

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON
DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA ZONA 10
DURANTE EL CICLO 2018”**

POR

CINDY RAQUEL HERNÁNDEZ CALDERÓN

ANA BERTHA LEIVA ESPAÑA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2023

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON
DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA ZONA 10
DURANTE EL CICLO 2018”**

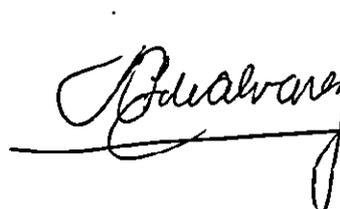
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**CINDY RAQUEL HERNÁNDEZ CALDERÓN
ANA BERTHA LEIVA ESPAÑA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**



CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

M. Sc. José Mariano González Barrios

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Cc. Archivo

CIEPS. 052-2019

Reg. 016-2018

CODIPs. 1385-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

22 de agosto de 2023

Estudiante

Cindy Raquel Hernández Calderón

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Hernández Calderón:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto TERCERO (3°)** del **Acta CUARENTA - DOS MIL VEINTITRÉS (40-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de agosto 2023, que copiado literalmente dice:

“TERCERO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA, ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2018”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Cindy Raquel Hernández Calderón

Registro Académico 2012-16515

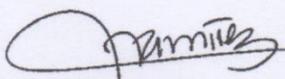
CUI: 2154-36407-1101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Eneyda Raquel Reyes Fernández y revisado por M.A. Helvin Orlando Velásquez Ramos.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA



/Bky



UG-219-2023



Guatemala, 16 de agosto del 2023

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **CINDY RAQUEL HERNÁNDEZ CALDERÓN, CARNÉ NO. 2154-36407-1101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16515 y Expediente de Graduación No. L-167-2018-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación "**LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2018**", mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología – CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 19 de SEPTIEMBRE del año 2019.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucía G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en digital.



CIEPs. 052-2019
REG. 016-2018

INFORME FINAL

Guatemala, 11 de octubre de 2019

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Helvin Velásquez Ramos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA, ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2018”.

ESTUDIANTES:
Ana Bertha Leiva España
Cindy Raquel Hernández Calderón

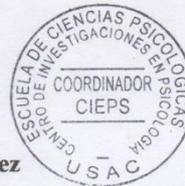
DPI. No.
2163700270101
2154364071101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 19 de septiembre del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 10 de octubre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”





**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



CIEPs. 052-2019
REG. 016-2018

Guatemala, 11 de octubre de 2019

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA, ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2018”.

ESTUDIANTES:
Ana Bertha Leiva España
Cindy Raquel Hernández Calderón

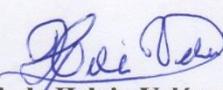
DPI. No.
2163700270101
2154364071101

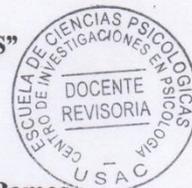
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 19 de septiembre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR





CIEPs. 101-2017
REG. 101-2017

Guatemala, 25 de julio de 2017

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Departamento de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

Licenciada Espinoza:

Informo a usted que realicé la última revisión del **PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE ESTUDIO (TABLA DE VACIADO)**, titulado:

"LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA, ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2017".

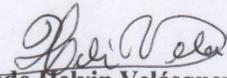
ESTUDIANTES:	CARNÉ No.
Ana Bertha Leiva España	2012-16671
Cindy Raquel Hernández Calderón	2012-16515

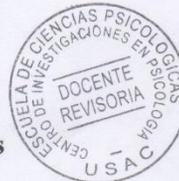
CARRERA: Licenciatura en Psicología

ASESORADO POR: Licda. Eneida Raquel Reyes Fernandez

Considerando que el mismo cumple con los requerimientos establecidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez", se **APRUEBA** el 17 de julio del año en curso y por el Docente Revisor el 24 de abril de 2017. Por lo que se solicita proceder con los trámites respectivos para continuar con el Proyecto de Investigación.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR




Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología, CIEPs "Mayra Gutiérrez"





CIEPs. 016-2018
REG. 101-2017

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 02 de marzo de 2018

ESTUDIANTES:

Ana Bertha Leiva España
Cindy Raquel Hernández Calderón

DPI. No.

2163700270101
2154364071101

Informo a usted que realicé la revisión del **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera Licenciatura en Psicología titulado:

“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA, ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2017”.

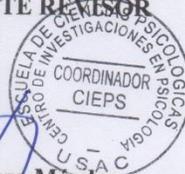
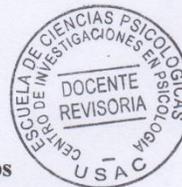
ASESORADO POR: Licenciada Eneida Raquel Reyes Fernandez

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-fue **APROBADO** 27 de febrero de 2018, y por el Docente Revisor el 06 de noviembre de 2017. Por lo que se solicita iniciar la fase del Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez

Coordinador

Centro Universitario Metropolitano –CUM- Edificio “A”
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Mayra Gutiérrez. Teléfono: 24187530

Guatemala 23 de agosto de 2018

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPs –

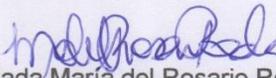
“Mayra Gutiérrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Cindy Raquel Hernández Calderón CUI 2156 34407 1101 y Ana Bertha Leiva España CUI 2163 70027 0101 realizaron en esta institución observación, 13 evaluaciones y un taller terapéutico a alumnos de primero a sexto primaria como parte del trabajo de investigación titulado: “La ansiedad en estudiantes de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio sarasota zona 10 durante el ciclo 2018” en el período comprendido del 2 al 19 de agosto del presente año en horario de 10 a 12:30 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente


Licenciada María del Rosario Rodas



Directora general del Colegio Sarasota

Teléfono: 5880 5851

Guatemala, 24 de agosto de 2018

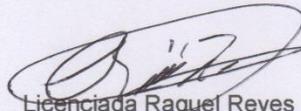
Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del informe final de investigación titulado "La ansiedad en estudiantes de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio sarasota zona 10 durante el ciclo 2018" realizado por las estudiantes Cindy Raquel Hernández Calderón CUI 2156 34407 1101 y Ana Bertha Leiva España CUI 2163 70027 0101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Raquel Reyes
Psicóloga y Educadora Especial
Colegiado No.132 (ciento treinta y dos)
Asesora de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR CINDY HERNÁNDEZ

MARIA DE LOS ANGELES HERNÁNDEZ CALDERÓN

LICENCIADA EN QUÍMICA BIOLÓGICA

COLEGIADO 5688

POR ANA LEIVA

ANIBAL BALTAZAR LEIVA COYOY

LICENCIADO EN ARQUITECTURA

COLEGIADO 795

Acto que dedico a

Tu grandeza y omnipotencia. Por haberme permitido vivir hasta este día, por guiarme a lo largo de la vida, por ser mí apoyo, mi luz y mi camino, gracias por estar siempre a mi lado, Dios.

Tu paciencia y comprensión. Con todo mi amor para la persona que ha y sigue sacrificando su tiempo. Te agradezco por formarme, aconsejarme, motivarme, por haberme dado la oportunidad de recibir una excelente educación, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias pero sobre todo de felicidad. Por tu bondad, sabiduría y abnegación eres mi ejemplo de vida a seguir. Por siempre estar a mi lado ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, por siempre mi corazón y agradecimiento, mamá.

Su apoyo, tolerancia y alegría. Por los momentos de felicidad, enfado, tristeza y humor, pero sobre todo por estar siempre presentes, por siempre mi amor y agradecimiento a mis hermanas.

Su apoyo, comprensión y amistad. Por ser parte significativa de mi vida, porque son el ejemplo viviente de que con esfuerzo, el apoyo adecuado, el amor y la entrega combinada con una buena dosis de sentido del humor y optimismo se pueden superar los más grandes obstáculos, mi corazón y agradecimiento eterno a mi familia.

Sus detalles, ánimos y apoyo. Por ser cruciales en mi vida, por su cariño, por tenerme la paciencia necesaria y no abandonarme a lo largo del camino, por motivarme, pero sobre todo por los momentos de felicidad vividos, por creer y confiar en mí infinitamente agradecida con mis amigos.

Cindy Hernández

Acto que dedico a

A mis padres, que han respaldado cada idea y han estado presentes en cada meta alcanzada, por su amor y consejo en todo momento, agradezco el continuar disfrutando de su presencia así como seguir aprendiendo de cada uno de ellos; también agradezco a mis hermanos por su cariño y apoyo constante y las experiencias compartidas.

A mis abuelos, por quienes siento gran cariño y admiración, quiero agradecerles por estar al tanto de mi desarrollo personal, académico y profesional; A “papa chus”, quien a pesar de su ausencia física sigue presente en cada recuerdo y momento gratificante.

A mi gran familia, por su apoyo y acompañamiento en cada etapa personal y profesional.

A mis amigos presentes, con quienes he compartido momentos de alegría enojo y tristeza; también agradezco a los amigos que por diferentes circunstancias no están conmigo en este momento, pero que me han enseñado a apreciar lo bueno y lo malo de las experiencias de la vida.

A cada una de las personas que he tenido la oportunidad de conocer a lo largo de mi vida, de forma personal y profesional, debido a que han contribuido a mi crecimiento como persona.

Ana Leiva

Agradecimientos

Agradecemos particularmente al Colegio Sarasota de Guatemala por abrirnos sus puertas, por la confianza, el tiempo otorgado y por darnos la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

A la Licenciada María del Rosario Rodas Rodas, directora del Colegio Sarasota por la confianza, apoyo, conocimientos compartidos y por la oportunidad y facilidades otorgadas para la obtención de datos de calidad en la realización de nuestra tesis profesional.

A la Licenciada María Fernanda Rodas Rodas, coordinadora del Colegio Sarasota por su apoyo, cordialidad y confianza; a las docentes por otorgarnos el espacio con sus alumnos, por su tiempo y disposición, lo cual enriqueció el contenido de la investigación.

A la Licenciada Raquel Reyes por haber compartido sus conocimientos, por la confianza, apoyo y dedicación otorgada en la realización de nuestra tesis profesional, pero sobre todo por su amistad.

ÍNDICE

Resumen	20
Prólogo.....	13
CAPÍTULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	23
1.1. Planteamiento del problema	23
1.2. Objetivos de la investigación	25
1.3. Marco teórico.....	26
1.3.1. Antecedentes de investigación.....	26
1.3.2. Contexto social en Guatemala	27
1.3.2.1 Clases sociales en Guatemala.....	27
1.3.2.2. Exclusión social	28
1.3.2.3. Las personas con discapacidad dentro del contexto nacional.	28
1.3.2.4. Institución elegida	29
1.3.3. Niñez y desarrollo	30
1.3.3.1. Desarrollo cognitivo: Vygotsky	31
1.3.3.2. Desarrollo de la personalidad: Erik Erikson	34
1.3.4. Discapacidad	38
1.3.4.1. Trastornos Específicos del Aprendizaje	39
1.3.4.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).	42
1.3.5. Ansiedad.....	43
1.3.6. Criterios de diagnóstico de la crisis de ansiedad.....	46
1.3.6.1. Niveles de Ansiedad	49
1.3.6.2. Tipos de Ansiedad	50

1.3.6.3.	Agorafobia	50
1.3.6.4.	Fobia	52
1.3.6.5.	Trastorno Obsesivo Compulsivo	55
1.3.6.6.	Trastorno Postraumático.....	56
1.3.6.7.	Estrés	58
1.3.6.8.	Ansiedad Generalizada	60
1.3.6.9.	Trastornos de ansiedad	61
1.3.7.	Los efectos de la ansiedad	62
1.3.8.	Relación entre pensamientos, sentimientos y conductas	63
1.3.9.	Ansiedad y discapacidad	64
1.3.10.	Desarrollo de habilidades sociales.....	65
1.3.10.1.	Cómo la ansiedad repercute en las habilidades sociales.....	68
1.3.10.2.	Intervención de la ansiedad con el niño.....	71
1.3.11.	La importancia de la relajación en el desarrollo infantil	72
1.3.11.1.	Prácticas de relajación	74
1.3.11.2.	Condiciones previas para una práctica eficaz.....	74
1.3.12.	Ejercicios para el manejo de ansiedad.....	77
1.3.12.1.	Ejercicios de percepción: captar con todos los sentidos	78
1.3.13.	Musicoterapia	80
1.3.14.	Arte terapia	81
1.3.15.	Aromaterapia	82
1.3.16.	Abrazo terapia	83
CAPÍTULO II.....		84
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....		84

2.1. Enfoques y modelos de investigación.....	84
2.2. Técnicas.....	85
Técnicas de muestreo.....	85
Técnicas de recolección de información	85
Técnicas de análisis de información	87
2.3. Instrumentos	87
2.4. Operacionalización de objetivos	94
CAPÍTULO III	96
3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	96
3.1. Características del lugar y de la muestra.....	96
3.2. Presentación e interpretación de resultados.....	97
3.3. Análisis general.....	158
CAPÍTULO IV.....	165
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	165
4.1. Conclusiones	165
4.2. Recomendaciones	166
4.3. REFERENCIAS.....	167
ANEXOS.....	169

“LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE 7 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL COLEGIO SARASOTA ZONA 10 DURANTE EL CICLO 2018”

Resumen

Autores: Ana Bertha Leiva España y Cindy Raquel Hernández Calderón

El objetivo principal de la presente investigación fue aportar conocimientos sobre la ansiedad en niños con discapacidad en la ciudad de Guatemala, a través de objetivos específicos que permitieron determinar los niveles de ansiedad en los alumnos y establecer los conocimientos básicos para la elaboración e implementación de una guía de ansiedad dirigida a niños que la presentaron; de esta forma fue posible comprobar su efectividad para confrontar la problemática antes mencionada en niños de 7 a 12 años con discapacidad (específicamente en TDAH y Trastornos del Aprendizaje).

Para tal efecto se seleccionó al Colegio Sarasota, ubicado en la zona 10 de la Ciudad Capital, institución que cuenta con una población con y sin discapacidad dentro de un ambiente escolar inclusivo, promoviendo un desenvolvimiento libre de limitaciones. Sin embargo, en el proceso se observaron conductas de ansiedad, buscando proporcionar con este trabajo las herramientas necesarias para su abordaje durante un tiempo máximo de 2 meses.

Los enfoques del proyecto de investigación fueron de tipo cuantitativo, el cual implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados. Trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor y al enfoque pre-experimental,

Para llevar a cabo los objetivos, se hizo uso de técnicas como la observación participante y evaluación de conductas de ansiedad a través de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence. Posteriormente se contrastó la información obtenida en el trabajo de campo con la información recabada en el marco teórico las cuales sirvieron de base para la elaboración y aplicación de una guía de abordaje de ansiedad en el aula, la cual benefició a la población seleccionada. Seguidamente se llevó a cabo una segunda evaluación de la escala de ansiedad, comprobando la eficacia de las técnicas de abordaje aplicadas durante el proceso. Finalmente se determinó que la constancia en el tratamiento influyó en la disminución y mantenimiento de conductas de ansiedad en los alumnos, debido a que la ausencia de algunos alumnos en una o varias sesiones provocó aumento de conductas de ansiedad.

Prólogo

El proceso de investigación, fue llevado a cabo dentro de los parámetros establecidos por el Centro de Investigación en Psicología (CIEPS) de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el referente al programa “La Realidad Psicoeducativa en Guatemala”, del cual deriva la línea de investigación “Paradigmas de la Investigación en Educación”. La investigación se realizó a partir de la problemática que gira en torno al tema de *ansiedad educativa*.

La visión resaltada dentro de la investigación corresponde a la filosofía de la American Psychiatric Association que comprende la *ansiedad*, como una “respuesta anticipatoria ante una amenaza futura”, siendo una forma específica de responder ante diferentes situaciones del entorno que pueden resultar sorprendidas, nuevas o incluso amenazantes. La ansiedad promueve el actuar, es decir, afrontar una situación amenazadora o prepara a la persona a escapar. La ansiedad supone un mecanismo de adaptación, pero puede verse alterado desarrollando una respuesta desadaptativa, ocasionando una disfunción en la vida cotidiana, conduciendo a un trastorno.

En virtud de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo aportar conocimientos sobre la ansiedad en niños con discapacidad en la ciudad de Guatemala, específicamente en estudiantes comprendidos de 7 a 12 años que asisten al colegio Sarasota zona 10 durante el ciclo 2018. Se sustentó en primera instancia a través de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, con el objetivo de identificar las conductas de ansiedad presentes dentro de la población seleccionada. La aplicación de la escala fue modificada según demandas observadas con los alumnos, se realizó de forma individual, por un tiempo mínimo de 45 minutos, en un periodo de 4 a 5 días, entre 9 a 11 de la mañana dentro de las instalaciones del establecimiento seleccionado.

