

UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
LOJA



ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA  
HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “LA  
INMACULADA” DE LA CIUDAD DE LOJA.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA  
CLÍNICA

AUTORA:

CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. DIEGO SEGUNDO ANDRADE MEJÍA, MG.SC

1859

LOJA - ECUADOR

2016

## **CERTIFICACIÓN**

Loja, 23 Noviembre de 2016

Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg.sc  
**DIRECTOR DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que et trabajo de investigación de tesis titulada: "**LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "LA INMACULADA" DE LA CIUDAD DE LOJA**", realizada por la egresada, Claudia Pamela Valarezo Barrero, ha sido elaborada bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución. Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para que le dé el trámite correspondiente.



Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg.sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, **CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

- **AUTORA:** CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO
- **FIRMA:** \_\_\_\_\_ CPValarezoB. \_\_\_\_\_
- **NÚMERO DE CÉDULA:** 1103859128.
- **FECHA:** 23 de Noviembre de 2016.

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO**, declaro ser la autora de la tesis titulada “LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “LA INMACULADA” DE LA CIUDAD DE LOJA”.

Como requisito para optar al grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja en Noviembre de 2016, firma la autora:

**Firma:** \_\_\_\_\_ CPValrezoB. \_\_\_\_\_

**Autor:** CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO

**Cédula:** 1103859128.

**Dirección:** Segundo Cueva Celi 03-15 y Clodoveo Carrión. Loja – Ecuador.

**Teléfono:** 072 563 895

**Celular:** 0998338856

**Correo electrónica:** negravb14@gmail.com

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg.sc

**Tribunal de Grado:**

**Presidenta:** Dra. Anabel Larriva Borrero

**Vocal:** Dra. Susana Gonzalez

**Vocal:** Psi. Cl. Karina Flores

## **DEDICATORIA**

Mi trabajo de tesis lo dedico a mis padres Manolo y Claudia, a mis hermanos José Iván y Chabaco por ser el pilar fundamental en mi vida, por saberme guiar y educar con amor y sobre todo por ser quienes me han apoyado y motivado en cada paso.

A mis abuelitos Iván y Rosa María por su amor, sabiduría y apoyo incondicional, y a toda mi familia que han estado presentes a lo largo de mi formación.

A Leonardo por su cariño y por formar parte de mi alegría y consecución de mis logros.

Finalmente, lo dedico a mis amigos por haberme brindado el verdadero valor de la amistad.

**Pamela Valarezo B.**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mis sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y en especial a la Carrera de Psicología Clínica, por permitirme formar parte de la misma, en mi formación académica y desarrollo personal; así también hacer extenso mi agradecimiento a cada uno de los docentes que impartieron sus conocimientos de manera desinteresada durante mi trayectoria universitaria, y, en especial al Lic. Diego Andrade por haberme guiado y asesorado durante el desarrollo de mi tesis.

Mi reconocimiento y agradecimiento a Sor Nila Gómez Rectora de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” por brindarme la apertura y ayuda necesaria para la elaboración de este proyecto de tesis.

De igual manera agradezco a mi familia y a mi grupo de compañeros que durante este camino me brindaron su cariño y apoyo incondicional, finalmente deseo agradecer a todos aquellos que de una u otra manera contribuyeron en la realización de mi investigación.

**Pamela Valarezo B.**

## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE .....	vii
a. TÍTULO .....	1
b. RESUMEN .....	2
SUMMARY .....	3
c. INTRODUCCIÓN .....	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	7
1. Ansiedad .....	7
1.1 Definición .....	7
1.2 Características .....	8
1.2.1 Dominio emocional .....	8
1.2.2 Dominio cognitivo .....	9
1.2.3 Dominio conductual .....	9
1.2.4 Tensión motora .....	9
1.2.5 Dominio somático .....	10

1.3	Epidemiología.....	10
1.4	Etiología.....	11
1.4.1	Factores Biológicos.....	11
1.4.2	Factores Ambientales.....	11
1.4.3	Factores Psicosociales.....	11
1.5	Ansiedad en la niñez y adolescencia.....	12
1.5.1	Evolución de la Ansiedad.....	13
1.5.1.1	Trastorno de Ansiedad por Separación en la infancia (F 93.0).....	14
1.5.1.2	Trastorno de Ansiedad Fóbica en la Infancia (F 93.1).....	14
1.5.1.3	Trastorno de Ansiedad Social en la Infancia (F 93.2).....	15
1.5.1.4	Trastorno de Rivalidad entre Hermanos en la Infancia (F 93.3).....	15
1.5.1.5	Trastorno de pánico (F 41.0).....	16
1.5.1.6	Trastorno de ansiedad generalizada (F 41.1).....	16
1.5.1.7	Trastorno obsesivo-compulsivo (F 42).....	17
1.5.1.8	Trastorno de estrés post traumático (F 43.1).....	17
1.5.2	Ansiedad en sus diferentes niveles.....	18
1.5.2.1	Ansiedad ausente.....	18
1.5.2.2	Ansiedad Leve.....	18
1.5.2.3	Ansiedad Moderada.....	19
1.5.2.4	Ansiedad severa.....	19



1.5.2.5	Ansiedad muy grave.....	19
1.5.3	Ansiedad en diferentes contextos.....	19
1.5.3.1	Contexto Familiar.....	19
1.5.3.2	Contexto Interpersonal.....	20
1.5.3.3	Contexto Académico.....	21
1.6	Tratamiento.....	22
1.6.1	Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	23
1.6.1.1	Técnicas de relajación.....	23
1.6.1.2	Terapia explicativa.....	23
1.6.1.3	Terapia racional emotiva de Ellis.....	23
1.6.1.4	Técnicas de autocontrol.....	24
1.6.1.5	Desensibilización sistemática.....	25
1.6.1.6	Entrenamiento en habilidades sociales.....	25
1.6.2	Tratamiento farmacológico.....	26
2.	Atención.....	27
2.1	Definición.....	27
2.2	Características de la atención.....	28
2.2.1	Amplitud.....	28
2.2.2	Actividad.....	28
2.2.3	Selectividad.....	28

2.2.4	Intensidad.....	29
2.2.5	Control.....	29
2.2.6	Sistema neural complejo.....	29
2.2.7	Sistema multimodal.....	29
2.2.8	Filtro selectivo.....	30
2.2.9	Sistema jerárquico.....	30
2.2.10	Sistema dinámico.....	30
2.3	Tipos de atención.....	30
2.3.1	Atención pasiva.....	30
2.3.1.1	Estado de alerta.....	31
2.3.1.2	Respuesta de orientación.....	31
2.3.2	Atención activa.....	31
2.3.2.1	Atención focalizada.....	32
2.3.2.2	Atención sostenida.....	32
2.3.2.3	Atención selectiva.....	32
2.3.2.4	Atención alternante.....	32
2.3.2.5	Atención dividida.....	33
2.4	Alteraciones atencionales.....	33
2.4.1	Falta de atención, elevación del umbral de atención, trastorno de concentración hipoprosexia.....	33

2.4.2	Inestabilidad atencional, distraibilidad, oscilaciones hiperprosexia. ....	33
2.4.3	Fatigabilidad, incapacidad para mantener la atención. ....	34
2.4.4	Estrechamiento de la atención. ....	34
2.5	Variables que favorecen la aparición de problemas atencionales. ....	34
2.5.1	Trastornos Orgánicos. ....	35
2.5.2	Presencia de Estímulos Distractores. ....	35
2.5.3	Características de la Tarea. ....	35
2.5.4	Características Personales. ....	36
2.5.5	Estados Transitorios. ....	36
2.6	Atención en el ámbito educativo. ....	37
2.6.1	Alteraciones atencionales. ....	38
2.6.1.1	Hipoprosexia. ....	38
2.6.1.2	Hiperprosexia. ....	41
2.6.1.3	Aprosexia. ....	41
e.	MATERIALES Y MÉTODOS. ....	42
f.	RESULTADOS. ....	48
g.	DISCUSIÓN. ....	54
h.	CONCLUSIONES. ....	58
i.	RECOMENDACIONES. ....	59
j.	BIBLIOGRAFÍA. ....	84

k. ANEXOS ..... 93

**a. TÍTULO**

LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS  
ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “LA  
INMACULADA” DE LA CIUDAD DE LOJA.

## **b. RESUMEN**

La presente investigación titulada: La ansiedad y su influencia en la hipoprosxia en las estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la Ciudad de Loja, tiene como objetivos indagar los niveles de ansiedad, establecer la presencia de hipoprosxia, y finalmente determinar la relación existente entre estas dos variables, en las alumnas en edades comprendidas de 11 y 12 años. La investigación fue descriptiva, de corte transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo; apoyado en el uso de instrumentos de alta validez y confiabilidad como es la Escala de Ansiedad de Hamilton, para medir conductas ansiosas, y la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse y Pierón, con la finalidad de determinar la existencia de hipoprosxia. Teniendo así, que para el desarrollo de la misma se tomó una muestra total de 106 alumnas, obteniendo como resultado que el 92% de las alumnas evaluadas presentaron ansiedad siendo la ansiedad leve y moderada las más prevalentes con el 58% y el 28% respectivamente, en cuanto a la alteración de atención se evidencian en el 10% del total de alumnas evaluadas, de las cuales el 4% corresponden a la hipoprosxia, razón por la cual se podría concluir que la ansiedad no influye en el predominio de alteraciones en la atención, especialmente en la hipoprosxia. Tomando en cuenta los resultados obtenidos se ha desarrollado un plan de intervención psicoterapéutico, con la finalidad, principalmente, de disminuir las conductas ansiosas de las alumnas que las manifiestan.

**Palabras claves:** conductas ansiosas, alteraciones de la atención, niñez y adolescencia.

## SUMMARY

This research studies Anxiety and its influence on the hipoprosxia in students of the Educational Unit Fiscomisional "The Immaculate" from the city of Loja, aims to investigate the levels of anxiety, establish the presence of hipoprosxia, and finally determine the correlation among these two variables, including students from 11 to 12 years old. The research was descriptive, cross-sectional, with a mixed quantitative and qualitative approach; supported by the use of instruments of high validity and reliability such as the Hamilton Anxiety Scale, to measure anxious behaviors, and the perception and attention Test of Toulouse and Piéron, in order to determine the existence of hipoprosxia. To determine the results of this test, a total of 106 samples were taken, concluding 92% of the evaluated students have anxiety, being the most prevalent mild 58% and moderate anxiety 28%. Regarding to the alteration of attention, is evident in 10% of students evaluated, of which 4% correspond to hipoprosxia, reason why could be conclude that anxiety does not influence the prevalence of impaired attention, especially in the hipoprosxia. Taking into account the results obtained we have developed a plan of psychotherapeutic intervention aimed primarily to reduce anxious behavior of the students who manifest.

**Key words:** anxious behaviors, alterations of attention, childhood and adolescence.

### **c. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación posee la particularidad que su propósito de análisis: LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “LA INMACULADA” DE LA CIUDAD DE LOJA, no ha sido estudiado con anterioridad.

La ansiedad constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa personal, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (SNS-MS, 2008).

Para analizar esta problemática es necesario conocer algunos datos, puesto que, en la actualidad se considera a los trastornos de ansiedad como los trastornos mentales más comunes en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de trastorno de ansiedad (Esparza, 2003). Así también en la niñez y adolescencia se puede observar una serie de conductas como antecedentes o trastornos relacionados directamente a la ansiedad. Por ejemplo, en el ámbito académico, los estudiantes muestran unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 8.9% y el 15.4% (Josep Tomas, Jaume Almenara, 2008).

Tomando en cuenta estas cifras, se afirma que altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar (Jadue, 2001). Pudiendo llegar a presentarse alteraciones en la atención, como es la hipoprosexia, conocida como el déficit de atención en grado ligero, que se manifiesta por la escasa capacidad que tiene el sujeto de fijar su mente sobre un



determinado objetivo (Diccionario Médico, 2015), a lo que se puede añadir que los estudiantes muy ansiosos presentarán dificultad a la hora de poner atención, y debido a su constante preocupación mostrarán mayor distraibilidad en clases.

Con el propósito de desarrollar adecuadamente el presente trabajo investigativo, se planteó como objetivo general: Determinar la relación existente entre la ansiedad y la hipoprosexia, en las estudiantes de edades comprendidas entre los 11 y 12 años, de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, con la finalidad de conocer la prevalencia de estas alteraciones existente en nuestro medio local, además de determinar si existe relación entre ambas variables. De la misma manera se plantearon tres objetivos específicos: Indagar los niveles de ansiedad presentes en las estudiantes de edades comprendidas entre los 11 y 12 años; Establecer la presencia de hipoprosexia en las estudiantes investigadas; y, Generar una propuesta psicoterapéutica enfocada en disminuir los niveles de ansiedad y por tanto incrementar la atención y concentración de las estudiantes investigadas.

El diseño de la presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo, que manejó métodos científicos como el inductivo-deductivo, analítico-sintético, descriptivo-estadístico y el método comparativo; los mismos que se apoyaron en el uso de técnicas e instrumentos psicológicos estandarizados y validados que se utilizaron para la recolección de la información en relación a las variables en estudio, como son la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse y Pierón.

La población investigada se centró en las alumnas de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la ciudad de Loja, que se encontraron en las edades de 11 y 12 años, dando validez al criterio que menciona que, si las estudiantes que no completaran los instrumentos de evaluación

de forma correcta quedarían excluidas del proceso evaluativo, se obtuvo un total de 106 alumnas evaluadas.

La revisión de la literatura se fundamentó en base a dos variables principales, la ansiedad y la atención. El primer capítulo que trata sobre la ansiedad y apoyado en un marco científico abarca definición, características, epidemiología y etiología, con la finalidad de conocer de una manera global sobre esta patología, así mismo, toma en cuenta la presencia de ansiedad en la población adolescente, refiriendo aspectos sobre la evolución de la ansiedad y la ansiedad en los diferentes contextos, finalmente se expone un apartado centrado en el tratamiento. El segundo capítulo hace referencia a la atención, con subtemas como definición, características, tipos, alteraciones, variables implicadas en la aparición de problemas atencionales, y finalmente la atención en el ámbito educativo, donde se abordan las alteraciones en la atención y sobretodo la hipoprosexia.

Finalmente se propone un plan psicoterapéutico a fin de intervenir conductas ansiosas, así como una serie de actividades encaminadas a reforzar el nivel atencional de la población investigada.

## **d. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **1. Ansiedad**

#### **1.1 Definición.**

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano (RAE, 2014), siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Es así que, la ansiedad se define como una emoción compleja caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta urgentes. En general, cumple una función adaptativa, para afrontar situaciones de peligro. La ansiedad normal cumple una función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve, afecta al plano psíquico más que al corporal y no afecta a la libertad, la ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, se sitúa en el plano corporal y reduce la libertad personal (Bennasar, 2010).

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (CIE 10, OMS, 1992).

Si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional. Se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez, traducándose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

## **1.2 Características.**

Según el libro de “Trastornos afectivos: ansiedad y depresión”, mencionan que, la ansiedad patológica tanto si forma parte de un síndrome ansioso específico como de otro trastorno psiquiátrico o médico, pueden manifestarse a través de diferentes síntomas, que podemos agrupar desde una perspectiva académica en varios dominios: (Ruiloba & Ferrer, 1999)

### **1.2.1 Dominio emocional.**

La ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, angustiosas, aprensión. Sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del yo.

