Sánchez, Moreno, Sosa y Duran, 2019) se presenta como dificultades para entender que es lo que les está pasando, no saber cómo actuar ante determinadas situaciones,

miedos excesivos, falta de control de impulsos, dificultad para relajarse y una predisposición a percibir situaciones como amenazantes, sentimientos de odio o malestar hacia otras personas y episodios de autolesión.

Según la UNICEF (2023), se pueden identificar diferentes signos y síntomas para poder identificar la ansiedad:

Manifestaciones físicas:

- Falta de aliento, dolores de cabeza, sensaciones de desmayo.
- Taquicardia, tensión arterial alta.
- Inquietud, temblores, debilidad en las extremidades
- Malestar estomacal.
- Falta de apetito.
- Dificultades en el sueño.
- Sudoración excesiva o sensación de calor.

Manifestaciones emocionales:

- Sensación de pánico o nerviosismo.
- Cansancio.
- Fijación excesiva en situaciones futuras o cercanas.

Manifestaciones conductuales

- Dificulta para concentrarse.
- Aislamiento social.

La ansiedad en adolescentes durante la pandemia de Covid

El estado de alerta por COVID-19 generó un conjunto de nuevos estresores que han dado como consecuencia alteraciones en la población infanto-juvenil, en la cual se presentan riesgos de estrés psicosocial y alteraciones psicológicas posteriores al aislamiento físico (Sánchez, 2021). Los niños y adolescentes son un grupo que se caracteriza por tener un alto grado de vulnerabilidad la cual puede aumentar con

situaciones familiares, educativas, sociales, económicas, físicas o psicológicas poco favorables.

Dentro del contexto ecuatoriano, a raíz del confinamiento por COVID-19, se da paso a la planificación de clases mediante procedimientos distintos a los que se estaba acostumbrado, se implementó el uso de tecnología de la información y comunicación (TIC), en donde intervienen, pantallas, sonido y movimientos en los procesos de enseñanza-aprendizaje de una manera mucho más lúdica e interactiva. Enfrentarse a estos cambios para la mayoría de la población fue un desajuste social, emocional, económico, etc. (Villafuerte, Bello, Pantaleón y Bermello, 2020). Las Tics han sido medios muy importantes e insustituibles para el aprendizaje, comunicación y esparcimiento de los niños y adolescentes pues lo perjudicial no son los dispositivos, sino el mal uso que se puede hacer de estos (Sánchez, 2021).

El regreso a la “normalidad” se presentó como un reto en la población en general, sin embargo, en este grupo en específico ha habido casos de rechazo escolar, por lo tanto, es recomendable regular hábitos y horarios (Sánchez, 2021). Desde un enfoque de salud mental, la experiencia de vivir una pandemia conlleva una alteración psicosocial, por lo que se puede considerar que toda la población sufrió tensiones o angustias en mayor o menor intensidad. Por consecuencia, hubo un incremento de trastornos psíquicos o psicológicos de acuerdo a la magnitud del evento y a la vulnerabilidad de cada persona (Ribot, Chang y González, 2020).

La adolescencia es una etapa en la cual ocurren importantes cambios físicos, emocionales y sociales, importantes en el desarrollo de hábitos sociales y emocionales saludables como descansos, cuidado físico y desarrollo de habilidades para mantener relaciones interpersonales. Para enfrentarse a situaciones desfavorables, resolver problemas y gestionar emociones adecuadamente, es importante contar con un entorno apto para su buen desarrollo y desenvolvimiento en donde se involucre la protección de la familia, escuela y sociedad en general (OMS, 2021).

Existen varios factores de riesgo que pueden afectar la salud mental de los adolescentes y mientras más sean estos, mayores serán los efectos negativos en la salud mental. Algunos de los factores que pueden contribuir a la ansiedad durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, en este caso el vivir una pandemia, la presión social de sus compañeros, la exploración de su propia identidad, la influencia de los medios de comunicación, entre otros; pueden crear distorsiones entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones (OMS, 2021).

La formación de la persona no ocurre de manera independiente a su entorno vital o el medio en el que se desarrolla. Las vivencias experimentadas en un entorno específico pueden afectar la estabilidad psicológica y perturbar la percepción y respuesta ante la realidad. La declaración de la pandemia de COVID-19 ha dado como resultado la acumulación de factores que requieren niveles elevados de energía física e intelectual y ha tenido como resultado la incertidumbre en múltiples áreas de actividad humana, en las que surgieron nuevos desafíos y responsabilidades que pusieron a prueba la integridad psicológica y desequilibraron el entorno al que se estaba acoplado (Reynoso, Ibarra y Portillo, 2023).

El paso de los alumnos de un modo presencial a un modo virtual de enseñanza-aprendizaje, fue un desafío que afectó su funcionamiento psicológico provocando cansancio emocional, estrés, desmotivación, ansiedad y problemas familiares que incidieron en su desempeño académico. La salud mental a raíz de la pandemia por COVID ocupa un puesto entre los diez principales riesgos a nivel mundial; ha provocado episodios de ansiedad y depresión (Torres et al., 2022). Tirado (2020) menciona que los adolescentes durante el aislamiento social presentaban mayor malestar psicológico relacionado al confinamiento, el alejarse de sus amigos, el hacinamiento, la falta de actividad física y el duelo. También presentaron irritabilidad y mayor necesidad de cercanía con su principal figura de apego.

A nivel de salud mental el COVID 19 ha tenido consecuencias relevantes en la población en general, en todos o en su mayoría, los hábitos y las costumbres se han visto significativamente afectadas. Los adolescentes a consecuencia de la

situación de pandemia o postpandemia se sienten incómodos en su entorno, haciendo que la convivencia con este grupo de la sociedad se vea en algunos casos complicada (Muelas, 2021). La adolescencia es una etapa propia del desarrollo del ser humano, en la cual se alcanza la madurez biológica y sexual, a la par que se desarrolla la madurez social y emocional; es decir, es un proceso de adaptación en el cual participan aspectos cognitivos, conductuales, sociales y culturales que van más allá de solo un aspecto biológico (Catagua y Escobar, 2021).

Debido a los cambios físicos, sociales y psicológicos, los adolescentes constituyen un grupo vulnerable y, por ende, son más propensos a enfermedades psicológicas e incluso, puede verse afectado su rendimiento y bienestar a nivel general disminuyendo su calidad de vida (Catagua y Escobar, 2021). El confinamiento y el distanciamiento social a nivel mundial, especialmente para los adolescentes, ha tenido como consecuencia un sinnúmero de exigencias y desafíos a nivel personal, familiar, escolar y social; se encuentran en una etapa importante dentro de su desarrollo caracterizada porque se empieza a consolidar la identidad mediante las relaciones sociales principalmente con sus pares (Oosterhoff, Palmer, Wilson y Shook, 2020).

La etapa de la adolescencia es una etapa de búsqueda, la cual por sus características propias le puede causar rasgos de ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad, a esto se suman que el no tener factores de protección y apoyo por encontrarse en medio de un confinamiento, hace que los niveles de preocupación, incertidumbre y ansiedad sean mayores (Catagua y Escobar, 2021). Montero (2021) menciona que es evidente el impacto que ha tenido en la adolescencia el periodo de pandemia y postpandemia, ha habido un aumento en los cuadros de estrés, depresión, ansiedad y trastornos alimenticios.

Para trabajar los problemas de salud mental de deben desarrollar estrategias dirigidas principalmente al ámbito familiar y escolar, según Torres et al. (2022):

- El ámbito familiar es el lugar donde se producen las circunstancias y relaciones que van moldeando el desarrollo de todos los miembros de la

familia, en donde es importante fomentar los vínculos de apego seguro potenciando las habilidades parentales.

- Y dentro del ámbito escolar se sugiere el trabajo de un equipo multidisciplinario en donde participen, psicólogos educativos, orientación educativa, personal de salud escolar, profesores, etc.; para que se fomente el desarrollo del sentido de pertenencia, identidad y autoestima; y proporcionar herramientas que ayuden a los niños y adolescentes a identificar de manera temprana signos y síntomas de problemas de salud mental.

Las recomendaciones para trabajar con adolescentes durante y post confinamiento, según Sánchez (2021) son:

- Explicar acorde a la edad la realidad del fenómeno y la responsabilidad de cumplir las medidas indicadas
- Expresar y compartir emociones, ideas y acciones
- En su medida tratar de eliminar el miedo
- Mantener comunicación frecuente con su entorno social
- Acudir a un profesional de salud mental ante cualquier alarma
- Ofrecer a los padres información adecuada y actualizada sobre crianza en situación de crisis

Los trastornos de ansiedad que pueden presentarse como ataques de pánico o preocupaciones excesivas son los más frecuentes en adolescentes y son más comunes en adolescentes mayores que en adolescentes más jóvenes. Se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión. La depresión y la ansiedad presentan algunos síntomas similares, como son cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo (OMS, 2021).

Ante diferentes situaciones las personas recurren a estrategias de afrontamiento que se relacionan con adaptabilidad, creatividad y resiliencia. En niños y

adolescentes se puede evidenciar reacciones positivas ante situaciones de alto grado de estrés pues tienen un abanico de recursos personales, emocionales y sociales que, conjuntamente con un ambiente adecuado, les permite afrontar asertivamente situaciones críticas (Sánchez, 2021).

1.2. Autoconcepto

El término autoconcepto tiene su base en modelos teóricos que tratan de buscar su origen, evolución y elementos que lo componen desde etapas de la infancia hasta la adultez (Pulido, Redondo, Lora y Jiménez, 2023). El autoconcepto unidimensional y global fue predominante hasta la década de los 70, dando paso a un concepto multimodal, es decir, una visión más compleja y jerárquica del mismo. Shavelson, Hubner y Stanton (1976) citado en Esnaola (2008) es uno de los modelos más representativos de este nuevo enfoque que se compone de dos aspectos principales: el autoconcepto académico y el no académico, este último, aborda el autoconcepto social, emocional y físico. Dentro de este enfoque se describen 7 aspectos principales:

1. Es una estructura organizada.
2. Es multidimensional
3. Es jerárquico
4. El autoconcepto global es estable
5. Aumenta la multidimensionalidad con la edad
6. Presenta aspectos descriptivos y evolutivos
7. Es un constructo con identidad propia

El autoconcepto es un conjunto de representaciones que las personas hacen de sí mismo, que se realizan de manera jerárquica sobre todos los elementos que lo conforman, es decir, se presenta de una manera multidimensional, donde intervienen aspectos, materiales, sociales y espirituales que se relacionan unos con otros (Luna, 2013, citado en Quintero, 2020).

El autor Rodríguez (citado en Cazalla y Morelo, 2013) plantea modelos multidimensionales del autoconcepto:

- Modelo multidimensional de factores independientes, menciona que no existe correlación entre los factores del autoconcepto.
- El modelo multidimensional de factores correlacionados menciona que todos los factores del autoconcepto se encuentran relacionados unos con otros, y ya no son factores independientes.
- El modelo multidimensional multifacético donde hay una única faceta que es el autoconcepto que se presenta en varios niveles.
- El modelo compensatorio taxonómico que hace menciona que hay al menos dos facetas del autoconcepto y que dentro de ellas al mínimo 2 niveles en cada una.
- El modelo compensatorio el cual apoyo la faceta única y principal del autoconcepto en donde se integran facetas más específicas inversamente relacionadas.
- El modelo multidimensional de factores jerárquicos en donde el autoconcepto está formado por dimensiones organizadas jerárquicamente en donde hay un autoconcepto general que es el centro de la estructura.

Se considera que el autoconcepto es necesario para mantener una vida sana, un desempeño adecuado y autorrealización lo cual está relacionado con el bienestar general (Perales, 2021).

Por otra parte, Haussler y Milicic (citado en Cazalla y Morelo, 2013), hacen referencia a tres etapas que existen dentro del desarrollo del autoconcepto:

1. La etapa existencias o del “sí mismo primitivo” la cual va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años, el niño se va desarrollando hasta percibirse a sí mismo como diferente o distinto a los demás.
2. La etapa del “sí mismo exterior” que va desde los 2 años hasta aproximadamente los doce años, que abarca específicamente la etapa escolar y preescolar, es una etapa en el que el niño accede a un sin número

de información, en esta etapa es muy importante la relación que mantenga con los adultos significativos o figuras de cuidado, en esta etapa la forma que el niño se ve a sí mismo depende casi en su totalidad de lo que las otras personas perciben y le comunican.

3. En la tercera y última etapa que se denomina “sí mismo interior” es la etapa en la que el adolescente busca su identidad haciendo que esta etapa sea más específica y menos generalizada o global; es verdad que gran parte del autoconcepto ya se encuentra construida esta etapa es importante, es aquí en donde se define su autovaloración social, porque existen autovaloraciones sociales vivenciales en donde el adolescente la puede definir como éxito o fracaso lo cual va a tener como resultado como cambios en su autoconcepto.

Existen diferentes autores que realizan un análisis conceptual al autoconcepto. Fernández y Goñi (2008) refieren que el autoconcepto no debe ser visto de una manera reduccionista donde solo se reconozca la evaluación de los demás en base a las experiencias de éxito y fracaso, las comparaciones sociales, sino que también se debe tomar en cuenta el propio marco interpretativo como factor clave en el desarrollo de un buen autoconcepto. También depende de los criterios subjetivos con los que cada uno interpreta los éxitos, los fracasos y las referencias que utiliza en el ámbito social.