Seguidamente se realizó un análisis de resultados enfocado en las conductas evidenciadas durante la aplicación de la evaluación, dicho análisis

servió de base para la elaboración de la guía de abordaje de la ansiedad en niños con discapacidad, específicamente con TDAH y Trastornos Específicos del Aprendizaje, la cual contiene una serie de técnicas relajantes y dinámicas enfocadas a disminuir determinadas conductas en los niños elegidos.

Posteriormente se desarrolló en la institución los talleres prácticos con los niños y docentes de grado sobre el manejo de la guía como instrumento de intervención para la disminución de ansiedad, seguidamente se llevó a cabo una reevaluación, en un periodo de 4 a 5 días, en el horario establecido con anterioridad, para determinar la eficacia de la investigación.

Finalmente se llevó a cabo una reevaluación de la Escala de Ansiedad para niños de Spence en donde se determinó la eficacia de los talleres terapéuticos planificados en estudiantes con TDAH y Trastornos Específicos del Aprendizaje, observando en su mayoría, disminución de conductas de ansiedad.

En el plano profesional significa un fuerte compromiso de las autoras por continuar capacitándose y con ello contribuir con la implementación de estrategias y conocimientos en el tema de *ansiedad educativa*.

Así mismo se agradece particularmente a la institución seleccionada, por el tiempo otorgado para la realización de las observaciones y las evaluaciones correspondientes, ya que la información obtenida y los comentarios proporcionados enriquecieron el contenido de la investigación.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del problema

El problema a investigar fue “La ansiedad en estudiantes de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al Colegio Sarasota zona 10 durante el ciclo 2018”.

Dentro del establecimiento educativo seleccionado se observaron diversos comportamientos que denotaban ansiedad en los alumnos con discapacidad, siendo los más comunes: sudoración excesiva al momento de exponer ante sus pares en el salón de clase, inquietud ante tareas de clases difíciles o evitación de las mismas, mordisqueo de objetos ante situaciones que le resultan incómodas o difíciles de controlar, entre otras.

La presencia de ansiedad en niños con discapacidad se evidenció en situaciones de la vida diaria donde ellos manifestaron inseguridad y conductas de evitación sobre todo en ambientes sociales, en los cuales les es difícil adaptarse y desenvolverse, debido a la situación de desigualdad generada por la sociedad ante aspectos de su condición que son vistos como desventaja, siendo víctimas de discriminación y exclusión, sobre todo en la sociedad guatemalteca, que aún posee una visión tradicional hacia la personas en condición de discapacidad.

En Guatemala, legalmente “Se considera discapacidad a cualquier deficiencia física, mental o sensorial, congénita o adquirida, que limite substancialmente una o más de las actividades consideradas normales para una persona. Pero el concepto correcto refiere a la desarmonía que existe entre el entorno y la persona, en la que ambos son responsables de los esfuerzos que se hagan para atenuarla o compensarla, por lo tanto, no es sólo un asunto de la propia persona o su familia, sino también es una situación que involucra el entorno social, político, económico y cultural.

Por otro lado, respecto a la Ansiedad, según comunicados realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas.

La ansiedad puede definirse como una reacción instintiva que compromete la seguridad de la persona y sus pares, dado que la persona se vuelve irracional, quedando ausente su control voluntario. Este estado desencadena dificultad de concentración, sensación de pérdida de control se situaciones futuras, temor ante situaciones amenazantes, hiperactividad, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación, etc. Es importante mencionar que los síntomas de ansiedad mencionados con anterioridad no son propias de una discapacidad específica, se dan en un plano general, lo fundamental es diferenciar dichos síntomas de los aspectos propios de un diagnóstico e identificar de igual forma las diferencias en cuanto a las situaciones causantes de la ansiedad en cada caso.

Por lo tanto, se buscó responder a las preguntas de investigación: ¿Qué niveles de ansiedad se presentan en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2018? y ¿Cuál es la efectividad de la guía para el abordaje de la ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad en el colegio Sarasota 2018? Todo ello con el fin de aportar información novedosa sobre el manejo de ansiedad dirigida a niños con discapacidad, específicamente con TDAH y Trastornos Específicos del Aprendizaje, y de esta manera modificar aprendizajes en la vida cotidiana que incidan en una sociedad equitativa y tolerante ante la diversidad.

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. General

Aportar conocimientos sobre la ansiedad en niños con discapacidad en la ciudad de Guatemala.

1.2.2. Específicos

- Determinar los niveles de ansiedad por medio de una evaluación en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2018.
- Identificar los conocimientos básicos para la elaboración de una guía que aborde la ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2018.
- Comprobar la efectividad de la guía para el abordaje de la ansiedad a través de una segunda evaluación en niños de 7 a 12 años con discapacidad en el colegio Sarasota 2018.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes de Investigación

Externos

Guía clínica para los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. El objetivo es proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y estrategias de intervención psicológica y social. Posee un modelo cualitativo con un enfoque de investigación referente a la teoría fundamentada, utilizando como medio instrumental el análisis de la evidencia científica y criterios diagnósticos, prácticas terapéuticas y acciones preventivas en el ámbito del manejo de la problemática señalada y escalas de evaluación. Conclusión: Las enfermedades mentales, al no recibir un tratamiento adecuado, provocan mayor “discapacidad” que muchas otras enfermedades crónicas. (Palacio y de la Peña, 2010).

Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Con dicho estudio se pretende examinar los correlatos y consecuencias de la coocurrencia entre Síndrome de Asperger/Autismo de alto funcionamiento y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, a través de revisión de bibliografía científica, investigaciones con evidencia empírica y entrevistas a padres. (Martos, 2009). Siendo una investigación con un modelo cualitativo y un enfoque de teoría fundamentada. Se concluye que además de los síntomas generales de tristeza y pérdida de interés en las actividades, las personas con autismo pueden manifestar la depresión o la ansiedad de una manera atípica.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. El estudio se centra en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y su comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad, analizando las variables cognitivas, clínicas y sociodemográficas en casos TDAH, que son relevantes sobre el incremento de la probabilidad del desarrollo de estos trastornos, siendo un modelo de

investigación mixta con un enfoque de estudio de casos, contando con instrumentos de entrevistas, cuestionarios, observación y descripción de muestra y análisis de datos estadísticos. Se concluye que personas con TDAH presentan alteraciones en diferentes dimensiones, siendo la ansiedad una problemática a tratar en el plano conductual (Pintado y Mateos, 2003).

1.3.2. Contexto Social en Guatemala

1.3.2.1 Clases sociales en Guatemala

Guatemala tiene una estructura social jerárquica y de relaciones de poder. La estructura de clases da a conocer que la élite social de Guatemala, conformada por la *clase dominante*, constituye únicamente el 5% de la población, es decir son minoría, integrada en su mayoría por empleadores. (Díaz, 2012, págs. 42 - 44)

La *clase media*, de carácter urbano, representa solo 9,2% (casi 1 de cada 10 guatemaltecos). La integran en igual proporción profesionales universitarios (independientes como asalariados), técnicos y personal de oficina con educación media.

La *clase trabajadora*, constituye una base amplia en la pirámide social guatemalteca, comprendiendo un poco más de cuatro quintas partes de la población (85,9%). Conformada en su mayoría por trabajadores no calificados, debido a las escasas oportunidades de movilidad social que existen en el país. Por consiguiente la educación en Guatemala de los hijos está determinada en un porcentaje considerable por la educación alcanzada por los padres, existiendo baja movilidad educativa.

De igual forma el acceso de otros servicios como el de salud (médica, psiquiátrica y psicológica) se ve determinado de igual forma por la clase social, mientras que un porcentaje pequeño de la población tiene pleno acceso a ella, el porcentaje más alto correspondiente a la clase trabajadora, posee un acceso muy bajo o nulo de estos servicios (debido a los niveles altos de pobreza dentro

de nuestro país), sobre todo en la atención psicológica, siendo un área que no conocen y al que no consideran necesario por la falta de información adquirida y transmitida.

1.3.2.2. Exclusión social

La exclusión significa que hay grupos que se ven limitados en cuanto al disfrute de oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas existentes dentro de una sociedad (CONADI, 2006, págs. 5 - 10).

La exclusión se desarrolla por medio de una serie de mecanismos:

1. Falta de posibilidades que busquen la participación en la toma de decisiones que afectan a un conjunto social.
2. Restricción en el acceso a los servicios que mejoran las condiciones de vida de las personas.
3. Limitaciones en el acceso a información que podría aumentar las posibilidades de elección personal.
4. Existencia de mecanismos de segregación basados en normas, prohibiciones y controles legales y/o tolerados. +

La situación de exclusión será diferente en cuanto a la localidad (urbana o rural), el sexo, género, la condición de salud y edad de una persona.

1.3.2.3. Las personas con discapacidad dentro del contexto nacional

De acuerdo a los datos del estudio de la Encuesta Nacional de Discapacidad, ENDIS, el 10.2% la población guatemalteca vive con algún tipo de discapacidad. El área central es la región con mayor prevalencia de discapacidad, con 15.7%, seguido por el noroccidente, con 14.9%; el nororiente, con 6.1%, suroriente con 5.4% y el suroccidente con 10.4%. La prevalencia de discapacidad incrementa con la edad. En el caso de la niñez con un rango de edad entre 2 a 17 años, un 5% posee alguna discapacidad; en los jóvenes y adultos de 18 a 49 años, la tendencia sube a 12%; y en las personas mayores de 50 años es 26%. (SEN, 2017, pág. 4)

Es necesario promover el progreso de estas personas para una mejor inclusión, potenciar sus habilidades y ayudarlos a establecer sus prioridades. Ello implica invertir en empleos, salud, nutrición, educación y protección social, lo cual redundará en que estén mejor preparadas para aprovechar oportunidades, indica Demetrio Vargas del Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI).

En general, la actitud social de las personas con discapacidad y sus familias denota una visión paternalista y asistencialista, bajo un modelo tradicional. El gobierno, las organizaciones privadas y de la sociedad civil que les brindan atención de cualquier índole, tienen la obligación de proveerles de los servicios, apoyo y sostenimiento que requieren.

Este enfoque tradicional, lamentablemente también prevalece en las instituciones y organizaciones privadas, del gobierno y de la sociedad civil.

1.3.2.4. Institución elegida

La población con discapacidad se encuentra sumergida dentro de las diferentes clases sociales mencionadas en un inicio, por lo tanto la atención en cuanto a salud pública, específicamente psicológica hacia este grupo, se verá determinada por su situación dentro de su grupo social. Sin embargo en términos generales ha sido un grupo discriminado y colocado fuera del foco social, no importando su clase social, dando más importancia a su atención médica (en la mayoría de casos), dejando de lado la importancia de la atención psicológica, a la cual también debe reconocerse como vital para su desarrollo como individuo.

Dentro del colegio Sarasota existen niños pertenecientes a familias inmersas en diferentes estatus sociales, lo cual permitió enriquecer el estudio, evidenciando la importancia del área psicológica (sin importar la clase social) y su manejo dentro del tema de control y disminución de niveles de ansiedad presentados en estudiantes con discapacidad (específicamente con Trastornos Específicos del aprendizaje y TDAH) entre 7 y 12 años.

El proyecto va dirigido a reducir las conductas de ansiedad observada dentro del salón de clase dentro de la muestra elegida: sudoración excesiva al preguntar o responder una pregunta (sobre todo a alguna autoridad del colegio), evitación de exposiciones en clase frente a compañeros y maestra, mordisqueo de objetos ante situaciones incómodas, utilización de enunciados que muestran una baja autoestima (“no puedo”, “él/ella lo hace mejor que yo”, “si lo intento no me saldrá como quiero”), evitación de trabajos o juegos de grupo, prefiriendo estar alejado de los demás, etc..

1.3.3. Niñez y desarrollo

Desarrollo

Se refiere a los cambios de comportamiento provocados por el entorno, y a su vez, determinados por una sociedad o cultura. Los cambios pueden ser cuantitativos (Cantidad de respuestas que emite un individuo, como el número de palabras que es capaz de emitir a cierta edad) y cualitativos (la producción de cambios en la forma de respuesta que un sujeto muestra (al mejor su capacidad de hablar, con temas más específicos, amplios, etc.)

El desarrollo puede dividirse en tres ámbitos:

- **Ámbito biofísico.** Estudio del desarrollo físico, motor, sensorial y contextual que afecta al crecimiento, desarrollo y maduración del sujeto.
- **Ámbito cognitivo.** Estudia el desarrollo del pensamiento y las capacidades intelectuales, así como de contexto que influyen en procesos del aprendizaje el habla, escritura, lectura, memoria, etc.
- **Ámbito socioafectivo.** Estudia la capacidad de sentir y expresar emociones, relaciones interpersonales, aspectos ambientales que estimulan el desarrollo socioemocional del individuo.

Personalidad

La personalidad se encuentra dentro del estudio del campo de la psicología, y se puede explicar desde varias funciones, en primer lugar permite conocer de forma aproximada los motivos que llevan a un individuo a actuar, a sentir, a pensar y a desenvolverse en un medio; por otro lado, la personalidad permite conocer la manera en la cual una persona puede aprender del entorno. Se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Marina Magaña, 2014, pág. 40).

La personalidad se configura por dos componentes o factores:

- **Temperamento:** Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emociones.
- **Carácter:** Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad.

1.3.3.1. Desarrollo cognitivo: Vygotsky

Se toma como vital dentro del proyecto de investigación la teoría de Vygotsky, debido a que toma como aspecto vital el potencial para el crecimiento intelectual, que posee un niño, dejando de lado el desarrollo de “debería” de tener según la etapa en la que se encuentra (nivel real de desarrollo). También plantea su Modelo de Aprendizaje Sociocultural, a través del cual sostiene, que ambos procesos, desarrollo y aprendizaje, interactúan entre sí considerando el aprendizaje como un factor del desarrollo. Además, la adquisición de aprendizajes se explica cómo formas de socialización. Concibe al hombre como una construcción más social que biológica, en donde las funciones

superiores son fruto del desarrollo cultural e implican el uso de mediadores (Meece, 2006, págs. 225 - 232)

Es decir, busca la forma de entrelazar la constitución del individuo mediante la complementariedad de la estructura del individuo (genética) y su comportamiento/ aprendizaje influenciado por la sociedad. Todo lo planteado engloba gran parte de la estructura de personalidad de un individuo, y de como esta se construye a través de la socialización y aprendizaje en las primeras etapas de su desarrollo.

Funciones mentales

Para Vygotsky existe dos tipos: las inferiores y las superiores.

- Las funciones mentales inferiores, son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de estas funciones es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer.
- Las funciones mentales superiores, se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esa sociedad. Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente.

Afirma que toda función psicológica es originada a través de las relaciones sociales.

Habilidades psicológicas

Vygotsky considera que las funciones mentales superiores se desarrollan y aparecen en dos momentos, primero a nivel social (interpersonal) y luego a nivel individual (intrapsicológica). Toda función psicológica se desarrolla a través de la interacción social. Por ejemplo: cuando un niño llora porque le duele algo, está dando a conocer una función inferior, siendo esta conducta una reacción primaria hacia el ambiente. En cambio, si llora para llamar la

atención ya es una forma de comunicación con los demás, teniendo un enfoque intencional.

Herramientas psicológicas

Las herramientas psicológicas son el puente entre las funciones mentales inferiores y las funciones mentales superiores y, dentro de estas, el puente entre las habilidades interpsicológicas (sociales) y las intrapsicológicas (personales).

Las herramientas psicológicas median nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. Nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar depende de las herramientas psicológicas que usamos para desarrollar esas funciones mentales superiores, ya sean interpsicológicas o intrapsicológicas. La herramienta psicológica más importante es el lenguaje. En la primera etapa de habla social, el niño utiliza el lenguaje para comunicarse con otros. Luego, en la siguiente etapa de lenguaje egocéntrico utiliza el lenguaje como una forma de regular su pensamiento y comportamiento, no intenta comunicarse con otros, es un habla privada. La última etapa es el habla interna, en donde internalizan el habla egocéntrica, siendo capaces de reflexionar en su mente sobre su comportamiento, sus consecuencias y la solución de problemas.

El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Ya no hay imitación de la conducta de otros, ni se reacciona simplemente al ambiente, con el lenguaje se tiene la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de sí mismo, y que actúa con voluntad propia.

Desarrollo proximal

La zona de desarrollo proximal toma en cuenta las funciones que están en proceso de desarrollo pero que aún no se han desarrollado en su totalidad. La zona de desarrollo proximal será la distancia entre el nivel real de desarrollo – lo que el niño puede hacer por sí mismo – y el nivel del desarrollo posible - la solución de problemas con la dirección de un adulto o la colaboración de otros

compañeros, es decir lo que puede hacer con ayuda -. En cualquier punto del desarrollo hay problemas que el niño está a punto de resolver, y para lograrlo sólo necesita cierta estructura, claves, recordatorios, ayuda con los detalles o pasos del recuerdo, aliento para seguir esforzándose, etc.

Vygotsky propone que la interacción con adultos y otros compañeros, permiten aumentar el nivel de funcionalidad del niño.