Como se puede entender las personas que padecen de ansiedad sienten que no siempre las cosas cotidianas son tan triviales, su grado de preocupación las expone para percibir la vida de una manera, agitada, lo cual puede verse asociado a otro tipo de patologías concomitantes o producto de esta misma ansiedad, como la depresión.

### **1.2.2 Dominio cognitivo.**

Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginarias del presente y del futuro inmediato, anticipación del peligro o que de algo malo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales.

Dándonos cuenta que, en el individuo que está atravesando una situación angustiosa o un ataque de pánico, sus pensamientos se ven distorsionados o alterados, imaginando así escenas en las que su realidad se ve maximizada frente a los sucesos presentes.

### **1.2.3 Dominio conductual.**

Suele estar presente una inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencias de sentimientos de impotencia y de sobre carga emocional.

Como se hablaba en el punto anterior, la persona con ansiedad interpreta como amenazante las situaciones del entorno, por cuanto, una de las reacciones del sujeto implica una respuesta de abandono o de evitación, o, por el contrario, una respuesta de búsqueda de seguridad quizás pidiendo ayuda, lo que se traduce a una respuesta de lucha o de huida.

### **1.2.4 Tensión motora.**

El sujeto con ansiedad se encuentra tembloroso, sobresaltado, con estremecimiento o sacudidas musculares, tensión, con dolores musculares, cefaleas, debilidad, cansancio fácil, incapacidad de relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa y marcha inestable. La característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado.

Conocemos que muchos de los síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica lo que implica que estas respuestas se asocian con la activación del sistema nervioso, originando varios síntomas visibles como es la tensión.

### **1.2.5 Dominio somático.**

Existe una hiperactividad autonómica que se traduce en la presencia de síntomas cardiorrespiratorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial), respiratorios (disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, suspiros, bostezos), sensoriales (mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa, midriasis, parestesias, despersonalización-desrealización), digestivos (disfagia, nudo en la garganta, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento), vegetativos (febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, poliuria, polaquiuria, tenesmo, rinorrea), e instintivos (insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, anorexia, hiperfagia).

Antes de una presentación, de rendir una prueba o de interactuar con más gente los nervios nos invaden y nuestro organismo reacciona, sentimos que el corazón nos late muy rápido, que nos falta el aire, sentimos cierta debilidad muscular, como una respuesta normal frente a lo temido.

### **1.3 Epidemiología.**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el segundo en frecuencia dentro de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia tras el trastorno de ansiedad por separación. Su prevalencia se estima entre un 2,7 y un 4,6%. Parece ser más prevalente entre adolescentes y niños mayores (12 a 18 años) que entre niños de menor edad (5 a 11 años). El inicio de la sintomatología se sitúa alrededor de los 13 años, aunque se han descrito casos a edades tan tempranas como a los 4 años. Parece existir mayor riesgo en el primer hijo, sobre todo si el núcleo

familiar es reducido, en niveles socio-económicos altos, y en aquellas familias con altas exigencias en la consecución de objetivos. No se describen diferencias respecto al sexo hasta llegada la adolescencia, en que predomina el sexo femenino. (Tratado de Psiquiatría, 2015)

#### **1.4 Etiología.**

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales. (SNS-MS, 2008)

##### **1.4.1 Factores Biológicos.**

Se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.

##### **1.4.2 Factores Ambientales.**

La influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

##### **1.4.3 Factores Psicosociales.**

Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo.

## **1.5 Ansiedad en la niñez y adolescencia.**

La ansiedad aparece en el niño ante situaciones que impliquen riesgo, peligro o compromiso, teniendo una función defensiva: por lo que, es un fenómeno normal que ayuda a alertar al individuo frente a posibles peligros. Por ello, debe distinguirse la ansiedad normal de la patológica, teniendo en cuenta la edad del niño y su nivel madurativo, ya que muchas reacciones que en el adulto implicarían un determinado diagnóstico, en el niño son expresiones de su etapa evolutiva. (G. Ochando Perales & S.P. Peris Cancio, 2012)

Los niños y niñas, en su desarrollo evolutivo, son los primeros que tienen que hacer frente a un gran número de situaciones novedosas, situaciones, que, por presentarse por primera vez, no controlan, desconocen, pudiendo sentirse desbordados por ellas. Situaciones tales como empezar el colegio, separarse de su entorno más cercano, exámenes, actividades, deberes, relaciones sociales, que pueden ser evaluadas, en ocasiones, como “negativas”, “no alcanzables” y al enfrentarse a ellas sentirse poco capaces, poco seguros, generándose en ellos todo tipo de sensaciones físicas que les hacen sentir malestar. A lo largo de la infancia aparecen miedos denominados evolutivos, es decir propios del desarrollo normal del niño. Estos miedos nada tienen que ver con un trastorno infantil o un problema emocional, por el contrario fomenta a un crecimiento adecuado. (López Muñoz, 2007)

Según el libro *Psiquiatría Clínica Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, menciona que “El adolescente tiene derecho a su sufrimiento”. Dentro del apartado, momentos normales de ansiedad en la adolescencia, señala que no existe adolescente sin ansiedad. La forma como el adolescente enfrenta la ansiedad propia de su edad es determinante para su desarrollo. Existen diversas calificaciones de lo normal y de lo patológico en la adolescencia, y algunas de las calificaciones de momentos normales que están particularmente cargadas de ansiedad nombran los



relacionados con el cuerpo, con el sexo opuesto y los conflictos de la adolescencia con la independencia-dependencia de los padres. (Gomez Restrepo, Hernandez Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo, 2008)

Es importante tomar en consideración que, tanto, los niños como los adolescentes con síntomas de ansiedad consultan primero al pediatra y se presentan como miedos o preocupaciones, y por lo general no reconocen su temor como irracional. Comúnmente tienen quejas somáticas de cefalea, dolor de abdominal, llanto, irritabilidad y enojo, que pueden ser mal interpretados como oposición o desobediencia; cuando en realidad representan la expresión del miedo o ansiedad del paciente o el esfuerzo del niño por evitar el estímulo que le causa miedo o ansiedad. Estos síntomas pueden llegar a confundir la evaluación y el diagnóstico y llevar a estudios innecesarios. El reconocimiento temprano de los síntomas de ansiedad y la búsqueda inicial de alguna condición médica general que pueda explicar la ansiedad, son de vital importancia para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno y así poder minimizar el impacto negativo. Existen múltiples escalas y cuestionarios que sirven como tamización de síntomas sugestivos de ansiedad y depresión. (Fanny del Carmen Ospina-Ospina, María F. Hinestrosa-Upegui, 2011)

### **1.5.1 Evolución de la Ansiedad.**

Tradicionalmente, en psiquiatría infantil se ha diferenciado entre los trastornos de las emociones específicos en la infancia y los trastornos neuróticos característicos del adulto. Cuatro han sido las justificaciones principales para esta diferenciación. Para la cual, la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CIE-10), nos describe: (OMS, 2001).

#### *1.5.1.1 Trastorno de Ansiedad por Separación en la infancia (F 93.0).*

Es normal que los niños pequeños y en edad preescolar presenten un cierto grado de ansiedad ante las separaciones reales o la amenaza de las mismas de personas significativas con las que están vinculados. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad y cuando ésta aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad en un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá del período de edad habitual) y por su asociación con problemas significativos en el funcionamiento social. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad (si están presentes debe tenerse en cuenta la posibilidad de las categorías F40-F48). El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de aquellos individuos a los que el niño está vinculado (por lo general, los padres u otros miembros de la familia), y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones.

#### *1.5.1.2 Trastorno de Ansiedad Fóbica en la Infancia (F 93.1).*

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores centrados en un amplio espectro de objetos o situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser codificados de acuerdo con la categoría correspondiente en F40-F48. No obstante, algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en diferente grado en la mayoría de los niños, como, por ejemplo, los temores a animales en el período preescolar.

#### *1.5.1.3 Trastorno de Ansiedad Social en la Infancia (F 93.2).*

Los niños afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente, o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos, ante compañeros o ambos. El temor se acompaña de un grado normal de vinculación selectiva hacia los padres u otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales son de tal grado, que desbordan los límites de la normalidad para la edad del niño y se acompaña de problemas en el funcionamiento social clínico.

#### *1.5.1.4 Trastorno de Rivalidad entre Hermanos en la Infancia (F 93.3).*

La rivalidad o los celos fraternos pueden manifestarse por una competitividad marcada con los hermanos para lograr la atención y el afecto de los padres. Por esto, para ser considerados como anormales deben acompañarse de un grado inusual de sentimientos negativos. En casos graves puede acompañarse de hostilidad abierta y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves puede manifestarse por un rechazo importante a compartir, una falta de consideración y un empobrecimiento de las relaciones amistosas. El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas y con frecuencia se acompaña de algún grado de regresión, con pérdida de capacidades previamente adquiridas (como el control de esfínteres) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el niño quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores, como la alimentación. Suele haber un aumento de la confrontación o un comportamiento oposicionista con los padres, rabietas, disforia expresada en forma de ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

#### *1.5.1.5 Trastorno de pánico (F 41.0).*

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

#### *1.5.1.6 Trastorno de ansiedad generalizada (F 41.1).*

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y

presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

#### *1.5.1.7 Trastorno obsesivo-compulsivo (F 42).*

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión.

#### *1.5.1.8 Trastorno de estrés post traumático (F 43.1).*

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que

causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

### **1.5.2 Ansiedad en sus diferentes niveles.**

La ansiedad no es algo rígido, se presenta de diferentes maneras y existen diferentes niveles de la misma, dependiendo de cómo reaccionemos a las diferentes presiones de la vida; dentro de cada uno de estos niveles se pueden reconocer diferentes síntomas. Es así que, Diana Díaz en su artículo explica acerca de uno de los niveles de ansiedad: (Díaz, 2014)

#### *1.5.2.1 Ansiedad ausente.*

Es cuando una persona siente calma y se siente en paz. No hay preocupaciones ni sensaciones corporales incómodas.

#### *1.5.2.2 Ansiedad Leve.*

Son aquellas sensaciones de ansiedad pasajeras y algunos nervios. Es muy normal tener un poco de ansiedad debido a las presiones del día a día y de hecho no es del todo malo, un poco de

ansiedad nos puede impulsar, motivar e incluso incrementar la creatividad, debido a que estamos más alerta.

#### *1.5.2.3 Ansiedad Moderada.*

Cuando existen cantidades moderadas de ansiedad, se pueden reconocer algunas molestias corporales, como palpitations ligeramente aceleradas y sudoración. En este punto cuesta mucho prestar atención a los detalles y la concentración comienza a cerrarse, llevando a la persona a centrarse en la causa de la ansiedad.

#### *1.5.2.4 Ansiedad severa.*

Cuando se presenta este nivel de ansiedad, es muy probable que no se logre pensar en otra cosa más que en la angustia. Existen sentimientos que algo malo va a pasar y cuesta quitar esa idea de la cabeza. Los síntomas incluyen palpitations fuertes y aceleradas, dificultad para respirar, mareos y temor, entre otros.

#### *1.5.2.5 Ansiedad muy grave.*

En este punto la ansiedad alcanza su nivel más alto, se asocia con un terror profundo. Todas las hormonas relacionadas con la ansiedad, particularmente la adrenalina y noradrenalina, han sido liberadas y el cuerpo se prepara para luchar o huir. Las sensaciones corporales se exageran y se suma el temor de que algo muy malo esté pasando. Todas estas sensaciones causan que el individuo no se sienta en la capacidad de funcionar o concentrarse.

### **1.5.3 Ansiedad en diferentes contextos.**

#### *1.5.3.1 Contexto Familiar.*

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera

debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual con cada miembro de la familia, en el ámbito grupal tomando en cuenta a la familia como un todo, y social con respecto a las relaciones del grupo con su entorno.

Un tema que siempre ha generado gran interés es el proceso de separación, divorcio o ruptura conyugal. Este es vivido por la familia como uno de los eventos vitales más estresantes. Como tal, puede repercutir en la salud mental y física de todos sus miembros, y especialmente en el bienestar de los hijos. A consecuencia de dichos acontecimientos, se pueden presentar algunos efectos emocionales, pueden ser: sentimientos de abandono y rechazo; culpabilidad por la separación de los padres; miedo no resuelto e inseguridad; baja autoestima; ansiedad y depresión, dentro de los tipos de ansiedad el más frecuentes es la ansiedad por separación e inadaptación personal, familiar, escolar y social. Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos. (Vargas, 2014).

#### *1.5.3.2 Contexto Interpersonal.*

La fobia social es una de las patologías en donde se halla más afectada el área de las relaciones afectivas, ya que la naturaleza de éste trastorno incluye la dificultad en las habilidades sociales, el temor al ridículo, timidez, preocupación por el desempeño sexual, vergüenza, temor a expresar emociones o hablar de sí mismos. (Bogiaizian & Coccia, 2006). Por cuanto, la situación social provoca una respuesta inmediata de ansiedad, la cual llega a adoptar en ocasiones la forma de una crisis de angustia. Así, con el fin de evitarse tales desagradables sensaciones, la persona rehúye de las situaciones sociales o las tolera tratando de pasar desapercibido y con nula participación (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2006).



Debido a la excesiva ansiedad que les genera, dejan de concurrir a eventos sociales, rechazan invitaciones o encuentros que impliquen la posibilidad de quedar expuestos y sentirse rechazados. Como consecuencia de ello su círculo social se restringe cada vez más, su calidad de vida se empobrece significativamente y las posibilidades de conseguir pareja descienden a niveles que interfieren en sus proyectos personales. (Bogiaizian & Coccia, 2006)

Según Safran y Segal (1994), desde una perspectiva interpersonal, la autoestima de un individuo y su sentido básico de seguridad en el mundo son una función del sentido que tiene de su posibilidad de entablar relaciones. Este es el proceso que se halla entorpecido en las personas que padecen ansiedad social. La desconfianza, tanto en sí mismo como en las personas de su entorno, es la moneda corriente y se verifica en las restricciones en la vida cotidiana. (Bogiaizian & Coccia, 2006).

#### *1.5.3.3 Contexto Académico.*

Toda demanda del ambiente que crea un estado de tensión o amenaza y que requiere de cambio o adaptación provoca trastornos de ansiedad en algunos individuos. La presión que sienten los alumnos por obtener un buen rendimiento escolar puede provocar en ellos una exacerbación de la ansiedad. Por su misma naturaleza, la ansiedad depende del concepto que el alumno tiene de las demandas que se le formulan en relación con la capacidad de comprensión y de control que encuentra en sí mismo. El estudiante enfrenta constantemente situaciones académicas cuyas exigencias debe comparar con sus propios medios. Cuando su evaluación de las demandas de la escuela lo lleva a concluir que son más de lo que él puede rendir, afronta una situación de peligro, de humillación, a veces, suficientes para justificar el rechazo a la escuela. (Jaude, 2001).

Conjugando las variables externas e internas, pero desde la perspectiva o valoración del sujeto, podemos encontrar explicación al papel que juega la ansiedad en el rendimiento. Así, tal valoración

surge, por una parte, del proceso de negociación entre las demandas y recursos del medio ambiente y, por otra, de las creencias, prioridades y metas del estudiante, dando como resultado una reacción emocional, cuya intensidad depende de la percepción de amenaza a la seguridad, autoestima y estabilidad personal. (Pedro Hernández, Andrés Fernández).