El autoconcepto no se hereda sino por el contrario es una percepción que se va creando como resultado de las autopercepciones que tienen la persona según sus experiencias vividas en la interacción que tiene según el medio en el que se desarrolla. El autoconcepto se va formando con el pasar de los años, es por esto que no es estático si no por el contrario dinámico y cambiante; estas autopercepciones también van a depender de la etapa evolutiva o de desarrollo en la que se encuentre la persona (Cazalla y Morelo, 2013).

El autoconcepto no puede ser visto de manera general ni de manera individual, están implicados diferentes factores que lo van construyendo. Según Rodríguez (2008), es la totalidad de las percepciones que tiene cada individuo de sí mismo.

Debido a su importancia en el funcionamiento psicológico de las personas, ha sido objeto de estudio en la psicología desde sus inicios. Aunque hasta finales de los años 70 se pensaba que es un constructo unidimensional, es decir, global, a partir de ese momento se empieza a ver como algo multidimensional y jerárquico en el cual pueden existir varias dimensiones.

El autoconcepto es la percepción que del individuo tiene de sí mismo, basado en sus propias experiencias, que se caracteriza por ser multimodal y jerárquica desde lo global a lo específico (Shavelson, Hubner y Stanton citados en Villena, Castro, Zagalaz y Cachón, 2018). El autoconcepto es un proceso dinámico y cambiante, es decir, cumple con una trayectoria irregular y va modificándose en cada etapa de la vida. Las personas con un autoconcepto bajo tienen tendencia a un comportamiento de miedo, duda y defensa que conlleva a la aparición de diversos trastornos psicosociales como depresión, ansiedad o ciertos síntomas psicopatológicos. A la par, la ansiedad es uno de los factores que contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida, autoconcepto y autoestima del individuo (Linares et al., 2016).

Por su parte Cazalla y Morelo (2013) refieren que mientras transcurren los años se va formando poco a poco un autoconcepto más sólido, en el cual intervienen aspectos como la autopercepción de cada etapa del ciclo vital. Estos autores hacen referencia a que el autoconcepto es interaccionista y dinámico, es decir, que se une o se interrelaciona con las experiencias vividas en cada etapa de vida anterior para formar el autoconcepto actual. Mientras pasan los años estas perspectivas de sí mismo se van volviendo más complejas y sutiles. El autoconcepto es un factor intrapersonal que influye en la adaptación escolar de los adolescentes. El autoconcepto se define como el conjunto de creencias que una persona tiene sobre sí misma a partir de sus propias evaluaciones y las de los demás (Rodríguez, Ramos, Ros y Zuazagoitia, 2018).

En el autoconcepto intervienen elementos como estructuras, funciones, dimensiones, conducta, contenido, procesos cognitivos, etc., que son importantes en su construcción y puede ser descrito como la percepción que tiene cada persona

de sí mismo la cual se forma de factores externos (sociales, familiares y académicos) e internos (emociones, pensamientos y sentimientos), mismas que se van ampliando en el entorno en el que se desenvuelve el individuo. A medida que la persona logra definirse a sí misma sus percepciones se vuelven más estructuradas, detalladas y específicas (Quintero, 2020).

El autoconcepto es multidimensional por tal motivo García y Musitu (2014), plantean la categorización del autoconcepto que se explica a continuación:

- Autoconcepto académico o laboral: es la percepción que tiene el individuo de la calidad del desempeño y desenvolvimiento de su rol como estudiante, se refiere al sentimiento que el estudiante tiene del desempeño a partir de sus profesores y a las cualidades específicas valoradas especialmente en su contexto; se correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico, la calidad de la ejecución de su trabajo, la aceptación y la estima de sus compañeros, el liderazgo y la responsabilidad que puedan tener; y de forma negativa con el absentismo académico y el conflicto.
- Autoconcepto social: es la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales; hace referencia a la red social que tiene la persona y a su capacidad de mantenerla o ampliarla; y a las dificultades que se puedan presentar en sus relaciones interpersonales. Se presentan características positivas como el ajuste social, bienestar psicosocial, rendimiento académico, conducta prosocial y valores universales; y negativas como los comportamientos disruptivos, agresividad y sintomatología depresiva.
En niños y adolescentes también se relaciona de manera positiva con las prácticas de socialización parental de afecto, comprensión y apoyo; y de manera negativa con coerción, negligencia e indiferencia parental.
- Autoconcepto emocional: es la percepción de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con un grado de compromiso e implicación en su vida diaria. Se refiere a la percepción general de su estado emocional y a situaciones más específicas donde la otra persona implicada

es de un rango superior. Se caracteriza por el control de situaciones y emociones, en las cuales se responde adecuadamente y diferentes circunstancias. Se puede relacionar con habilidades sociales, autocontrol, sentimiento de bienestar y aceptación.

- Autoconcepto familiar: es la percepción de la persona de su integración, implicación y participación en el entorno familiar; hace referencia específicamente a los padres en dos pilares importantes que son la confianza y el afecto; y a la familia y al hogar en donde intervienen que hacen referencia al sentimiento de estar o no implicado y aceptado por los otros miembros de la familia.
- Autoconcepto físico: es la percepción de la persona en base a su aspecto físico y su condición física. Hace referencia a la práctica física deportiva en su aspecto social y al aspecto físico. Percepción física, cuidado físico, práctica de algún deporte.

Autoconcepto en la adolescencia

Se menciona que el autoconcepto en los niños se muestra con definiciones de sí mismos muy genéricas y mientras van creciendo estas autopercepciones se hacen más específicas en las cuales se consideran experiencias, aptitudes, preferencias y valores específicos. En la adolescencia se presentan cambios en los cuales intervienen en mayor cantidad diferentes agentes sociales. La percepción que el ser humano tiene de sí mismo juega un papel importante en las experiencias que vive en todos los ámbitos de su vida. El adolescente que busca una identidad propia en esta etapa de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales tiene el gran desafío de situar sus recursos para definirse como persona, estudiante, hijo, y en general; como un ser que interactúa en diversos contextos sociales (Segura, Urdiales y Méndez, 2022).

El autoconcepto puede estar asociado aparte de habilidades personales a trastornos emocionales como la ansiedad que puede ser un obstáculo en sus actividades académicas y sociales (Guerrero, Sánchez, Moreno, Sosa y Duran, 2019). La adolescencia es una etapa crítica en la que se puede decir que se

presentan complicaciones en el autoconcepto por la aparición de nuevas habilidades, interacciones y relaciones psicosociales.

La autopercepción que va formando la persona está condicionada por el grupo social al cual pertenece; también, la carga emocional y valoración que le atribuye a dichas características pueden depender del sentido de pertenencia del individuo hacia su grupo social (Tacca, Cuarez y Quispe, 2021). La etapa de la adolescencia forma un papel importante en la formación del autoconcepto, es en esta etapa donde se desarrollan en mayor medida las crisis de identidad, existe una exposición a grandes cambios y enfrentamientos con su yo interno (Cazalla y Morelo, 2013).

En esta etapa también es muy importante la interacción que tienen los jóvenes con aspectos propios de su sexo o género con el cual se identifiquen, aquí se va a dar paso a relaciones interpersonales con un significado crítico. También son conscientes de normas y reglas sociales que deben cumplir, la autopercepción y por consecuencia el autoconcepto en esta etapa de desarrollo evolutivo depende mucho de las conductas y actitudes que el propio adolescente tiene para desarrollar su autoconcepto que puede chocar con las manifestaciones de normas o reglas sociales y culturales (Cazalla y Morelo, 2013). También es importante destacar que al adolescente debe asimilar o desmostar ciertas responsabilidades de adulto, pero se les niega o restringen muchos privilegios de adultos.

En caso de que el adolescente posea una convicción sólida en su identidad y tenga claros sus objetivos con pleno sentido de libertad, estará en condiciones de tomar decisiones y seleccionar los caminos a seguir. Es probable que opte por descartar actividades que le generen incertidumbre y falta de confianza en sí mismo, desequilibrio o desajuste en cualquiera de las dimensiones del autoconcepto (Perales, 2021).

1.3. Intervención desde el enfoque cognitivo – conductual para la ansiedad y para el autoconcepto

La terapia cognitivo conductual (TCC) utiliza una gran variedad de técnicas y procedimientos dentro de la intervención psicológica que ayuda a la persona a su desarrollo y a optimizar sus potencialidades y habilidades, favoreciendo a la adaptación a su entorno y al aumento de la calidad de vida (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento psicológico que tiene como objetivo cambiar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras para una mejor adaptación.

Este modelo de intervención es estructurado, activo y se centra en el problema, se guía a la persona a monitorear y reconocer los pensamientos automáticos negativos, y como estos dan lugar a pensamientos, conductas y somatizaciones desagradables, después se da paso a que la persona genere cogniciones más equilibradas y adaptativas para su entorno; también se encamina a la persona a caracterizar y modificar las creencias centrales e intermedias que son la base de los pensamientos automáticos (Puerta y Padilla, 2011) que también nos plantean objetivos dentro de la terapia cognitivo conductual (TCC).

- Disminuir el pensamiento disfuncional
- Incrementar habilidades de autocontrol
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

La TCC proporciona herramientas prácticas y estrategias concretas con el fin de que los pacientes puedan aplicar en su vida diaria, facilitando una mejoría significativa en el bienestar emocional y mental (Becoña y Oblitas, 2017). Es un modelo de tratamiento cuyo fin es ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas a su entorno y realidad (Maza et al., 2022).

En el aspecto clínico los esquemas son los filtros de nuestra experiencia, el terapeuta debe ser consciente y comprender las determinantes culturales, sociales, familiares, de género, edad y personales relacionados con los esquemas y los patrones cognitivos y comportamentales que las personas utilizan para comprender e interactuar con su entorno (Rodríguez, 2011). Según el mismo autor el objetivo terapéutico de la TCC es que el paciente tenga un proceso de aprendizaje activo de tipo experiencial, en el cual se busca el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento que permitan superar sus problemas y dirigirse a sus objetivos vitales que se encuentran dentro de su realidad.

Para esto, Rodríguez (2011) plantea conceptos básicos:

- **Esquemas:** son estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y asignación de significado permitiendo construir una visión estable de sí mismo y del mundo, cuya función es darles sentido a las experiencias vitales, estos esquemas pueden ser permeables a su modificación.
- **Creencias nucleares e intermedias:** son el componente principal de los esquemas cognitivos que son enunciados absolutos y globales respecto de uno mismo, las personas y el mundo, que son afirmaciones incondicionales referidas a la propia identidad y al entorno y que se caracteriza por ser estable. Las creencias dan información respecto de cómo el paciente considera que deberían ser las cosas o cómo interpretar determinados comportamientos.
- **Pensamientos automáticos:** es la activación de los esquemas cognitivos encargados de procesar la información, los datos recabados son procesados sobre la base de las reglas establecidas por las creencias. Representa la interpretación de una situación particular, es involuntario y aparece sin ningún tipo de esfuerzo; es decir que es no es fruto de un esfuerzo valorativo, suelen ser fugaces. Los pensamientos automáticos se asocian a respuestas emocionales intensas, congruentes con el tono de la interpretación. Existe una interdependencia entre el pensamiento, la emoción y la conducta.

- **Procesamiento disfuncional de la información:** el procesamiento de la información son las estructuras, procesos y productos involucrados en la representación y transformación de significados basados en los datos sensoriales provenientes del medio interno o externo. La importancia de identificar el procesamiento disfuncional es señalar la recurrencia de un patrón sistemático que a manera de hipótesis podría vincularse con sus problemas.
- **Procesamiento automático:** máxima la seguridad y evita toda situación que represente una amenaza inmediata, requiere de un procesamiento veloz que dé una respuesta rápida con el fin de preservar la integridad.
- **Procesamiento valorativo:** implica el manejo y elaboración consiente de la información, se mantiene voluntariamente y consume energía atencional.

Los principios básicos de la TCC según Rodríguez (2011) son:

- **Empirismo colaborativo:** relación que se establece entre el terapeuta y paciente dentro del proceso terapéutico, forman un equipo que trabaja en busca de soluciones, los pensamientos e interpretaciones del paciente y las opiniones o reflexiones del terapeuta se tomarán como hipótesis a tomar en cuenta
- **Diálogo socrático:** es un método de búsqueda que busca diversos objetivos, explora la interpretación de las experiencias que tiene el paciente, promueve el descubrimiento guiado. Se debe formular preguntas claras y que el paciente pueda responder. Durante el dialogo socrático preguntas generales, preguntas de prueba y periodos de síntesis.
- **Descubrimiento guiado:** es un método que tiene como fin que el paciente vaya creando un nuevo conocimiento por sí mismo, es decir va a descubrir por cuenta propia lo que sucede y aplicar nuevas estrategias para afrontar sus problemas. Se utiliza una base constructivista en donde todo conocimiento nuevo se ubica en la base de uno previo, este conocimiento debe ser construido sobre la base de sus vivencias experienciales, el terapeuta proporcionara al paciente tareas que generen experiencias vivenciales que generen la adquisición de nuevos conocimientos.