1.3.3.2. Desarrollo de la Personalidad: Erik Erikson

Erik Erikson, psicólogo estadounidense que desarrolló una teoría del desarrollo humano con base en etapas; éstas inician desde el nacimiento del ser humano hasta que muere (González, 2013). Plantea etapas de desarrollo continuo. Las características del desarrollo se manifiestan en ocho etapas del ciclo vital y consisten en:

- Búsqueda y adaptación del ser humano al ambiente.
- En cada etapa existen fuerzas antagónicas que se encuentran en conflicto y tienen como objetivo que el ser humano obtenga un logro al finalizar la etapa.

Aunque plantea una edad determinada de desarrollo para cada etapa, es de importancia dentro de la investigación por los aspectos descriptivos de cada una, que permite enfocar a los individuos y determinar que etapa de su desarrollo es vital reforzar o desarrollar, dejando de lado si está dentro de lo determinado según su edad. Es indispensable aclarar que nuestra guía en cuanto al análisis de esta teoría es la búsqueda del aumento de la funcionalidad del individuo en el contexto social.

- Confianza vs. Desconfianza: Inicia desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad; en esta etapa, el bebé necesita de cuidados constantes, principalmente de la madre: comida, protección, calor, atención. Durante esta etapa, se espera formar un vínculo con la madre conforme ésta satisface sus necesidades. En la medida que el bebé reconoce que la madre podrá satisfacer sus deseos y necesidades, confiará o no en la

formación de este vínculo. Al finalizar esta etapa de conflicto entre la desconfianza y la confianza, el logro obtenido será la esperanza, esto significa que el bebé tendrá que aprender que no siempre estará su madre o quien lo provea de abrigo, protección o comida cuando lo requiera, sin embargo, tendrá que tener la esperanza de que podrá sobrevivir, aun cuando no se encuentre quien le brinde satisfacción.

- Autonomía vs. Vergüenza. Esta etapa se ubica entre los 18 meses y los 3 años de vida; durante este periodo el niño inicia con el desarrollo de su aparato locomotor, sus huesos y músculos se desarrollan, así como el control de esfínteres para eliminar los desechos del cuerpo. En esta etapa, el desarrollo de las capacidades de movimiento y excreción requiere tiempo de aprendizaje y control, debido a que no siempre logrará moverse de manera adecuada o controlará sus esfínteres, por esta razón se presenta la vergüenza. Sin embargo, el desarrollo de estas capacidades genera en el niño un nuevo estímulo de libertad, ya no depende de sus padres para desplazarse, con el tiempo el niño se hace más independiente.

La vergüenza se encuentra en relación con el hecho de que el niño tenga padres más represivos y limiten sus capacidades. Al finalizar esta etapa, el logro del niño tendrá que ser la determinación o la voluntad de hacer o no hacer, utilizando la confianza que previamente ha aprendido.

- Iniciativa vs. Culpa. Esta etapa se desarrolla entre los 3 y 5 años de edad; durante este periodo, el niño alcanza una actividad superior a la anterior, porque ahora tiene dominadas casi por completo sus capacidades locomotoras, por lo tanto, con la exploración y la curiosidad que posee el niño ahora, tiene la posibilidad de expresarse al acudir a sitios donde antes no podía; puede desplazarse con mayor libertad. A partir de descubrir estas nuevas capacidades, el niño se da cuenta de las nuevas y variadas posibilidades que ahora tiene a su alcance, esto promueve su iniciativa. Del mismo modo que el lenguaje y las capacidades cognitivas se desarrollan,

la iniciativa en esta etapa implica tener esta voluntad de moverse y explorar, aprovechando el excedente de energía que tiene disponible.

La culpa proviene del ambiente, cuando al niño se le limita con mayor frecuencia o recibe regaños por parte de los padres o los maestros, debido a las “travesuras” que comete en esta etapa. En gran medida, el niño genera culpa porque estos regaños no tienen una explicación de por qué puede o no puede llevar a cabo lo que realiza; el desconocimiento de las causas de su comportamiento o los chantajes emocionales por parte de los padres incrementan la culpabilidad. En la medida en la que se explican al niño las consecuencias reales de su comportamiento, y comprenda lo que puede hacer, se generará el logro de esta etapa.

- Laboriosidad vs. Inferioridad Esta etapa comprende de los 5 a los trece años de edad; durante este periodo comienza formalmente la instrucción escolarizada, la exigencia por parte de padres y maestros se incrementa debido a que las tareas y el aprendizaje aumentan. La competitividad con otros compañeros, así como la sociabilización, tienen especial atención.

Esta expectativa y exigencia provoca que el niño sea laborioso e invierta tiempo en ser capaz de hacer las cosas que se le piden; sin embargo, cuando no logra adaptarse a tales exigencias, el niño tiene la sensación de no ser suficiente o capaz, por lo tanto, se puede sentir inferior a los demás compañeros. Hasta este momento, los padres y los maestros necesitan apoyar al niño en el desarrollo de sus capacidades, así como hacerle comprender que el fracaso no implica inferioridad; este aprendizaje, así como el propósito y la voluntad previamente aprendidos, generará en el niño un sentido de competencia funcional, donde el proceso de realización de las actividades adquiere mayor sentido que el resultado.

- Búsqueda de la identidad vs. Difusión de la identidad. Esta etapa de desarrollo se encuentra entre los 13 y 21 años de edad aproximadamente, este periodo tiene la peculiaridad de confrontar las etapas previas. Ahora, los preadolescentes y adolescentes entran en conflicto respecto al

descubrimiento y búsqueda de su identidad. La crisis de identidad trae consigo conflictos, como la inseguridad, los cuestionamiento de roles sociales, la preferencia sexual, la independencia o adhesión a grupos, los cuestionamientos ideológicos y de valores. Durante esta etapa, el joven tendrá que dar solución a estas cuestiones para superar con éxito este periodo con el logro de la fidelidad o lealtad hacia sí mismo.

- Intimidad vs. Aislamiento. Inicia aproximadamente a los 21 años de edad y continúa hasta los 40, las etapas propuestas por Erikson se amplían a partir de ésta. Durante este periodo el individuo puede generar vínculos afectivos con otras personas -como una pareja-; y del mismo modo, consigue separarse de los grupos -como la familia-. El equilibrio entre pertenecer o separarse implica poder compartir con alguien más sus propias experiencias, afectos y emociones, así como la intimidad. La prolongación de esta etapa consiste en que al final el individuo logre conseguir amor de alguien más.
- Generatividad vs. Estancamiento. Comprende un periodo de 20 años, desde los 40 hasta los 60 años de edad; durante esta etapa, el individuo debió haber encontrado una pareja, y ahora corresponde una época laboral, consiguiendo ser productivo. La contraparte es el estancamiento, ya sea por no haber conseguido una pareja o no ser productivo.
- Integridad vs. Desesperación. Esta etapa comienza desde los 60 años de edad hasta la muerte; durante este periodo se vive la adultez mayor; en consecuencia, los cuidados que se deben tener corresponden en gran medida a los logros de etapas anteriores. Lograr no estancarse socialmente y transmitir sus conocimientos a generaciones posteriores, implica que el adulto cuide su estado de salud física y mental, sintiéndose un ser integrado. De lo contrario se sentirá desesperado e inconforme con lo que ha llegado a ser.

1.3.4. Discapacidad

Discapacidad

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido pasando de una perspectiva asistencialista, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades (CONADI, 2006, pág. 14).

La discapacidad no es definida sólo como una condición de salud propia de la persona, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos. Se reconoce el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona (Situación).

En Guatemala, legalmente “Se considera discapacidad cualquier deficiencia física, mental o sensorial, congénita o adquirida, que limite substancialmente una o más de las actividades consideradas normales para una persona.

La discapacidad es una desarmonía entre el entorno y la persona, en la que ambos son responsables de los esfuerzos que se hagan para atenuarla o compensarla, por lo tanto, no es sólo un asunto de la propia persona o su familia, sino también es una situación que involucra el entorno social, político, económico y cultural.

Tipos de discapacidad

- Física. Relacionada con el cuerpo, miembros, y órganos de forma general. Originada en los sistemas musculo esquelético, nervioso, sistema respiratorio, sistema cardiovascular, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y neoplasias (Madrid, 2010, págs. 16 - 20).

- Sensorial y comunicativa. Originada en el sistema visual, auditivo, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.
- Discapacidad psíquica. Organizada por discapacidad intelectual, con respecto a las funciones/procesos cognitivos y conductas adaptativas.
- Discapacidad múltiple. población que manifiesta en forma conjunta más de un tipo de discapacidad.

1.3.4.1. Trastornos Específicos del Aprendizaje

Se toma dentro de la muestra a niños que posean algún trastorno específico del aprendizaje o bien una dificultad de aprendizaje, por lo que se considera necesario la descripción de este término y lo que el mismo implica, visualizando con más amplitud la investigación a realizar y lo que la misma conlleva (Marina Magaña, 2014, págs. 21 - 28).

El término “trastornos del aprendizaje” se aplica de forma general a los problemas que plantean obstáculos al rendimiento académico o escolar. Surgen por alteraciones de los procesos cognoscitivos, en gran medida secundarias a algún tipo de disfunción biológica. Su etiología no es conocida, pero se acepta el predominio de los factores biológicos, en interacción con otros como las oportunidades para aprender y la calidad de la enseñanza. Si bien la escuela es un factor a considerar, los trastornos no pueden reducirse puramente a errores pedagógicos.

Clínica y formas de presentación

Las dificultades escolares se pueden clasificar por su etiología en:

- A. Dificultades de origen primario.
- B. Dificultades específicas.
- C. Dificultades derivadas del entorno socio-familiar y cultural.

A. Dificultades de origen primario: Son dificultades escolares de origen primario, ocasionadas por:

1. Discapacidad intelectual en el límite de la norma, cociente intelectual o CI muy alto, bajo o muy bajo.
2. Problemas neurológicos.
3. Enfermedades crónicas o discapacidad física.
4. Discapacidad sensorial: auditivo y/o visual.
5. Enfermedades carenciales: malnutrición, ferropenia, alteraciones tiroideas (apatía, somnolencia).
6. Rinitis crónica que suele ocasionar problemas para oír, aprender a hablar y pronunciar correctamente.

Estas dificultades primarias deben ser detectadas y abordadas precozmente dentro de su entorno social: el pediatra, la familia o los profesionales del centro educativo, para que su integración social y escolar sea correcta. Con la aplicación de medidas preventivas, educación para la salud y tratamiento específico, su integración social y escolar será adecuada a su individualidad al llegar a la adolescencia.

B. Son dificultades específicas, que serían los trastornos específicos del aprendizaje:

1. En aptitudes escolares:
 - Para el aprendizaje del cálculo: discalculia. Se caracteriza por la dificultad en el procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y calculo correcto o fluido. Confunden los números, los invierten o los escriben al revés.
 - Para el aprendizaje de la escritura: disgrafía. Es la dificultad en la realización correcta del trazo en la escritura, no debe etiquetarse como “mala letra”, ya que puede surgir por diferentes causas: aquellas en las que existe un problema de tonicidad, aquellas que dependen de una dificultad en el desarrollo de la motricidad fina, aquellas que dependen de problemas de coordinación óculo - manual; las que dependen de problemas espaciales; aquellas que dependen de factores de tipo

temperamental y personalidad (impulsividad al escribir). Un sexto tipo depende de factores educativos y el séptimo es el resultado de varios factores combinados. Hay distorsión en el orden y posición de las palabras.

- Para el aprendizaje y desarrollo de la lectura fluida y comprensiva: dislexia. Según la International Dyslexia Association, la dislexia es una dificultad específica de aprendizaje cuyo origen es neurobiológico. Se manifiesta en el aprendizaje de la lectura y escritura, presentando dificultades en el proceso lector, como también en la escritura y en la ortografía. En general, con todo lo que tenga que ver con la decodificación de los símbolos que se han creado para la comunicación (las letras y los números)
 - Disortografía. Dificultad al aplicar las reglas ortográficas, como secuela de la dislexia aun después de ser superada.
2. En lenguaje y habla:
- Desarrollo de la articulación.
 - Desarrollo del lenguaje expresivo: a) Dislalia, dificultad para pronunciar un fonema determinado, sin invertir las letras.
 - Disfasia, la aparición del lenguaje oral y escrito aparece después de lo esperado, asociado a problemas perceptivos.
 - Desarrollo del lenguaje receptivo.
3. Motoras: desarrollo de la coordinación motora: fina y/o gruesa, presentando confusión en la lateralidad o de coordinación visomotora, siendo difícil distinguir entre derecha e izquierda, en manos, pies, ojos, etc.; dificultad en la organización espacial (dificultades para localizar objetos o realización de dibujos con perspectiva) o en la organización temporal.
4. Aunque no es un trastorno específico del aprendizaje, el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad) adquiere gran importancia, por el elevado porcentaje que representa en las estadísticas como causa de fracaso escolar. La tríada característica es: actividad motora excesiva; déficit de atención; impulsividad. Son síntomas

asociados, entre otros: trastornos de conducta; dificultades de aprendizaje; problemas de relación social; bajo nivel de autoestima; alteraciones emocionales.

C. Dificultades derivadas del entorno socio-familiar y cultural. Aquí se encuentran todos aquellos factores que perjudican el aprendizaje favorable de un niño:

- Lenguaje utilizado en el hogar
- Atmósfera de aprendizaje en casa
- Problemas familiares
- Cambios de escuela
- Forma de enseñanza, métodos utilizados por el docente, infraestructura, etc.

1.3.4.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Se considera vital definir de igual forma el TDAH, siendo una condición a abordar dentro de la investigación, debido a que posee trastornos asociados como los Trastornos Específicos del Aprendizaje y la Ansiedad (Silver, 2004, págs. 39 - 63).

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es una condición que puede alterar el proceso de adquisición del aprendizaje. Afecta aproximadamente al 5% de la población en edad escolar.

Se caracteriza por los síntomas de desatención (dificultad de resistirse a estímulos irrelevantes, lo que dificulta su concentración durante mucho tiempo y, por tanto el mantenimiento del “trabajo consistente” en una tarea, por un periodo de tiempo más o menos largo), y/o hiperactividad (alto nivel de actividad motora) e impulsividad (dificultad de autocontrol en sus emociones, pensamientos y conductas), que se presentan con intensidad y frecuencia, de tal forma que interfieren en su aprendizaje y/o comportamiento.

Con inatención

Se distrae con facilidad por estímulos externos, con frecuencia poseen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y las evade con facilidad). Parece no escuchar cuando se le habla directamente (parece tener la mente en otras cosas). Con frecuencia le es difícil atender instrucciones y no termina las tareas escolares (inicia tareas, trabajos o exámenes, pero se distrae fácilmente).

Tiene dificultad para organizar tareas y actividades, suele evitar, le disgusta y se muestra poco entusiasta al iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares). Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, etc.)

Con hiperactividad e impulsividad

Con frecuencia juguetea con las manos o golpea con las manos o los pies, se retuercen en su asiento, se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. Corretea o trepa en momentos no apropiados (en adolescentes puede limitarse a estar inquieto).

Dificultad para jugar u ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. Dificultad para estar tranquilo, o se siente incómodo estando en actitud pasiva durante un tiempo prolongado. Habla de forma excesiva, suele responder de forma inesperada o anticipada antes de concluir alguna pregunta (termina frases de otros, no respeta turnos de conversación). Le es difícil esperar su turno. Se introduce en asuntos de otros (en conversaciones, juegos o actividades).

1.3.5. Ansiedad

La *ansiedad* se comprende como una “respuesta anticipatoria ante una amenaza futura”, (APA, 2005, pág. 189), siendo una forma específica de responder ante diferentes situaciones del entorno que pueden resultar sorprendidas, nuevas o incluso amenazantes. La ansiedad promueve el actuar,

es decir, afrontar una situación amenazadora o prepara a la persona a escapar. La ansiedad supone un mecanismo de adaptación, pero puede verse alterado desarrollando una respuesta desadaptativa, ocasionando una disfunción en la vida cotidiana, conduciendo a un trastorno.

El *miedo* se define como una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria; el miedo y la ansiedad pueden solaparse, pero también diferenciarse, estando el miedo asociado con frecuencia a accesos de activación autonómicas necesarios para la defensa o fuga, pesamientos de peligro inminentes y conductas de huida, y la ansiedad se muestra asociada mayormente a tensión muscular, vigilancia a un peligro futuro y comportamientos evitativos.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por su persistencia, la cual va más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o miedo transitorio, inducido comúnmente por el estrés. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y suelen persistir de no brindarles un tratamiento.

La ansiedad es probablemente la más común y universal de las emociones y se encuentra presente durante toda la vida. Cuando se emplea en términos como nerviosismo, inquietud, inseguridad, angustia, tensión, miedo o temor, refieren la experiencia de ansiedad.

Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y tener consecuencias, pudiendo desarrollar daños en el auto concepto, la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

La ansiedad es una respuesta que engloba 3 categorías escasamente relacionadas entre sí, es decir que una persona en una situación que le provoca ansiedad puede presentar reacciones fisiológicas exageradas, mientras que en las áreas corporal y motora pueden ser leves o moderadas: (Tobal, 1996, pág. 15 y 16)

- Aspectos subjetivos o cognitivos, de carácter displacentero: tensión, aprensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, pensamientos negativos de inferioridad o incapacidad, sensación de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.
- Aspectos corporales o fisiológicos, con un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Nervioso Somático: palpitaciones, tensión muscular, sequedad de boca, escalofríos, temblores, sudoración, náuseas, mareo, sensación de sofoco, respiración rápida, enuresis, eyaculación precoz, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Aspectos observables o motores, que suelen detectarse como comportamientos escasamente adaptativos: movimientos repetitivos o torpes, movimientos sin una finalidad concreta, paralización motora, tartamudeo, evitación de situaciones.

A continuación se presenta una serie de comportamientos o miedos normales, como expresión del funcionamiento de los sistemas de alarma (adaptación y supervivencia), que se presentan en una determinada etapa, comparándolas con la ansiedad patológica, que consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, acompañada de sentimientos de aprensión. (Pita, 2005, pág. 266)

	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos discrepantes • Ansiedad ante el extraño • Ansiedad de separación • Otros (oscuridad, seres extraños...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad generalizada
Niños (5 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos misteriosos • Daños corporales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad de separación

	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación (rechazo parental) y rendimientos • Relación con iguales 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad generalizada • Fobias específicas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación social • Hipocondriasis • Miedo a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia social • Trastornos propios del adulto

Es importante tomar en cuenta que una conducta de temor o ansiedad puede verse como un aspecto normal media vez no sea muy intensa, constante, o duradera, sobrepasando lo regularmente establecido a nivel social, de lo contrario debe considerarse la posibilidad de un trastorno tomando en cuenta la edad y los criterios diagnósticos establecidos según sea el caso.

En el caso de los niños, un aspecto que ayuda a determinar la diferencia entre la regularidad (*normalidad*) y la patología es la capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, denominada también *como* flexibilidad en la adaptación afectiva.

1.3.6. Criterios de diagnóstico de la crisis de ansiedad

Si se cumplen los criterios, el trastorno permanece y si no se cumplen este permanece ausente, el grado y proporción en que se dan los síntomas, determina también el cuadro clínico del diagnóstico en un sistema dimensional de casi todos los trastornos mentales. Como el trastorno de angustia se hace, cuando son más recurrentes las crisis o cuando ha pasado un mes desde el primer ataque, el individuo se siente aprehensivo y preocupado por la posibilidad de que las crisis recurran (Espada, 2009).

El diagnóstico de trastorno de angustia es poco común, además mantiene una prevalencia en las personas durante la vida que oscilan entre 1 al 2.9 % en los países del mundo; otro ejemplo similar los pacientes vistos en

otras clínicas de cardiología padecen de criterios de trastornos de angustia asociados con problemas cardíacos y físicos. La mayoría de los casos de trastornos de angustia se desarrollan en personas que tienen alrededor de 20 a 30 años, en algunos casos niños y adolescentes han experimentado crisis por problemas familiares y factores ambientales.

Es diagnosticada en mujeres que experimentan un período de miedo o incomodidad intenso que presentan síntomas tales como: Elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión malestar torácico, náuseas o molestias abdominal, úlceras e Inestabilidad, mareo o desmayo, des realización (sensación de irrealidad) despersonalización (estar separado de sí mismo), miedo o perder el control miedo de morir (parestesias), sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos o sofocación.

Causas

- Factores genéticos,
- Comportamiento aprendido,
- Comportamiento instintivo a los animales y fenómenos climatológicos,
- Experiencias traumáticas,
- Enfermedades crónicas.

Síntomas

El trastorno de angustia es variable, si no se trata cuanto antes, en algunos casos solo suceden periódicamente en meses y años entre los episodios; sin embargo, es más común que esta crisis provoque problemas continuos durante muchos años. En particular las mujeres sufren síntomas que afrontan incertidumbres diarias de que puedan experimentar una crisis de angustia cuando se encuentran en una situación en la que no pueden conseguir a alguien que los ayude; los trastornos de angustia son varios e impiden el

desarrollo normal que afectan la vida de las personas y corren el riesgo de presentar los siguientes síntomas:

Aerofóbicos (miedo de viajar en los aviones), sentimientos de angustia, tristeza, penas, sentimientos de culpa, ideas irracionales de autoeliminación, pérdida de placer por los gustos de la vida, falta de deseos para realizar tareas cotidianas, falta de motivación de empleo y vida familiar, descenso de la actividad intelectual, trastorno del humor asociados a inestabilidad emocional, social e impulsividad; pueden producirse trastornos asociados en la alimentación, la sexualidad y bajo o aumento de peso.

Los síntomas de ansiedad son trastornos psiquiátricos y médicos por lo general la ansiedad tiene una función muy importante con la supervivencia junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad; suele reservarse más para síntomas críticos y ansiedad para síntomas más permanentes de la crisis de angustia y no crisis de ansiedad. La ansiedad es como un estado que se refiere a un episodio agudo y auto limitado o a una situación provocada que no persiste más allá del evento generador, (Ricciardi, 2004).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (APA, 2005) explica que la crisis de angustia suele aparecer en el contexto de diferentes trastornos de ansiedad. La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal del miedo o malestar de carácter intenso que se acompaña por lo menos de cuatro o más síntomas psicósomáticos cognitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza la máxima expresión con rapidez de aproximadamente diez minutos acompañándose de una sensación de peligro de muerte o de una urgente necesidad de escapar.

El tratamiento requiere de sesiones constantes, con la diferencia entre uno y otro tipo de angustia, requiere un tiempo indefinido entre inmediato a mediano plazo de seis a doce sesiones regularmente.

1.3.6.1. Niveles de Ansiedad

El estado de ansiedad puede clasificarse en niveles de intensidad: Leve, moderado, grave y de pánico; que cada uno de ellos presentan diferentes manifestaciones, (Lluch, Novel y Ortiz, 2000).

A. Ansiedad leve: Se caracteriza por un estado de alerta, la persona que la padece conserva la capacidad de afrontar y resolver los problemas, aunque presenta síntomas neurológicos que puedan provocar, insomnio, sensación de malestar y agotamiento físico.

B. Ansiedad moderada: Provoca disminución de la atención y percepción, dificultades de concentración entre otros; a nivel fisiológico presenta aumento de la frecuencia cardiaca o respiratoria temblores y estremecimientos

Síntomas físicos dermatológicos: En la percepción de los sentidos, sistema osteomuscular, circulatorio, respiratorio y digestivo.

Síntomas Psicológicos: inquietud interior, desasosiego, temor a perder el control, inseguridad, temor a la locura, trastornos de la memoria, pensamientos preocupantes y negativos, dificultad para la acción, bloqueo en las relaciones humanas, entre otros pensamientos asertivos.

C. Ansiedad grave: Se caracteriza en la incapacidad de la persona para concentrarse, sufre de trastornos psicosomáticos, de una reducida ansiedad de la realidad a nivel fisiológico padece de taquicardia, migraña, náuseas, hipertensión, asma bronquial, artritis, ulcera péptica, genitourinario, trastornos sexuales entre otros.

Según el DSM-IV (APA, 2005), la ansiedad de pánico: Se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad con incapacidad de comunicarse y las manifestaciones fisiológicas que provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico; tales como los trastornos hipocondriacos que resulta como consecuencia una ansiedad de salud mental.

La persona que está padeciendo de esta enfermedad llega a sentir síntomas, que erróneamente no existe en la realidad; también una percepción distorsionada que manifiesta una experiencia traumática debido al fallecimiento de alguna persona querida, protección excesiva por parte de los padres, educación basada en el miedo. Las causas son debidas al estrés y la ansiedad crónica, el tratamiento adecuado serán las terapias de exposición y colaboración de la familia.

1.3.6.2. Tipos de Ansiedad

- Agorafobia,
- Fobia,
- Trastorno obsesivo compulsivo,
- Trastorno postraumático,
- Estrés,
- Ansiedad generalizada.

1.3.6.3. Agorafobia

La agorafobia es el miedo patológico a los espacios públicos y a los espacios abiertos, es un trastorno de la ansiedad que consiste en el miedo a lugares donde no se puede recibir ayuda, miedo intenso, ante la posibilidad de quedar atrapado, desamparado o avergonzado en una situación sin ayuda disponible ante una crisis fisiológica. (Chinchilla, Correas, Quintero y Vega, 2003). Suelen manifestar ansiedad anticipatoria frente al estímulo fóbico desarrollan conductas evitativas, pensamientos erróneos como la idea de morir.

Los criterios de diagnóstico experimentan aislamiento en algún lugar o se sienten solos fuera de casa, en situaciones difíciles o vergonzosas; recurren a escapar, estar en una multitud de personas, se sienten impacientes, estar sobre un puente o viajar en autobús se siente también temerosos. Desarrollan estilos idiosines, preocupación por las complicaciones de la crisis o consecuencias de cambios de conducta relacionado con la crisis. Por otro lado, no siempre se hereda el mismo tipo de enfermedad, ya que un padre con

trastorno de ansiedad también puede heredar un tipo bipolar llamado ciclotimia que genera ansiedad de los nietos hasta los abuelos.

Etiología de los trastornos:

La etiología de los trastornos de ansiedad es más elevada entre gemelos univitelinos que entre gemelos vitelinos aunque los primeros tengan la misma predisposición genética pero que reflejan experiencias individuales; sugieren que ambos trastornos poseen componentes psicológicos y fisiológicos en los cuales los parientes biológicos del individuo trastornado de angustia contribuye a desarrollarse ocho veces más de probabilidad de esta enfermedad, (Gross y Gen, 2004). Además las personas que desarrollan el trastorno antes de los veinte años, tienen veinte veces más posibilidades de sufrir el trastorno, que otros por tener parientes de primer grado.

Los investigadores sospechan que los constantes cambios en el cuerpo disparan sensaciones de angustia, las cuales causan enfermedades; uno de los descubrimientos es el incremento de un químico en la sangre lo que provoca alteración de trastornos de angustia. Según la teoría de la sensibilidad las personas que sufren trastornos de angustia tienden a interpretar manifestaciones cognitivas somáticas del estrés, que tienden asfixiarse mientras que otros sienten algo extraño en el cuerpo por la falta de bióxido de carbono en la sangre.

Tratamiento del trastorno de angustia:

No basta asesorar a la familia si no también considerar los medicamentos en el alivio de la ansiedad, que acompañados de técnicas de intervención de tratamiento en el proceso psicoterapéutico cognitivo conductual, entrenamiento de respiración y relajación, técnica de contra condicionamiento, técnica de control de angustia entre otros, (Toro, 2000).

1.3.6.4. Fobia

La fobia como el miedo irracional de pensamientos distorsionados observados en una persona, miedos irracionales intensos e incontrolables que manifiestan en determinada situación o ante algún elemento en particular; aunque lleguen a darse cuenta de que no representa para ellos una amenaza real. No existe una sola causa para explicar por qué una determinada persona padece de una u otra fobia, (Botella, Baños, Perpiña, 2003).

No existe una relación uno a uno entre los antecedentes de un pariente y el desarrollo de un trastorno determinado por causas y factores genéticas, ambientales, experiencias traumáticas, comportamiento instintivo de animales y fenómenos climatológicos.

El trastorno de pánico influye en la forma de procesamiento de información en el cerebro. (Pillay, 2007). Por ejemplo, los individuos con trastornos de pánico tienen menores reacciones a los estímulos; (como ver un rostro atemorizado) que en lo normal produciría una fuerte reacción en que no padecen el trastorno. Se asigna a personas que experimentan ansiedad preocupación excesiva respecto a diferentes actividades como el rendimiento laboral o excesiva tarea escolar que se prolonga más de los seis meses; la preocupación constante trae como consecuencia síntomas de ansiedad y está asociada con la inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, alteraciones del sueño e irritabilidad, facilidad de molestias entre otros. Se dividen en fobias específicas y fobias sociales.

Fobia específica:

El DSM-IV, (APA, 2005), especifica que el símbolo de lo peor que una persona en particular le pueda pasar por ejemplo: Miedos asociados a determinados estímulos como miedo a nadar, miedo a las tormentas, arañas, culebras, payasos, a los espejos a las personas disfrazadas entre otros; la incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres aunque no en todos los casos. La fobia específica es el miedo irracional negativo constante a objetos, o a

situaciones particulares, que provocan una respuesta inmediata de ansiedad que causa una alteración significativa del funcionamiento y resulta una conducta de evitación. Por ejemplo: Cuando una persona aborda un avión la ansiedad se intensifica, cuando ven una película de terror se asfixia o cuando una persona evita hacer contacto con algo, busca pretexto para no encarar el problema.

Y cuando un individuo se anticipa que hará cierta actividad, se vuelve sumamente ansioso a tal grado que experimenta miedo de angustia completa ante distintos peligros injustificados por la objetividad del peligro o cuando una persona se presenta inoportuno en el momento apropiado y cuando interfiere en la vida normal en forma innecesaria y reduce la capacidad de acción.

Fobia social.

Es un tipo de miedo especial observado por los demás, actúa de manera humillante y vergonzosa, los modelos cognitivo conductual consideran que el miedo es un poco realista porque provocan en el individuo pérdida de capacidad de concentración en el desempeño; que cambia la atención de la ansiedad creciente lo que provoca errores causando temor en las tareas cotidianas.

La fobia social se presenta en niños y en adultos, es más frecuente en los niños porque han sufrido humillaciones en el medio ambiente familiar, social, traumas en el desarrollo del crecimiento, carecen de libertad que provoca la ansiedad, dado que los niños no están conscientes del miedo irracional como es el caso de hablar en público, que no pueden escapar y no tienen esa libertad de expresar la ansiedad de forma directa. El rehusar de interactuar con otros niños de la escuela, se le llama (fobia escolar) las personas que han sufrido este tipo de trastornos tienen consecuencias de separación, desadaptación, rechazo y les perjudica en la adultez; mantienen baja autoestima y subestiman los talentos de otras personas; los elementos más importantes de la fobia social se detallan a continuación:

Preocupación por llegar a ser el centro de atención de la persona, temor que a propósito de que alguien los esté mirando y observando cuando están hablando ante un grupo de amigos, se paralizan o la mente quede en blanco y son incapaces de continuar hablando.

Temor a propósito de comer o beber o usar sanitario público, dificultad para manejarse en comercios y relaciones administrativas, aversión a realizar llamadas telefónicas y realizar gestiones, dificultad para confrontarse en el trabajo o hacer reclamaciones (incluso si se tiene la razón y el derecho de hacerlo), sensación que todos lo miran y el que dirán desvalorando sus intenciones.

Temor a que las intervenciones parezcan ridículas, pobres o inadecuadas, las fiestas y reuniones son una pesadilla y el comportamiento de la persona que tiene fobia social consiste en ponerse cerca de la puerta o encargarse de discretas tareas que le permitan huir de la situación; estos miedos se desaparecen cuando la persona se encuentra solo por lo regular mantienen una baja autoestima y subestiman sus talentos reales.

Tratamiento del trastorno de ansiedad de fobia:

Modelo conductual y cognoscitivo- conductual. La terapia racional emotiva (TRE), se enfoca en ayudar al cliente aprender formas más adaptativas del pensamiento, acerca de situaciones y objetos que antes eran amenazantes, desagradables pero una vez roto el problema la mayoría de personas logran convertir los problemas en experiencias agradables. En el caso de las personas aéro fóbicos aliviarlas con tranquilizantes por receta médica, disuadir o cambiar de pensamientos a los clientes de las creencias irracionales, por las racionales, al demostrar lo equivocado en que se encuentran.

Los métodos de sobre saturación, la desensibilización sistemática, técnicas encubiertas, exposición en vivo, método de exposición gradual entre otros; son técnicas que ayudaran a sustituir en gran medida los pensamientos irracionales del paciente. El terapeuta demostrará al cliente la conducta

deseable, lo guiará al cambio conductual, logrando controlar al cliente de los pensamientos que le provocan ansiedad; le ayudará paulatinamente a desaparecer dichos pensamientos irracionales a través de los métodos mencionados.

1.3.6.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo se debe a anomalías en los ganglios basales, con niveles altos de serotonina, dopamina y acetilcolina que afecta el funcionamiento de la corteza pre frontal y que trae como consecuencias trastorno de déficit de atención, (Clark, 2007). La obsesión es un pensamiento que no puede olvidar una persona de la conciencia, consiste en ideas, pensamientos, impulso o imagen persistente e intrusiva; las personas con obsesiones reconocen que estas condiciones surgen dentro de los propios procesos perturbados del pensamiento tratan con desesperación de ignorar o eliminar estos pensamientos intrusivos.