Es así que, altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Los muy ansiosos tienen dificultades para poner atención, se distraen con facilidad. Utilizan pocas de las claves que se otorgan en las tareas intelectuales. A medida en que van procesando la información, no organizan ni elaboran adecuadamente los materiales y tienden a ser poco flexibles para adaptarse a los procesos de aprendizaje. Aquellos con una inteligencia promedio sufren mayormente de dificultades académicas, ya que los mejores dotados intelectualmente pueden compensar la ansiedad. (Jaude, 2001).

## **1.6 Tratamiento.**

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del individuo, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva.

El abordaje que se vaya a realizar es esencial, sobre todo cuando se trata de niños y adolescentes, para lo cual se debe iniciar con una buena evaluación y diagnóstico. Para los trastornos de ansiedad uno de los abordajes más utilizados y eficaces son las terapias cognitivo-conductuales: (SNS-MS, 2008)

Algunas de las técnicas psicoterapéuticas incluidas dentro del tratamiento cognitivo-conductual podemos encontrar:

### **1.6.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales.**

#### *1.6.1.1 Técnicas de relajación.*

Existen distintas técnicas de relajación, están la relajación progresiva, la relajación pasiva, la relajación autógena y la respuesta de relajación. Cada técnica enfatiza unos elementos sobre otros. Así el principal énfasis en la relajación progresiva recae en la discriminación entre tensión y relajación muscular; la relajación pasiva, en el aprendizaje de la relajación de distintos grupos musculares; en la autógena, en la provocación del sentimiento de calor y pesadez en las extremidades y en la concentración pasiva en la respiración; y, por último, en la respuesta de relajación, en una palabra, o manera asociada con la respiración. (Caballo, 1998)

#### *1.6.1.2 Terapia explicativa.*

Involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan. (Balarezo, 2007).

#### *1.6.1.3 Terapia racional emotiva de Ellis.*

La meta primordial de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc.

El modelo ABC de la Terapia Racional-Emotiva funciona de la siguiente forma: Contrariamente a la creencia general, la A o acontecimiento activante no produce directamente y de forma automática la C o consecuencias, que pueden ser emocionales y/o conductuales, ya que, de ser así, todas las personas reaccionarían de forma idéntica ante la misma situación. La C es producida por la interpretación que se da a la A, es decir, por las creencias beliefs que generamos sobre dicha situación. Si la B es funcional, lógica, empírica, se la considera racional. Si, por el contrario, dificulta el funcionamiento eficaz del individuo, es irracional. En el ABC de la TRE, el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional se llama refutación o debate y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez. (Caballo, 1998).

#### *1.6.1.4 Técnicas de autocontrol.*

El autocontrol no es una teoría sistemática única de la conducta humana, ni tampoco una escuela unificada de psicoterapia. El término se refiere a un grupo de técnicas y de estrategias de terapia que tienen algunos propósitos y suposiciones comunes. Estos métodos de terapia provienen de una serie de modelos teóricos y, a menudo se aplican bien como técnicas auxiliares o bien como componentes de muchas formas de psicoterapia. El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. (Caballo, 1998)

Lucio Balarezo propone cinco técnicas de autocontrol, como son: (Balarezo, 2007)

1. Control de estímulos
2. Autoobservación

3. Autoreforzamiento y Autocastigo
4. Autoinstrucción
5. Entrenamiento de respuestas alternativas

#### *1.6.1.5 Desensibilización sistemática.*

La desensibilización sistemática es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. El procedimiento consta de dos componentes distintos. El primer componente consiste en enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. La relajación progresiva, o algún otro procedimiento general de la relajación, se utilizan normalmente para este propósito; aunque cualquier respuesta contraria a la ansiedad que haga el paciente, como la respuesta de aserción, bastará. El segundo componente de la desensibilización sistemática implica una exposición graduada al estímulo provocador de miedo. La exposición se puede llevar a cabo en la imaginación o en vivo. (Caballo, 1998).

La técnica básica de la Desensibilización Sistemática se centra en los siguientes pasos: (Balarezo, 2007).

- a) El adiestramiento en relajación muscular profunda
- b) Construcción de jerarquías en base a los estímulos ansiógenos a través del uso de una escala que cuantifique la ansiedad subjetiva.
- c) Contraposición de la relajación a los estímulos ansiógenos.

#### *1.6.1.6 Entrenamiento en habilidades sociales.*

El entrenamiento en habilidades sociales se podría definir como un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida, o como un

intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades, interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual, en clases específicas de situaciones sociales. El proceso del entrenamiento en habilidades sociales implicaría, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada: (Caballo, 1998)

- a) Entrenamiento en habilidades
- b) Reducción de la ansiedad
- c) Reestructuración cognitiva
- d) Entrenamiento en solución de problemas
- e) Establecimiento de redes de apoyo

### **1.6.2 Tratamiento farmacológico.**

En el tratamiento de la ansiedad, se emplean habitualmente dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos: (Lope, 2007)

En cuanto a los antidepresivos comúnmente empleados hoy en día en el tratamiento de los trastornos de angustia son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Constituyen el tratamiento de elección primaria. El grupo de los ISRS está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Es conveniente iniciar el tratamiento con dosis bajas, y asociar tranquilizantes las primeras semanas.

Con relación a los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Cloracepam, etc). Producen un efecto tranquilizante. Actúan reduciendo los síntomas de ansiedad en cuestión de minutos y disminuyendo tanto la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia.

Los ansiolíticos deben considerarse parte de un plan múltiple de tratamiento. Los fármacos deben tenerse muy en cuenta en niños mayores y en adolescentes y en aquellos con sintomatología grave. La comorbilidad diagnóstica y el perfil de efectos secundarios son factores importantes a considerar al seleccionar el tipo de ansiolítico. (Tomas & Almenara, 2008).

## **2. Atención**

### **2.1 Definición.**

Según Ballesteros (2002), la atención es el proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno.

Observar, escuchar, tocar, oler y gustar requieren, entre otras cosas, la habilidad de atender; esta habilidad se conoce mejor como un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad y para la realización de cualquier actividad. No es un proceso unitario, sino un conjunto de diferentes mecanismos que trabajan de forma coordinada. Su función es seleccionar del entorno los estímulos que son relevantes para el estado cognitivo en curso del sujeto y que sirven para llevar a cabo una acción y alcanzar unos objetivos. Es, por tanto, un proceso activo, no estático que mantiene un programa en función de una serie de determinantes basados en la experiencia, como los motivos, el contexto y otros. (Ocampo, 2009)

López Soler y Julia García Sevilla definen a la atención como el proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Los mecanismos implicados pueden ser de tres tipos: (Soler & Sevilla, 2000).

- a) Mecanismos selectivos, se activan cuando el ambiente nos exige centrarnos en un solo estímulo o tarea, aun en presencia de una gran cantidad de información a nuestro alrededor que normalmente suele interferir.
- b) Mecanismos de distribución, se ponen en marcha cuando el ambiente nos exige atender a varias cosas a la vez y no, como en el caso anterior, centrarnos en un único aspecto del ambiente.
- c) Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento de la atención, se producen cuando tenemos que concentrarnos en una tarea durante períodos de tiempo relativamente amplios.

## **2.2 Características de la atención.**

Las características de la atención que Julio Vallejo Ruiloba propone en su libro son: (Vallejo Ruiloba, 2011)

### **2.2.1 Amplitud.**

Se refiere tanto a la cantidad de información que se puede atender a la vez como al número de tareas que se pueden realizar simultáneamente.

### **2.2.2 Actividad.**

La atención supone un incremento en la actividad del sistema nervioso e intelectual del alumno.

### **2.2.3 Selectividad.**

Se refiere al tipo de estímulos o de tareas que se seleccionan. La selección, realizada en parte por exigencias de la limitación de la amplitud, se realiza tanto a nivel cualitativo (tipo de estímulos o de tareas) como cuantitativo (número de estímulos o de tareas). Depende de jerarquías, prioridades, filtrando la información y dejando pasar solo aquello que es importante o relevante.



#### **2.2.4 Intensidad.**

Se refiere a la cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea. Está directamente relacionada con el nivel de alerta y vigilancia y no es constante. Puede depender de diferentes variables endógenas o exógenas.

#### **2.2.5 Control.**

Para algunos autores como Tudela, el control es una de las funciones más importantes de la atención pues caracteriza la mayoría de las actividades que responden a unos objetivos y requieren unas respuestas determinadas. La atención es un proceso organizado de forma lógica, que responde a objetivos marcados por el sujeto.

Por otro lado para José Antonio Portellano y Javier García existen otras características de importancia, siendo 5 las principales: (Portellano & García, 2014)

#### **2.2.6 Sistema neural complejo.**

No existe una sola estructura neurológica que por sí sola permita gestionar los procesos atencionales, sino que siempre participan distintas estructuras del encéfalo, que interactúan de forma armónica y coordinada para llevar a cabo las distintas modalidades de atención. La complejidad de la atención implica la interactividad permanente entre muy diversas estructuras neuroanatómicas, situadas en el tronco cerebral, el subcortex y la corteza cerebral de asociación.

#### **2.2.7 Sistema multimodal.**

La atención está situada en la encrucijada de múltiples subfunciones, desde las más pasivas, hasta las que exigen una mayor selectividad y esfuerzo cognitivo. La multimodalidad de la atención incluye disponer de adecuados niveles de alerta, orientación, concentración, velocidad de procesamiento, motivación, dirección, selectividad y alternancia.

### **2.2.8 Filtro selectivo.**

A través de la atención decidimos qué estímulos son más relevantes, dándoles prioridad y focalizando la actividad para su posterior procesamiento dentro del sistema nervioso.

### **2.2.9 Sistema jerárquico.**

Las distintas modalidades de atención constituyen un sistema jerárquico formado por redes con una estructura piramidal, en cuya base estarían situados los procesos atencionales más pasivos e involuntarios, mientras que los procesos atencionales con mayor peso cognitivo, de tipo activo y voluntario, estarían situados en la cúspide.

### **2.2.10 Sistema dinámico.**

Una característica de la atención es su condición de proceso activo, que se adapta a las distintas contingencias, modulando su intensidad en función de las necesidades. Su carácter dinámico dota a las respuestas adaptativas de un mayor grado de flexibilidad.

## **2.3 Tipos de atención.**

La atención abarca un amplio espectro, ya que participa en los procesos más pasivos e involuntarios como la respuesta de orientación y también lo hace en la gestión de tareas complejas. Las distintas modalidades de atención se articulan en dos niveles: atención pasiva y atención activa. La atención pasiva se relaciona con los procesos de atención involuntaria y se localizan en las áreas más basales del encéfalo, mientras que los procesos de atención activa o voluntaria se sitúan más próximos a las áreas corticales. (Portellano & García, 2014).

### **2.3.1 Atención pasiva.**

Es una modalidad de atención más rudimentaria e inespecífica, en la que la persona no se dirige hacia el objeto o situación intencionalmente, ni tampoco ejerce ningún tipo de esfuerzo voluntario.

También se caracteriza porque no está vinculada con los motivos, necesidades o intereses inmediatos del sujeto. Se incluyen en este apartado el estado de alerta y la respuesta de orientación.

#### *2.3.1.1 Estado de alerta.*

Constituye la base fundamental de los procesos atencionales, ya que es el nivel más elemental y primario. Aporta el suficiente nivel de activación para permitir el acceso de los estímulos, facilitando la disposición general del organismo para procesar la información. Habitualmente se distinguen dos modalidades en el estado de alerta: fásica y tónica. La alerta fásica es un estado de preparación para procesar un estímulo y el paradigma es el tiempo de reacción. La alerta tónica, o atención tónica, es el umbral de vigilancia mínimo que se necesita para mantener la atención durante la realización de una tarea prolongada.

#### *2.3.1.2 Respuesta de orientación.*

Permite la supervivencia del individuo y le prepara para responder ante cualquier estímulo externo sorpresivo. La respuesta de orientación es la capacidad para reconocer el entorno personal, siendo capaz de identificar las coordenadas espaciales y temporales existentes entre uno mismo y el ambiente que nos rodea.

### **2.3.2 Atención activa.**

La atención activa o deliberada es el proceso atencional en el que participan los aspectos motivacionales del sujeto; se lleva a cabo mediante una actuación consciente, intencionada, volitiva y con una utilidad práctica. Tiene varias modalidades: focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida.

#### 2.3.2.1 *Atención focalizada.*

Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se concentra en un objetivo concreto, resistiendo al incremento de la fatiga y las condiciones de distraibilidad. La atención focalizada requiere un nivel de alerta suficientemente activo, aunque depende preferentemente de los factores motivacionales de cada sujeto.

#### 2.3.2.2 *Atención sostenida.*

Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se puede mantener activo durante un periodo más o menos prolongado de tiempo, resistiendo la fatiga y la presencia de elementos distractores.

#### 2.3.2.3 *Atención selectiva.*

Es la capacidad para mantener una determinada respuesta ante un estímulo, a pesar de que existan otros estímulos distractores que de manera simultánea compiten entre sí. Es decir, es la capacidad para seleccionar y activar los procesos cognitivos enfocándolos sobre aquellos estímulos o actividades que interesan y anulando los que son irrelevantes que están ejerciendo competencia durante el proceso de atención selectiva.

#### 2.3.2.4 *Atención alternante.*

Es una modalidad de atención voluntaria de alto nivel, con mayor entidad que la atención focalizada y sostenida, porque requiere de la utilización de mayores recursos cognitivos. Consiste en la capacidad para cambiar el foco de atención desde un estímulo a otro voluntariamente o ante demandas externas, desplazándolo entre varias tareas. Requiere disponer de suficiente flexibilidad cognitiva, capacidad de inhibición, memoria de trabajo y memoria prospectiva.

#### 2.3.2.5 *Atención dividida.*

Se puede definir como la habilidad que tiene una persona para dar varias respuestas simultáneas ante diferentes estímulos, realizando tareas igualmente diferentes ante cada uno de ellos. La atención dividida implica prestar atención a por lo menos dos estímulos al mismo tiempo. También se llama atención dividida a aquella que, frente a una carga de estímulos, el individuo logra repartir sus recursos atencionales para así poder desempeñar una tarea compleja. Esta modalidad de atención implica un mayor nivel de esfuerzo mental ya que implica la participación de otros componentes cognitivos como la memoria operativa, la resistencia a la interferencia y la flexibilidad mental.

### **2.4 Alteraciones atencionales.**

La doctora María José Segura, en su publicación menciona algunas características referentes a alteraciones atencionales, las cuales se describen a continuación: (Segura, 2003)

#### **2.4.1 Falta de atención, elevación del umbral de atención, trastorno de concentración hipoprosexia.**

Existe una capacidad disminuida para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un objeto. También hace referencia a la presencia de umbrales estímulares demasiado elevados para conseguir la orientación del sujeto.

#### **2.4.2 Inestabilidad atencional, distraibilidad, oscilaciones hiperprosexia.**

La atención se dirige superficialmente a los estímulos de cada momento, cambiando rápidamente, mostrándose una incapacidad para mantenerla sobre los estímulos relevantes de la situación.

### **2.4.3 Fatigabilidad, incapacidad para mantener la atención.**

Aparece una fatiga prematura centrada en un aumento del tiempo de reacción y en el número de errores sobre tareas repetidas que exigen una atención sostenida durante cierto tiempo.

### **2.4.4 Estrechamiento de la atención.**

La concentración se focaliza sobre unos pocos estímulos y en muchos casos también se internaliza. En la esquizofrenia el sujeto se fija en sus alucinaciones o en sus delirios de un modo constante, siendo incapaz de atender a otros estímulos del ambiente.