Al implementar la autogestión y el autoconocimiento la TCC, aporta la recuperación de la salud mental y promueve un crecimiento personal sostenible, ayudando a la adaptabilidad a distintas situaciones mediante el uso de herramientas terapéuticas (Becoña y Oblitas, 2017). Los rasgos característicos de la TCC según Díaz et al. (2017) son:

- Se trabaja en base a respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas que son aprendidas, la TCC tiene responsabilidad de los procesos que le afectan y que puede ejercer control sobre la persona.
- La TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, la aplicación tiene un tiempo limitado.
- Tiene una orientación educativa es decir que se le brinda al paciente una psicoeducación del problema o trastorno y por qué aplicar el tratamiento o una técnica en específico.
- Posee un carácter autoevaluador.

La intervención para ansiedad desde lo cognitivo – conductual

En los trastornos de ansiedad se presentan con frecuencia las creencias nucleares que se relacionan con imágenes negativas de sí mismo y estas formas de expresarse de sí mismo es totalmente idiosincrática, es decir, depende de cada persona (Rodríguez, 2011). Los pensamientos catastróficos, emociones, activación fisiológica y las conductas disfuncionales interactúan entre sí favoreciendo el desarrollo de círculos viciosos, las conductas ante una situación de amenaza influyen en el mantenimiento de pensamientos disfuncionales y emociones asociadas, cuya finalidad es protegerse, pero impide la desconfirmación de los temores.

Se debe tomar en cuenta que la ansiedad es una respuesta subjetiva estable frente a la activación del miedo, es un patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se activan cuando algunos hechos se presentan amenazantes a los intereses vitales (Rodríguez, 2011). Para los trastornos de

ansiedad se incluyen terapias de exposición o desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y exposición (Martínez y Piqueras, 2010). El tratamiento e intervención de la ansiedad debe aplicarse en relación a las características de cada paciente con un diagnóstico previo.

Los autores García, Bados y Saldaña (2012) muestran la aplicación del programa de Dugas en el cual se incluye la psicoeducación y entrenamiento de darse cuenta de las preocupaciones, reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual a la misma, eliminación gradual de las conductas defensivas, entrenamiento en resolución de problemas, exposición imaginaria a los miedos nucleares, prevención de recaídas, restauración controlada y reestructuración cognitiva. A continuación, se presentan algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual para se pueden aplicar dentro del ámbito terapéutico para la ansiedad descritas por Maza et al. (2022):

- La respiración progresiva de Jacobson en donde se trabaja 16 grupos de músculos entre: manos, brazos, antebrazos, bíceps, hombros, frente, ojos, mandíbula, garganta, labios, cuellos, nuca, pecho abdomen, piernas; su basa en que las respuestas de ansiedad o estrés generan pensamientos y comportamientos que provocan tensión muscular, y esto hace que hace que aumente la percepción subjetiva de la ansiedad, esta técnica de relajación hace que se reduzca esta tensión muscular y por ende la sensación de ansiedad.
- Control de respiración control voluntario de la actividad respiratoria, 8 a 10 respiraciones por minutos, esta respiración tiene que ser abdominal profunda.
- *Role playing* es un ensayo de conductas para comprobar o descartar hipótesis.

Por otra parte, Díaz et al. (2017), en su libro manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales presentan diferentes técnicas, modelos y procedimientos de abordaje dentro del trabajo terapéutico:

- Técnicas de reestructuración cognitiva: se basa en la identificación y cambio de las cogniciones que pueden ser creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas que están marcando o manteniendo el problema. Se centra en el significado y analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y se guía al paciente a pensar de manera correcta.
- Moldeamiento reforzamiento de pequeños pasos que llevan a una conducta deseada en el cual cada paso se va reforzando y afianzando, se utiliza para enseñar habilidades motoras, deportivas, verbales o intelectuales.
- Encadenamiento: es la secuencia de varias respuestas que siguen un orden para llegar a un fin.
- Extinción: dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, este proceso se da de forma gradual.
- Exposición en vivo: consiste tomar contacto directo con la situación o estímulo que genera miedo o ansiedad bien de forma gradual o directa. Hay que tener en cuenta la ansiedad evocada por la aplicación de esta técnica es poco probable que persista indefinidamente o que no pueda ser tolerada por el paciente.
- Exposición en grupo: se realiza la exposición dentro de un contacto grupal pero de forma individual, se utiliza para manejar pacientes con problemas similares y se puedan beneficiar de la experiencia y retroalimentación de otros participantes, es útil cuando el paciente carece de apoyo social o mantiene relaciones conflictivas con su grupo cercano; el grupo mantiene así un efecto motivador.
- Desensibilización sistemática: puede ser reducida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad, la relajación debe mantenerse a media que se van presentando los estímulos y de esta manera se va produciendo el debilitamiento de la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad.

La desensibilización es una forma de exposición gradual y prolongada con prevención de respuesta de escape, permite que el paciente se mantenga en contacto con el estímulo durante un tiempo prolongado para que de paso como resultado a la extinción de miedo.

- Técnicas de relajación: su objetivo es reducir la activación fisiológica, que como consecuencia también intervienen procesos emocionales, cognitivos y conductuales.
- Técnicas de respiración: su objetivo es reducir los niveles de activación, regular la respiración para que se pueda aplicar en situaciones donde la respiración se encuentre alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y lenta se reduce la activación fisiológica y psicológica y obteniendo una sensación generalizada de tranquilidad. Existen tipos de respiración: costal, diafragmática y abdominal.
- Reestructuración cognitiva
- Ensayo conductual: es un role playing en un ambiente controlado en donde el paciente practique las conductas adecuadas en determinadas situaciones, y puede recibir *feedback* y reforzamiento.
- Discusión y debate de creencias: se utilizan tres tipos de argumentos para debatir las creencias irracionales: argumentos empíricos, argumentos lógicos y argumentos pragmáticos.
- Reducción al absurdo: se lleva al extremo la creencia expresada y con esto consecuencias el paciente vea la necesidad de refutarla.
- Metáfora: se utiliza la metáfora contando historias que permitan ilustrar la irracionalidad o racionalidad de las creencias.
- Asignación de tareas para casa: autoregistros, autoinstrucciones racionales, tarea de coma de riesgos, auto-refuerzo y auto-castigo.
- Resolución de problemas: se enfoca en incrementar la habilidad del paciente para afrontar experiencias desagradables, identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficaces que considere.

La intervención para autoconcepto desde lo cognitivo – conductual

Al igual que en la ansiedad en el autoconcepto se puede tomar diferentes técnicas y procedimientos que presenta Díaz et al. (2017), en su libro manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales presentan diferentes técnicas y modelos de abordaje dentro del trabajo terapéutico:

- Modelado: tiene principios básicos del aprendizaje observacional, en donde la conducta no solo está controlada por estímulos ambientales directos sino más bien por representaciones simbólicas de los sucesos externos, en el que se incluyen procesos básicos: atención, retención, reproducción y motivación. También el modelado cumple funciones en el desarrollo e implantación del comportamiento que son aprender nuevas conductas, promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo, incitar nuevas conductas, motivar y modificar la valencia emocional.
- Entrenamiento en habilidades sociales: es objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales, la falta de habilidades sociales se encuentra relacionado a problemas emocionales y de desadaptación.
- Reforzamiento positivo: aplicación de consecuencias reforzantes que generen reacciones positivas en el ambiente y conductas deseables, a medida que ciertas situaciones sociales inducen consecuencias positivas estas están dentro de su repertorio personal.
- Retroalimentación interpersonal: se da cuando la otra persona nos comunica su reacción frente a nuestra conducta. Cuando la retroalimentación es positiva fortalece aspectos cognitivos conductuales y si es negativa obviamente los debilita.
- Entrenamiento autoinstruccional: se generan auto-autoverbalizaciones que el paciente debe aprender y utilizar en acontecimientos activadores.
- Imaginación racional emotiva: imaginación de una situación que resulte desagradable y que trate de cambiar la emoción perturbadora por otra más apropiada modificando las creencias irracionales que acompañan a la emoción.
- Descubrimiento guiado: se ayuda y se guía al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales, utilizando el cuestionamiento socrático.
- Promover una nueva imagen: imaginarse a uno mismo como sería y como le gustaría que cambiará su vida en diferentes aspectos.

- Apoyo social: disponer de un apoyo social adecuado ayuda a afrontar situaciones adversas, para conseguirlo puede ser necesario un entrenamiento en habilidades sociales que permita una comunicación adecuada y ayude al paciente a comunicar de manera adecuada sus necesidades.

También Ramos, Fernández y Jiménez (2018) refieren técnicas para mejorar el autoconcepto tales como:

- Interpretación y cuestionamiento de las disfunciones cognitivas frecuentes.
- Psicoeducación
- Modificación de las cogniciones profundas: que suelen ser las fuentes de comportamiento desadaptativo, se identifican y modifican sus reglas de vida a través de interrogación socrática.

Todas estas técnicas y estrategias se deben aplicar y acoplar según la necesidad de cada paciente y el tiempo que se considere necesario, también dependerá del apoyo que tenga para el proceso.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

Paradigma de la investigación

En esta investigación se utiliza el paradigma postpositivista que según Rondón (2017) es el que se acerca a la comprensión y análisis del comportamiento dinámico del ser humano dentro de diferentes grupos, en el que intervienen procesos internos y externos de las personas que dan como resultado un todo, con el objetivo de comprender a la persona dentro de un grupo social. También es importante ver a la persona como un ser con emociones, sentimientos y necesidades cuyo comportamiento debe ser visto dentro de las actividades, tareas y acciones ejecutadas en la sociedad; como resultado de la interacción entre individuos en diferentes ámbitos.

En su investigación de los paradigmas de investigación científica Ramos (2015) realiza una investigación teórica en donde menciona que el postpositivismo es en donde la concepción de la realidad no es única y no se encuentra bajo criterios estadísticos o numéricos, más bien tiene una postura reflexiva porque los fenómenos son incontrolables y el ser humano es imperfecto.

Tiene relación al estudio que se plantea, se va a investigar de manera cuantitativa, mediante la aplicación de instrumentos, cómo los adolescentes se sienten, quieren o actúan en diferentes contextos y grupos sociales o personas. Es decir, que cada persona como un ser individual va a plasmar su pensar y sentir en diferentes situaciones y nunca una respuesta o reacción va a ser igual a la de otro. Es decir, intervienen los procesos internos y externos de cada persona al responder los ítems de los instrumentos.

Enfoque de la investigación

Para este estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, según Hernández –Sampieri y Mendoza (2018) el enfoque cuantitativo es un conjunto de procesos que se realizan de manera secuencial y en cada paso se va comprobando el paso anterior. Este tipo de investigación parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica, de las preguntas se pueden establecer hipótesis y determinar las variables, cuyas variables se van a medir en un determinado contexto; se analizan los datos obtenidos utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis.

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para responder a preguntas de investigación, se basa en la estadística para determinar con exactitud patrones de comportamiento de un determinado grupo, generaliza los resultados de los estudios mediante muestras representativas, estos pasos se realizan de manera sistemática para llegar a establecer conclusiones (Vega et al., 2014).

Este tipo de investigación se basa en un ámbito estadístico porque analiza realidades objetivas a partir de mediciones numéricas y por consecuencia un análisis estadístico para determinar patrones de comportamiento de las variables o problema de estudio, todo lo que se realiza es un proceso metodológico en el cual se llega a generalizaciones de los resultados (Polonia et al., 2020)

En relación a esta investigación se utiliza un enfoque cuantitativo, se plantea un problema dentro de un contexto y una población en específico, se aplican reactivos de carácter cuantitativo cuyos datos son cuantificados y llevados a análisis estadístico para llegar a resultados y conclusiones dentro de la investigación.

Diseño de la investigación

El diseño es no experimental en la presente investigación porque se realiza sin manipular deliberadamente variables (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018). Es decir, se trata de estudios en los que no se manipulan las variables para ver su efecto sobre otras. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos. Se relaciona con esta investigación, no se manipuló ningún aspecto dentro de la población, sino que los reactivos fueron tomados en un ambiente dentro de las aulas de clase sin modificar nada. Tampoco hubo intervención o conocimiento previo de los estudiantes hacia el investigador.

Dentro de este tipo de investigación no se busca establecer ningún tipo de relación entre causa-efecto entre variables, se realizan sin modificar variables, es decir no existe la intención de medir el efecto de una sobre la otra; sino únicamente como se presentan en su medio natural (Mousalli, 2015). No hay estímulos a los cuales se pueda experimentar e interfieran en las variables de estudio, los sujetos son evaluados dentro de su ambiente natural sin que se altere ninguna situación o variable (Arias, 2021).

Alcance de la investigación

El estudio es de alcance descriptivo, como definen Hernández – Sampieri y Mendoza (2018), se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir que se va a medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables en los que se está trabajando. En la presente investigación se describe la ansiedad manifiesta y el autoconcepto dentro de un grupo de adolescentes en una unidad educativa.

La investigación descriptiva se realiza cuando se quiere describir los componentes principales de una realidad o dar a conocer características principales de una

determinada población; la recolección de datos se debe dar en el espacio natural sin alteración (Guevara, Verdesoto y Castro, 2020). En la investigación descriptiva ya se conocen las características del fenómeno y lo que se investiga es su presencia en diferentes niveles o categorías en un determinado grupo, en este caso de adolescentes; se busca describir las representaciones subjetivas que salen a relucir en un grupo determinado de personas (Ramos, 2020).