Por ejemplo, cuando una persona ha discutido con otra, por más que quiera olvidar y se ocupa de otras actividades, el pensamiento erróneo de esa persona ofendida vuelve a recordar e impulsa esa imagen persistente por mucho tiempo; las obsesiones desarrollan pensamientos que no se eliminan y las compulsiones que son conductas repetitivas irresistibles e incontrolables.

Una compulsión está asociada con la obsesión, la persona que se obsesiona con la preocupación de haber dejado una olla sobre la estufa, es impulsado a regresar repetidas veces a la cocina para asegurarse que la estufa este apagada. Las compulsiones pueden tomar la forma de rituales mentales, como contar hasta el número quince, cada vez que se entromete un pensamiento indeseable

A. Síntomas del trastorno obsesivo compulsivo:

Obsesiones asociadas con compulsiones de verificación: El trastorno se interfiere a la vida diaria y atrapan a la persona en un círculo de pensamiento y conductas perturbadoras que provocan ansiedad

Obsesiones de limpieza asociadas con compulsiones a lavar: Involucran la repetición de una conducta específica como: Lavar y limpiar, contar ordenar objetos verificar o pedir seguridad

La necesidad de simetría y ordenar objetos: consumen el tiempo, son irracionales y distraen al individuo que desea con desesperación detenerlos

Conductas de acumulación de objetos: Cuando el cliente acumula o almacena objetos inservibles tales como: periódicos, recipientes de comida, cartas, bolsas de basura y otros; que cuando se les llama la atención que se deshagan de los determinados objetos, responden con preocupación que los objetos pueden ser necesarios posteriormente.

B. Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo:

Las técnicas de exposición y la detención del pensamiento controlan y ayudan al paciente a reducir la ansiedad obsesiva, la Prevención de respuestas en el que el profesional clínico instruye al cliente a dejar de realizar conductas compulsivas.

1.3.6.6. Trastorno Postraumático

El tipo de trastorno de ansiedad puede ocurrir después que la persona ha observado o experimentado un hecho traumático como tragedias personales, que involucra una amenaza de lesión o de muerte; es una experiencia traumática que tiene grave efectos psicológicos y fisiológicos, (Herrán, 2006).

A. Causas que contribuyen en el trastorno postraumático:

El trastorno del estrés postraumático se desconoce, sin embargo, las teorías demuestran que existen factores psicológicos, genéticos, físicos ambientales y sociales las causantes que intervienen en los trastornos. El trastorno del estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés; que afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores)

El estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y suele aparecer varias semanas después de lo ocurrido de los hechos de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como los asaltos, violencia, accidentes, encarcelamiento, violación de abuso sexual, terrorismo, guerra entre otros; por ejemplo, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 pudieron haber causado trastorno de estrés postraumático en algunas personas afectadas que presenciaron los desastres. No existen exámenes que puedan diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, el diagnóstico se hace sobre la base de ciertos síntomas, que estarán presentes aproximadamente por 30 días o cuando la crisis recurre desde el primer ataque.

B. Síntomas del trastorno del estrés postraumático, se clasifican en tres categorías principales:

Reviviscencia repetitiva del hecho perturba las actividades diarias, episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez, recuerdos reiterativos, pesadillas repetitivas entre otros.

Evasión: Insensibilidad emocional o sentirse como si no le importara nada, falta de interés en las actividades normales, evita recordar lugares o actividades, sensación de tener un futuro incierto entre otros

Excitación: Dificultad para concentrarse, sobresaltarse fácilmente, sentirse irritable o tener ataques, dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, agitación o excitabilidad mareo desmayo, dolor de cabeza.

C. Tratamiento del estrés Postraumático:

Los hechos traumáticos desencadenantes no producen los mismos efectos de una experiencia vivencial negativa como una agresión sexual que un choque de carros o una catástrofe, lo cual ocurre constante en nuestro medio; los recuerdos traumáticos pueden ser tratados mediante reconstrucción cognitiva del evento

Los tratamientos específicos basados en procedimientos cognitivo conductual puedan ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático de un trauma, pueden ser los entrenamientos de relajación, respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva y un buen sistema de apoyo social. También pueden ayudar a proteger contra este trastorno las técnicas de desensibilización y retroceso de los movimientos de los ojos, que facilita los recuerdos traumáticos mediante la reconstrucción cognitiva del evento asociada a la inducción del paciente.

La exposición controlada y progresiva a situaciones temidas normalmente la imaginación en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, pero después permite al paciente tener una experiencia correcta en ausencia de la consecuencia aversivas.

Las personas con trastorno de estrés postraumático también pueden tener problemas con el consumo de drogas, problemas de salud, la mayoría de estos debe de ensayarse con la terapia de desensibilización y los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los ansiolíticos y somníferos pueden ser efectivos para tratar el estrés traumático.

1.3.6.7. Estrés

La palabra estrés proviene del latín, “astringiere”, que significa apretar u oprimir, (Friborg, 2007). El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que le hace sentir a una persona frustrado(a), furioso o ansioso; es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. Es una sensación normal que en bajas dosis puede ayudar y no afecta a todo mundo, de la misma manera muchas personas sienten los siguientes síntomas que a continuación se detallan:

A. Síntomas del estrés:

Según los teóricos manifiestan que las personas que sufren de estrés experimentan dolor abdominal, dolores de cabeza, tensión muscular, dificultad para concentrarse, sentirse cansado, la mayoría de veces pierden la cordura. Con mayor frecuencia, tienen problemas sexuales, ocasiona pesadillas y problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido, aumento y disminución de peso, tensión de la mente entre otros.

Entre las características del estrés presentan frecuencia cardíaca más rápida de lo normal, latidos cardíacos saltones, respiración rápida entre cortada, sudoración, temblores, mareos, heces sueltas, necesidad frecuente de orinar, boca seca, problemas para degluir, comer rápido, dificultad para respirar, sensación de náuseas, dilatación de las pupilas, sudoración excesiva, aumento de la presión arterial y entre otros.

B. Causas del estrés:

Empezar en un nuevo trabajo o colegio, mudarse a una nueva casa, casarse, problemas con el conyugue, estar embarazada, romper con alguien por sentimientos de pasión y tristeza, por enfermedad, fármacos mal administrados, consumo de drogas y entre otros.

C. Tratamiento del estrés:

Desde el enfoque biomédico y técnicas cognitivas conductuales combinado, dará mejor resultado al tratamiento del paciente; desde el punto de vista médico. Para el estrés en la prescripción de tranquilizantes o ansiolíticos especialmente las benzodiazepinas y para una mejor sustitución de este mal es ingerir o administrar multivitaminas y minerales que inciden directamente en las respuestas fisiológicas y neurológicas del paciente.

La Psicoterapia es un tratamiento por el cual un profesional capacitado "Psicoterapeuta" emplea técnicas psicológicas para ayudar a la persona a superar las dificultades y resolver problemas cotidianos, generando un

crecimiento personal agradable; la meta de la Psicoterapia es producir un cambio en la persona llamada cliente o paciente mediante conversaciones e interacciones con el terapeuta. Las técnicas cognitivo-conductual como las técnicas de autocontrol, la inoculación al estrés, la desensibilización encubierta, entre otros.

1.3.6.8. Ansiedad Generalizada

Se manifiesta con mayor incidencia en mujeres con baja preparación académica, el rendimiento es deficiente puesto que las personas presentan diversas preocupaciones poco realistas que se extienden a varias esferas de la vida; se desencadena por varios factores negativos tales como el bajo status de empleo que no favorece un buen ingreso económico por concebir matrimonio antes de tiempo, (Krauss, Susan y Halgin, 2004). Pueden ser causas de trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación es muy visible y fácilmente la persona entra en un cuadro preocupante y depresivo es considerado como un círculo vicioso que se alimenta de sí mismo y es más común en mujeres de 55 a 60 años.

Las personas corren el riesgo de presentar mayor vulnerabilidad, de sufrir trastorno de ansiedad provocados por los factores neuroquímicos y neuroendocrinos que hacen la función de neurotransmisores como la adrenalina, dopamina, serotonina entre otros; que generan anormalidades biológicas. Algunos criterios de la ansiedad generalizada se asignan a personas que experimentan ansiedad y mucha preocupación respecto a diferentes actividades la persona se mortifica conforme las cosas continúan saliendo mal, son menos eficientes en las tareas diarias.

A. Síntomas:

Depresión, alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, facilidad para fatigarse, irritabilidad, incapacidad para controlar sus sentimientos, falta de confianza.

- **Rasgo y estado de ansiedad**

El *rasgo* de ansiedad, se refiere a la tendencia individual de reaccionar de forma ansiosa, o bien, a la propensión mayor o menor de interpretar diferentes situaciones o estímulos como amenazantes y la tendencia de responder a dichas amenazas con reacciones o estados de ansiedad. Cada persona muestra diferencias en su rasgo de ansiedad, influyendo factores biológicos o aprendidos, (Tobal 1996, pág. 18)

El *estado de ansiedad*, es un estado emocional transitorio o condición del organismo que varía en intensidad y duración. Es subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y una activación alta del sistema nervioso autónomo y somático, dando lugar a la aparición de un sinnúmero de cambios fisiológicos.

La intensidad de un estado de ansiedad es alta si el individuo percibe una situación como amenazante, independientemente de si el peligro es real, y baja al no percibir la amenaza.

Entonces un individuo con un alto *rasgo* de ansiedad tenderá a reaccionar más frecuentemente de forma ansiosa o con *estados de ansiedad*, siendo los mismos más intensos y duraderos. Es decir el rasgo es una reacción situacional constante y el estado es la duración e intensidad de dicha reacción, siendo esta temporal.

1.3.6.9. Trastornos de ansiedad

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad son excesivas y dan lugar a limitaciones en la vida personal social o escolar del individuo y en su capacidad de adaptación al entorno, se habla de una Ansiedad patológica. (Tobal, 1996, pág. 29)

La ansiedad como enfermedad puede manifestarse de tres formas:

- Como crisis, de forma brusca y episódica.
- Sin crisis, de forma persistente y continua.

- Como consecuencia de una fuerte e identificable situación traumática.

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Se enlistan a continuación los observados en niños entre los 5 y 12 años, (APA, 2005).

- Trastorno de ansiedad por separación. La persona se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo.
- Mutismo selectivo. Se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar, a pesar de que la persona habla en otras situaciones. Tiene consecuencias en logros académicos y comunicación social.
- Fobias específicas. Miedo ante situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y evitación están inducidos inmediatamente por la situación fóbica en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real.
- Trastorno de ansiedad social. La persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien, las evita. La ideación cognitiva es la de sentirse evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

1.3.7. Los efectos de la ansiedad

Cuando la ansiedad es excesiva o prolongada en el tiempo. Incluso con niveles bajos. Se experimentará un crecimiento tóxico de las hormonas del estrés, como el cortisol, liberado por las glándulas suprarrenales. El cortisol contribuye a incrementar los niveles de glucosa en la sangre y a interrumpir que la proteína y otras grasas provean de energía extra para la reacción de lucha/huida/parálisis. Altos niveles de cortisol pueden afectar nuestra capacidad de memoria y apagar nuestro sistema inmunitario. Esto, unido a una caída en los niveles de dopamina y serotonina (hormonas del bienestar) en el

córtex pre-frontal, pueden provocar que nos sintamos “sobrepasados, miserables y temerosos, llenando nuestros pensamientos, y percepciones con sentimientos de amenaza o terror, como si cualquier cosa pudiéramos hacer no estuviera a nuestro alcance” (Sunderland 2006: 87). Entre los signos físicos causados por la ansiedad se pueden incluir los siguientes:

- Alteraciones en los patrones del sueño
- Apatía
- Accesos de llanto
- Dificultades en la concentración o en el aprendizaje
- Desgana para ir al colegio
- Bajo rendimiento escolar
- Hábitos persistentes, como carraspeos o morderse las uñas
- Cambios en los patrones de alimentación (aumento o disminución de la sensación de hambre).
- Dolores de cabeza o musculares
- Dolores abdominales
- Cambios en la conducta
- Más sensibilidad a la ansiedad

Los efectos de la ansiedad continuada, a edades tempranas puede tener consecuencias en el bienestar emocional a largo plazo, dificultando la regulación de nuestras emociones en una edad más adulta. Esto puede generar una reacción desproporcionada con factores de estrés de grado menor y estar físicamente en tensión, constantemente en búsqueda de posibles peligros y problemas.

1.3.8. Relación entre pensamientos, sentimientos y conductas

Los niños más maduros interpretan y regulan sus emociones de una manera más razonada y lógica. Cuando experimenten una situación de excitación, como la ansiedad, comprobarán los que está pasando a su alrededor para

hallar una explicación y también recurrirán a experiencias pasadas y recuerdos emocionales. Incluso les puede ayudar el establecer conexiones inconscientes.

De esta manera, las experiencias incontrolables de ansiedad que tuvieron en el pasado pueden intensificar su excitación fisiológica normal, lo que confirmaría su valoración de la situación e intensificaría el cómo experimentan sus emociones.

Las imágenes también juegan un papel importante en este proceso. Si yo me ordeno a mí mismo incrementar el ritmo cardíaco o la sudoración, no creo que obtenga mucha respuesta. Pero si me imagino una situación aterradora de forma suficientemente vívida, entonces mi cuerpo responderá como si estuviera sucediendo de verdad. De hecho, las imaginaciones pueden tener tanto poder como la realidad o incluso más (Tart 1988:59).

La influencia de experiencias pasadas y la capacidad para calificar algunas situaciones como potencialmente alarmantes o estresantes, unidas a fluctuaciones en los niveles bioquímicos y a las interacciones entre el córtex pre-frontal y la amígdala, conspiran para que consigamos regular nuestras emociones. Es sorprendente cómo los niños buscan trucos para conseguirlo. Sin embargo, todavía hay mucho que puede hacerse para ayudar.

El cerebro es extraordinario en su capacidad para adaptarse y responder a nuevas influencias, particularmente durante la infancia más temprana y hay muchas actividades infantiles que pueden ayudar a potenciar este proceso.

1.3.9. Ansiedad y discapacidad

Los niños con discapacidad (Trastorno del espectro autista, Discapacidad de Aprendizaje, Déficit de Atención con Hiperactividad, etc.) al igual que los niños regulares pueden presentar signos y síntomas de ansiedad y miedos, que de no identificarse y proporcionar herramientas de tratamiento de forma temprana pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad en sus diferentes tipos.

A continuación se dan a conocer algunos diagnósticos y su comorbilidad con trastornos de ansiedad:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Según un estudio realizado (José Antonio López-Villalobos, 2004), en el cual se da a conocer la asociación de TDAH con el trastorno de ansiedad, (en el 50%) presentando entre los trastorno más frecuentes los siguientes: trastornos por ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia simple y fobia social. A pesar de la alta tasa de comorbilidad este aspecto no ha sido profundamente estudiado, debido a la ausencia de evidencia empírica. Es importante fomentar el desarrollo de programas específicos que se centren en la atención hacia esta población, sobre todo en la salud pública, evaluando casos y proporcionando atención primaria profesional que facilite la prevención de la ansiedad.

1.3.10. Desarrollo de habilidades sociales

Los procesos de aprendizaje por los que habitualmente se adquieren las habilidades sociales son:

- Enseñanza directa. Las habilidades sociales se transmiten por medio de instrucciones que dan a conocer lo que es una conducta adecuada en una determinada situación.
- Modelado o aprendizaje por medio de modelos. Es el llamado aprendizaje por observación.
- Práctica de conductas.
- Reforzar o felicitar las conductas adecuadas realizadas.
- Retroalimentación de la actuación (feedback). Cuando se practica una determinada conducta se informa de las partes correctas e incorrectas de la misma.
- Moldeamiento o aprendizaje por aproximaciones sucesivas. Es el utilizado en la enseñanza de habilidades de autonomía personal. Se ha de descomponer la conducta en pequeños pasos e ir practicando y reforzando

cada uno de ellos, prestando la ayuda que vaya precisando durante el proceso de aprendizaje.

Existen dos variables de socialización:

1. Variables facilitadoras de la socialización:

- Sensibilidad social
- Liderazgo
- Respeto

2. Variables perturbadoras de la socialización:

- Ansiedad
- Apatía-Retraimiento
- Agresividad

En la escuela

Las habilidades sociales en la escuela deben ser iguales o lo más parecido a las desarrolladas dentro del hogar.

1. Habilidades relacionadas con la comunicación no verbal:

- La mirada.
- La sonrisa.
- La expresión facial.
- La postura corporal.
- El contacto físico.
- La apariencia personal.

2. Habilidades relacionadas con la comunicación verbal:

- Los saludos.
- Las presentaciones.
- Pedir favores y dar las gracias.
- Pedir disculpas.
- Unirse al juego de otros niños.
- Iniciar, mantener y finalizar conversaciones

3. Habilidades relacionadas con la expresión de emociones.

Expresar emociones significa comunicar sentimientos a otras, es decir, cuál es el estado de ánimo en ese momento: alegría, enfado, tristeza, etc.