## **2.5 Variables que favorecen la aparición de problemas atencionales.**

Hay ocasiones en que ciertos factores hacen que prestemos automáticamente atención a las cosas sin que al menos en un primer momento medie la voluntad. A nivel perceptivo, este tipo de atención depende fundamentalmente de las características de los propios estímulos ambientales y cuando se trata de llevar a cabo una tarea nuestro rendimiento se ve mediatizado por factores motivacionales y emocionales que hacen que de forma involuntaria cualquier estímulo o situación nos distraiga.

El conjunto de factores que logran captar involuntariamente nuestra atención recibe el nombre de factores determinantes de la atención. Estos factores están en función por un lado de las propias características de los estímulos y por otro del estado de nuestro organismo. Se distinguen así entre determinantes externos e internos, respectivamente. De la misma manera, constan algunos aspectos a tomar en consideración ante la aparición de factores que ocasionan alteración en la atención: (Soler & Sevilla, Problemas de Atención en el Niño, 2000)

### **2.5.1 Trastornos Orgánicos.**

Algunos trastornos orgánicos de naturaleza no nerviosa pueden también ocasionar problemas de atención. Por ejemplo, un niño mal alimentado, con anemia o una salud quebradiza no tiene sus ritmos biológicos básicos armonizados, y sin ellos difícilmente puede conseguir un ritmo atencional adecuado; también están las dificultades en la función respiratoria, como es el caso de las vegetaciones adenoideas, puede originar una deficiente oxigenación de los centros cerebrales, lo que produce mayor fatiga y en consecuencia una atención deficiente. Pero los casos más frecuentes de trastornos orgánicos que pueden facilitar trastornos de atención son los déficits sensoriales, sobre todo visuales y auditivos.

### **2.5.2 Presencia de Estímulos Distractores.**

Existen una serie de factores relativos a las características de los objetos que hacen que nuestra atención se preste, de forma involuntaria, a ciertos aspectos del ambiente. En la medida en que aparecen estos factores determinantes externos, y estos no sean relevantes para nuestro objeto principal, es decir, se conviertan en distractores, provocará un problema de falta de atención; en ocasiones porque son estímulos atractivos para la persona (televisión) y en otras porque aparecen como estímulos perturbadores (ruido, interferencias, exceso de calor o frío, etc).

### **2.5.3 Características de la Tarea.**

En aquellos casos en los que el sujeto ha de centrarse en una tarea siempre hay que tener en cuenta que las actividades muy monótonas o poco variadas propician el aburrimiento y dispersión de la atención. Otras veces los déficits se inician por exigir rendimiento en determinadas tareas cuyas habilidades y destrezas no están desarrolladas o consolidadas.

#### **2.5.4 Características Personales.**

Concepción López y Julia García comentan a cerca de ciertos aspectos como la evolución, desarrollo y adquisición de estrategias atencionales, son específicos para cada persona, resultado de su bagaje constitucional en interacción con el ambiente familiar y social. Por ello, consideran que es preciso analizar qué variables personales determinan diferencias individuales en el ámbito de los procesos y conductas de atención.

Ciertos rasgos de personalidad los que más directamente se han relacionado con ciertos problemas de atención. Los más estudiados son extroversión/introversión. En concreto, los introvertidos son personas que se encuentran mejor ante una estimulación no excesiva ni cambiante, mientras que los extrovertidos presentan unos niveles bajos de activación cortical y prefieren, como mecanismo suplementario de incremento de la activación, los cambios continuos de estimulación. Por eso este tipo de personas extrovertidas se distraen más fácilmente y tienen problemas para mantener la atención.

#### **2.5.5 Estados Transitorios.**

En el caso de los problemas de atención, los más importantes son la fatiga, el estrés y el sueño: (Soler & Sevilla, Problemas de Atención en el Niño, 2000).

La fatiga, es un factor importante, puesto que cuanto más fatigados estamos, más difícil es que podamos concentrarnos en una tarea y, especialmente, mantener la atención.

El estrés es un factor que aumenta los niveles de activación del individuo. En situaciones de estrés alto, el foco atencional se estrecha y se restringe hacia los estímulos que provocan el estrés, sin atender a otros estímulos no estresantes que también podrían ser importantes para nuestra adaptación al medio.



En el caso del sueño, disminuye la capacidad para enfocar la atención sobre estímulos relevantes o críticos, aumenta la susceptibilidad a los factores perturbadores de los distractores y disminuye la intensidad de la atención.

## **2.6 Atención en el ámbito educativo.**

Con frecuencia se ha escuchado entre los maestros y profesores, quejas sobre lo difícil que se ha vuelto que los estudiantes les escuchen y estén suficientemente atentos durante las horas de clases. El problema es importante puesto que la falta de atención es uno de los principales factores para los retrasos en el aprendizaje y, como consecuencia, del fracaso escolar, en algunos casos.

Para que los niños puedan apropiarse de los elementos del medio y cimentar su comprensión del mundo en el proceso de aprendizaje, es importante tener en cuenta la dimensión atencional. Actualmente se conoce que al igual que la percepción y la memoria, la atención incide en la calidad del aprendizaje, en el rendimiento e incluso hace parte del ajuste social de los niños.

Tradicionalmente, se han considerado las medidas de atención como un buen predictor del éxito escolar. Aquellos estudiantes que tienen las mejores notas son los que demuestran tener una mejor atención selectiva, una buena atención dividida y son los que cometen menos errores. Los alumnos inquietos, distraídos en la clase y que obtienen resultados escolares más bajos, ejecutan peor las pruebas de atención. Igualmente, los alumnos con déficits atencionales presentan problemas en la adquisición de la lectura y de la escritura. (León, 2008).

Cuanto mayor sea el grado de atención-concentración más fácil será para el alumno orientar la atención hacia las actividades que está trabajando. Algunos ejemplos de esta dimensión son: “a veces me cuesta concentrarme en el trabajo porque estoy cansado”, “me distraigo con facilidad cuando realizo el trabajo escolar”, “no entiendo algunas explicaciones de clase porque no escucho

con atención”, “cuando el profesor está explicando, yo estoy pensando en otras cosas y no escucho realmente lo que está diciendo”, etc. Los estudiantes que se presentan un menor nivel de concentración, muestran peores rendimientos, atribuyen sus fracasos a la baja capacidad y, sobre todo, al poco esfuerzo realizado, suelen tener una autoimagen negativa y peor autoconcepto como estudiantes, están desmotivados tanto intrínseca como extrínsecamente y muestran un notable desinterés por sus estudios. (José Carlos Nuñez, Jose Antonio González, 1994).

La educación toca la vida psicológica y social por excelencia, según el planteamiento piagetiano de que no hay proceso cognitivo sin puesta en juego afectiva y a la inversa: la inteligencia no se concibe sin una afectividad que la impregne, la educación se aproxima al nivel del sujeto a quien se transmiten o dirigen las prácticas educativas y es quien las pone en tensión con su historia, su cuerpo y sus emociones. (González, 2011)

### **2.6.1 Alteraciones atencionales.**

#### *2.6.1.1 Hipoprosexia.*

##### *a) Definición:*

Trastorno psicopatológico de la atención que consiste en la reducción de la capacidad atenta. La atención es superficial y pobre, hay tendencia a la distraibilidad y un registro pobre de los eventos. (Capponi, 1987).

Se considera también a la hipoprosexia, cuando existe una disminución de la capacidad atencional, que puede oscilar desde los niveles más ligeros, como el síndrome confusional, hasta casos más graves como el mutismo acinético. (Portellano & García, 2014)

Es así que, esta constituye la exaltación de la función, el estado de mayor alerta y concentración. La persona afectada intenta concentrar su atención en algo, pero no lo logra más allá de unos

segundos o minutos, principalmente debido a que de manera involuntaria se orienta y focaliza en otros pensamientos y sensaciones. Si reintentamos concentrarse no hay cambio alguno en el resultado. Un ejemplo es la persona que ansiosamente espera una llamada telefónica y mientras tanto lee un libro. Capta el texto de unos cuantos renglones y aunque prosigue la lectura entiende muy poco de lo leído o se ve en la necesidad de volverlo a leer para entenderlo. La hipoprosexia es una alteración que en la clínica suele presentarse en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión. En el delirium, aparece acompañada de compromiso en el estado de conciencia. (Ocampo, 2009)

b) *Causas:*

Las causas de la hipoprosexia no son muy conocidas, a pesar de esto existen algunos aspectos que pueden intervenir en su aparición, como son las causas externas entre las que encontramos síndrome dismetabólico, intoxicación, abstinencia, anafectividad o falta de conciencia de los propios estados afectivos, post-traumático, alcohol, drogas, fármacos; también se pueden dar por causas orgánicas, por daños del Sistema Nervioso Central como son las demencias, lesión cerebral, síndrome frontal, edema cerebral; a más de relacionar con causas funcionales como la presencia de depresión, neurosis de ansiedad, histeria, esquizofrenia, manía, entre otros. (Psimadrid, 2010)

Existen disfunciones atencionales típicas en algunos trastornos mentales, como en el caso de las demencias orgánicas, en el cual existe un descenso simultáneo tanto de la fuerza y calidad del proceso selectivo como de la persistencia de la atención; la melancolía, presenta retracción del foco atencional al propio dolor; en los trastornos maníacos, se manifiesta la atención de manera dispersa e impersistente; en la depresión, se manifiesta baja concentración e impersistencia; finalmente, en la ansiedad, puede presentarse hiperactividad general y específica. (Soler & Sevilla, 2000)

*c) Hipoprosxia en la niñez y Adolescencia.*

La atención es un proceso con varios grados que evolucionan con la ontogenia. La atención involuntaria comienza a desarrollarse en las primeras semanas de vida; antes de esto, ya se observa el reflejo de orientación y la capacidad orientadora. En el segundo año de vida la atención se hace más selectiva. Durante la infancia y la adolescencia se desarrolla la atención, se dirige hacia estímulos relevantes y se hace más flexible. Los estudios del desarrollo durante la niñez y la adolescencia han mostrado que las habilidades cognitivas maduran y se vuelven más eficientes durante este periodo. La etapa comprendida entre el segundo mes y el sexto año de vida, denominada primera infancia, se caracteriza por una mayor elaboración de las conductas sensoriales y motoras, con un importante incremento en la capacidad de respuesta del niño a los estímulos del medioambiente. La segunda infancia (entre los 6 y los 12 años) y la adolescencia (periodo comprendido entre los 12 y los 18 años) se caracterizan por el desarrollo de funciones cognitivas cada vez más complejas. La motivación incide sobre la dirección y la estabilidad de la atención. El funcionamiento del proceso atencional implica la participación de varias estructuras cerebrales. La atención puede describirse como un proceso de tipo bucle que implica interacciones complejas entre la corteza prefrontal, el tallo cerebral ventral y la corteza posterior. El daño de cualquiera de estas estructuras o de sus conexiones puede interferir con la atención produciendo una forma de déficit atencional. La corteza prefrontal modula el tallo, basándose en la retroalimentación que recibe de las partes posteriores de la corteza. Es un sistema funcional complejo en el que participan de manera diferencial varias estructuras de la primera y tercera unidades funcionales del modelo de Luria. (Ocampo, 2009).

### 2.6.1.2 *Hiperprosexia.*

Trastorno psicopatológico de la atención, en el cual el sujeto presenta un notable aumento en la capacidad de atención espontánea, pero a expensas de una notoria disminución de su forma voluntaria. El paciente se ve solicitado por una excesiva gama de estímulos, lo que dispersa su actividad psíquica. (Capponi, 1987)

Cuando hay una excesiva actividad atencional, como es el caso de determinados trastornos delirantes. (Portellano & García, 2014)

Es el incremento de la atención, se observa en el síndrome de déficit atencional con hiperactividad, en el abuso de sustancias estimulantes, etc. (Ghedin, 2012)

### 2.6.1.3 *Aprosexia.*

Término derivado del griego (prosexis: volver la mente a la atención, dedicarse, consagrarse, estar involucrado en), que denota el trastorno psicopatológico de la atención que consiste en falta absoluta de atención. (Capponi, 1987).

Es la pérdida de la atención como ocurre en casos graves de autismo; se debe diferenciar de la pseudoaprosexia de los trastornos disociativos en los que la conciencia y la atención impresionan suspendidas. (Ghedin, 2012).

## e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo, que manejó métodos científicos como el inductivo-deductivo, analítico-sintético, descriptivo-estadístico y el método comparativo; los mismos que se apoyaron en el uso de técnicas e instrumentos.

**Método Inductivo-Deductivo:** el cual se caracterizó por la inducción de principios explicativos desde de los fenómenos observados, partiendo de lo general a lo particular en el diseño y en cada una de las etapas planteadas para la consecución de los objetivos, así mismo, aplicándose como base en el momento de tabular y analizar la información obtenida de la aplicación de los instrumentos.

**Método Analítico-Sintético:** Ambos son correlativos, es decir, uno presupone al otro. El análisis por su lado, se lo realizó en el estudio de la problemática de realidad social y en el planteamiento de los objetivos, de manera que pudo ser sintetizada, interpretada y permitió verificar los objetivos. La síntesis consistió en la unión de dichas partes, pero como una totalidad que considera todas las relaciones implícitas entre sí.

**Método Descriptivo-Estadístico:** El mismo que fue utilizado en la descripción del problema y de cada una de las variables investigadas. En cuanto a la estadística, se realizó a través de la aplicación de las diversas técnicas de recopilación de información empírica, mismo que se empleó, en las actividades de procesamiento y sistematización de la información, en tablas y representación gráfica.

**Método Comparativo:** Se fundamentó en establecer similitudes y diferencias entre las variables, en cuanto a la influencia de la ansiedad sobre la hipoprosxia, y de esta manera se llegó a obtener resultados que generaron conclusiones que definen dicho problema.

### **Área de estudio**

Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la ciudad de Loja.

### **Población y Muestra**

La población se conformó por las alumnas entre los 11 y 12 años de edad quienes estudiaban en la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, donde 108 personas constituyeron el universo de las personas investigadas.

### **Selección de la muestra**

De manera particular y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se le otorgó valía al criterio que menciona que, si las estudiantes que no completaran los instrumentos de evaluación de forma correcta quedarían excluidas del proceso evaluativo, razón por la cual la muestra de investigación quedó con un número total de 106 alumnas evaluadas.

### **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Estudiantes legalmente matriculadas en la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”.
- ✓ Estudiantes que se encuentren en las edades comprendidas entre los 11 y 12 años en la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”.

### **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Estudiantes que no tengan el permiso correspondiente por parte de la institución para ser evaluadas.
- ✓ Estudiantes que presenten discapacidad intelectual.
- ✓ Estudiantes que no completaron los instrumentos de evaluación de forma correcta.
- ✓ Estudiantes que no deseen formar parte del estudio.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **TEST DE HAMILTON**

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

Permite determinar el grado de ansiedad global, consta de 14 ítems, es una escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, por lo tanto, no puede ser utilizado para medir la presencia de un trastorno de ansiedad. El tiempo de aplicación es de 15 a 30 minutos.