También es de alcance correlacional pues, según Hernández – Sampieri y Mendoza (2018), los estudios correlacionales tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En esta investigación se correlacionan el autoconcepto y la ansiedad manifiesta en adolescentes de una Unidad Educativa.

La investigación correlacional es la relación que se puede establecer entre dos o más variables en base a una hipótesis, se aplican procesos estadísticos cuyo objetivo es explorar los resultados de la investigación para beneficiar a una determinada población; se proponen relaciones que se pueden generar en las categorías que dan resultado de las respuestas de los participantes (Ramos, 2020). Este tipo de investigación permite saber si las variables que se encuentran dentro de estudio tienen entre sí algún tipo de relación (Quezada, 2010).

2.2. Población y muestra

La población es un conjunto de todos los casos que deben tener características concretas de contenido, lugar, tiempo y accesibilidad (Hernández –Sampieri y Mendoza, 2018). Arias, Villasís y Miranda (2016) mencionan que la población es un conjunto de casos que se encuentran definidos, limitados y accesibles que servirán como referente para la elección de la muestra cumpliendo con criterios determinados y establecidos.

La población fue de 110 estudiantes de octavo de educación básica general a tercero de bachillerato general unificado de la Unidad Educativa George Mason.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión y exclusión.

El muestro no probabilístico o muestras dirigidas como lo mencionan Hernández - Sampieri y Mendoza (2018) se da cuando la elección de las unidades no depende de la probabilidad, es decir que depende de razones relacionadas con las características y contexto de la investigación. Este tipo de muestreo depende del proceso de toma de decisiones del investigador, cuyas muestras se rigen en base a criterios establecidos que se encuentran previamente planteadas en el problema.

En este tipo de muestro la selección no se hace al azar, si no que se la realiza en base al juicio del investigador que va a seleccionar los elementos que pertenecerán a la muestra (Parra y Vázquez, 2017). El muestro no probabilístico por conveniencia es cuando se selecciona los casos que aceptan ser incluidos, esto a causa de la conveniencia de accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen y Manterola, 2017). A partir de la aplicación de los criterios de inclusión se logró una muestra de 86 participantes.

Criterios de inclusión

- Tener el consentimiento informado del representante legal.
- Contar con el asentimiento del participante.
- Completar los instrumentos aplicados
- Tener entre 12 y 18 años

Criterios de exclusión

- Presentar un diagnóstico de discapacidad intelectual.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos

Variables sociodemográficas		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	44	51,2
	Femenino	42	48,8
Curso	Octavo	13	15,1
	Noveno	21	24,4
	Décimo	9	10,5
	1 BGU	16	18,6
	2 BGU	15	17,4
	3 BGU	12	14
Edad	10-13	28	32,55
	14-16	44	51,16
	17-18	14	16,27

Fuente: elaboración propia.

En la investigación participan 86 estudiantes entre hombres y mujeres. Se presenta un número mayor en el sexo masculino (51,2%) y hay un mayor número de estudiantes dentro de la investigación en el noveno de educación básica (24,4%) con un total de 21 estudiantes en dicho curso. El mayor porcentaje se encuentra en el grupo de adolescentes en 114 y 16 años pertenecientes a una adolescencia media con un porcentaje de 51,16%.

2.3. Recolección de la información

Para la presente investigación se utilizó una ficha sociodemográfica y dos instrumentos psicométricos.

Ficha socio-demográfica *ad-hoc*

Según la Real Academia Española (RAE, 2019) *ad-hoc*, literalmente es “para esto”, es decir que es creado para un fin en específico en el caso de esta investigación se utiliza una ficha *ad-hoc* para recabar información necesaria específicamente para esta investigación. Dentro de la ficha socio-demográfica se recolectaron datos generales de los adolescentes para realizar la caracterización de la población. Los datos que se recogen son: edad, sexo y curso.

Instrumentos psicométricos

El test psicológico es un instrumento que permite medir y evaluar características psicológicas de un individuo. Los resultados que se obtienen se pueden describir de manera cualitativa o cuantitativa; de manera general miden rasgos de las personas en diferentes campos y deben tener validez, confiabilidad, establecimiento de normas y control (Arias, 2020).

El test psicométrico es un procedimiento estandarizado, que está conformado por ítems seleccionados y organizados, con el fin de provocar en la persona que se va a aplicar reacciones que se puedan registrar en cuanto a su complejidad, duración, forma expresión y significado (Rey, citado en Aliaga, 2007).

- **Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR**

Este es un instrumento de autoinforme creado por Reynolds y Richmond (2012) que consta de 49 ítems, diseñada para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescente de 6 a 19 años. Este instrumento puede ser aplicado de manera individual o grupal dependiendo de la edad de las personas a las que se va a aplicar. La persona evaluada únicamente responde a las preguntas con Sí o No. La calificación es realizada de forma simple otorgando 1 punto a las respuestas de Sí y 0 a las No. La totalidad de las puntuaciones obtenidas dan como resultado el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cinco calificaciones adicionales:

Tabla 2.
Dimensiones y preguntas del CMASR

Dimensiones	Preguntas
Defensividad	14, 19,24,29, 33,38,40,44,48
Ansiedad fisiológica	1,5,7,11,15,20,25,31,34,39,43,46
Inquietud	2,3,6,8,12,16,17,18,21,26,30,32,35,42,45,49
Ansiedad social	4,9,10,13,22,23,27,28,36,37,41,47
Pares respuestas inconsistentes	2-8,3-35,4-10,6-49,7-39,19-33,23-37,24-29,38-48

Fuente: Tomado de Reynolds y Richmond (2012).

A partir de la puntuación total se realiza el análisis del nivel de ansiedad manifiesta según los puntos de corte del cuadro 3. Tanto para las dimensiones y para la

puntuación total se suman todas las respuestas de “Sí”, las cuales se pasan a una tabla de baremos y se relacionan con las puntuaciones T para después hacer la interpretación cualitativa.

Tabla 3.

Interpretación de resultados para la ansiedad manifiesta.

Rango de puntuación	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40-60	No más problemático que para la mayoría de estudiantes
39 y menos	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes

Fuente: Tomado de Reynolds y Richmond (2012).

En cuanto a las propiedades psicométricas del CMASR, presenta una consistencia interna del alfa de Cronbach de .92 en la ansiedad total y un alfa de Cronbach de .75, .86, .80 y .79 en las categorías de ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social y defensividad respectivamente (Reynolds y Richmond, 2012).

En un estudio realizado en Perú con 472 participantes hombres y mujeres con edades entre 7 y 18 años, concluyeron que las puntuaciones en el CMASR-2 presentan adecuados niveles de fiabilidad para todas sus dimensiones (alfa ordinal > .70) que se mantuvo invariante al sexo y nivel de escolaridad. Además, se aportaron evidencias de validez discriminante y convergente. A partir de los resultados, se concluyó que, las puntuaciones en el CMASR-2 cuentan con evidencias de fiabilidad, validez y equidad para su uso en estudiantes peruanos de educación básica regular (Boluarte, Grillo, Castellanos y Tafur, 2021).

- **Cuestionario de autoconcepto AF5**

El instrumento de autoconcepto AF-5 creado por García y Musitu (2014) se puede aplicar a niños desde quinto de primaria hasta personas adultas, de manera individual o colectiva. Su duración es alrededor de 15 minutos. Consta de 30 ítems en los cuales los rangos de respuesta van de 1 siendo lo mínimo a 99 siendo lo máximo, a las afirmaciones planteadas dentro del instrumento.

Se divide en las dimensiones: social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Cada dimensión consta de 6 ítems y se califica mediante la aplicación de diferentes operaciones. Los resultados se presentan mediante las puntuaciones directas que se van ubicando en los baremos según los percentiles.

En las preguntas 4,12,14,22 se resta su respuesta de 100, en cada dimensión se suman las cantidades que ubica la persona, en el área emocional restamos la suma de 600, teniendo estas puntuaciones en cada dimensión dividimos para 60, este resultado nos daría la puntuación directa, esta puntuación se ubica en la tabla de baremos y ubicamos el percentil al que pertenece.

Tabla 4.

Dimensiones y preguntas del Cuestionario de autoconcepto AF5

Dimensiones	Preguntas
Social	2,7,12,17,22,27
Académico	1,6,11,16,,21,26
Emocional	3,8,13,18,23,28
Familiar	4,9,14,19,24,29
Física	5,10,15,20,25,30

Fuente: Tomado del García y Musitu (2014).

La interpretación de los resultados se realiza a partir de los puntos de corte establecidos por los autores del instrumento que se describen en la Tabla 6.

Tabla 5.

Interpretación de resultados para el autoconcepto en percentiles.

Rango de puntuaciones en centiles	Descriptor
81 +	Muy Alto
66 – 80	Alto
56 – 65	Tendencia Alto
46 – 55	Promedio
36 – 45	Tendencia Promedio
0 – 35	Bajo

Fuente: Tomado del García y Musitu (2014).

En Lima- Perú se realizó un estudio en el cual participaron 646 escolares (312 varones y 334 mujeres), cuyas edades oscilan entre 11 y 17 años ($M = 13,95$, $DS = 1,62$). Se administró la escala de autoconcepto de García y Musitu (AF5) y se realizó el análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Los análisis de datos se hicieron con los programas Factor Analysis (versión 10.9.02) y R (versión 4.0.2); se pudo evidenciar que el modelo original de la escala AF5, compuesta por 30 ítems

distribuidos en 5 factores latentes, no presenta índices de bondad de ajuste adecuados. Asimismo, los análisis muestran que tiene una adecuada consistencia interna ($\omega = 0.831$; CI95% = 0.803 - 0.855) (Carranza, Ruiz, Mamani, Hernández y White, 2021).

Procesamiento y análisis de la información

Luego de la aplicación de los reactivos psicológicos y la ficha socio-demográfica de manera presencial dentro de las instalaciones de la unidad educativa, se pasa todos los datos a una matriz de Excel para dar la codificación correspondiente de la información obtenida y poder exportar al programa estadístico SPSS, para el respectivo análisis descriptivo, de correlación y validación de variables. Se procede a analizar los datos descriptivos en medias, frecuencias y porcentajes.

La media aritmética es el promedio aritmético de una distribución que el resultado de la suma de todos los valores dividida entre el número de casos que se aplica a mediciones de intervalo o de razón (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018); muestra el valor central de los datos que es la medida de ubicación que más común a ser utilizada (Paz, 2007).

Para el análisis correlacional se realiza la prueba de normalidad con Kolmogórov Smirnov por ser una población mayor a 50 y al arrojar un resultado no paramétrico se aplica la correlación de Spearman. El coeficiente de correlación de Spearman es una medida de correlación para variables de en un nivel de medición ordinal, de tal modo que las unidades de análisis de la muestra puedan ordenarse en rangos, es decir, de manera jerárquica (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018).

En el análisis paramétrico se pueden utilizar datos nominales u ordinales, no es aleatoria; se basa en supuestos sobre la forma o los parámetros de la distribución de la población subyacente. Se basan en un análisis datos que no tienen una distribución particular y se basa en una hipótesis o supuestos, pero los datos no están organizados de forma normal (Mayorga et al., 2022).

2.4. Caracterización de la institución

Según la historia de la Unidad Educativa George Mason, es una institución particular bilingüe, mixta, que se encuentra ubicada en el valle de los chillos en el sector de San Rafael, presta sus servicios a niños, niñas y adolescentes desde Inicial 1 a tercero de bachillerato general unificado (George Mason, s.f).

El Colegio George Mason comenzó sus labores educativas en septiembre del 2001, ofreciendo desde el Primer Año de Educación Básica hasta el Sexto Año de Educación Básica, en la infraestructura que hoy continúa siendo parte de la sección primaria de nuestra Institución. En el año 2004, el Colegio amplía sus instalaciones pensando en las necesidades de sus estudiantes y en la creciente demanda de la comunidad, adquiriendo la propiedad en la cual se educa la sección secundaria hoy en día (George Mason, s.f).

Misión

El Colegio George Mason tiene como misión el crear y difundir un conocimiento integral formando estudiantes críticos con un alto nivel de conocimientos, con capacidad de análisis y liderazgo, con un profundo sentido de responsabilidad y solidaridad para consigo mismo, su familia y la sociedad y comprometido con la conservación del medio ambiente que lo rodea (George Mason, s.f., párr.1).

Visión

El Colegio George Mason, liderará la educación bilingüe dentro del proceso de educación de niños y jóvenes de la comunidad, formando bachilleres con claros y definidos valores éticos y morales, apoyados en el dominio del idioma inglés, permitiendo su inserción en el mundo globalizado que hoy vivimos, contribuyendo así al desarrollo de nuestro país (George Mason, s.f, párr.2).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el siguiente apartado se exponen los resultados descriptivos, categóricos y de correlación entre las variables de estudio.

3.1. Análisis descriptivo

Tabla 6.
Resultados descriptivos de Autoconcepto

Dimensiones	Media	DE	Mín	Máx
Académico	56,92	28,34	1	99
Social	38,62	32,38	1	99
Emocional	60,62	31,79	1	99
Familiar	50,91	34,09	3	99
Físico	52,77	31,16	1	99

Fuente: elaboración propia

Las medias indican que en dos dimensiones hay puntajes en el rango de autoconcepto Promedio (Familiar: 50,91 y Físico: 52,77). El autoconcepto Promedio quiere decir que la persona se encuentra en una línea general, su desempeño en estos ámbitos es el adecuado y tiene habilidades típicas en comparación a la población en general.