Además es de esperar que la otra persona, al comunicarle qué sentimientos se poseen de forma adecuada, tome una actitud empática y sepa comprender el porqué de dichas emociones.

Es muy importante que los niños aprendan a expresar sus propios sentimientos y emociones de modo aceptable a los demás. En numerosas ocasiones y debido a la falta de control emocional que tienen por la edad, observamos en los niños con discapacidad reacciones desproporcionadas que aparecen normalmente ante una frustración o un cambio en sus planes, tales como: berrinches, agresividad, frustración, etc.

Es necesario que aprendan a expresar las emociones:

- Agradables, haciendo partícipes a los otros de su alegría.
- Desagradables, para que las otras personas comprendan su modo de actuar y si es necesario les ayuden.

4. Habilidades para lograr un auto - concepto positivo.

La autoestima es una actitud hacia uno mismo que surge en la interacción con los otros, y que se basa en la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo. Cuando una persona tiene una alta autoestima, es capaz de afrontar los fracasos y los problemas/conflictos cotidianos, ya que dispone de recursos necesarios para reaccionar de forma adecuada, buscando la superación de los obstáculos.

Todo ello lleva consigo un desarrollo positivo del proceso de identidad. Implica que hay que aprender a conocerse a uno mismo y, posteriormente, a valorarse. En el momento en que una persona se conoce y se valora

positivamente, surge de forma inconsciente un sentimiento de seguridad hacia uno mismo.

1.3.10.1. Cómo la ansiedad repercute en las habilidades sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas.

Los rasgos que la caracterizan son:

- Son conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales.
- Se aprenden y por tanto se pueden enseñar.
- Se orientan a la obtención de distintos tipos de reforzamiento, tanto del ambiente como autorrefuerzos.
- Deben ser socialmente adaptadas.
- Su desarrollo no debe impedir al otro interlocutor el que intente la consecución de sus propias metas.
- Deben estar bajo el control de las personas.
- La persona debe tener capacidad para adecuar su comportamiento en función de los objetivos, sus propias capacidades y las exigencias del ambiente.

El ser humano es un ser social por naturaleza, dicha relación con su entorno se reduce a la satisfacción de la necesidad del hombre de relacionarse, pero también se convierte en una desdicha, debido a que la dificultad en las relaciones con otras personas dan lugar a un estado de soledad desarrollando en la persona estados emocionales de tristeza e insatisfacción; en algunos provocan incluso alteraciones en la salud mental. (Bernal, 1990, pág. 94)

La ansiedad puede representar un obstáculo para el desarrollo social pleno, debido a que compromete la adaptación de la persona que posee síntomas y signos frecuentes, o bien un trastorno desarrollado y conceptualmente definido o diagnosticado. Un niño que evita reuniones o convivencias sociales con sus iguales, o que evita hablar frente un grupo de

personas teniendo una reacción de preocupación, o incluso pánico (representado de forma somática, sudoración excesiva, taquicardia, etc.) por consiguiente, tendrá dificultades para desarrollarse socialmente, repercutiendo en su desarrollo emocional (aumenta su preocupación e inseguridad al fracasar en actividades sociales, construyendo una autoimagen y autoestima negativa).

Ahora bien para las personas con discapacidad es aún más complicado el desarrollo de habilidades sociales, debido a que además del ser un grupo socialmente excluido por su condición, posee características conductuales individuales o propias de su condición que dificultan su relación con los demás (Como pueden ser alteraciones en el lenguaje, alteraciones conductuales, reacciones por medicamentos, etc.).

Además de las barreras (sobre todo sociales) que representa tener una condición de discapacidad, el hecho de desarrollar conductas de ansiedad, puede aumentar el su desenvolvimiento social de una manera más contundente. No se ha estudiado a fondo, pero se ha comprobado que muchos niños, independiente mente de su discapacidad, posee conductas de ansiedad o bien, pueden desarrollar algún trastorno; incluso se ha investigado sobre la comorbilidad entre algunos tipos de discapacidad (TDAH y TEA) y Ansiedad.

La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, es el resultado de la normativa social imperante en un determinado momento en una determinada cultura; todos los integrantes de esa cultura, incluidas las personas con discapacidad, han de conocer y comportarse de acuerdo con esa normativa.

La conducta considerada apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra, de acuerdo al objetivo a alcanzar. Es fundamental el establecimiento de normas básicas para el mayor número de situaciones posibles, puestas en común, las cuales el niño/a ha de conocer y respetar.

Es importante también desarrollar la inteligencia emocional, según Peter Salovey y John Mayer, es la capacidad de: sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos y emociones propias y ajenas.

Existen 6 categorías básicas de emociones con sus finalidades adaptativas: (Ramos, 2011, pág. 13)

- Miedo: Tendemos hacia la protección.
- Sorpresa: Ayuda a orientarnos frente una nueva situación.
- Asco: Ayuda a apartarnos de cosas o situaciones poco convenientes o adaptativas.
- Ira: Tendemos hacia la protección.
- Alegría: Induce a reproducir ese acto que la produce.
- Tristeza: Nos motiva hacia una nueva reintegración personal. Situación propicia para plantearnos cambios

Las habilidades prácticas que se desprenden de la Inteligencia Emocional son 5 y pueden clasificarse en 2 áreas:

- Inteligencia Intrapersonal (internas, de autoconocimiento):
 - La autoconciencia (capacidad de saber qué está pasando en nuestro cuerpo y qué estamos sintiendo)
 - El control emocional (regular la manifestación de una emoción y/o modificar un estado anímico y su exteriorización).
 - La capacidad de motivarse y motivar a los demás.
- Inteligencia interpersonal (externas, de relación):
 - La empatía (entender qué están sintiendo otras personas, ver cuestiones y situaciones desde sus perspectivas).
 - Las habilidades sociales (habilidades que rodean la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal, y que pueden ser usadas para persuadir y dirigir, negociar y resolver disputas, para la cooperación y el trabajo en equipo).

Estas cinco habilidades prácticas nombradas anteriormente, podemos destacar que son de utilidad para cuatro áreas fundamentales de la vida de un individuo:

1. Impulsan el bienestar psicológico para el desarrollo equilibrado de la personalidad.
2. Contribuyen a una buena salud física, moderando o eliminando patrones y/o hábitos psicossomáticos dañinos o destructivos y previniendo enfermedades producidas por desequilibrios emocionales permanentes (angustia, miedo, ansiedad, ira irritabilidad ...)
3. Favorece nuestro entusiasmo y motivación.
4. Permiten un mejor desarrollo de relaciones con las personas en el área familiar-afectiva, social y laboral-profesional.

Las personas con discapacidad en ocasiones no conocen la forma de exteriorizar lo que sienten, lo que piensan, controlar ni modificar, ocasionalmente, los estados de ánimo y las emociones. En la mayoría de los casos les es difícil lograr comprender lo que ocurre a su alrededor y no discriminan con claridad cómo deben comportarse en diferentes situaciones. Por lo que es necesario una guía de enseñanza sobre los mecanismos sociales básicos como iniciar conversaciones, saber mantener dichas conversaciones, a su vez saber finalizarlas, hacer cumplidos y recibirlos, hacer peticiones: pedir un favor y decir no, hacer críticas y saber recibir críticas.

1.3.10.2. Intervención de la ansiedad con el niño

La ansiedad produce una reacción psico-biológica en la que todos los sistemas orgánicos están afectados: el fisiológico (sudor, taquicardia, mareo); el cognitivo-afectivo, como anticipación de lo que va a ocurrir (voy a hacer el ridículo, me van a pegar); el motivacional (deseo de evitar la situación); emocional (el sentimiento subjetivo de miedo); el conductual (inhibición, indecisión). De esta manera se crea una imagen de sí mismo en la situación temida y un pensamiento negativo acerca de lo que puede suceder. Por tanto,

la intervención se dirigirá a disminuir la respuesta fisiológica, mejorar la respuesta cognitivo-afectiva y modificar la conducta. (Pita, 2005, pág. 279)

1. Disminución de la respuesta fisiológica por medio de:
 - Ejercicios de relajación y desensibilización, como juegos, cuentos.
 - Ejercicios de dramatización (role-play).
 - Realizar actividades que puede disfrutar.
 - Escribir sobre la ansiedad específica.
2. Mejorar la respuesta cognitivo-afectiva, ayudándole a:
 - Aumentar la confianza en él mismo y en sus capacidades, identificando situaciones a las que el niño se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, utilizando frases que sirvan de refuerzo de las propias capacidades.
 - Cambiar el estilo cognitivo de considerar la situación como algo amenazante a considerarla como un problema a resolver.
 - Establecer una conexión entre la ansiedad y los pensamientos o deseos que la desencadenan, así como identificar preocupaciones y creencias.
 - Atribuir sus emociones a sí mismo y no al ambiente o a algo externo para que vea que él está creando sus propios sentimientos.
 - Cambiar preguntas de por qué a cómo.
 - Cambiar declaraciones como “esta situación me pone ansioso” a “yo me estoy poniendo ansioso a mí mismo”.
 - Provocar esos sentimientos en situación natural para hacer conscientes los pensamientos.
 - Acompañarlo en la situación que le produce ansiedad para ayudarlo a descubrir sus pensamientos.
3. Modificar la conducta a través de:
 - Desarrollar la auto-observación de los antecedentes, la conducta y los pensamientos mediante registros de conducta.

1.3.11. La importancia de la relajación en el desarrollo infantil

Los niños que aprenden a relajarse durante el día viven de un modo más saludable y consciente. Desde el punto de vista psicológico, un cuerpo relajado se siente mejor; la tensión muscular se reduce, la actividad cerebral cambia del estado de alerta habitual a frecuencia inferiores y la presión sanguínea disminuye.

Las personas que saben relajarse dirigen su atención hacia el interior y eliminan la tensión y la presión. La respiración se vuelve más profunda y se crea un estado de vigilancia interna.

Los adultos que ya hayan tenido experiencias favorables mediante métodos de relajación pueden transmitirlos a los niños adecuándolos a su edad. Como todos los adultos, los niños viven en un mundo que ofrece escasas ocasiones para la tranquilidad y la reflexión. Sin embargo, a diferencia de los adultos, los niños se encuentran en una fase de aprendizaje que se caracteriza por su elevada capacidad de asimilación. Tal disposición resulta por un lado en un enorme rendimiento a la hora de aprender, pero por otro, en una profunda penetración de estímulos externos que no siempre pueden ser asimilados. En estos casos las consecuencias son nerviosismos, miedos, falta de concentración, trastornos del sueño, etc.

Los ejercicios de relajación pueden evitar que dichas consecuencias negativas afecten al niño. Además del claro incremento de la capacidad de rendimiento, la riqueza de ideas, la fantasía y la creatividad también se refuerza el sistema inmunitario.

Los niños relajados sufren menos enfermedades. Los juegos de relajación y viajes imaginarios fomentan la capacidad de imaginación y concentración. Los masajes y ejercicios corporales eliminan tensiones musculares, facilitando así una mejor actitud corporal y una actividad respiratoria óptima. Los niños que saben relajarse aprenden a su vez de una forma más relajada. Si el niño descubre las ventajas y posibilidades de las técnicas de relajación en la infancia, cuando sea adulto podrá recurrir a ellas y

enfrentarse mejor y más resueltamente a problemas tales como la presión laboral, el exceso de compromisos o los miedos.

1.3.11.1. Prácticas de relajación

Los ejercicios tranquilizadores también suelen gustarles mucho a los niños con dificultades motrices, de concentración o afectivos. Los ejercicios no pueden sustituir un tratamiento terapéutico, pero contribuyen mucho a potenciar su eficacia (Snel, 2013, págs. 46 - 84).

Mediante los ejercicios de relajación los niños aprenden a conocer mejor su cuerpo, dado que los niños en estado de ansiedad tienden a respirar con demasiada rapidez y poca profundidad. Están siempre en estado de estrés. Los ejercicios respiratorios les ayudarán a respirar más lenta y profundamente, lo cual les permitirá relajarse.

1.3.11.2. Condiciones previas para una práctica eficaz

Generalmente, cuando se lleva a cabo correctamente una sesión de relajación, los efectos son casi inmediatos. Sin embargo, esta eficacia puede reforzarse gracias a la observancia de algunas reglas muy simples y, a menudo, dictadas por el sentido común.

1. El lugar

Debe estar bien ventilado, de tal manera que no nos incomoden los malos olores al mismo tiempo que evitamos la respiración de un aire viciado. Se puede utilizar el incienso a condición de que, obviamente, se soporte su olor y que procure una sensación agradable, acarree un estado de paz, tranquilidad y bienestar. Este lugar puede ser una habitación reservada a la práctica de la relajación o a otras disciplinas que favorezcan “la autoconcentración”, la toma de conciencia y el bienestar, pero puede ser simplemente también un rincón.

En lo que se refiere a la práctica en un lugar reservado al efecto, éste no deberá ser demasiado amplio y sobre todo debe ser silencioso, tranquilo y relajante. Se deberá regular la temperatura de la habitación de manera que procure un reposo muscular en posición de relajación. Sin embargo no vacilarán en aumentar la temperatura final de la sesión, ya que es el momento en el que el cuerpo suele tender a enfriarse. Si no se puede aumentar la temperatura ambiental, bastará con abrigarse con una manta o resguardarse en un saco de dormir.

2. El momento

Lo ideal es practicarlo por la mañana temprano, justo después de un programa diario, incluso si es corto, de estiramientos tales como el yoga, stretching, gimnasia dulce, etc. Se flexibiliza la columna vertebral, se suprimen las eventuales tensiones y el cuerpo, entonces, se predispone a la relajación con la finalidad de recargarse de energía. Sin embargo, durante el día, se aconseja que se relajen lo más posible.

En cuanto a la relajación por la noche, antes de dormir, sólo puede practicarse si tienen facilidad para conciliar el sueño y si están bien entrenados para la relajación. En efecto, en el caso contrario, estarían obligados a concentrarse correctamente y su mente tendría que hacer demasiados esfuerzos que le impedirían disfrutar de un sueño reparados.

3. El atuendo

Globalmente, debe ser flexible y cómodo para permitir una gran libertad de movimientos. El chándal o el pijama son atuendos ideales, sin embargo pueden utilizar su ropa habitual si se encuentran cómodos con ella. En este caso, aflójense el cinturón del pantalón, desabróchense el cuello de la camisa; de esta manera se pueden relajar durante algunos momentos en la oficina. Después de una actividad física o de la práctica de algún deporte, se quitarán los zapatos para que los pies no se sientan demasiado oprimidos.

4. La duración

Varía en función del tiempo del que disponen y de su nivel de entrenamiento.

Tienen que saber que serán capaces de relajarse completamente en profundidad, en muy poco tiempo, aproximadamente entre cinco a seis minutos, pero también se podrán colocar en una posición de relajación durante un largo espacio de tiempo, entre una hora y una hora y media. En este caso, se producirá un cambio de estado de conciencia y deberán poder volver al encontrar “la conciencia corriente” gracias a una transición dulce, al prolongar la respiración y estirarse.

5. La higiene alimenticia

Con respecto a nuestro modo de vida, globalmente caracterizado por el sedentarismo, parece obvio que comemos demasiado, muy rápido y mal. Pocas personas han disfrutado de una auténtica educación dietética y hoy está demostrado que una mala alimentación es una de las principales causas de muchas enfermedades: hipertensión, estreñimiento, cálculos vesiculares, algunos cánceres.

Una alimentación rica en salsas y grasas, con demasiados azúcares y carnes puede crear un estado de estrés permanente que perturbe el gran equilibrio psicosomático.

No obstante no se debe cambiar bruscamente de modo de alimentación. Los regímenes draconianos son absolutamente inútiles: una dieta demasiado restrictiva crea, a mayor o menor plazo, tensiones y frustraciones, o sea estrés.

Para luchar contra esta tendencia, intenten ser vigilantes en cuanto a:

- La masticación: tiene que ser lenta, completa, para favorecer la digestión. Si tiene cuidado de esto y la prolonga, afinará su sentido del gusto y volverá a descubrir, quizás, el placer de comer cosas simples, pero que contienen un auténtico sabor. Se convertirá así en una persona cada vez más exigente, no por moda o esnobismo, sino simplemente porque sus

pequeñas eminencias más o menos sobresalientes que se elevan en la superficie de la mucosa -o si lo prefieren, sus papilas- tendrán la posibilidad de hacer correctamente su trabajo.