Para la corrección e interpretación se debe sumar las puntuaciones marcadas en cada ítem, los cuales oscilan entre 0 y 56, su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona, una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa. Para lo



cual consideraré la siguiente clasificación: si en la cuantificación total tiene una puntuación de entre 0 a 5 significa ansiedad ausente; si la puntuación se encuentra ente 6 a 14 corresponde a ansiedad leve; una puntuación de 15 a 28 significa ansiedad moderada, en el caso que llegue a una puntuación entre 29 y 42 hace mención a la presencia de ansiedad severa y finalmente, una puntuación entre 43 y 56 pertenece a ansiedad muy grave.

## **TEST DE TOULOUSE Y PIERÓN**

El Test de Toulouse y Pierón mide los niveles de atención en una persona, y la capacidad de concentración a lo largo de una tarea, además explora atención visual concentrada a través del señalamiento de figuras conforme a una muestra.

En concreto, permite evaluar la capacidad de atención sostenida, de concentración, de rapidez y agudeza perceptiva, así como la resistencia a la fatiga. Está compuesta por una lámina de elementos gráficos, consiste en identificar qué figuras son iguales a los modelos dados.

Es una prueba colectiva administrable a sujetos de edades comprendidas entre 9 años y la edad adulta. Está constituido por 289 cuadrados que exhiben una aguja en distintas posiciones. El tiempo de aplicación es de 10 minutos y para la calificación se asigna 1 punto por cada respuesta correcta.

En su forma de calificación se relaciona el número total de aciertos (A) con el control de errores (E) y omisiones (O) la prueba ofrece como resultado una puntuación directa, que se obtiene restando al número total de aciertos la suma de errores y omisiones. Dando como secuencia resultados de hipoprosexia, hiperprosexia o aprosexia. Para obtener el total de aciertos y omisiones, se realiza un proceso de conteo junto a una plantilla elaborada con esa finalidad. La puntuación directa final se busca luego en la tabla correspondiente a escolares o adultos.

La fórmula propuesta para la calificación es:  $IGAP = A - (E + O)$ .

Aciertos (A): número de ítems marcados por el evaluado que era iguales a los modelos proporcionados. Errores (E): número de ítems marcados por el evaluado que no eran iguales a los modelos proporcionados. Omisiones(O): número de ítems correctos que el evaluado no ha marcado hasta su última respuesta dada. Obteniendo así una puntuación en la cual, si el percentil se encuentra en un puntaje igual o menor a 60 significa presencia de aprosexia, si el puntaje está entre 61 a 70 manifiesta la existencia de hipoprosexia, y un rango superior a 71 significa atención sin alteración.

### **Procedimiento**

En primera instancia se procedió a realizar un acercamiento en la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, en el cual se llevó a cabo un proceso de observación, además de tener un conversatorio con algunos maestros de la Institución para conocer de mejor manera la realidad del colegio en mención, así mismo, se realizó un tamizaje con la finalidad de identificar en las alumnas la existencia de problemáticas, y así comprobar si es factible la ejecución de la investigación; a más de lograr la apertura por parte de las autoridades para la realización de la presente investigación. Una vez indagada la problemática en cuanto a la presencia de conductas ansiosa y dificultades en la atención, se procedió establecer las variables a investigar como son la ansiedad e hipoprosexia, para lo cual se solicitó el permiso correspondiente, dirigido a la rectora de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la ciudad de Loja, luego de autorizado se fijó un periodo de tiempo para la aplicación de reactivos psicológicos correspondientes, mencionados con anterioridad, posteriormente se procedió a realizar la tabulación de los datos y la información encontrada, a más se elaboró el correspondiente análisis e interpretación de los datos para consecuentemente resaltar las conclusiones y recomendaciones, y, finalmente, se

procedió a elaborar una propuesta psicoterapéutica en pro de mejorar y favorecer el control de impulsos ansiosos en las alumnas y mejorar la capacidad atenta.

## f. RESULTADOS

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nro. 1

Indagar los niveles de ansiedad presentes en las estudiantes de edades comprendidas entre los 11 y 12 años.

**TABLA 1.**

#### Niveles de Ansiedad

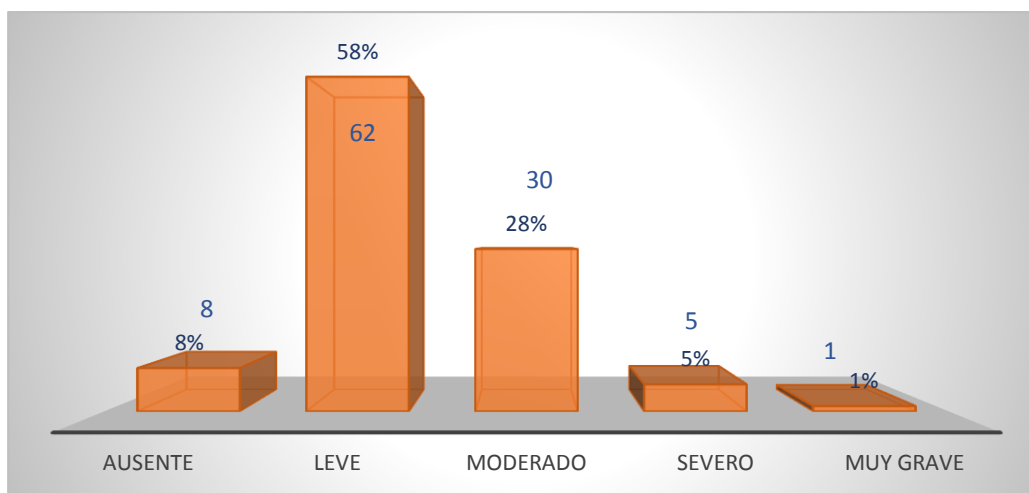
Niveles de Ansiedad	11 - 12 años	
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	8	8%
Leve	62	58%
Moderado	30	28%
Severo	5	5%
Muy Grave	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero

**GRÁFICO 1.**

#### Número de ansiedad



**Fuente:** Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 106 alumnas evaluadas quienes representan el 100%, la mayoría que corresponde al 58% presenta sintomatología ansiosa leve, seguida del 28% que concierne a ansiedad moderada, y, en menor proporción se encuentra la ansiedad ausente con una representación del 8%.

## OBJETIVO ESPECÍFICO Nro. 2

Establecer la presencia de hipoprosexia en las estudiantes investigadas.

**TABLA 2**

### Presencia de Hipoprosexia

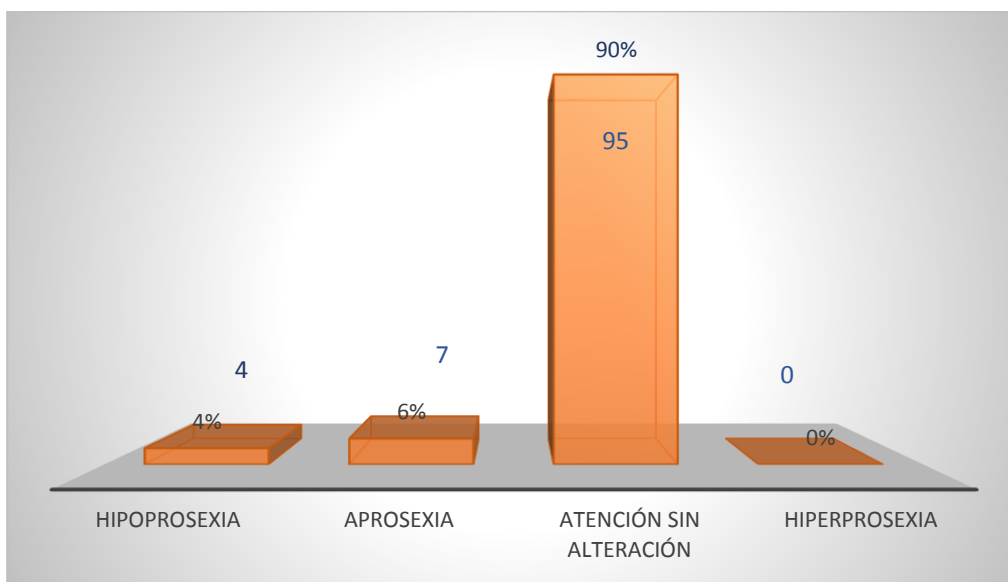
Indicador	Nro.	
	Frecuencia	Porcentaje
Hipoprosexia	4	4%
Aprosexia	7	6%
Atención sin alteración	95	90%
Hiperprosexia	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Toulouse - Pierón (TP): Prueba Perceptiva y de Atención. E. Toulouse, H. Pierón

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero

**GRÁFICO 2**

### Hipoprosexia



**Fuente:** Toulouse - Pierón (TP): Prueba Perceptiva y de Atención. E. Toulouse, H. Pierón

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Los resultados revelan un porcentaje muy bajo en relación a la presencia de hipoprosxia en las estudiantes evaluadas, con una representación del 4%, en cuanto a la aprosxia se presenta en un 6%, finalmente, rescatando un aspecto positivo, el 90% de las estudiantes evaluadas no presentan alteración en la atención.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre la ansiedad y la hipoprosexia, en las estudiantes de edades comprendidas entre los 11 y 12 años, de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”.

**TABLA 3**

### Relación entre Ansiedad e Hipoprosexia

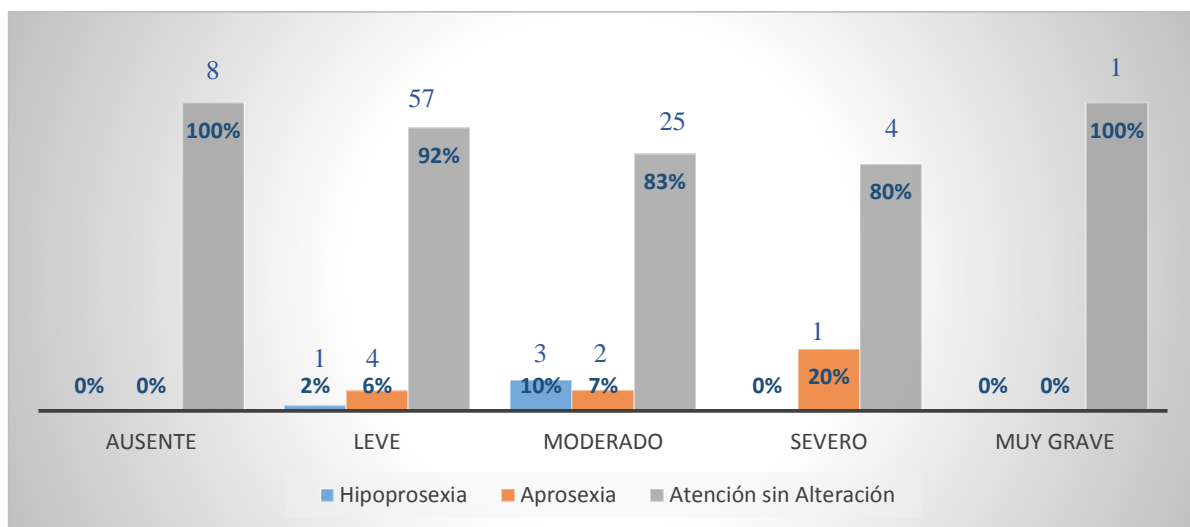
Ansiedad/Atención	Hipoprosexia	Aprosexia	Atención sin Alteración	TOTAL	
				Frecuencia	Porcentaje
Ausente	0	0	8	8	8%
Leve	1	4	57	62	58%
Moderado	3	2	25	30	28%
Severo	0	1	4	5	5%
Muy Grave	0	0	1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>95</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Toulouse; Escalera de Ansiedad

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero

**GRÁFICO 3**

### Relación entre Ansiedad e Hipoprosexia



**Fuente:** Test de Toulouse; Escalera de Ansiedad

**Elaborado por:** Claudia Pamela Valarezo Borrero



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del 100% de estudiantes evaluadas, el 8% no presenta ansiedad, y tampoco muestran alteración en la atención. El 58% que representa a la ansiedad leve, el 2% muestra hipoprosexia. Continuando con aquellas alumnas que manifiestan ansiedad moderada constituida por el 28%, el 10% reflejan tener hipoprosexia. En cuanto a la ansiedad severa evidenciada con el 5%, el 20% de ellas muestra hipoprosexia.

## **g. DISCUSIÓN**

Los resultados de la investigación han permitido realizar un contraste de criterios y comparaciones científicas, para determinar los niveles de ansiedad que presentan las estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” que se encuentran en las edades de 11 y 12 años. Concluyendo que en este grupo poblacional se encontró una alta prevalencia de conductas ansiosas, que, sin embargo, no estuvieron cuantitativamente y directamente relacionadas en igual medida con los déficits de atención.

Es así que, en una investigación llevada a cabo por Fernández, Martínez y Rodríguez (2000), acerca de las características de los niños y adolescentes, cuyos padres solicitaban tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud de España, realizado a 404 personas, en edades comprendidas entre los 0 y 18 años, se encontró que la ansiedad alcanzó el 13.3%. Sin embargo, en la realización de un análisis más detallado, se separó la población evaluada en grupos por edades, para lo cual, se obtuvo que en niños menores de 6 años los trastornos de ansiedad tenían una representación del 7.7%. Por otro lado, en aquellos niños comprendidos entre las edades de 6 a 9 años, se evidenció un aumento importante en la ansiedad demostrándose con un porcentaje del 13.3%, pero en el grupo de niños de edades entre los 10 y 13 años, se reveló un mayor aumento en la prevalencia de la ansiedad, con el 17.4%, siendo más notoria en aquellos individuos de 11 años. Estos últimos resultados guardan una estrecha relación con el presente estudio, tomando en cuenta que la población evaluada comprendió estudiantes de 11 y 12 años, donde se demostró la presencia de ansiedad. Aunque los porcentajes generales variaron, dado que en la población investigada la gran mayoría de estudiantes mostraron ansiedad, mientras que en el estudio anterior se trata del 17.4%, quedando claro que esta sintomatología ansiosa es palpable en la población infanto-juvenil.

Sin embargo, analizando otros estudios sobre ansiedad se evidencia una prevalencia más elevada de esta patología en niños y adolescentes. De esta forma tomando como referencia, una investigación realizada por Martínez, García e Inglés (2013), a 1409 estudiantes de entre 12 y 18 años, acerca de las relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión, se descubrió correlaciones positivas y estadísticamente significativas, en todos los casos de ansiedad, a partir de los factores del Inventario de Ansiedad Escolar (IAES) con ansiedad rasgo y ansiedad estado, tanto para niños como para adolescentes. Corroborando estos datos con otro estudio realizado en escolares de 10 a 17 años en quienes se investigaba los síntomas de ansiedad y depresión, Ospina, Hínestrosa, Paredes, Guzmán y Granados (2011), en una muestra de 538 escolares colombianos, encontró, que 218 personas evaluadas, representando el 40,5% fueron positivos para síntomas sugestivos de ansiedad, afianzando una vez más la prevalencia de las conductas ansiosas en niños y en adolescentes, y en porcentaje elevados, como se puede comprobar en estos estudios. Es así que comparando los dos estudios anteriores con el presente estudio se puede afirmar un predominio de conductas ansiosas significativas que afectan a esta población.