Por otra parte, la dimensión Emocional y Académica se encuentra en el rango de Tendencia a lo Alto que indica que están por encima de las características base para estas dimensiones. Por último, la dimensión Social está en el rango de Tendencia Promedio, es decir, que se encuentra por debajo de las características base que se deben presentar en personas de su rango de edad.

Tabla 7.
Resultados descriptivos de Ansiedad Manifiesta

Ansiedad manifiesta	Media	DE	Mín	Máx
Defensividad	43,40	7,79	30	59
Fisiológica	36,17	6,99	30	55
Inquietud	46,01	7,96	30	64
Social	43,58	11,34	21	67
Total	39,75	9,03	21	60

Fuente: elaboración propia

En las dimensiones de defensividad, inquietud y ansiedad social la media indica que está en un rango “no más problemático que la mayoría de estudiantes”, lo que quiere decir que experimenta respuestas que a menudo acompaña a otros problemas y no necesariamente suelen ser características o manifestaciones de ansiedad; mientras que la ansiedad fisiológica y la total están en un rango “menos problemático que la mayoría de estudiantes” quiere decir que no experimenta expectativas de las personas que son importantes en su vida, existen preocupaciones básicas como no ser tan buenos, afectivos o capaces como los demás y no afecta de manera significativa en su vida cotidiana.

3.2. Análisis categórico

Tabla 8.
Descriptor de ansiedad y categorías en adolescentes

Categorías	Extremadamente problemático		Moderadamente problemático		No más problemático que para la mayoría		Menos problemático que para la mayoría	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Defensividad	0	0	1	1,16	57	66,28 %	28	32,56 %
Fisiológica	0	0	0	0%	22	25,58 %	64	74,42 %
Inquietud	0	0	4	4,65 %	61	70,93 %	21	24,42 %
Social	0	0	7	8,14 %	43	50,00 %	36	41,86 %
Total	0	0	0	0%	45	52,33 %	41	47,67 %

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que en ninguna dimensión de la ansiedad manifiesta presentan valores extremadamente problemáticos, teniendo un porcentaje de 0%. La categoría donde se sitúan los mayores porcentajes de 3 dimensiones y el Total es

“No más problemático que para la mayoría” que se puede interpretar dentro de un rango normal. La Defensividad (66,28%) sugiere que la persona evaluada admite las imperfecciones comunes dando una imagen real de sí mismo. La Inquietud (70,93%), sugiere que la persona no es temerosa, nerviosa o hipersensible a las percepciones del entorno.

Lo Social sugiere que no existe preocupación aparte de su autocontrol para sentirse a la altura de las expectativas de las personas que son importantes para ellos (50%) y el Total (52,33%) no se asocia a trastornos de ansiedad, están dentro de un nivel normal. Solo en la dimensión Fisiológica el mayor porcentaje (74,42%) está en la categoría Menos problemático que para la mayoría, es decir que no presenta respuestas somáticas ante situaciones que pueden representar estrés o ansiedad. En general predominan las manifestaciones bajas de ansiedad.

Tabla 9.

Dimensiones y categorías de autoconcepto en adolescentes

Categorías	Muy alto		Alto		Tendencia alto		Promedio		Tendencia promedio		Bajo	
	f	%	F	%	F	%	f	%	F	%	f	%
Académico	20	23,25	13	15,11%	9	10,46%	12	13,95%	6	6,97%	26	30,23%
Social	13	15,11%	9	10,46%	2	2,32%	9	10,46%	5	5,81%	48	55,81%
Emocional	28	32,55%	15	17,44%	6	6,97%	5	5,81%	9	10,46%	23	26,74%
Familiar	24	27,90%	8	9,30%	6	6,97%	7	8,13%	5	5,81%	36	41,86%
Físico	21	24,41%	12	13,95%	5	5,81%	5	5,81%	8	9,30%	35	40,69%

Fuente: elaboración propia

En todas las dimensiones de Autoconcepto, a excepción de la dimensión emocional, tienen los mayores porcentajes en la categoría de Bajo (Académico: 30,23%; Social: 55,81%; Familiar: 41,86% y Físico: 40,69%). Esto demuestra que existen dificultades con el autoconcepto en la población de estudio; lo que significa que en Autoconcepto académico bajo se relaciona con el absentismo académico y el conflicto en actividades escolares. El Autoconcepto social bajo se puede relacionar con comportamientos disruptivos, agresividad y sintomatología depresiva, insatisfacción en el desempeño de las relaciones sociales e interpersonales.

El autoconcepto familiar bajo se puede relacionar con su bajo nivel de importancia, participación e integración en el medio familiar, y por último el autoconcepto físico bajo se podría relacionar con la percepción negativa de su aspecto y condición física, desvalorizándose físicamente. Mientras que la dimensión Emocional tiene el mayor porcentaje (32,55%) en la categoría Muy Alto lo que significa que la persona tiene control de sus situaciones emocionales, responde adecuadamente y sin nerviosismo en diferente momento y contexto.

3.3. Análisis correlacional

Tabla 10.
Prueba de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
AT_ACADEMICA	,192	86	,000
AT_SOCIAL	,336	86	,000
AT_EMOCIONAL	,225	86	,000
AT_FAMILAR	,263	86	,000
AT_FISICO	,251	86	,000
AM_DEFENSIVIDAD	,413	86	,000
AM_FISIOLOGICA	,464	86	,000
AM_INQUIETUD	,408	86	,000
AM_SOCIAL	,287	86	,000
AM_TOTAL	,352	86	,000

Fuente: elaboración propia

Previo a la correlación se procede a realizar la prueba de normalidad, que da como significancia ,000 en cada una de las categorías. Se elige Kolmogórov-Smirnov, esta se utiliza cuando la muestra es mayor que 50, y la muestra de la presente investigación es de 86 participantes. Por la significancia arrojada es una prueba no paramétrica y se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 11.
Correlación entre autoconcepto y ansiedad manifiesta

	Autoconcepto Académico	Autoconcepto Social	Autoconcepto Emocional	Autoconcepto Familiar	Autoconcepto Físico
AM_ Defensividad	,234*	-0,064	-0,115	0,192	-0,028
AM_Fisiológica	0,039	-0,187	-,224*	-0,097	-0,189
AM_Inquietud	-,247*	-0,177	-,441**	-,265*	-,219*
AM_Social	-0,025	-,389**	-,279**	-,234*	-,332**
AM_Total	-0,050	-,402**	-,361**	-,236*	-,370**

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)*

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SPSS.

Según los autores Martínez, Tuya, Martínez, Pérez y Cánovas (2009), la correlación de Spearman puede interpretarse según la escala siguiente: 0 – 0,25: Escasa o nula, 0,26-0,50: Débil, 0,51- 0,75: Entre moderada y fuerte y 0,76- 1,00: Entre fuerte y perfecta. A partir del criterio de estos autores, en el resultado se puede apreciar que la mayoría de las correlaciones están en el rango de escasa o nulas, aunque en algunos casos la correlación es significativa como en el caso de: autoconcepto académico y defensividad, autoconcepto académico e inquietud, autoconcepto emocional y ansiedad fisiológica, autoconcepto familiar e inquietud, autoconcepto familiar y ansiedad social, autoconcepto familiar y ansiedad total, y autoconcepto físico e inquietud.

Es interesante observar que la correlación es negativa o inversa en la mayoría de las dimensiones lo cual significa que a mayor autoconcepto menor ansiedad manifiesta, y viceversa. Los valores de correlación más elevados son negativos, significativos y están en el rango de débil entre ansiedad social y autoconcepto social (-,389**), Inquietud y Autoconcepto Emocional (-,441**), Inquietud y Autoconcepto familiar (-,265*) y entre Ansiedad Social y Autoconcepto Físico (-,332**). La Ansiedad manifiesta total correlaciona negativamente de manera significativa en grado débil con el Autoconcepto Emocional (-,361**), el Autoconcepto Físico (-,370**) y el autoconcepto social (-402**).

3.4. Propuesta de intervención psicológica

Nombre de la propuesta: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA ANSIEDAD MANIFIESTA Y EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE QUITO

Datos informativos:

Nombre de la institución: Unidad Educativa George Mason.

Ubicación geográfica y dirección: Provincia Pichincha, Cantón Rumiñahui, sector San Rafael.

Tiempo estimado para la ejecución: 8-10 sesiones cada sesión aproximadamente 50-60 minutos.

Beneficiarios:

- Directos: estudiantes de la Unidad Educativa George Mason
- Indirectos: familia y docentes

Personal administrativo y técnico:

- Responsable de la propuesta: Diana Caiza
- Equipo de trabajo:

Presupuesto: aproximado a los costos según el personal que participa en la propuesta de acuerdo horas-cantidad de personas también los materiales, pruebas psicológicas, software, movilización, entre otros aspectos que se requieren.

Tabla 12.

Presupuesto

Recursos	Monto
Humanos	100
Material y suministros	150
Material bibliográfico	50
Material tecnológico	300
Recursos técnicos	50
Total	650

Fuente: elaboración propia

Justificación: La investigación se realizó en un grupo de estudiantes de la Unidad Educativa George Mason mediante la aplicación de la escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada CMASR-2 y se pudo evidenciar que en todas las escalas el mayor porcentaje se encuentra en niveles bajos ubicándose en la categoría “menos problemático que la mayoría”. Las áreas en la que se sugiere trabajar son: defensividad, inquietud y ansiedad social donde (especificar qué porcentaje de adolescentes) de adolescentes se encuentran en una categoría de “moderadamente problemático”. En lo que se refiere al autoconcepto se debe trabajar en todas las áreas, la mayoría se encuentran en categorías con puntajes bajos.

Objetivo general:

Mejorar la ansiedad manifiesta y el autoconcepto en adolescentes de una unidad educativa de Quito.

Objetivos específicos:

- Disminuir los niveles de ansiedad en adolescentes de la unidad educativa.
- Mejorar sus habilidades para las relaciones interpersonales y capacidad comunicativa.
- Aumentar su autoconcepto social, académico, familiar, social y emocional.

Cuadro 2.*Resumen de la propuesta de intervención psicológica*

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Diagnóstico	Diagnosticar la ansiedad manifiesta y el autoconcepto en los adolescentes de una unidad educativa de Quito.	Instrumentos psicométricos	Aplicación del CMASR-2 y Autoconcepto AF-5	Test impresos Lápices	1 hora
2	Emocional-Cognitiva	Psicoeducar a los adolescentes acerca de la ansiedad.	Taller psicoeducativo sobre la ansiedad	Se inicia con una charla sobre ansiedad. Posteriormente se utilizan técnicas de diálogo socrático, debate de creencias y descubrimiento guiado para la identificación de ideas irracionales y de respuestas fisiológicas y emocionales de ansiedad.	Pizarra, marcadores, infocus, papelote, papel, lápiz	1 hora y 30 minutos
3	Emocional-Cognitiva	Reducir los niveles de activación en diferentes situaciones asiógenas mediante técnicas de respiración.	Taller psicoeducativo sobre técnicas de respiración	Se da una explicación general sobre qué es y cómo se aplica la respiración cuando esta se encuentre alterada por un suceso de activación. Se explica el control de la respiración, la respiración diafragmática, costal y abdominal. Se realiza la explicación con presentación y videos para finalmente ejecutar una práctica.	Laptop Infocus Aula o un lugar amplio de trabajo.	1 hora
4	Emociona, cognitivo, conductual	Entrenar estrategias de afrontamiento a través de los ejercicios de respiración aprendidos en la sesión anterior.	Taller sobre creencias irracionales y técnicas de respiración.	Se crean grupos y se les asigna casos específicos de diferentes presentaciones de ansiedad en donde tendrán que poner, acontecimientos activadores, creencias, respuestas y qué tipo de respiración podrían aplicar para gestionar dicha emoción.	Lápiz Papel Pizarra Laptop Infocus Marcadores	1 hora

5	Emocional, cognitiva, social	Psicoeducar a padres acerca del autoconcepto en adolescentes	Taller psicoeducativo para padres acerca del autoconcepto en adolescentes.	<p>Posterior se realiza un rol playing y exposición en grupo sobre qué hacer en dicha situación.</p> <p>Para cierre se realiza una reflexión grupal acerca de estrategias para ayudar a alguien que esté pasando por una situación similar.</p> <p>Charla sobre el proceso de desarrollo de los adolescentes y cómo su entorno puede influir de manera positiva o negativa en su autoconcepto. Posteriormente se hace un rol playing sobre técnicas como: modelado, reforzamiento positivo, retroalimentación interpersonal y habilidades sociales.</p>	Laptop Infocus Marcadores Pizarra	1 hora 5 minutos
6	Social, emocional, conductual, cognitiva	Mejorar las habilidades sociales de los adolescentes.	Taller psicoeducativo y técnicas de habilidades sociales	<p>Se trabaja la introducción en habilidades sociales con el conocimiento previo de manejo de ansiedad y modificación cognitiva.</p> <p>Se identifica que habilidad social que se quiere poner en práctica y se realiza role playing aplicando técnicas de: modelado, reforzamiento positivo y resolución de problemas. Se indica tarea sobre habilidades sociales en Hoja de Control.</p>	Laptop Lápiz Papel	1 hora
7	Cognitiva emocional	Psicoeducar a los adolescentes acerca del periodo de desarrollo de la adolescencia y el autoconcepto.	Taller psicoeducativo sobre la adolescencia y el autoconcepto	<p>Se inicia con charla psicoeducativa sobre las características de la adolescencia y el desarrollo del Autoconcepto.</p> <p>Como práctica se indica identificar sus características individuales, tanto positivas como negativas.</p> <p>Se indica tarea sobre autoconcepto en Hoja de Control.</p>	Infocus Laptop Lápiz Papelote Marcadores	1 hora y 20 minutos