- El momento de la alimentación: la radio, la televisión y las conversaciones ruidosas forman hoy día el entorno de nuestras comidas tomadas con velocidad y ahora bien, hay que saber que el hecho de alimentarse requiere un gasto de energía! Por tanto, si añadimos más debido a un mayor requerimiento de nuestro sistema nervioso, no es extraño que levantemos la mesa con más cansancio todavía. La tranquilidad y la relajación son las condiciones capitales para responder correctamente a las necesidades del metabolismo de base.
- La colocación del cuerpo: en particular la posición de la espalda, que debe mantenerse perfectamente recta, sin tensiones, para que se coloquen correctamente los órganos que participan en la digestión. Puede hacer el experimento ahora mismo: coloquen la parte inferior de la mano -el lateral de la palma y del meñique- entre el plexo y el ombligo después de haber estirado la columna vertebral. Una vez hecho esto dejen que su espalda se hunda: ¡Acaban de localizar “una barra en el estómago”!

Después de cada comida, dediquen aunque sólo sean uno o dos minutos para colocarse en una de las posiciones de relajación y seguro que le ayudará a favorecer la digestión.

1.3.12. Ejercicios para el manejo de ansiedad

Desfogarse y llegar a tranquilizarse: ejercicios con movimiento

El ejercicio físico puede ayudar a eliminar el estrés; por ejemplo, mediante los ejercicios de extensiones y estiramientos, éstos hacen que a través de los músculos se elimine la hormona del estrés. Al mismo tiempo se coloca la columna vertebral en la posición correcta y la respiración se hace más profunda. Muchos ejercicios de movimiento ayudan a coordinar el movimiento

con la atención, dado que estimulan su concentración e imaginación. El niño logrará percibir así su propio centro. Estos ejercicios resultan mucho más agradables si se acompañan con música.

- **Ejercicios de relajación: aquí y ahora**

Durante un ejercicio de relajación el niño deberá estar acostado sobre el suelo. Esta posición ya basta para reducir su actividad cerebral. El niño se tranquiliza interior y exteriormente. La relajación resulta más rápida y efectiva si percibe conscientemente su respiración. Con el tiempo aprenderá a controlar su ritmo respiratorio y a emplearlo para colocarse en una situación de relajación. Y las imágenes relajantes ayudan a crear un ambiente armonioso y calmado en el que el niño puede tranquilizarse y relajarse.

El contacto físico agradable también elimina las tensiones. Cuando el niño está relajado, disfruta de los juegos de caricias, orienta su atención hacia adentro. En los ejercicios de relajación el niño aprende a relajarse no sólo física sino también mentalmente, y disfruta de ello. Así se eliminan los bloqueos y el niño puede recuperar aspectos de su personalidad que ya había perdido.

- **Jugar sin palabras**

Durante los ejercicios tranquilizadores el niño se concentra exclusivamente en una única percepción o en un único movimiento; si es posible, mientras lo hace no debe hablar, de lo contrario pasaría a concentrarse en el modo en que quiere expresarse y en las reacciones que despierta en los demás. La atención del niño se fragmentaría. Por el contrario, en los juegos sin palabras el niño percibe exclusivamente sus impulsos y sus sensaciones. Está a solas con sí mismo.

1.3.12.1. Ejercicios de percepción: captar con todos los sentidos

Después de la relajación física y mental el niño está abierto a juegos que hagan intervenir todos sus sentidos. En los juegos de percepción el niño se ocupa de objetos como arena o algodón sin hablar al hacerlo y ello hace que la atención

que presta a estos materiales también pueda dirigirla hacia el exterior. Nosotros captamos la mayoría de los estímulos de nuestro entorno mediante la vista, dejando bastante de lado el tacto, el olfato, el oído y el gusto.

Con la ayuda de los ejercicios de percepción el niño aprenderá a conocer mejor sus facultades sensoriales con todas sus propiedades. Los pequeños objetos de la naturaleza adquieren un significado completamente nuevo. Así se establecen las bases para la percepción y el aprendizaje integrales.

- **Ejercicios para calmarse: un agradable final**

Los ejercicios para calmarse y relajarse cierran un ejercicio tranquilizador lleno de nuevas vivencias. Guían la atención del niño desde las actividades lúdicas con diversos materiales de nuevo hacia dentro, hacia su propio centro.

Uno de los modos de ayudarlo a conseguirlo es leyéndole un viaje imaginario. Para acabar, a la mayoría de los niños les gusta crearse su propia imagen de ese sueño. Si después de uno de estos viajes usted comenta con el niño algunas vivencias, abrirá una nueva vía de acceso a sus pensamientos y sensaciones.

Si alguna vez no dispone de mucho tiempo, límitese a coger al niño en brazos. El niño se quedará dulcemente junto a usted recordando lo vivido. También le sentará bien realizar alguna actividad tranquila, por ejemplo con un mandala.

- **Pajilla Consciente**

Inhalar y soplar el aire a través de un popote o pajilla, dentro de un vaso con agua de manera que se formen burbujitas pequeñas, sin que se hagan demasiado grandes para que no salgan del contenedor.

- **Escucha Consciente**

Se va a practicar el ser conscientes del sonido. Para ello se ocupará un gong, una campana o un bowl.

Durante el ejercicio se les dirá a los niños: ¿Quieres escuchar cómo suena? Bueno, pues tenemos que conseguir que nuestros cuerpos se vuelvan conscientes, ellos se prepararán, y debemos asegurarnos que estén lo más quietos y silenciosos posible. Haremos sonar el gong y dejaremos que los niños mantengan toda su atención al sonido de éste.

Al finalizar les diremos que fue un buen trabajo y preguntaremos ¿Te gustaría oírlo otra vez? Lo haremos de nuevo, pero esta vez ustedes tendrán que escuchar con mucho más cuidado todo el tiempo que suene el gong y cada quien podrá levantar la mano cuando el sonido del gong se haya ido por completo.

Se les dirá que pueden escuchar muy atentos a cualquier sonido que se encuentren a su alrededor, la chicharra de la escuela, un pájaro, un auto, cuando algún compañero hable, incluso el latido de su corazón, etc.

Pueden levantar la mano si quieren compartir algunos sonidos de los que te has dado cuenta, así pues, podemos preguntarles ¿Crees que es importante ser capaz de concentrarse? ¿Por qué? ¿Cuándo podrías utilizar la escucha atenta?

- **Caminata Consciente**

De preferencia para hacer esta práctica pediremos que se quiten el calzado y quién desee los calcetines. Realizaremos el recorrido con pasos muy lentos, incluso quien lo desee, puede cerrar sus ojos, y comenzaremos a caminar por el espacio en donde nos encontremos, poniendo toda nuestra atención a cada paso que se está realizando. Los niños reconocerán así, si el piso es rugoso, liso, de madera, si tiene piedras, si hay rampas, etc. La práctica podrá durar de 10 a 15 minutos aproximadamente.

1.3.13. Musicoterapia

El uso de la música está consolidado con el trabajo con niños con condición de discapacidad física, dificultad de aprendizaje y trastornos de conducta o de

comportamiento. Muestran cómo la música ayuda a reducir algunos síntomas en niños con déficit de atención y desórdenes de hiperactividad; según ellos la música puede usarse para lograr una conducta apropiada o ayudar a la relajación, además de, para mejorar el ánimo de estudiantes con estrés, ansiedad o depresión.

Los efectos positivos (en términos de reducción de síntomas) del uso de la musicoterapia para tratar individualmente o en grupos a niños traumatizados. Su enfoque está basado en la libre improvisación musical terapéutica así como en técnicas extraídas de los enfoques actuales en traumaterapia, (Prause-Weber, 2006).

Su aspecto teórico y práctico el valor que tienen los cuentos musicales en la clase de educación especial de niños con condición de discapacidad como parte de un diseño curricular efectivo, (Ling-Yu y Mang Chi, 2006).

1.3.14. Arte terapia

El proceso creativo ayuda a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, manejo de la conducta, reduce el stress, aumenta la autoestima y la auto conciencia y se logra la introspección, siendo el espectro de destinatarios tan amplio como diversos los grupos sociales que existen. Así pues, puede ir dirigido a personas con necesidades educativas especiales. (Espinoza, 2006, pág. 20 y 21)

El Arteterapia también puede utilizarse para aumentar la confianza en uno mismo, la autoestima o la coordinación motriz, por lo que cualquier persona puede ser destinatario directo de este tipo de terapia. En función de las necesidades y características de los distintos sujetos, tendrá unas connotaciones más estéticas, comunicativas o expresivas, asegurando en todos que los sujetos puedan conocerse mejor a sí mismos. (Oppliger, 2006, pág. 2)

La terapia artística busca la expansión del darse cuenta en relación a sí mismo y su ambiente, la expansión de sí mismo, el desarrollo de la

espontaneidad, la capacidad de goce y el asumir responsabilidad por la propia vida. Entrega contención, apoyo y protección, donde el paciente puede experimentar los cambios necesarios en su visión de sí mismo y del mundo.

En el conocimiento de uno mismo, Carl Rogers propone la visión positiva que incluye el amor, el afecto y la crianza, entre otros. La imagen positiva de sí mismo, la autoestima y la autovalía surgen de la recompensa positiva de uno mismo. C. Rogers habla también de una "autovalía positiva condicionada", que consiste en comenzar a quererse a uno mismo si se cumple con los estándares exigidos por otros, más que si se sigue la propia actualización de los potenciales individuales. Como estos estándares no consideran las necesidades individuales, va aumentando la exigencia y el cumplimiento de estas. De esta manera puede que no se logre un buen nivel de autoestima.

Según las teorías de Rogers, las personas poseen una tendencia actualizante, una suerte de impulso hacia el crecimiento, salud y ajuste. La terapia más que hacer algo al individuo, trataría de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado. La experimentación de sentimientos reprimidos, aunque parezcan ambivalentes, hostiles o irracionales, permite a la persona actualizar su experiencia, ser "él mismo" y modificar el autoconcepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

1.3.15. Aromaterapia

Es una técnica oriental muy antigua, cuyo efecto es relajar a la persona. Consiste en utilizar aceites de hierbas y otras plantas aromáticas que aplicadas en el cuerpo, logran la relajación del cuerpo.

La aromaterapia forma parte de muchos de los tratamientos de masajes relajantes y reductivos que últimamente se ofrecen, las esencias aromáticas sirven para diferentes problemas tensionales, emocionales, migrañas, tensión premenstrual, dolor muscular, trastornos cutáneos, fatiga, insomnio y estrés entre otros.

Esta técnica, basa la eficacia en dos mecanismos básicos: El sentido del olfato, la capacidad absorbente de la piel y el baño de inmersión caliente; los terapeutas afirman que la inhalación de determinadas fragancias hace que el cerebro libere productos químicos que combaten el estrés y la fatiga. También creen que algunos aceites ejercen un efecto medicinal tras ser absorbidos por la piel y que el baño de inmersión con gotas de aceite ocasiona somnolencia que produce un estimulante tonificador.

1.3.16. Abrazo terapia

Parece increíble todo lo que puede curar, compensar, mejorar y prevenir un simple y amoroso abrazo, está comprobado que el contacto físico, mucho más allá del contenido sexual, tiene poderes curativos y amplía el bienestar emocional. Cuando se toca y se abraza con espíritu solidario y alegre, lleva vida a los sentidos y reafirma la confianza en los propios sentimientos de los demás.

También es una forma de expresar lo que se siente más allá de las palabras es el idioma universal de los abrazos, no solo se debe utilizar el lenguaje si no también la sabiduría intuitiva; sin palabras y escuchar con el corazón se percibe el significado más profundo del misterio al que se lleva amor.

Los abrazos, además de hacer sentir bien, se emplean para aliviar el dolor, la depresión y la ansiedad, provocan alteraciones fisiológicas positivas en quien toca y en quien es tocado; acrecienta la voluntad de vivir a los enfermos.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Enfoques y modelos de investigación

Dentro de los programas de investigación propuestos por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se encuentra el referente al programa “La Realidad Psicoeducativa en Guatemala”, del cual deriva la línea de investigación “Paradigmas de la Investigación en Educación”.

El enfoque del proyecto de investigación de tipo cuantitativo es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor.

El diseño a utilizar dentro del enfoque expuesto anteriormente es *pre experimental*, debido a que su grado de control es mínimo, al compararse con un diseño experimental real. Este diseño tiene como complemento a la exploración, debido a que se analiza una sola variable y no existe la manipulación de la variable independiente ni se utiliza grupo control, es decir, el investigador se limita a observar en condiciones naturales el fenómeno analizado sin modificarlo o alterarlo, lo cual permite confiar en la existencia de altos niveles de validez de los resultados obtenidos.

El diseño pre – experimental consiste en administrar un tratamiento o estímulo en la modalidad de sólo postprueba o en la de preprueba-postprueba. En este caso se eligió la modalidad prueba – postprueba el cual consiste en la aplicación de una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, la

administración posterior del tratamiento y finalmente la aplicación de una prueba posterior al tratamiento.

2.2. Técnicas

Técnicas de muestreo

Las características de los participantes o muestra estuvo comprendida por: 12 alumnos de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio “Sarasota” zona 10 de la Ciudad de Guatemala.

La técnica de muestreo fue “no aleatoria”, perteneciente a alumnos(as) con una condición de discapacidad del nivel primario, jornada matutina (6 grados del nivel primario).

Técnicas de recolección de información

- **Observación participante:** Se llevó a cabo una observación teniendo un protocolo de guía el cual contribuyó a identificar los aspectos claves dentro de las instalaciones del Colegio Sarasota, ubicado en la zona 10 de la ciudad de Guatemala.

La misma se realizó en los salones de clase con el fin de analizar la socialización y conductas de ansiedad presentadas dentro de la población seleccionada. Se desarrolló de forma individual, esto con el fin de facilitar la obtención de información específica, se realizó en un mínimo de 3 días, una hora por cada día, entre 9 y 11 de la mañana.

- **Escala de Ansiedad Infantil de Spence:** Posterior a la observación inicial, se realizó una primera evaluación, con el objetivo de identificar las conductas de ansiedad presentes dentro de la muestra (niños entre 7 – 12 años con discapacidad – Trastornos específicos del aprendizaje y TDAH). La aplicación del test se modificó dado que se realizaron las preguntas contenidas en el test y el evaluador marcó cada ítem (en vez de ser el niño, el que respondiera con su lápiz de forma individual todo el test), esto

con el fin de evitar confusiones al leer o al responder, así mismo se evitó el cansancio y fatiga por la condición de la muestra descrita.

La realización del test se llevó a cabo de forma individual, por un tiempo mínimo de 45 minutos por alumno, en un periodo de 4 a 5 días, entre 9 a 11 de la mañana dentro de las instalaciones del Colegio Sarasota, ubicado en la zona 10 de la ciudad de Guatemala.

Seguidamente se realizó un análisis de resultados enfocado en las conductas evidenciadas durante la aplicación de la evaluación, dicho análisis sirvió de base para la elaboración de la guía de ejercicios para disminución de ansiedad, la misma fue puesta en práctica en las aulas como una forma de tratamiento de intervención para la disminución de conductas prominentes de ansiedad detectadas.

- **Guía de abordaje de la ansiedad en niños con discapacidad:** Se realizó una guía de abordaje de la ansiedad en niños con discapacidad, específicamente con TDAH y Trastornos Específicos del Aprendizaje, la cual contiene una serie de técnicas relajantes y dinámicas enfocadas a disminuir determinadas conductas en los niños elegidos. Funcionó como un tipo de tratamiento, su eficacia se determinó de forma posterior a través de los resultados obtenidos en una segunda evaluación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence.
- **Segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence:** Se evaluó por segunda ocasión a los alumnos participantes (niños entre 7 – 12 años con discapacidad – Trastornos específicos del aprendizaje y TDAH). con el objetivo de comprobar la efectividad de la guía de abordaje de la ansiedad realizada y empleada como un tratamiento alternativo para disminuir las conductas de ansiedad presentadas en la muestra.
Se realizó la segunda evaluación en un periodo de 4 a 5 días, en un mínimo de 45 minutos por alumno, en horario de 9 a 11 es las instalaciones del colegio Sarasota, zona 10, para determinar la eficacia de la guía de abordaje de Ansiedad realizada.

Técnicas de análisis de información

- **Análisis de contenido:** se define como una técnica cualitativa la cual es empleada para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos y más concretamente, de los documentos escritos. “Se basa en la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de manera sistemática, objetiva, replicable y válida”. (Ruiz Olabuenaga, 1996).

Como ya se mencionó, el objetivo de esta investigación fue determinar los niveles de ansiedad en niños con discapacidad (Trastorno Específico del Aprendizaje y TDAH) que se tiene dentro del establecimiento educativo “Colegio Sarasota”. Por ello dentro de la observación en conjunto con la evaluación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence se buscó determinar cuáles eran las conductas de ansiedad predominantes, para proceder a la interpretación y análisis de contenido.

En base a los resultados obtenidos, se elaboró una guía con ejercicios y técnicas de relajación la cual fue aplicada a niños con discapacidad (tomando como guía documentos e investigaciones relacionados) la cual dio lugar a beneficios en el área social del niño.