Así mismo, es importante destacar que esta patología presente tanto en niños como en adolescentes desde temprana edad, y de no ser tratada a tiempo, pueden de la misma manera manifestarse en adultos jóvenes, como es el caso de los estudiantes universitarios, en donde se destacan dos estudios, los cuales arrojan datos muy interesantes, en los que se evidencia que la ansiedad también es prevalente. Puesto que, en la investigación llevada a cabo por Amézquita, González, Zuluaga (2003) acerca de prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en estudiantes universitarios, se encontró una prevalencia del 58,1% para la ansiedad. Y, haciendo un contraste con otro estudio realizado por Gómez, Sánchez, Valencia y Franco (2006) sobre la prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes universitarios se observó que el 1.2% de los

encuestados presentan ansiedad severa, otro 40.6% ansiedad leve, el 12.9% corresponde a ansiedad moderada y un 45.3% de los encuestados no presentan ansiedad. Llegando a un total de 54,7% de personas que manifiestan sintomatología ansiosa. Es así que en comparación con el presente estudio se puede afirmar la existencia de un predominio de conductas ansiosas en más del 50% de la población evaluada en los distintos trabajos investigativos. Por otro lado, y tomando en cuenta que en los dos estudios referentes fueron realizados en estudiantes universitarios, mientras que el presente estudio ha sido elaborado en estudiantes de educación básica que se encontraban en edades de 11 y 12 años. Sin embargo, la existencia de la ansiedad no marca mucha diferencia en las distintas edades, como queda demostrado en la comparación de los estudios, por lo que es necesario tener en cuenta como esta patología se puede manifestar en la niñez y en la adultez de forma más o menos similar, lo que debe ser considerado en programas de prevención.

Al respecto, de los resultados obtenidos sobre las variables y contextos de la investigación en mención, que revelan un elevado porcentaje de conductas de ansiedad, pero que no obstante, no presenta datos significativos en cuanto a las alteraciones en la atención y específicamente en la hipoprosexia, de forma contraria, un estudio elaborado por Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) en el que se analizan los factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes, en una muestra de 362 sujetos, en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, encontró que los trastornos que parecen suscitar una demanda asistencial más elevada son los trastornos de ansiedad (en su mayoría la fobia simple y la ansiedad excesiva), y entre los trastornos de conducta, consta el déficit de atención con hiperactividad. En contraposición con nuestro estudio, no se encontraron datos de relevancia en cuanto a las dificultades de la atención en la población evaluada, sin embargo, es importante acotar que el estudio anterior indica una prevalencia elevada en la ansiedad excesiva, razón que puede

explicar una posible relación con mayores problemas atencionales; mientras que la presente investigación si bien encontró una alta prevalencia de ansiedad, fue en su mayoría en el nivel leve.

Rescatando los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones expuestas, se presume en este punto de la investigación que la ansiedad no es un determinante absoluto en la influencia para que aparezcan alteraciones en la atención, específicamente en la hipoprosexia. Al respecto y tomando en consideración a la literatura científica con relación a lo mencionado por Ocampo (2009) quien comenta que la hipoprosexia es una alteración que en la clínica suele presentarse en pacientes con trastorno de ansiedad, deduciendo que existe la posibilidad que aparezca esta disminución de la atención en los procesos ansiosos patológicos, más no en personas que presenten conductas ansiosas no patológicas.

## **h. CONCLUSIONES**

Después de finalizado el trabajo investigativo y tomando como referente el cumplimiento de los objetivos planteados para la presente investigación se concluye que:

- ✓ La gran mayoría de estudiantes que se encuentran en una edad de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” muestran conductas ansiosas, siendo la ansiedad leve la más marcada seguida de la ansiedad moderada.
- ✓ De la población investigada, en su mayoría no presentan alteraciones en la atención. Sin embargo, una mínima cantidad de alumnas muestran casos de aprosexia e hipoprosexia.
- ✓ Del total de estudiantes evaluadas, en una pequeña cantidad de alumnas se constata la existencia de hipoprosexia, quienes a su vez manifiestan sintomatología ansiosa en los niveles leve y moderado con una mayor proporción en este último.
- ✓ La presencia de la ansiedad no influye en el predominio de alteraciones en la atención, especialmente en la hipoprosexia, sin embargo, existe la posibilidad que esta disminución de la atención se presente en los procesos ansiosos patológicos, más no en personas que presenten conductas ansiosas no patológicas.

## **i. RECOMENDACIONES**

Así mismo, tomando como referencia las conclusiones planteadas en nuestra investigación, se generan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se recomienda al DECE de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la ciudad de Loja, incluir dentro de su planificación charlas psicoeducativas sobre la ansiedad, dirigidas a explicar cómo esta interfiere en cada uno de los individuos, cuando es positiva y en qué momento se convierte en negativa.
- ✓ Se sugiere poner en práctica el plan psicoterapéutico propuesto, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad presentes en las alumnas evaluadas; además de incluir talleres encaminados a manejar las conductas ansiosas leves y moderadas principalmente, y de esta manera, favorecer e incrementar la atención.
- ✓ Se plantea a los maestros de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, que se incorporen actividades dinámicas, inclusivas y participativas, y de esta manera mejorar la capacidad para mantener la atención sobre todo de los adolescentes, y en el caso de los niños implementar las actividades lúdicas y creativas, ya que estas llamarán su atención de una forma positiva.
- ✓ Por otro lado, se propone a las profesionales de la Salud Mental de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada”, realicen campañas de promoción y prevención, que involucren a todas aquellas personas que conformen la Institución, enfocadas a mantener una buena salud mental.

## **PLAN PSICOTERAPEÚTICO**

### **TEMA:**

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN CONDUCTAS ANSIOSAS LEVES  
Y MODERADAS Y REFUERZO DE LA ATENCIÓN

### **PRESENTACIÓN:**

El presente plan psicoterapéutico estará enfocado a disminuir los niveles de ansiedad tanto leves como moderados presentes en las alumnas de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” de la ciudad de Loja, que se encontraron en edades de 11 y 12 años. Dicho plan psicoterapéutico tiene como finalidad brindar a las alumnas pautas y estrategias para el control de los impulsos ansiosos, que son generados por situaciones de miedo o amenaza, así como también a través de diversas actividades favorecer a mejorar y mantener la atención en las alumnas.

### **JUSTIFICACIÓN:**

El plantear una propuesta psicoterapéutica es garantizar desde la formación, las posibilidades que el Psicólogo Clínico tiene para orientar, evaluar y diagnosticar las diferentes patologías que se puedan originar en el ser humano. Como egresada en Psicología Clínica, a través de la realización del presente trabajo de tesis, se encontró en las estudiantes evaluadas una alta prevalencia de sintomatología ansiosa leve y moderada, representadas en un porcentaje del 58 y 28% respectivamente. Para lo cual la presente propuesta estará encaminada a manejar estas respuestas inadaptativas en las alumnas, ya que de no ser atendidas y tratadas a tiempo, dichas conductas ansiosas se pueden incrementar llegando a convertirse en una patología, incluso, pueden generar alteraciones en la atención; recordando lo mencionado por Ocampo (2009) quien comenta que la



hipoprosexia es una alteración que en la clínica suele presentarse en pacientes con trastorno de ansiedad.

Por lo tanto, la elaboración del plan psicoterapéutico titulado: PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN CONDUCTAS ANSIOSAS LEVES Y MODERADAS Y REFUERZO DE LA ATENCIÓN, se justifica por la significativa prevalencia de conductas ansiosas encontradas, al mismo tiempo este servirá para planificar actividades dirigidas a reducir estos síntomas tanto leves como moderados y favorecer a mejorar y mantener la atención.

### **METODOLOGÍA:**

Se propone un trabajo profesionalizado en Psicología Clínica en el cual mediante el plan psicoterapéutico, se elaboren actividades de intervención dirigidas a alcanzar los objetivos propuestos, para lo cual se llevarán a cabo en 6 sesiones con una duración aproximada de 60 minutos, donde la tercera y cuarta sesión, estarán divididas en dos momentos con el fin de lograr resultados positivos para cada terapia propuesta. Se realizará una introducción al Plan Psicoterapéutico y diferentes técnicas, como son terapia explicativa, técnicas de relajación, Terapia Racional Emotiva de Ellis, Técnicas de Autocontrol, Técnicas para mejorar la Atención. Finalmente, se realizará el cierre terapéutico. Todas estas técnicas están destinadas a disminuir la sintomatología ansiosa en las alumnas de la Unidad Educativa Fiscomisional “La Inmaculada” con la intención de mejorar los estados emocionales, y optimizar la atención en aquellas que presentaron alteraciones como realizar prevención en las alumnas que aún no la tienen.

### **OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

- ✓ Reducir las conductas ansiosas presentes en las alumnas evaluadas y la capacidad para mantener la atención.

### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Proporcionar técnicas y estrategias para disminuir la sintomatología ansiosa leve y moderada
- ✓ Brindar pautas para mejorar la capacidad atenta en las estudiantes.

### **PLANIFICACIÓN:**

Sesión 1: Introducción al Plan Psicoterapéutico, terapia explicativa.

Sesión 2: Técnicas de relajación.

Sesión 3: Terapia Racional Emotiva de Ellis.

Sesión 4: Técnicas de Autocontrol.

Sesión 5: Técnicas para mejorar la Atención.

Sesión 6: Cierre terapéutico.

### **DESARROLLO POR SESIONES**

#### **SESIÓN 1:**

**Introducción al Plan Psicoterapéutico, terapia explicativa.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Realizar encuadre y brindar psicoeducación con la finalidad de proporcionar información sobre las temáticas de ansiedad y atención

**Duración:** 30 minutos.

**Modalidad:** Grupal.

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

**Actividades:**

- ✓ Explicación acerca de cómo se llevarán a cabo las sesiones señaladas, tiempo y duración
- ✓ Psicoeducación.

**Procedimiento:**

En primera instancia se deberá realizar la correspondiente presentación al plan psicoterapéutico y la explicación de cada una de las sesiones propuestas que se serán llevadas a cabo por el DECE de la Unidad Educativa, además de esclarecer los días en los que se programen las actividades y el tiempo de duración para cada actividad señalada.

En segunda instancia se propone una terapia explicativa, la cual tiene como finalidad brindar información sobre las temáticas de ansiedad y atención. Esta se considera como una técnica primordial el abordaje explicativo acerca de la etiología, prevalencia, causas y consecuencias de las diferentes alteraciones. Para lo cual se debe definir a la ansiedad en términos claros y sencillos, que sean comprensibles para las niñas y adolescentes, explicar las manifestaciones físicas y psicológicas propias de la ansiedad con la ayuda de ejemplos fáciles, con el fin de que cada una de las alumnas logre reconocerlos en sí mismas y los diferentes contextos, así mismo mediante el uso de diapositivas educar sobre las causas y consecuencias de las conductas ansiosas no tratadas.

**Recursos:**

- ✓ Infocus

- ✓ Computadora

## **SESIÓN 2:**

### **Técnica de relajación.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Enseñar técnicas de respiración y relajación con el propósito de disminuir los síntomas ansiosos.

**Duración:** 60 minutos.

**Modalidad:** Grupal.

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

#### **Actividades:**

- ✓ Entrenamiento en las técnicas de respiración.
- ✓ Técnica de relajación progresiva de Jacobson.

#### **Procedimiento:**

Se propone realizar la técnica de manera grupal con las estudiantes, para lo cual extenderán una manta en el suelo donde se recostarán. En primer lugar, se realizarán actividades de entrenamiento en la respiración con la finalidad de lograr una mejor relajación. Una vez realizado esto se procederá a seguir con las instrucciones para llevar a cabo la técnica de relajación que la guiará la Psicóloga Clínica de la Institución.

**Respiración abdominal o diafragmática.** Se debe seguir los siguientes pasos:

- ✓ Acostarse boca arriba, en una posición lo más cómoda posible.

- ✓ Expulsar todo el aire de los pulmones varias veces para vaciarlos completamente de aire residual. De un modo natural, esta exhalación prolongada provocará la necesidad de inhalar más profundamente.
- ✓ Inspirar llevando el aire hacia el vientre. Apoyar las manos sobre éste y comprobar que se mueven con cada inhalación.
- ✓ Retener el aire en los pulmones durante unos instantes.
- ✓ Expulsar el aire relajando el vientre: éste se desinflará, haciendo que las manos vuelvan a su posición inicial. Al final de la exhalación, contraer el diafragma hacia los pulmones para expulsar todo el aire.
- ✓ Quedarse unos instantes “en vacío”, disfrutando de la sensación de relajación.

### **Técnica de relajamiento de Arnold Lazarus:**

#### **TENSIÓN-RELAJACIÓN:**

1. Manos: Apretar los puños, se tensan y destensan, los dedos se extienden y se relajan después, flexionar las muñecas los dedos deben apuntar hacia arriba.
2. Bíceps y tríceps: Los bíceps se tensan llevando los puños hacia el hombro. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. Hombros: encogerlos y llevarlos hacia arriba, luego relajarlos.
4. Cara: arrugar la frente, luego relajar; cerrar los ojos con fuerza, relajar; cerrar la mandíbula con fuerza apretando los dientes, relajar dejando que los labios se separen ligeramente; apretar los labios, relajar.

5. Cuello: Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda. Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. Espalda: Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
7. Respiración: Inspirar profundamente, llenar los pulmones y mantenerlo, luego respirar normalmente por 15 segundos.
8. Abdomen: Poner duro los músculos del abdomen y luego relajar.
9. Piernas: Estirar las piernas y elevarlas. No tensar el estómago, relajar; Tensar los músculos de las pantorrillas dirigiendo la punta de los pies hacia arriba, relajar.
10. Autoevaluación: Sentir si hay tensión en los músculos a nombrar: pies, tobillos, pantorrillas (pausa de 5 seg.), nalgas y cadera (pausa de 5 seg.), abdomen, cintura y parte inferior de la espalda (pausa de 5 seg.), parte superior de la espalda, pecho y hombros (pausa de 5 seg.), parte superior de los brazos, antebrazos, manos y dedos (pausa de 5 seg.), músculo de la garganta y cuello (pausa de 5 seg.), músculos faciales y mandíbula (pausa de 5 seg.), músculos de todo el cuerpo (pausa de 5 seg.), permanecer con los ojos cerrados (pausa de 5 seg.), respiración lenta y pausada, abrir los ojos lentamente.

**Recursos:**

- ✓ Ropa cómoda
- ✓ Computadora
- ✓ Parlantes

- ✓ Música instrumental
- ✓ Manta para recostarse.

### **SESIÓN 3:**

#### **Terapia Racional Emotiva de Ellis.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Identificar las distorsiones cognitivas existentes.
- ✓ Reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos.

**Duración:** 2 momentos de 45 minutos.

**Modalidad:** Grupal

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

#### **Actividades:**

- ✓ Comprensión de la técnica e identificación de los pensamientos irracionales o disfuncionales.
- ✓ Modificación de las conductas generadoras de ansiedad identificadas en el primer momento de la sesión.

#### **Procedimiento:**

Esta actividad se efectuará en dos momentos, en la primera se realizará la explicación de la técnica, la identificación de las ideas irracionales, y hacer conscientes las conductas que provocan aquellos pensamientos. En el segundo momento, se hará un análisis de las situaciones generadoras de ansiedad, identificar los pensamientos negativos automáticos, por ejemplo: “tengo miedo de

leer en clase, porque mis compañeras se burlarán de mí”, buscar posibles pensamientos alternativos y racionalizar estas ideas disruptivas por pensamientos positivos, a más de brindar pautas para mejorar estas conductas. Para esta fase se recomienda hacerla de manera individual.

Para el procedimiento a desarrollar en la terapia racional emotiva de Ellis se procederá a dar la explicación acerca de la actividad, es decir, del modelo llamado ABC que expone cómo a partir de cualquier acontecimiento, podemos generar emociones saludables o dañinas, según qué interpretación hagamos de él.

A: representa al acontecimiento adverso.