8	Cognitiva, emocional	Lograr la reestructuración cognitiva de los conceptos irracionales sobre sí mismos.	Taller de reestructuración cognitiva.	Se empieza con una dinámica para caracterizar a un compañero del grupo y los demás deben adivinar quién es. Posteriormente se hace la Identificación de conceptos irracionales en cada categoría de autoconcepto en base a la tarea enviada a casa. Posterior se guía mediante técnicas de reestructuración cognitiva la racionalidad de sus creencias. Una vez identificadas se comparte la técnicas para ir reestructurando estas ideas irracionales: autoinstrucciones, moldeamiento, encadenamiento y habilidades sociales.	Papel Lápiz Laptop Infocus	1 hora
9	Emocional	Aumentar el autoconcepto de los adolescentes.	Taller de reforzamiento autoconcepto	Se empieza con una dinámica para identificar de manera física qué tan elevado está su autoconcepto. Las afirmaciones deben ser basadas en: autoinstrucciones, reforzamiento positivo, afirmaciones positivas y reestructuración del lenguaje; lo mismo se hará posteriormente en parejas o en grupo de afinidad donde existe conocimiento previo de fortalezas y debilidades de cada uno.	Globos Pizarra Marcadores Espejos	1 hora y 10 minutos
10	Evaluación	Diagnosticar la ansiedad manifiesta y el autoconcepto en los adolescentes de una unidad educativa de Quito.	Instrumentos psicométricos	Aplicación del CMASR-2 y Autoconcepto AF-5	Test impresos Lápices	1 hora

Fuente: elaboración propia

Fases de la propuesta de intervención psicológica

Fase I: Diagnóstico:

Se realizó el diagnóstico mediante la aplicación de dos instrumentos psicométricos: Escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2 y Autoconcepto AF-5, a su vez también se utilizó una ficha ad-hoc para recabar información específica de cada estudiante.

Fase II: Intervención psicológica

Cuadro 3.*Sesión 2. Generalidades sobre ansiedad***Sesión: 2****Tema:** Generalidades sobre Ansiedad**Objetivo:** Psicoeducar a los adolescentes acerca de la ansiedad .**Área de intervención:** Emocional y Cognitiva

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Lograr integración del grupo	Dinámica de integración	Presentarse con su nombre y algo característico suyo, y van haciendo cadena de uno en uno mientras va avanzando la información de todos.	Aula	10 minutos	Integración y ambiente adecuado para la participación activa.
	Identificar las expectativas y lograr compromiso de los participantes.	Mis expectativas, cuestionamientos y compromisos.	Se realiza la presentación del tema y el objetivo a tratar, para que los participantes tengan una idea global de lo que va a abordar esta primera sesión. Se da a cada uno tres papelitos en el cual deben escribir: 1. Las expectativas, 2. Cuestionamientos o inquietudes y 3. Los compromisos para con el trabajo a realizarse. Se recogen los papeles y se reagrupan en tres grupos (expectativas, cuestionamientos y compromisos). Se realiza una exposición sintetizada de cada grupo.	Papel Lápiz Marcadores Papelotes.	10 minutos	Introducción clara del tema
Desarrollo	Psicoeducar a los adolescentes acerca de la ansiedad	Charla psicoeducativa	Se hace una presentación acerca de aspectos de la ansiedad como conceptos, síntomas y tipos de ansiedad.	Computador, infocus	30 minutos	Comprensión acerca de la ansiedad

	Identificar las ideas irracionales	Diálogo socrático	Buscar la interpretación de las experiencias que tiene la persona en base a sus creencias irracionales, mediante cuestionamientos claros y directos.	Papel Lápiz Infocus computadora	30 minutos	Identificación de los factores que les generan ansiedad y de qué forma se manifiesta.
		Descubrimiento guiado	Los adolescentes van descubriendo por sí mismo lo que les sucede y la manera de aplicar una u otra estrategia para enfrentar sus miedos.			
		Discusión y debate de creencias	Argumentos que se debaten de las ideas irracionales.			
Cierre	Retroalimentar y enviar tareas a casa	Practicar los tipos de respiración	Asignar tareas para casa	Humano	10 minutos	Tener claras las tareas, cómo y cuándo se van a ejecutar.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4.*Sesión 3. Respiración***Sesión: 3****Tema:** Respiración**Objetivo:** Reducir los niveles de activación en diferentes situaciones asiógenas mediante técnicas de respiración.**Área de intervención:** emocional, cognitiva

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Cumplir reglas e instrucciones	Dinámica de trabajo en equipo seguir reglas e instrucciones	Se le pide que hagan grupos de 8 a 10 personas, el instructor da diferentes órdenes como por ejemplo: colocarse desde el más pequeño has el más grande, hacer sub grupos de hombres y mujeres, colocarse en orden alfabético, etc.	Patio	10 minutos	Colaboración de todos los miembros del grupo para realizar las actividades.
Desarrollo	Psicoeducar acerca de los tipos de respiración que pueden realizar individualmente cuando suceda un episodio de activación.	Charla psicoeducativa Práctica sobre Control de respiración Respiración costal Respiración diafragmática	Impartir información mediante ayuda audiovisual acerca de la respiración y la importancia al momento de reducir los niveles de activación. Respiración voluntaria, conciente y larga entre 8 a 10 respiraciones Guiar en que la mayor parte del aire se centre en la zona superior de la caja torácica es decir en la zona del pecho Realizar el ejercicio de respiración poniendo énfasis en la movilidad en las costillas inferiores y la parte superior del abdomen.	Aula Laptop Infocus	40 minutos	Que los adolescentes puedan identificar situación de activación en donde puedan aplicar este tipo de respiraciones.

		Respiración abdominal	Se trata de entrar la respiración consciente únicamente mediante el movimiento del abdomen.			
Cierre	Retroalimentar y enviar tareas a casa	Practicar los tipos de respiración	Asignar tareas para casa	Humano	10 minutos	Tener claras las tareas, cómo y cuándo se van a ejecutar.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 5.

Sesión 4. Ejercicios de respiración como estrategias de afrontamiento a la ansiedad.

Sesión: 4

Tema: Ejercicios de respiración como estrategias de afrontamiento a la ansiedad.

Objetivo: Poner en práctica las técnicas de respiración aprendidas en las sesiones previas.

Área de intervención: Cognitivo, emocional, conductual.

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar datos importantes de los integrantes del grupo	Presentar a sus compañeros de grupo	Formar grupos máximo de 5 personas al azar que se van a presentar y dar a conocer algún dato importante o que desconozca el resto del grupo. Se motivará a decir algún miedo o agente ansiógeno propio de cada uno. Después se expondrá al azar lo que contó cada persona.	Pizarra Marcadores	10 minutos	Confianza e integración de los integrantes del grupo.
Desarrollo	Analizar casos donde se puedan poner en práctica las técnicas aprendidas.	Trabajo en equipo, dividir en grupos de 5 personas. Role playing y exposición de grupo	A cada grupo se le darán casos supuestos de ansiedad social, agorafobia, ansiedad generalizada y ansiedad por separación. Se le pide al grupo que identifique las ideas irracionales de cada caso, que provocan la activación de la ansiedad. Identificarán las manifestaciones cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas. Posteriormente propondrán las técnicas de respiración que se pudieran aplicar. Después de identificada la situación problema, esquematizado, acontecimientos, creencias y conductas. Realizar una participación en grupo de cómo actuarían frente a dicha situación.	Papel Lápices Marcadores	40 minutos	Ejecución adecuada de las técnicas de respiración.

Cierre	Sintetizar los conocimientos aprendidos	Frase de cierre.	Expresar lo aprendido en una frase sintética.	10 minutos	Síntesis de los aprendido acerca de las técnicas de respiración frente a la ansiedad.
---------------	---	------------------	---	------------	---

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

*Sesión 5. Psicoeducación a padres sobre autoconcepto en adolescentes.***Sesión: 5****Tema:** Psicoeducación a padres sobre autoconcepto en adolescentes.**Objetivo:** Psicoeducar a padres acerca del autoconcepto en adolescentes**Área de intervención:** cognitiva, emocional y social

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Integrar al grupo	Dinámica rompe hielo: Persona, Casa, Terremoto	Realizar grupos de tres. Dos personas unirán las manos y formarán un techo, mientras que la tercera persona estará dentro de esa construcción. Cuando el guía diga persona se mueven todas las personas que están dentro de las casas, cuando diga casa se mueven todas y cuando diga terremoto se moverán todos y formarán nuevas casas y nuevos grupos.	Aula	10 minutos	Conocerse, sentir confianza y participación dentro del grupo
Desarrollo	Psicoeducar a los padres acerca del autoconcepto en la adolescencia	Charla Rol playing sobre Modelado	En la charla se informará a los padres sobre generalidades de cambios físicos, psicológicos, emocionales, etc. y cómo esto puede influir en los adolescentes. También se les dará información sobre las técnicas de Modelado, Encadenamiento, Reforzamiento positivo y para la comunicación asertiva (habilidades sociales). “Enseñar con el ejemplo” los adolescentes aprenden lo que observan o escuchan de por lo general superiores; es moldearnos a nosotros mismos con actitudes y lenguaje positivo y adecuado para que la otra persona aprenda mediante observación.	Infocus Laptop Pizarra Marcadores Pelotitas para participación	40 minutos	Comprensión por parte de los padres del autoconcepto y la influencia del entorno durante la adolescencia.

		Rol playing sobre Encadenamiento	Asignación de pasos para poder lograr un objetivo, resolver un conflicto social, familiar, etc.			
		Rol playing sobre Reforzamiento positivo	Elogios, palabras de aliento etc., que generen reacciones positivas y conductas deseables.			
		Rol playing sobre Retroalimentación interpersonal	Dar a conocer que ocasiones en nosotros la conducta de la otra persona, de preferencia debe ser una retroalimentación positiva.			
		Rol playing sobre Habilidades sociales	Comunicación asertiva Evitar comparaciones Utilizar palabras positivas Generar y promover empatía. Manejar un lenguaje consciente Escucha activa Técnicas para hacer objeciones Técnicas para afrontar objeciones			
Cierre	Retroalimentación de contenidos tratados	Cartelera de compromiso	Los padres plasmarán sus compromisos para reforzar el autoconcepto en sus hijos.	Papelotes Marcadores	15 minutos	Compromiso de los padres con respecto al manejo adecuado de situaciones que repercuten en el autoconcepto de sus hijos.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 7.*Sesión 6. Entrenamiento de habilidades sociales***Sesión:** 6**Tema:** Entrenamiento de habilidades sociales**Objetivo:** Mejorar la calidad de relaciones interpersonales y de comunicación**Área de intervención:** social, emocional, conductual, cognitivo

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Activar al grupo para la actividad.	Teléfono descompuesto	Se conforman grupos a los cuales se les dan frases que tienen que pasar de persona a persona, hasta que el mensaje llegue a todos. Durante la transmisión del mensaje se tendrá que implementar gestos y mímicas.	Frases impresas	10 minutos	Activación del grupo para la actividad.
Desarrollo	Mejorar las habilidades sociales de los adolescentes.	Charla psicoeducativa	En esta charla se enfatizará la importancia de la regulación de la ansiedad para el desempeño social. Se abordarán técnicas y tipos de habilidades sociales que posteriormente se pondrán en práctica.	Laptop Infocus	40 minutos	Poder identificar sus debilidades a nivel social y aplicar las técnicas establecidas.
		Rol playing sobre Aprendizaje vicario y modelado	Identificar claramente las conductas que se quieren trabajar y ponerla en práctica mediante juego de roles.			
		Rol playing sobre Reforzamiento	Reforzar positivamente dicha conducta e ir paso a paso			

		Rol playing sobre Tipos de habilidades sociales	Identificar el tipo de habilidad que se quiere reforzar. Se pueden dividir en conductuales, cognitivas y cambios fisiológicos.			
		Rol playing sobre entrenamiento en solución de problemas	Percibir correctamente los parámetros situacionales, procesarlos y seleccionar una respuesta			
		Rol playing sobre retroalimentación interpersonal	Comunicación de una persona ante la conducta observada en la otra.			
Cierre	Retroalimentar las actividades desarrolladas sobre habilidades sociales. Reforzar los conocimientos adquiridos	Preguntas de control Tareas a casa	Se harán preguntas breves sobre los temas tratados que los participantes deberán responder al azar. Plasmar en una hoja de control la identificación de una situación social específica, la aplicación de reestructuración cognitiva, técnicas de respiración y de una técnica de habilidad social aprendida. Esto deben traer a la siguiente sesión.	10 minutos	Hoja de control impresa	Cierre adecuado.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 8.

Sesión 7. La adolescencia y el autoconcepto.