B: (Belief) representa las creencias de la persona, es decir su filosofía o punto de vista sobre “A”. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales.

C: se refiere a las consecuencias que la persona genera como resultado de A y B.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- ✓ Realizar una autoobservación y ser consciente de nuestra manera de pensar, aquí se va a detectar pensamientos automáticos, los errores cognitivos o las creencias irracionales.
- ✓ Debatir esos pensamientos y creencias e ir cambiándolos por otros más funcionales y positivos.
- ✓ Pasar a desarrollar una filosofía de vida más positiva “cambiarnos de gafas”, desarrollar creencias y pensamientos alternativos que nos hagan ser más felices.

En un registro se anotarán las situaciones generadoras de ansiedad (A), seguido que pensamiento se origina de dicha situación (B), finalmente que acción (C) tuvimos sobre dicho acontecimiento y que emoción nos generó.



Situación	Pensamiento	Emoción	Acción
Descripción de la situación del problema	Elaboración de una lista de pensamientos automáticos correspondientes	Identifica las emociones asociadas a esta situación	Describir los comportamientos consecuencia de ese pensamiento.

**Recursos:**

- ✓ Libreta
- ✓ Esferos

**SESIÓN 4:**

**Técnicas de Autocontrol.**

**Objetivo:**

- ✓ Enseñar a las alumnas estrategias para controlar y modificar su conducta originada por las distintas situaciones generadoras de ansiedad a través del autocontrol.

**Duración:** 2 momentos de 45 minutos.

**Modalidad:** Grupal.

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

**Actividades:**

- ✓ Presentación de las técnicas de autocontrol propuestas por el Dr. Lucio Balarezo Ch., en los dos momentos propuestos.

**Procedimiento:**

Se presentarán 5 técnicas de autocontrol propuestas por el Dr. Lucio Balarezo Ch. con la finalidad de obtener modificaciones en el control externo de los estímulos y un cambio interno automático en las estudiantes.

1. Control de estímulos: consiste en disminuir, aumentar o cambiar los estímulos que originan reacciones de tipo ansiosas. Así, las relaciones afectivas pueden incrementarse o suprimirse manipulando las condiciones temporales o los objetos que se relacionan con la persona.
2. Autoobservación: elaboración racional del propio suceso a tomar conciencia sobre las conductas inconscientes y automáticas (conductas ansiosas) que requieren un cambio o control.
3. Autoreforzamiento o autocastigo: en este punto se aumenta a la autoobservación, autodeterminación y autoadministración del reforzamiento o castigo en forma real o imaginaria, con la finalidad de hacer consciente los hechos generadores de ansiedad.
4. Autoinstrucciones: se deben realizar inducciones de cambios conductuales a través de instrucciones, reafirmaciones o apoyos que se da la misma persona ante situaciones de miedo o tensión que provocan conductas de ansiedad.
5. Entrenamiento de respuestas alternativas: acciones diferentes, tendientes a reemplazar o interferir a las conductas indeseables (ansiedad).

**Recursos:**

- ✓ Libreta
- ✓ Esferos

## **SESIÓN 5:**

### **Técnicas para mejorar la Atención.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Mejorar la atención en las alumnas evaluadas a través de actividades lúdicas.

**Duración:** 60 minutos.

**Modalidad:** Grupal.

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

#### **Actividades:**

- ✓ Enseñar ejercicios que favorezcan y ayuden a mantener la atención en las alumnas de la Unidad Educativa.

#### **Metodología:**

En relación a las actividades para mejorar y entrenar la atención existen muchas posibilidades. Los ejercicios, actividades y juegos para este fin resultan de extrema sencillez y facilidad. A continuación se indicarán algunas actividades que se pueden llevar a cabo. Las actividades que se elijan deberán estar acordes a la edad de la persona.

- ✓ Armar Rompecabezas: Es una dinámica fácil de ejecutar y que además mantendrá concentrado al niño y adolescente, además ayudará a desarrollar la inteligencia espacial. Los rompecabezas contribuirán a solucionar los problemas de atención y mejorar la memoria.

- ✓ Lectura de cuentos: Leer un cuento puede ser una buena alternativa, es importante que una vez terminado el capítulo se haga una recopilación sobre la historia.
- ✓ Separar elementos: Para esta actividad se debe reunir una cantidad de objetos con características diferentes: color, tamaño y forma. La tarea consiste en agrupar y clasificar los objetos presentados según sus características comunes. Este ejercicio ayuda a prestar atención a cada una de las características de los grupos de objetos y desarrollen su concentración, destreza y salud mental.
- ✓ Inteligencia espacial: A partir de imágenes con símbolos, colores, relojes, formas abstractas, letras o números que sigan un patrón determinado, el niño o adolescente deberá ordenar las figuras de acuerdo con la secuencia que vienen llevando.
- ✓ También se pueden realizar mapas conceptuales o mentales, fomenta la atención, concentración, creatividad y la organización para realizar la tarea.

**Recursos:**

- ✓ Material didáctico
- ✓ Rompecabezas
- ✓ Libros
- ✓ Pinturas

**SESIÓN 6:**

**Cierre Psicoterapéutico**

**Objetivos:**

- ✓ Enfatizar el progreso alcanzado desde la primera sesión hasta el momento del cierre de la última sesión

- ✓ Reforzamiento de la reestructuración cognitiva

**Duración:** 60 minutos.

**Modalidad:** Grupal.

**Responsable:** Profesional en Psicología Clínica. DECE

**Actividades:**

- ✓ Realización de una recopilación de las actividades aprendidas con la finalidad de reforzar cada técnica.

**Procedimiento:**

Al iniciar la sesión es necesario verificar nuevamente los pensamientos de cada una de las alumnas, usando nuevamente el diálogo y la entrevista psicológica para detectar pensamientos irracionales o intrusivos que aún estén presentes y que intervengan en la aparición de conductas de tipo ansiosas. En caso que aun existiera la alteración, se debe realizar un reforzamiento de las técnicas propuestas.

El cierre terapéutico permitirá también realizar la valoración de la dimensión del cumplimiento de todos los objetivos propuestos anteriormente.

**MATRIZ PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN CONDUCTAS ANSIOSAS LEVES Y MODERADAS Y  
REFUERZO DE LA ATENCIÓN**

<b>Desarrollo</b>	<b>Duración</b>	<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>
Sesión 1	60 minutos	<p>Explicación acerca de cómo se llevarán a cabo las sesiones señaladas, tiempo y duración</p> <p>Psicoeducación.</p>	<p>En primera instancia se deberá realizar la correspondiente presentación al plan psicoterapéutico y la explicación de cada una de las sesiones propuestas que se serán llevadas a cabo por el DECE de la Unidad Educativa, además de esclarecer los días en los que se programen las actividades y el tiempo de duración para cada actividad señalada.</p> <p>En segunda instancia se propone una terapia explicativa, la cual tiene como finalidad brindar información sobre las temáticas de ansiedad y atención. Esta se considera como una técnica primordial el abordaje explicativo acerca de la etiología, prevalencia, causas y consecuencias de las diferentes alteraciones. Para lo cual se debe definir a la ansiedad en términos claros y sencillos, que sean comprensibles para las niñas y adolescentes, explicar las manifestaciones físicas y psicológicas propias de la ansiedad con la ayuda de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infocus</li> <li>✓ Computadora</li> </ul>	<p>Profesional en Psicología Clínica. DECE</p>

			ejemplos fáciles, con el fin de que cada una de las alumnas logre reconocerlos en sí mismas y los diferentes contextos, así mismo mediante el uso de diapositivas educar sobre las causas y consecuencias de las conductas ansiosas no tratadas.		
Sesión 2	30 minutos	Entrenamiento en las técnicas de respiración.  Técnica de relajamiento de Arnold Lazarus:	<p><b>Respiración abdominal o diafragmática.</b> Se debe seguir los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acostarse boca arriba, en una posición lo más cómoda posible.</li> <li>✓ Expulsar todo el aire de los pulmones varias veces para vaciarlos completamente de aire residual. De un modo natural, esta exhalación prolongada provocará la necesidad de inhalar más profundamente.</li> <li>✓ Inspirar llevando el aire hacia el vientre. Apoyar las manos sobre éste y comprobar que se mueven con cada inhalación.</li> <li>✓ Retener el aire en los pulmones durante unos instantes.</li> <li>✓ Expulsar el aire relajando el vientre: éste se desinflará, haciendo que las manos vuelvan a su posición inicial. Al final de la exhalación, contraer el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ropa cómoda</li> <li>✓ Computadora</li> <li>✓ Parlantes</li> <li>✓ Música instrumental</li> <li>✓ Manta para recostarse.</li> </ul>	Profesional en Psicología Clínica. DECE

			<p>diafragma hacia los pulmones para expulsar todo el aire.</p> <p>✓ Quedarse unos instantes “en vacío”, disfrutando de la sensación de relajación.</p> <p><b>Técnica de relajamiento de Arnold Lazarus:</b></p> <p><b>TENSIÓN-RELAJACIÓN:</b></p> <p>1. Manos: Apretar los puños, se tensan y destensan, los dedos se extienden y se relajan después, flexionar las muñecas los dedos deben apuntar hacia arriba.</p> <p>2. Bíceps y tríceps: Los bíceps se tensan llevando los puños hacia el hombro. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.</p> <p>3. Hombros: encogerlos y llevarlos hacia arriba, luego relajarlos.</p> <p>4. Cara: arrugar la frente, luego relajar; cerrar los ojos con fuerza, relajar; cerrar la mandíbula con fuerza apretando los dientes, relajar dejando que los labios se separen ligeramente; apretar los labios, relajar.</p> <p>5. Cuello: Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda. Llevar el mentón hacia el pecho, después</p>	
--	--	--	---	--



			<p>relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).</p> <p>6. Espalda: Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.</p> <p>7. Respiración: Inspirar profundamente, llenar los pulmones y mantenerlo, luego respirar normalmente por 15 segundos.</p> <p>8. Abdomen: Poner duro los músculos del abdomen y luego relajar.</p> <p>9. Piernas: Estirar las piernas y elevarlas. No tensar el estómago, relajar; Tensar los músculos de las pantorrillas dirigiendo la punta de los pies hacia arriba, relajar.</p> <p>10. Autoevaluación: Sentir si hay tensión en los músculos a nombrar: pies, tobillos, pantorrillas (pausa de 5 seg.), nalgas y cadera (pausa de 5 seg.), abdomen, cintura y parte inferior de la espalda (pausa de 5 seg.), parte superior de la espalda, pecho y hombros (pausa de 5 seg.), parte superior de los brazos, antebrazos, manos y dedos (pausa de 5 seg.), músculo de la garganta y cuello (pausa de 5 seg.), músculos faciales y mandíbula (pausa de 5 seg.), músculos de todo el cuerpo (pausa de 5 seg.), permanecer con los ojos cerrados (pausa</p>	
--	--	--	--	--

			de 5 seg.), respiración lenta y pausada, abrir los ojos lentamente.		
Sesión 3	40 – 45 minutos	<p>Momento 1: Comprensión de la técnica e identificación de los pensamientos irracionales o disfuncionales.</p> <p>Momento 2: Modificación de las conductas generadoras de ansiedad identificadas en el primer momento de la sesión.</p>	<p>Esta actividad se efectuará en dos momentos, en la primera se realizará la explicación de la técnica, la identificación de las ideas irracionales, y hacer consientes las conductas que provocan aquellos pensamientos. En el segundo momento, se hará un análisis de las situaciones generadoras de ansiedad, identificar los pensamientos negativos automáticos, por ejemplo: “tengo miedo de leer en clase, porque mis compañeras se burlarán de mí”, buscar posibles pensamientos alternativos y racionalizar estas ideas disruptivas por pensamientos positivos, a más de brindar pautas para mejorar estas conductas. Para esta fase se recomienda hacerla de manera individual.</p> <p>Para el procedimiento a desarrollar en la terapia racional emotiva de Ellis se procederá a dar la explicación acerca de la actividad, es decir, del modelo llamado ABC que expone cómo a partir de cualquier acontecimiento, podemos generar emociones saludables o dañinas, según qué interpretación hagamos de él.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Libreta</li> <li>✓ Esferos</li> </ul>	Profesional en Psicología Clínica. DECE

			<p>A: representa al acontecimiento adverso.</p> <p>B: (Belief) representa las creencias de la persona, es decir su filosofía o punto de vista sobre “A”. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales.</p> <p>C: se refiere a las consecuencias que la persona genera como resultado de A y B.</p> <p>Los pasos a seguir son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar una autoobservación y ser consciente de nuestra manera de pensar, aquí se va a detectar pensamientos automáticos, los errores cognitivos o las creencias irracionales.</li> <li>✓ Debatir esos pensamientos y creencias e ir cambiándolos por otros más funcionales y positivos.</li> <li>✓ Pasar a desarrollar una filosofía de vida más positiva “cambiarnos de gafas”, desarrollar creencias y pensamientos alternativos que nos hagan ser más felices.</li> </ul> <p>En un registro se anotarán las situaciones generadoras de ansiedad (A), seguido que pensamiento se origina de dicha</p>		
--	--	--	---	--	--

			situación (B), finalmente que acción (C) tuvimos sobre dicho acontecimiento y que emoción nos generó.		
Sesión 4	40 – 45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentación de las técnicas de autocontrol propuestas por el Dr. Lucio Balarezo Ch., en los dos momentos propuestos.</li> </ul>	<p>Se presentarán 5 técnicas de autocontrol propuestas por el Dr. Lucio Balarezo Ch. con la finalidad de obtener modificaciones en el control externo de los estímulos y un cambio interno automático en las estudiantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de estímulos: consiste en disminuir, aumentar o cambiar los estímulos que originan reacciones de tipo ansiosas. Así, las relaciones afectivas pueden incrementarse o suprimirse manipulando las condiciones temporales o los objetos que se relacionan con la persona.</li> <li>2. Autoobservación: elaboración racional del propio suceso a tomar conciencia sobre las conductas inconscientes y automáticas (conductas ansiosas) que requieren un cambio o control.</li> <li>3. Autoreforzamiento o autocastigo: en este punto se aumenta a la autoobservación, autodeterminación y autoadministración del</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Libreta</li> <li>✓ Esferos</li> </ul>	Profesional en Psicología Clínica. DECE

			<p>reforzamiento o castigo en forma real o imaginaria, con la finalidad de hacer consciente los hechos generadores de ansiedad.</p> <p>4. Autoinstrucciones: se deben realizar inducciones de cambios conductuales a través de instrucciones, reafirmaciones o apoyos que se da la misma persona ante situaciones de miedo o tensión que provocan conductas de ansiedad.</p> <p>5. Entrenamiento de respuestas alternativas: acciones diferentes, tendientes a reemplazar o interferir a las conductas indeseables (ansiedad).</p>		
Sesión 5	60 minutos	<p>✓ Enseñar ejercicios que favorezcan y ayuden a mantener la atención en las alumnas de la Unidad Educativa.</p>	<p>En relación a las actividades para mejorar y entrenar la atención existen muchas posibilidades. Los ejercicios, actividades y juegos para este fin resultan de extrema sencillez y facilidad. A continuación, se indicarán algunas actividades que se pueden llevar a cabo. Las actividades que se elijan deberán estar acordes a la edad de la persona.</p> <p>✓ Armar Rompecabezas: Es una dinámica fácil de ejecutar y que además mantendrá concentrado al niño y adolescente, además ayudará a desarrollar la</p>	<p>✓ Material didáctico</p> <p>✓ Rompecabezas</p> <p>✓ Libros</p> <p>✓ Pinturas</p>	<p>Profesional en Psicología Clínica. DECE</p>

			<p>inteligencia espacial. Los rompecabezas contribuirán a solucionar los problemas de atención y mejorar la memoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lectura de cuentos: Leer un cuento puede ser una buena alternativa, es importante que una vez terminado el capítulo se haga una recopilación sobre la historia.</li> <li>✓ Separar elementos: Para esta actividad se debe reunir una cantidad de objetos con características diferentes: color, tamaño y forma. La tarea consiste en agrupar y clasificar los objetos presentados según sus características comunes. Este ejercicio ayuda a prestar atención a cada una de las características de los grupos de objetos y desarrollen su concentración, destreza y salud mental.</li> <li>✓ Inteligencia espacial: A partir de imágenes con símbolos, colores, relojes, formas abstractas, letras o números que sigan un patrón determinado, el niño o adolescente deberá ordenar las figuras de acuerdo con la secuencia que vienen llevando.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>✓ También se pueden realizar mapas conceptuales o mentales, fomenta la atención, concentración, creatividad y la organización para realizar la tarea.</p>		
Sesión 6	60 minutos	Realización de una recopilación de las actividades aprendidas con la finalidad de reforzar cada técnica.	<p>Al iniciar la sesión es necesario verificar nuevamente los pensamientos de cada una de las alumnas, usando nuevamente el diálogo y la entrevista psicológica para detectar pensamientos irracionales o intrusivos que aún estén presentes y que intervengan en la aparición de conductas de tipo ansiosas. En caso que aun existiera la alteración, se debe realizar un reforzamiento de las técnicas propuestas.</p> <p>El cierre terapéutico permitirá también realizar la valoración de la dimensión del cumplimiento de todos los objetivos propuestos anteriormente.</p>		Profesional en Psicología Clínica. DECE

## j. BIBLIOGRAFÍA

Ariel Minici, Carmela Rivadeneira, José Dahab. (JULIO de 2006). *LA ANSIEDAD EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES*. Obtenido de REVISTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-ansiedad-en-las-relaciones-interpersonales.pdf>

Balarezo, L. (2007). *PSICOTERAPIA*. Quito - Ecuador.