Sesión: 7

Tema: La adolescencia y el autoconcepto.

Objetivo: Psicoeducar a los adolescentes acerca del periodo de desarrollo de la adolescencia y el autoconcepto.

Área de intervención: Cognitiva y emocional.

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Reforzar lo aprendido en la sesión anterior	Revisión de la tarea: hoja de control	Se procederá a revisar la tarea dejada en la sesión anterior para lo cual los participantes de manera voluntaria socializarán las anotaciones realizadas.	Hojas de control de los participantes	10 minutos	Refuerzo de los aprendizajes sobre habilidades sociales
	Intercambiar información mutua entre los participantes acerca de las características percibidas de cada uno.	Cuestionario acerca del otro/a.	Se les pide a las personas que hagan pareja con la persona más allegada, o a la que conozcan más o con la que tengan mayor afinidad. Se les da una hoja con preguntas específicas o se las realiza ese momento, de la otra persona, tienen un tiempo para llenarla. Se escogen al azar las parejas que van a participar y se leen las respuestas y la otra persona menciona si es correcta o incorrecta esa información.	Papel Lápiz	15 minutos	Integración del grupo e introducción al tema a desarrollar
Desarrollo	Psicoeducar a los adolescentes acerca del autoconcepto	Charla psicoeducativa	Impartir información sobre su proceso de desarrollo en la adolescencia y el autoconcepto según sus diferentes categorías o dimensiones.	Laptop Infocus Pizarra Marcador	30 minutos	Inicio del reconocimiento de su autoconcepto

		Debate	Se formarán subgrupos de máximo 5 integrantes y en estos, los participantes expresarán ideas acerca de su autoconcepto por dimensiones o categorías (físico, académico, familiar, social y emocional). Finalmente en sesión plenaria cada equipo transmitirá de manera sintética los elementos de autoconcepto identificados en cada dimensión.	Pizarra Marcadores Papel Lápiz	10 minutos	Conocimiento de la etapa de la adolescencia Inicio de exploración de su autoconcepto
Cierre	Retroalimentar el contenido abordado Identificar aspectos de su autoconcepto de manera individual	Reflexión final Tarea a casa	Cada equipo transmitirá una breve reflexión acerca de las fortalezas y debilidades en su autoconcepto. En una Hoja de Control reflejar lo que piensan y creen de ellos, características positivas negativas, talentos, aptitudes roles, etc.	Hoja de control impresa	10 minutos	

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 9.

Sesión 8. Conocimiento de los demás y reconocimiento propio.

Sesión: 8

Tema: Conocimiento de los demás y reconocimiento propio.

Objetivo: Lograr la reestructuración cognitiva de los conceptos irracionales sobre sí mismos.

Área de intervención: Cognitivo y emocional.

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Vivenciar el impacto de la caracterización que hacen los demás sobre sí mismo.	Trabajo grupal	Se escoge al azar para que una persona inicie la actividad describiendo las características físicas, emocionales y comportamentales de alguien sin decir su nombre y los demás tienen que adivinara qué persona está siendo descrita.	Aula	10 minutos	Vivencia del impacto que tiene la caracterización de los demás en el autoconcepto.
Desarrollo	Reestructurar ideas irracionales acerca del autoconcepto.	Identificación y categorización de ideas irracionales con respecto a las dimensiones del autoconcepto.	Individualmente cada participante identificará y categorizará sus ideas acerca del autoconcepto según lo plasmado en la Hoja de Control de la tarea. Con la guía del moderador del taller empezarán a aplicar cada una de las técnicas que se detallan a continuación:	Infocus Laptop Pizarra Marcadores Papel Lápiz	40 minutos	Identificación de ideas irracionales, como identificarlas, categorizarlas y que técnicas sencillas se pueden aplicar.
		Reestructuración cognitiva	Identificación y cambio de cogniciones, trabajar en la racionalidad de pensamientos y creencias. Puede ser por debate de argumentos.			
		Autoinstrucciones	Guiar para que se generen autoverbalizaciones positivas			
		Moldeamiento y encadenamiento	Guiar pequeños pasos de algo que quieren lograr para llegar a un objetivo			

		Habilidades sociales	Uso correcto de lenguaje, comunicación asertiva, apoyo social.		
Cierre	Reforzar el autoconcepto	Dinámica de cierre: Mis mejores cualidades.	Cada participante de pie dirá sus tres cualidades positivas que más lo caracterizan y los demás le aplaudirán.	10 minutos	Refuerzo del autoconcepto de los participantes.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 10.*Sesión 9. El autoconcepto***Sesión:** 9**Tema:** El autoconcepto.**Objetivo:** Aumentar el autoconcepto de los adolescentes.**Área de intervención:** Emocional y cognitiva.

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar categorías positivas de autoconcepto.	Inflando mi autoconcepto	Se le da un globo a casa estudiante y se pide que lo vayan inflando según las afirmaciones positivas generales que vaya diciendo o anotando el instructor relacionadas a las dimensiones del autoconcepto y que considera que posee.	Globos Pizarra Marcadores	10 minutos	Identificación de categorías positivas del autoconcepto.
Desarrollo	Estimular todas las categorías del autoconcepto a partir de la dimensión física.	Mi reflejo en el espejo	Cada estudiante debe ubicarse ante un espejo y expresará a sí mismo/a todas las afirmaciones positivas que pueda identificar con base en la reestructuración cognitiva que se trabajó en la sesión anterior. Las afirmaciones deben ser basadas en: autoinstrucciones, reforzamiento positivo, afirmaciones positivas y reestructuración del lenguaje. Es importante que inicie con afirmaciones de la categoría física dada la importancia de esta en la adolescencia y continúe con el resto de dimensiones.	Espejos	40 minutos	

Retroalimentación grupal

Se les piden a los estudiantes que formen parejas o grupos con sus personas más allegadas, pues ya tendrán un conocimiento previo de sus fortalezas y debilidades. Se realizarán las mismas afirmaciones que se hicieron ante el espejo pero ahora ante los demás. El contexto grupal propiciará el reforzamiento. Las afirmaciones deben ser basadas en: reforzamiento positivo, afirmaciones positivas, reestructuración del lenguaje y apoyo social.

Cierre	Sintetizar los conocimientos y habilidades adquiridas durante la intervención.	Dos estrellas y un deseo	Los estudiantes anotan en un papel dos cosas que les gustaron del grupo de taller y una cosa que quisieran aprender para próximas intervenciones. Cierre de reflexión de las actividades realizadas. Agradecimiento por la participación.	Papel Lápiz	20 minutos	Cierre y despedida adecuada
---------------	--	--------------------------	---	----------------	------------	-----------------------------

Evaluación de la sesión por el beneficiario: Anexo 1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 11.*Cronograma de implementación de la propuesta*

Sesiones /cursos	Curso de 8vo	Curso de 9no	Curso de 10mo y 1º BGU	Curso de 2º BGU	Curso de 3º BGU
2	Lunes de Semana 1	Martes de Semana 1	Miércoles de Semana 1	Jueves de la semana 1	Viernes de la semana 1
3	Lunes de Semana 2	Martes de Semana 2	Miércoles de Semana 2	Jueves de la semana 2	Viernes de la semana 2
4	Lunes de Semana 3	Martes de Semana 3	Miércoles de Semana 3	Jueves de la semana 3	Viernes de la semana 3
5	Lunes de Semana 4	Martes de Semana 4	Miércoles de Semana 4	Jueves de la semana 4	Viernes de la semana 4
6	Lunes de Semana 5	Martes de Semana 5	Miércoles de Semana 5	Jueves de la semana 5	Viernes de la semana 5
7	Lunes de Semana 6	Martes de Semana 6	Miércoles de Semana 6	Jueves de la semana 6	Viernes de la semana 6
8	Lunes de Semana 7	Martes de Semana 7	Miércoles de Semana 7	Jueves de la semana 7	Viernes de la semana 7
9	Lunes de Semana 8	Martes de Semana 8	Miércoles de Semana 8	Jueves de la semana 8	Viernes de la semana 8
10	Lunes de Semana 9	Martes de Semana 9	Miércoles de Semana 9	Jueves de la semana 9	Viernes de la semana 9

Fuente: elaboración propia

Fase III: Monitoreo y evaluación

Para el monitoreo de los participantes se propone en cada sesión llevar un control de los logros esperados en cada una de las sesiones según el área de intervención prevista.

Cuadro 12.*Monitoreo y evaluación de las sesiones*

Áreas	Evaluación de resultados				Observaciones
	Sí logró	No logró	Parcialmente lo logró	En proceso	
Cognitiva					
Emocional					
Social					
Conductual					
Autoevaluación					
Fortalezas			Debilidades		

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES

- La ansiedad es una respuesta natural que presenta el ser humano ante una situación de amenaza o peligro, cuyas respuestas pueden ser conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales; se puede considerar patológica cuando alteran la vida normal del individuo. El autoconcepto es la percepción y valoración que tiene el individuo de sí mismo en base a las experiencias vividas según la interacción con el medio en el que se desarrolla.
- El análisis descriptivo de ansiedad arroja que en las dimensiones de defensividad, inquietud y ansiedad social la media está en un rango “no más problemático que la mayoría de estudiantes”, mientras que la ansiedad fisiológica y la total están en un rango “menos problemático que la mayoría de estudiantes”. En el análisis categórico se puede observar que solo el 1,16% está en el rango “moderadamente problemático” en la dimensión defensividad, en inquietud el 4,65%, siendo la más alta dentro de este rango la ansiedad social con un 8,14%. En general predominan las puntuaciones bajas de ansiedad.
- La medias de autoconcepto indican predominio de rangos promedios (Familiar: 50,91 y Físico: 52,77), con tendencia al promedio (38,62) y con tendencia a los alto (Emocional 60,62 y Académico 56,92). El análisis categórico indica que los mayores porcentajes en la mayoría de dimensiones se encuentran en un nivel bajo, esta son autoconcepto académico (30,23%), autoconcepto social (55,81%), autoconcepto familiar (41,86%) y autoconcepto físico (40,69%); solo en el autoconcepto emocional los mayores porcentajes están en un rango muy alto (32,55%).
- La correlación es negativa o inversa en la mayoría de las dimensiones por lo que a mayor autoconcepto menor ansiedad manifiesta, y viceversa. Los valores de correlación más elevados son negativos, significativos y están en el rango de débil entre ansiedad social y autoconcepto social (-389**), Inquietud y Autoconcepto Emocional (-,441**), Inquietud y Autoconcepto

familiar (-,265*) y entre Ansiedad Social y Autoconcepto Físico (-,332**). La Ansiedad manifiesta total correlaciona negativamente de manera significativa en grado débil con el Autoconcepto Emocional (-,361**), el Autoconcepto Físico (-,370**) y el autoconcepto social (-402**).

- La propuesta de intervención está compuesta por 10 sesiones, dos de las cuales son para el diagnóstico inicial y para la evaluación final respectivamente. Las 8 sesiones de intervención en modalidad de taller están diseñadas con un enfoque cognitivo-conductual en las que se abarcan técnicas para el manejo de la ansiedad e incremento del autoconcepto. Siete de las sesiones están concebidas para los adolescentes y una para los padres de familia.

RECOMENDACIONES

- Validar la propuesta por criterios de expertos en cuanto a pertinencia y factibilidad de cada una de las actividades diseñadas previo a su implementación.
- Desarrollar una segunda fase de la investigación donde los padres, cuidadores y docentes estén incluidos en el diagnóstico e intervención, ellos son factores claves dentro del desarrollo óptimo de los adolescentes.
- Realizar la investigación con una población más grande para obtener datos que permitan la generalización de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga, J. (2007). *Psicometría: Test psicométricos, confiabilidad y validez*. Recuperado de https://www.academia.edu/download/33465691/CONFIABILIDAD_Y_VALIDAZ.pdf
- Arias, G., Villasís, M y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Recuperado de https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Arias, J. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. Arequipa, Perú: Enfoques Consulting Eirl. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26118w/Tecnicas%2520e%2520instrumentos.pdf&ved=2ahUKEwi_zaqy-J2GAxWMQzABHX2iAgkQFnoECB4QAQ&usg=AOvVaw1LhewmfF-G4G7R2OKXWrfG
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Recuperado de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Bayas, J. (2022). Análisis del autoconcepto de adolescentes en relación al género. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 6(1), 1810 - 1820. Recuperado de <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1611/2257>

- Becoña, E. y Oblitas, L. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual. Antecedentes y características*. Instituto Salamanca. Recuperado de <https://institutosalamanca.com/blog/terapia-cognitivo-conductual-antecedentes-y-caracteristicas>
- Boluarte Carbajal, A., Grillo Delgado, F. A., Castellanos-Huerta, K.A. y Tafur-Mendoza, A. A. (2021). Psychometric properties of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Second Edition in Peruvian students. *Acta colombiana de Psicología*, 24(2), 35-44. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2021.24.2.4>
- Blakemore, S. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030-2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Carranza, R., Ruiz, P., Mamani, O., Hernández, R y White, M. (2021). Análisis psicométrico de una versión reducida de autoconcepto AF5. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y Estrés*, 27, 67-73. Recuperado de <https://ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a9.pdf>
- Carbajal, C y Castilla, H. (2018). Ansiedad manifiesta en escolares Peruanos: un estudio comparativo de acuerdo al sexo y la edad. *Revista de psicología*, 8(1), 69-81. Recuperado de <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/121/119>
- Catagua, D. y Escobar, G. (2021). Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) del barrio Santa Clara-cantón Manta-2020. *Polo del Conocimiento*, 6(3), 2094-2110. Recuperado de <https://dialnet.puce.elogim.com/servlet/articulo?codigo=7926846>