Ballesteros, S. (2014). *HABILIDADES COGNITIVAS BASICAS: Formación y Deterioro*. madrid: UNED.

Bennasar, M. R. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Barcelona-España: LEXUS.

Bogiaizian, D., & Coccia, L. (21 de 12 de 2006). *Mi Fobia Social. Dificultades en la relaciones interpersonales cercanas*. Obtenido de Asociación Ayuda: <https://ansiedad-social.com/2006/12/21/dificultades-en-la-relaciones-interpersonales-cercanas/>

Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES, DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y DE ELIMINACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Madrid, España.

Caballo, V. E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España S.A.

Capponi, R. (1987). *PSICOPATOLOGIA Y SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA*. UNIVERSITARIA.

*Centro de Psicología Aaron Beck*. (s.f.).



CIE 10, OMS. (1992). *TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO*.  
MADRID: MEDITOR.

Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España:  
DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Daniel Bogiaizian, Laura Coccia. (21 de 12 de 2006). *Mi Fobia Social. Dificultades en la relaciones interpersonales cercanas*. Obtenido de Asociación Ayuda:  
<https://ansiedad-social.com/2006/12/21/dificultades-en-la-relaciones-interpersonales-cercanas/>

Diaz, D. (2014). *TRATAMIENTO PARA TU ANSIEDAD*. Obtenido de Ansiedad en niños y adolescentes:  
<http://www.tratamientoparatuansiedad.com/ansiedad-en-ninos-y-adolescentes/>

Diccionario Médico. (2015). *Clinica Universidad de Navarra*. Obtenido de  
<http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipoprosexia>

Elizondo, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*.

Esparza, D. P. (29 de 09 de 2003). *Revista Psicología Científica*. Obtenido de  
<http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>

Fanny del Carmen Ospina-Ospina, María F. Hinestrosa-Upegui,. (7 de 12 de 2011). *scielo*.  
Obtenido de <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>

Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Madrid, España.

G. Ochando Perales, & S.P. Peris Cancio. (Noviembre de 2012). *PEDIATRIA INTEGRAL*.

Obtenido de Organo de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatrica/>

García, A. G., Castillo, N. S., Mesa, A. L., & Vásquez, J. G. (2008). Prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín. 2005. Medellín, Colombia.

Ghedin, W. H. (2012). *LAS ENFERMEDADES MENTALES*. Buenos Aires, Argentina: Lea.

Gomez Restrepo, Hernandez Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. (2008). *PSIQUIATRIA CLINICA Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Medica Internacional.

González, Á. A. (03 de 06 de 2011). *El contexto educativo y los procesos atencionales: una aproximación desde la cultura, las emociones y el cuerpo*. Obtenido de Colegio Hispanoamericano: Dialnet-ElContextoEducativoYLosProcesosAtencionales-3884425%20(1).pdf

J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. (1999). *Trastorno afectivo: ansiedad y depresion*. Barcelona (España): MASSON.

Jadue, G. (2001). ALGUNOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. *Scielo*.

Jaude, G. (2001). *ALGUNOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR*. Obtenido de Scielo:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)

07052001000100008

José Carlos Nuñez, Jose Antonio González. (1994). *DETERMINANTES DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO*. Obtenido de Universidad de Oviedo: [https://books.google.com.ec/books?id=DEW5sI9LoBoC&pg=PA247&lpg=PA247&dq=Determinantes+del+rendimiento+acad%C3%A9mico&source=bl&ots=SGo2TC8Ykt&sig=KY\\_FvrvzKYSaMNsrl8vWSSr6kc8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiHs4WM-9fNAhVCdR4KHaPxCG4Q6AEIITAA#v=onepage&q=Determinante](https://books.google.com.ec/books?id=DEW5sI9LoBoC&pg=PA247&lpg=PA247&dq=Determinantes+del+rendimiento+acad%C3%A9mico&source=bl&ots=SGo2TC8Ykt&sig=KY_FvrvzKYSaMNsrl8vWSSr6kc8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiHs4WM-9fNAhVCdR4KHaPxCG4Q6AEIITAA#v=onepage&q=Determinante)

Josep Tomas, Jaume Almenara. (Julio de 2008). *Master en Paidopsiquiatria*. Obtenido de Universitat Autònoma de Barcelona: [http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos\\_Ansiedad\\_0.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos_Ansiedad_0.pdf)

León, B. (3 de 11 de 2008). *Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria*. Obtenido de European Journal of Education and Psychology: <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129318720002.pdf>

Lope, C. d. (2007). *Clínica de la Ansiedad*. . Obtenido de Tratamiento de la ansiedad en Barcelona y Madrid.: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/ansiedad-y-medicacion-tratamientos-farmacologicos/>

López Muñoz, L. (abril de 2007). *Revista de Salud Mental*. Obtenido de Salud Mental. info: [http://www.saludmental.info/Secciones/educativa/2007/ansiedad\\_infantil\\_abril07.html](http://www.saludmental.info/Secciones/educativa/2007/ansiedad_infantil_abril07.html)

- López, M. P., García, M. E., & Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. España, Madrid.
- Medina, M. E., Pérez, R. E., & Mejía, D. Z. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Colombia. Obtenido de *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXII / No. 4 / 2003.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (JULIO de 2006). *LA ANSIEDAD EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES*. Obtenido de *REVISTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL*: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-ansiedad-en-las-relaciones-interpersonales.pdf>
- Moizeszowickz, J. (1998). *Psicofarmacología Psicodinámica. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Monteagudo, M. C., Fernández, J. M., & Inglés, C. J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles . España.
- Ocampo, L. P. (24 de 04 de 2009). *La atención: un proceso psicológico básico*. Obtenido de [https://www.academia.edu/5052719/La\\_atenci%C3%B3n\\_un\\_proceso\\_psicol%C3%B3gico\\_b%C3%A1sico\\_Attention\\_as\\_a\\_basic\\_psychological\\_process\\_Re\\_s\\_u\\_m\\_e\\_n](https://www.academia.edu/5052719/La_atenci%C3%B3n_un_proceso_psicol%C3%B3gico_b%C3%A1sico_Attention_as_a_basic_psychological_process_Re_s_u_m_e_n)
- OMS. (2001). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. España: PANAMERICANA S.A.

- Ortuño, F. (2010). *Lecciones Psiquiáticas*. Madrid-España: Medica Panamericana.
- Ospina, F. d., Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Bogotá, Colombia.
- Pedro Hernández, Andrés Fernández. (s.f.). *Otro enfoque sobre ansiedad y rendimiento: Moldes Mentales*. Obtenido de Universidad de La Laguna: [http://www.moldesmentales.com/articulos/ansiedad\\_y\\_moldes/01.html](http://www.moldesmentales.com/articulos/ansiedad_y_moldes/01.html)
- Portellano, J. A., & García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención las funciones ejecutivas y la memoria*. España: Síntesis S.A.
- Psimadrid. (2010). Obtenido de <http://www.psisemadrid.es/home/trastornos-de-las-funciones-mentales/66-trastornos-de-las-funciones-mentales/175-trastornos-de-la-atencion>
- RAE. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=210oQtn>
- Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (Diciembre de 2015). PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES ECUATORIANOS. Quito, Ecuador.
- Rapee, R. M. (2016). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, NATURALEZA, DESARROLLO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN*. Obtenido de Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAC: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf>

Restrepo, G., Bayona, H., Urrego, R., Oleas, S., & Restrepo, U. (2008). *PSIQUIATRIA CLINICA Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Medica Internacional.

Ríos, S. (12 de 06 de 2003). *LA NACION*.

Ruiloba, J. V., & Ferrer, C. G. (1999). *Trastorno afectivo: ansiedad y depresion*. Barcelona (España): MASSON.

Salomón, M. (s.f.). *Atención y Memoria: su influencia en el aprendizaje*. Obtenido de Asociación Educar para el Desarrollo Humano: <http://www.asociacioneducar.com/monografias-docente-neurociencias/m.salomon.pdf>

Segura, M. J. (2003). *Universidad de Murcia*. Obtenido de [http://ocw.um.es/gat/contenidos/garcia/Biopatologia\\_infantojuvenil\\_y\\_NEEs/doc\\_temas/8b\\_mj\\_tdah.pdf](http://ocw.um.es/gat/contenidos/garcia/Biopatologia_infantojuvenil_y_NEEs/doc_temas/8b_mj_tdah.pdf)

Sepúlveda-Vildósola, A. C., Romero-Guerra, A. L., & Jaramillo-Villanueva, L. (05 de 09 de 2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. México D.F., México .

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *SCIELO*, 14,15,16,17.

SNS-MS. (2008). *GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTONOS DE ATENCION EN ATENCION PRIMARIA*. MADRID: Agencia Laín Entralgo.

- Soler, C. L., & Sevilla, J. G. (2000). *Problemas de atención en el niño*. Madrid: Lavel, S.A.
- Soler, C. L., & Sevilla, J. G. (2000). *Problemas de Atención en el Niño*. Madrid: Lavel, S.A.
- Suárez, A. D., Quintana, A. F., & Esperón, C. S. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. Navarra, España.
- Tomas, J., & Almenara, J. (Julio de 2008). *Master en Paidopsiquiatría*. Obtenido de Universitat Autònoma de Barcelona: [http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos\\_Ansiedad\\_0.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos_Ansiedad_0.pdf)
- Tratado de Psiquiatría. (2015). *PSIQUIATRIA.COM*. Obtenido de [http://www.psiquiatria.com/tratado/cap\\_36.pdf](http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_36.pdf)
- Valero, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. Málaga, Andalucía, España.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y PSIQUIATRIA*. BARCELONA: MASSON.
- Vargas, H. (2014). *Tipo de familia y ansiedad y depresión*. Obtenido de Universidad Peruana Cayetano Heredia.: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/download/245/212>
- Villalobos, J. A., Pintado, I. S., & Mateos, J. D. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. Palencia, España.

Vindel., A. C. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicología.com*, 6,7.

VIU. (s.f.). *Universidad Internacional de Valencia*. Obtenido de Falta de atención en clases:  
<http://www.viu.es/causas-de-la-falta-de-atencion-en-clase/>

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2008). *PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE*. Madrid-España: Pearson Educación S.A.



## k. ANEXOS

### Anexo # 1

#### TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD	0	1	2	3	4
<b>1. Estado ansioso.</b> Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Tensión.</b> Sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Funciones intelectuales (cognitivas).</b> Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6. Humor depresivo.</b> Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7. Síntomas somáticos musculares.</b> Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Síntomas somáticos sensoriales.</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p><b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo.</b> Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>14. Conducta en el transcurso del test.</b> Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PUNTUACIÓN:**

- 0 ANSIEDAD AUSENTE
- 1-14 ANSIEDAD LEVE
- 15-28 ANSIEDAD MODERADA
- 29-42 ANSIEDAD SEVERA
- 43-56 ANSIEDAD MUY GRAVE



## BAREMO PROVISORIO POR EDADES TEST DE TOULOUSE Y PIERÓN

Percentil	Edad					Percentil
	11 a 12	12 a 13	13 a 14	14 a 15	15 a 20	
100	96 o +	101 o +	106 o +	111 0 +	116 o +	100
95	91 - 95	96 - 100	101 - 105	106- 110	111 - 115	95
90	86 - 90	91 - 95	96 - 100	101 - 105	106 - 110	90
85	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 100	101 - 105	35
80	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 100	80
75	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	75
70	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	70
65	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	65
60	56 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	60
55	51 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	55
50	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70	50
45	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	45
40	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	40
35	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	35
30	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	30
25	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	25
20	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	20
15	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	15
10	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	10
5	5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	5
1	4	5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	1
0	3 o -	4 o -	5 o -	10 o -	15 o -	0

Anexo # 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA



Oficio N°. 418 - CPSCL-ASH-UNL  
Loja, 8 de junio de 2016

Sr  
Nila Gómez Ayora  
RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL  
"LA INMACULADA"  
Ciudad

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda se de todas las facilidades a la señorita **CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO**, estudiante del X Módulo de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los reactivos para la investigación del Proyecto titulado: "**LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "LA INMACULADA" DE LA CIUDAD DE LOJA**".

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.,  
COORDINADORA DE LA CARRERA  
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



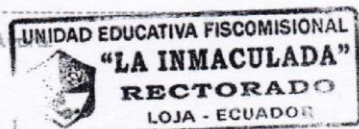
C/c **CLAUDIA PAMELA VALAREZO BORRERO, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborador: Lic. Mariudka Terán Palacios

*Autorizado  
por  
RE...*

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro A.

Teléfonos: 2571379 - Ext.110



## CERTIFICACIÓN

Loja, 23 noviembre de 2016

Carlos Efraín Figueroa Mendieta

**TECNÓLOGO EN RIEGO, RESIDENTE EN EEUU**

### **CERTIFICA:**

Que la traducción del resumen de la tesis titulada: **"LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA .EN LA HIPOPROSEXIA EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "LA INMACULADA" DE LA CIUDAD DE LOJA"**, realizada por la egresada, Claudia Pamela Valarezo Borrero, ha sido elaborada por mi persona, mismo que se encuentra dentro de mi conocimiento como residente en los Estados Unidos durante 18 años. Por lo que autorizo su presentación y faculto a la interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.



Carlos Efraín Figueroa Mendieta

11003151526