- Cazalla, N. y Morelo, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electrónica de investigación y docencia*, 10, 43-74. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/download/991/818/0&ved=2ahUKEwiAx_vfz4SGAxXJQjABHUIrB7cQFnoECBwQAQ&usg=AOvVaw3GaPPxWMnGRxcdtD3fjifJ
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 36(1), 23-36. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Díaz, K. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológicas UST*, 16(1), 42-50. Recuperado de <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/393>
- Díaz García, M. I., Ruiz Fernández, M. Á. & Villalobos Crespo, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*: (ed.). Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.puce.elogim.com/es/lc/puce/titulos/127910>
- Domínguez, J., Expósito, V. y Torres, R. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2). Recuperado de <https://sciencedirect.puce.elogim.com/science/article/pii/S260507302400004X>
- Eснаоla, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24 (1), 1-8. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31631/30731>

- Estacio, A. (2021). *Autoconcepto y ansiedad escolar en adolescentes del nivel secundario en contexto de Covid-19, Ventanilla-Callao 2021*(Tesis de Maestría). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832317001.pdf>
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73940/Estacio_AM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fernández, A. y Goñi, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *Internacional Journal of developmental and education psychology*, 2 (1), 13-22. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832317001.pdf&ved=2ahUKEwjzI6tu5aHAXUmmbAFHU_qBVUQFnoECB4QAQ&usg=AOvVaw13w4YdMpBwpummei3Pp78I
- García, S., Bados, A y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo conductual en una persona con ansiedad generalizada. *Anuario de psicología* 42(2), 245-258. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- George Mason (s.f.). *Nuestra Historia*. Recuperado de <http://georgemasonec.weebly.com/nuestra-historia.html>
- Gómez, M. (2023). Ansiedad y depresión en adolescentes víctimas de bullying después del confinamiento por COVID-19. Estudio longitudinal. *Ansiedad y estrés* 29 (1), 27-33. Recuperado de <https://reunir.unir.net/handle/123456789/14895>
- Guerrero, E., Sánchez, S., Moreno, J., Sosa, B y Durán, M. (2019). El autoconcepto y su relación con la inteligencia emocional y la ansiedad. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual*, 27 (3), 455-476. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7203788>

- Guerra, J, Gutiérrez, M, Zavala, M, Singre, J, Goosdenovich, D y Romero, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Rev Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021
- Guevara, G., Verdesoto, A y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista científica mundo de la investigación y conocimiento*, 4(3), 163-173. Recuperado de <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860/1363>
- Hernández, M, Belmonte, L y Martínez, M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *REIDOCRE*, 7(21), 269-278. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/54133>
- Hernández – Sampieri, R. y Mendoza, C.P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial McGraw Hill Education. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Izquierdo, S., Granese, M y Maira, A. (2023). Efectos de la pandemia en el bienestar socioemocional de los niños y adolescentes en Chile y el mundo. *Punto de referencia* 647. Recuperado de https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2023/03/pder647_granese_etal.pdf
- Linares, M., Linares, D., Schmidt-Rio, J., Mato, O., Fernández, R. y Cruz, F. (2016). Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 16(63), 497-519. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54247310007>.

- Malca, A y Rivera, L. (2019). Clima Social Familiar ¿Qué relación tiene el autoconcepto en adolescentes del Callao? *CASUS Revista de investigación y Casos en Salud*, 4(2),120-129. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083957>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Ciencias Médicas de La Habana* 8 (2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n2/rhcm17209.pdf>
- Martínez, A y Piqueras, J. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcionas. *Revista de neurología* 50 (3), 167-178. Recuperado de <https://www.academia.edu/download/942684/Eficacia-terapia-revista-de-neurologia.pdf>
- Mayorga, R., Graciano, D., Martínez, A., Moctezuma, P., Pérez, B y Roldan, A. (2022). *Educación y salud boletín científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(20), 90-93. Recuperado de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/9143/8958>
- Maza, M., Peón, I., Larriba, T., Benito, C., Gasca, M. y Fau, R. (2022). Modificación cognitivo conductual en pacientes con trastorno de ansiedad. *Revista sanitaria de investigación*, 3(8). Recuperado de <https://dialnet.puce.elogim.com/servlet/articulo?codigo=8587073>
- Montero, N. (2021). El impacto del COVID 19 en la salud mental de los adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(9). Recuperado de <https://dialnet.puce.elogim.com/servlet/articulo?codigo=8080981>

- Mori, M. y Delgado, A. (2022). Ansiedad manifiesta y bienestar psicológico en estudiantes de cuarto y quinto de secundaria del distrito de Santa Anita. *Revista Educación y Sociedad*, 3(6), 21-31. Recuperado de <https://revistaeduysoc.acees.net/index.php/revistaeduysoc/article/view/122/138>
- Mousalli, G. (2015). *Métodos y diseños de investigación cuantitativa*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Mousalli/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cuantitativa/links/575b200a08ae414b8e4677f3/Metodos-y-Disenos-de-Investigacion-Cuantitativa.pdf
- Muelas, A. (2021). La influencia futura de la pandemia desde el plano psicológico en los adolescentes. *Revista INFAD de Psicología* 2(1), 307-314. Recuperado de <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/2185/1871>
- García y Musitu (2014). Manual AF-5 autoconcepto Forma 5. Madrid, España: Tea Ediciones
- Organización Panamericana de Salud (OPS, 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. Ginebra. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Oosterhoff, B., Palmer, C., Wilson, J. y Shook, N. (2020). Adolescents' Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. *Journal adolescent health* 64, 179-185. Recuperado de [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(20\)30221-4/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(20)30221-4/fulltext)

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-235. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_arttext&tlng=pt

Parra, L. y Vásquez, M. (2017). *Muestro probabilístico y no probabilístico*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>

Pasqualini, D. (2021). Los adolescentes y la pandemia: Su impacto en el año 2020. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 64(281), 91-99. Recuperado de http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2021/09/Ni%C3%B1os_281_91_Adolescencia.pdf

Paz, K. (2007). *Media Aritmética simple*. Boletín electrónico de la Facultad de ingeniería Universidad Rafael Landívar. 7. Recuperado de www.editorialkamar.com/et/archivo11.pdf

Perales, C. (2021). Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, política y valores*, 8 (4). Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000600068&script=sci_arttext#B1

- Polonia, C., Cardona, F., Castañeda, G., Vargas, I., Calvache, O. y Abanto, W. (2020). *Metodología de la Investigación Cuantitativa & Cualitativa Aspectos conceptuales y prácticos para la aplicación en niveles de educación superior*. Recuperado de <https://repositorio.uniajc.edu.co/bitstreams/34c0c38b-062a-4f52-aab8-346999b993c5/download>
- Pompa, E. y Meza, C. (2014). Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Tesis psicológica*, 9(2), 162-172. Recuperado de <https://dialnet.puce.elogim.com/servlet/articulo?codigo=5887276>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*. 8 (2), 250-257. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Pulido, E., Redondo, M., Lora, L y Jiménez, L. (2023). Medición del autoconcepto una revisión. *Psykhé*, 32 (1), 1-14. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282023000100113&script=sci_arttext&tlng=en
- Quezada, N. (2010). *Metodología de la investigación Estadística aplicada en la investigación*. Lima, Perú: Ediciones MACRO
- Quintero, K. (2020). Importancia del autoconcepto para la construcción del conocimiento. *Revista Scientific*, 5(16), 319-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5636/563662985018/563662985018.pdf>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología: Revista de la facultad de psicología y humanidades*, 23(1), 9-17. Recuperado de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/167/159>

- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad tecnológica Indoamérica*, 9(3), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>
- Ramos, D., Fernández, O. y Jiménez, V. (2018). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Revista Clínica Conpenporanea*, 9(4), 1-10. Recuperado de <https://addi.ehu.es/handle/10810/56056>
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, (2019), *Diccionario panhispánico de dudas (DPD)*. , 2.^a edición Recuperado de: <https://www.rae.es/dpd/ayuda/forma-de-cita>
- Reynold, C. y Richmond, B. (2012). *CMASR-2. Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*, 2º edición. México DF, México: Editorial el Manual Moderno S.A de c.V
- Reynoso, O., Ibarra, E. y Portillo, S. (2023). Autoconcepto, ajuste escolar y cansancio emocional en estudiantes que realizan estudios de bachillerato en línea. *Ciencias Psicológicas*, 17(1), 1 - 17. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212023000101208&script=sci_arttext#B7
- Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19 (1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103530>
- Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, I. y Zuazagoitia, A. (2018). Implicación escolar de estudiantes de secundaria: la influencia de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Educación XXI*, 21(1), 87-108. Recuperado de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/160445>

- Rodríguez, A. (2008). Autoconcepto físico y bienestar/ Malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de psicodidáctica*, 13(2), 155-158. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/175/17512723011.pdf>
- Rodríguez, R. (2011). *Manual de terapia cognitivo conductuales de los trastornos de ansiedad*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QmydAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=terapia+cognitivo+conductual&ots=viETIIZEij&sig=4VOU8hznaZ6ucJOmtJfpVW8QPtk#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false>
- Rondón, E. (2017). Conocimiento científico de la investigación postpositivista del siglo XXI: De lo externo a lo interno. *Revista Scientific*, 3(8), 79-99. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7011885.pdf&ved=2ahUKEwj-uoq26o2GAxVNBtABHdJtBMEQFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw2va7cJgF7tiV08aL9pNW->
- Romero, A. y Giniebra, R. (2022). Funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID-19. *PSIDIAL: Psicología y Dialogo de Saberes*, 1(1), 1-18. Recuperado de <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/psicologia/article/view/4302/4156>
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española, edición tricentenario*. Recuperado de <https://dle.rae.es/ansiedad>
- Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la Covid-19. *Revista Enfermedad Salud Mental*, 16, 26-30. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544334.pdf&ved=2ahUKEwiV9p>

PTyoSGAxV_SzABHQ3HACUQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw1fuj633YkQR
FtS63bafUvT

Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico del COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25 (1), 123-141. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123

Segura, M., Urdiales, M. y Méndez, L. (2022). Mejora del autoestima y autoconcepto en adolescentes. *SocioTam Revista internacional interdisciplinaria de investigación sobre la sociedad la política y la cultura*, 32 (2), 33-58. Recuperado de <https://sociotam.uat.edu.mx/index.php/SOCIOTAM/article/view/217>

Tacca, D., Cuarez, R. y Quispe, R. (2021). Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria. *International Journal of Sociology of Education*, 9(3), 293-324. <http://doi.org/10.17583/rise.2020.5186>

Tirado, B. (2020). La salud mental de los niños y adolescentes en tiempos de pandemia. *Revista hispanoamericana de ciencias de la salud*, 6 (4), 161-165. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/445/276/809&ved=2ahUKEwj9ksG10ISGAXKfjABHYo3Ce4QFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw2ZopJwEyVNyPwP7CNyBOJX>

Torres, M, Adell, R, Gil, B, Borodia, R, Ruiz, M y Lasheras, J. (2022). Aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia tras la pandemia por Covid-19. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(6). Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aumento-de-los-trastornos-de-salud-mental-en-la-infancia-y-adolescencia-tras-la-pandemia-por-covid-19/>

UNICEF (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. México. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

UNICEF (2023). *Ansiedad. La ansiedad se convierte en un problema cuando la preocupación continúa y dificulta la vida cotidiana*. El Salvador. Recuperado de <https://www.unicef.org/elsalvador/historias/ansiedad>

Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A. y Leo, G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15), 523-528. Recuperado de <https://core.ac.uk/reader/236413540>

Villafuerte, J., Bello, J., Pantaleón, Y Bermello, J. (2020). Rol de los docentes ante la crisis del Covid-19, una mirada desde el enfoque humano. *Revista electrónica formación y calidad educativa* 8 (1), 134-150. Recuperado de <https://refcale.ulead.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3214/1986>

Villena, M., Castro, R., Zagalaz, M. y Cachón, J. (2018). Análisis y relación del autoconcepto y la ansiedad en jugadores de pádel. *Revista inclusiones Revista de humanidades y ciencias sociales*, 5, 12-24. Recuperado de <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/788>

Zumba, D y Moreta, R. (2022). Afectividad, dificultades en la regulación emocional, estrés y salud mental en adolescentes del Ecuador en tiempos de pandemia del Covid-19. *Revista psicológica de la salud* 10(1), 116-129. Recuperado de <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1370/1633>

ANEXOS

Anexo 1.

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN POR EL BENEFICIARIO

Agradecemos su tiempo para completar esta breve encuesta sobre su experiencia en las actividades realizadas el día de hoy.

Instrucciones

Para cada pregunta, seleccione la opción que mejor represente su experiencia. Sea lo más honesto y sincero posible.

Escala de Likert:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Medianamente de acuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La información proporcionada fue de utilidad					
La persona encargada resolvió adecuadamente sus dudas					
El material visual, audiovisual, fue utilizado adecuadamente					
Cree que podría poner en práctica las técnicas enseñada					
Recomendaría seguir con este tipo de talleres					