Finalmente se realizó una segunda evaluación, con el fin de verificar la eficacia de los ejercicios y técnicas propuestos para la reducción de conductas de ansiedad en la muestra elegida.

2.3. Instrumentos

- **Protocolo de observación**

Se empleó con el fin de visualizar de forma específica aspectos en el momento de la inserción inicial y posterior en la institución, de igual manera con esta herramienta se llevó a cabo el registro de lo observado con los datos correspondientes: Nombre de la institución seleccionada, fecha, espacio a observar, hora, nombre del investigador.

A continuación, los criterios e indicadores que fueron observados:

Objetivo	Ítem	Criterio de elaboración	Criterios de evaluación
Establecer los conocimientos básicos para la elaboración de una guía que aborde la ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2018.	El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	Dificultades en la atención.	- Con mucha frecuencia - Algunas veces - Nunca
	Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	Preocupación excesiva.	- Siempre - A veces - Nunca
	Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	Mantiene contacto visual al entablar conversaciones.	- Siempre - A veces - Nunca
	Se observa movimientos de piernas o manos constantes	Presencia de movimientos estereotipados o producidos por ansiedad,	- Con frecuencia - Con poca frecuencia - Nunca
	Evita trabajar en equipo	Dificultades al trabajar en equipo.	- Frecuentemente - Con poca frecuencia - Nunca
	Relaciones sociales entre compañeros	Relaciones sociales.	- Excelente - Buena - Regular

			<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado - Inadecuado
	Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	Participación en el aula	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Buena - Regular - Adecuado - Inadecuado
	En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	Conducta ante situaciones estresantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre soluciona la situación por sí mismos - Solicita ayuda de forma tranquila - Reacciona con actitud nerviosa (sudoración excesiva, tensión) o de frustración (enojo, gritos, llanto)
	¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	Conocimiento del docente de actividades de regulación emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.

			- Realiza algún ejercicio de respiración o dinámica de relajación.
	¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	Estímulos causantes de conductas ansiosas en el alumno.	- Ninguna - Hablar en público - Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (responder preguntas o realizar exposiciones)

- **Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Ficha técnica)**

Nombre: Escala de Ansiedad para Niños de Spence en español (Spanish version of the Spence Children's Anxiety Scale - SCAS).

Autor: Susan H. Spence,

Duración: 50 minutos

Aplicación: niños entre 8 y 12 años.

Fundamentación teórica: La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia. Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002). Seis ítems

miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas.

Construcción del instrumento: Construida por Spence en 1997 en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2005) de 7 trastornos de ansiedad. (Guzmán, 2009, pág. 15)

Aplicación: Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se pondera, ni se toma en cuenta en los análisis.

Obtención de resultados: Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad. La escala posee ítems distribuidos en seis factores que cargan en un factor de segundo orden de ansiedad general. Según el número de ítems satisfactorios en cada área se visualizará dentro de qué área se inclina las conductas de ansiedad de cada niño.

Distribución de Ítems por factores de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Factor	Ítem
Ataque de Pánico/Agorafobia	13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna. 21. De repente empiezo a temblar sin razón.

	<p>28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.</p> <p>30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques).</p> <p>32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón.</p> <p>34. De repente me siento mareado(a) sin razón.</p> <p>36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.</p> <p>37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer.</p> <p>39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o cuartos pequeños.</p>
Ansiedad de Separación	<p>5. Me daría miedo estar solo(a) en casa.</p> <p>8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.</p> <p>12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.</p> <p>15. Siento miedo si tengo que dormir solo(a).</p> <p>16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo.</p> <p>44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.</p>
Fobia Social	<p>6. Me da miedo presentar un examen.</p> <p>7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.</p> <p>9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.</p> <p>10. Me preocupa hacer un mal trabajo en la escuela.</p> <p>29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.</p> <p>35. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.</p>
Miedo al daño Físico	<p>2. Me da miedo la obscuridad.</p> <p>18. Me dan miedo los perros.</p> <p>23. Me asusta ir al doctor o al dentista.</p>

	<p>25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.</p> <p>33. Me dan miedo los insectos o las arañas.</p>
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	<p>14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).</p> <p>19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.</p> <p>27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.</p> <p>40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en cierto orden).</p> <p>41. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.</p> <p>42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo</p>
Ansiedad Generalizada	<p>1. Hay cosas que me preocupan.</p> <p>3. Cuando tengo un problema siento raro en el estómago.</p> <p>4. Siento temor.</p> <p>20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.</p> <p>22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.</p> <p>24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a).</p>

- **Plan de trabajo de Abordaje/tratamiento de Ansiedad en niños con Discapacidad**

El plan de trabajo para el tratamiento de conductas de ansiedad en los alumnos se estructuró como una guía de abordaje, con el objetivo de disminuir Y/o

eliminar conductas de ansiedad presentadas por la muestra elegida. (Ver anexos)

2.4. Operacionalización de objetivos

Objetivo	Variable o Categoría		
		Técnica	Instrumento
Determinar los niveles de ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2017.	Discapacidad Alteraciones de la interacción social	Observación	Protocolo de observación institucional
Establecer los conocimientos básicos para la elaboración de una guía que aborde la ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad que asisten al colegio Sarasota 2017.	Relajación Ansiedad	Escala de Ansiedad Infantil de Spence	Protocolo de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.
Comprobar la efectividad de la guía para el abordaje de la ansiedad en niños de 7 a 12 años con discapacidad en el	Prácticas de relajación	Grupo de discusión	Guía de prácticas de relajación

colegio 2017.	Sarasota			
------------------	----------	--	--	--

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la muestra

Características del lugar

La institución en dónde se llevó a cabo el proyecto de investigación, Colegio Sarasota, ubicado en la zona 10 de la ciudad capital, que trabaja con el programa de “Inclusión escolar”, posee alrededor de 26 estudiantes entre los niveles de preprimaria y primaria, en los cuales se encuentran alumnos con algún tipo de discapacidad o Necesidad Educativa Especial.

El edificio cuenta con 9 espacios, entre los cuales 4 de ellos son utilizados como salón de clase, primero y segundo primaria se encuentran en un aula, tercero y cuarto en otra, y en otro salón quinto y sexto; siendo el último salón designados al nivel pre-primario.

Características de la muestra

Se trabajó con una cantidad de 12 alumnos entre las edades de 7 a 12 años correspondientes a los grados de primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto primaria. Seis de ellos pertenecientes al sexo masculino y siete al sexo femenino.

Poseen un estado socioeconómico diverso, algunos alumnos se encuentran en un nivel económico alto mientras que el resto posee un nivel económico medio – bajo (con padres pertenecientes a la clase trabajadora).

Cada uno de los alumnos vive en el perímetro de la ciudad capital, identificando el idioma español como idioma materno con identidad ladina.

3.2. Presentación e interpretación de resultados

El objetivo principal de la investigación fue aportar conocimientos sobre la ansiedad en niños con discapacidad en la ciudad de Guatemala.

La interpretación y análisis lo constituyeron la identificación de aspectos específicos de ansiedad presentados por los alumnos en los resultados de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, complementando los mismos con los aspectos identificados mediante la observación participante inicial. De este modo fue como se pudo obtener información cualitativa más estructurada dirigida a su abordaje posterior con ejercicios específicos.

A continuación se presentan los resultados y su respectivo análisis por alumno:

Resultados de la evaluación

Caso No. 1

Alumno: G.R. Sexo: Femenino Edad: 7 años primer grado

Cuadro No. 1

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces

Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Nunca
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Regular
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con frustración (llanto)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Hablar en público - Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (responder preguntas o realizar exposiciones)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 2

Evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	0/9	0	3/9	5
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	5/6	14	3/6	8
Fobia Social (18 pts.)	0/6	0	3/6	6
Miedos (15 pts.)	2/5	6	1/5	2
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	3/6	4	2/6	2
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	10/38	24	12/38	23

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

No se identificaron características dentro de esta área,

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar el quedarse sola en casa, preocupación al estar lejos de sus padres, miedo de dormir sola y miedo con la idea de pasar una noche lejos de su casa con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en la conducta de preocupación al pensar que algo malo puede sucederle a alguien de su familia presentó una frecuencia de aparición moderada.

- Fobia social

No presentó ninguna conducta dentro de esta área.

- Miedos

Presentó conductas de temor a los perros y miedo a los insectos y a las arañas, ambas conductas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sensación extraña en el estómago cuando algo le preocupa, con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en las

conductas de temor sin razón y aumento de ritmo cardiaco cuando tiene un problema presentó una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conductas como dejar de respirar sin motivo con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en conductas de mareos y aumento de ritmo cardiaco sin motivo presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificó mantenimiento de conductas de miedo al pensar el quedarse sola en casa, con frecuencia de aparición máxima; y conductas de preocupación al estar lejos de sus padres y preocupación al pensar que algo malo le suceda a alguien de su familia con una frecuencia de aparición moderada. Posterior al tratamiento disminuyen dos de las conductas destacadas en la primera evaluación

- Fobia social

Se observó aparición de conductas de miedo por el uso de baños públicos, preocupación por no realizar correctamente una tarea en el colegio y preocupación por lo que otros piensen de ella con una frecuencia de aparición moderada en todas las conductas mencionadas.

- Miedos

Presentó únicamente la conducta de miedo a los insectos y a las arañas disminuyendo la frecuencia la misma, de máxima a moderada.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Mantuvo conducta de sensación extraña en el estómago cuando algo le preocupa y desarrolla además conducta de preocupación al pesar que algo malo puede sucederle, ambas conductas con una frecuencia de aparición mínima.

Conclusión

La alumna G.R. obtuvo variación de resultados posterior al tratamiento, se observó disminución de frecuencia, permanencia y aparición de conductas de ansiedad.

Se identificó con respecto al test, mayor número de conductas presentadas en las áreas de Ansiedad por separación y Fobia social respecto al número de ítems marcados considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 24 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 2

Alumno: S.S Sexo: Femenino Edad: 8 años primer grado

Cuadro No.3

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces

Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (mordía sus materiales de clase).
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Hablar en público - Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (sobre todo al responder preguntas)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 4

Evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	2/9	4	4/9	7
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	4/6	8	3/6	3
Fobia Social (18 pts.)	3/6	5	1/6	3
Miedos (15 pts.)	2/5	6	3/5	5
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	3/6	5	4/6	5
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	14/38	28	15/38	23

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó conductas de temor sin motivo con una frecuencia de aparición máxima, y miedo al permanecer en lugares pequeños o cerrados con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa y miedo con la idea de pasar una noche lejos de su casa con una frecuencia de aparición máxima, mientras que en las conductas de preocupación al estar lejos de sus padres y preocupación al pensar que algo malo le suceda a alguien de su familia presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo al hacer un examen y preocupación por hacer mal alguna tarea en la escuela con una frecuencia moderada de aparición; mientras que en la conducta de miedo al tener que hablar delante de sus compañeros presentó una frecuencia mínima de aparición.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad, y miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sentimiento de sensación extraña en el estómago cuando tiene un problema con una frecuencia de aparición máxima, mientras que en las conductas de sensación de temor sin razón y sentirse nerviosa al tener un problema, posee una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conductas como temblar sin motivo y miedo al viajar en auto o autobús con frecuencia de aparición moderada, en la conducta de miedo al permanecer en lugares con aglomeración de personas presentó una frecuencia de aparición mínima. Se mantuvo la conducta de miedo al encontrarse en lugares pequeños o cerrados con una frecuencia moderada de aparición.

Aunque se observan nuevas conductas, la frecuencia de las mismas es menor a las presentadas en la primera evaluación.

- Trastorno de ansiedad por separación

Mantuvo conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa, preocupación al estar lejos de sus padres y preocupación al pensar que algo malo puede sucederle a alguien de su familia, con una frecuencia de aparición mínima en todas las conductas, observado además de disminución de frecuencia, desaparición de conductas observadas en la primera evaluación.

- Fobia social

Se observó únicamente aparición de la conducta de miedo a hacer el ridículo delante de otras personas con una frecuencia de aparición máxima, sin embargo desaparecieron el resto de conductas destacadas en la primera evaluación.

- Miedos

Se observó aparición de conductas de miedo al ir al médico o al dentista y miedo a lugares altos o ascensores con una frecuencia de aparición moderada; de igual forma se observó permanencia de miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición mínima; aunque adquirió otras conductas, la frecuencia de ellas es menor a las de las presentadas en la primera evaluación.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observó aparición de preocupación generalizada y aumento de ritmo cardiaco cuando algo le preocupa, y mantenimiento de conducta de sentirse nerviosa al tener un problema, ambas con una frecuencia mínima de aparición; mientras que en la conducta de sentimiento de sensación extraña en el estómago cuando algo le preocupa se identificó disminución en la frecuencia de máxima a moderada, respecto a la primera evaluación.

Conclusión

La alumna S.S. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó disminución, permanencia y aparición de conductas y su frecuencia.

Con referencia al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Ataques de pánico y agorafobia, y Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas, sobre todo en la conducta de morder constantemente sus útiles o dedos de las manos. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 23 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 3

Alumno: M.S Sexo: Masculino Edad: 8 años segundo grado

Cuadro No. 5

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Frecuentemente
Relaciones sociales entre compañeros	- Regular (Invadió el espacio personal de sus compañeros. En ocasiones lloraba y gritaba).
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con frustración (enojo, gritos, llanto)

¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 6

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	0/9	0	0/9	0
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	3/6	7	3/6	6
Fobia Social (18 pts.)	0/6	0	0/6	0
Miedos (15 pts.)	4/5	8	4/5	8
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0

Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	2/6	2	2/6	2
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	9/38	17	9/38	16

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificó conductas de miedo al pensar quedarse solo en casa y miedo al dormir solo con una frecuencia máxima de aparición; mientras que en la conducta de preocupación al estar lejos de sus padres presentó una frecuencia mínima.

- Fobia social

No mostró conductas dentro de esta área.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad y miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en conductas

de miedo a ir al médico o al dentista y miedo al permanecer en lugares altos o ascensores presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de preocupación generalizada y miedo sin razón, ambas conductas con una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se observó mantenimiento de conductas de miedo al pensar quedarse solo en casa con una frecuencia de aparición máxima, miedo al dormir solo con disminución en su frecuencia de máxima a moderada y preocupación al estar lejos de sus padres con una frecuencia mínima.

- Fobia social

No mostró conductas dentro de esta área.

- Miedos

Se observó permanencia de conductas de miedo a la oscuridad, miedo a ir al médico o al dentista, miedo al permanecer en lugares altos o ascensores y miedo a los insectos y a las arañas. Identificando mantenimiento de frecuencia mínima en cada una de ellas.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No mostró conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observó mantenimiento de conductas de preocupación generalizada y miedo sin razón manteniendo una frecuencia mínima de aparición.

Conclusión

El alumno M.S. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó disminución en la frecuencia de algunas conductas de ansiedad identificadas.

Con respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en el área de Trastorno de Ansiedad por Separación respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 16 Pts. lo cual lo colocan con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 4

Alumno: R.C Sexo: Femenino Edad: 9 años segundo grado

Cuadro No. 7

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una	- A veces

actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Frecuentemente
Relaciones sociales entre compañeros	- Regular
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (sudoración excesiva en manos, de igual forma mordía sus uñas)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (responder preguntas realizadas por la docente sobre algún tema).

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 8

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	3/9	3	3/9	3
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	6/6	9	6/6	9
Fobia Social (18 pts.)	2/6	2	2/6	2
Miedos (15 pts.)	3/5	3	3/5	0
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	2/6	2	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	4/6	5	4/6	4
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	20/38	24	18/38	21

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó conductas de falta de respiración sin motivo, miedo al viajar en auto o autobús y temor sin motivo, todas las conductas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar el quedarse sola en casa, con una frecuencia de aparición máxima; en conductas de preocupación al estar lejos de sus padres, preocupación al pensar que algo malo pueda sucederle a alguien de su familia, miedo de dormir sola, nerviosismo o miedo en la mañanas antes de ir al colegio y miedo con la idea de pasar una noche lejos de su casa, presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo al hacer un examen y miedo de hacer el ridículo frente a otras personas, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad, miedo de ir al médico o al dentista y miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

Muestra conductas de necesidad comprobar varias veces si ha hecho bien algo y no poder dejar de pensar en cosas negativas, ambas conductas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de miedo sin motivo con una frecuencia de aparición moderada; mientras que en conductas de preocupación sin motivo, aumento de ritmo cardiaco cuando posee un problema y sentirse nerviosa al tener un problema presenta una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó permanencia de las conductas de falta de respiración sin motivo, miedo al viajar en auto o autobús y temor sin motivo, manteniendo en todas ellas una frecuencia de aparición mínima, sin cambios en esta área.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificó mantenimiento de conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa, preocupación al estar lejos de sus padres, preocupación al pensar que algo malo puede sucederle a alguien de su familia, miedo de dormir sola, nerviosismo o miedo en la mañanas antes de ir al colegio y miedo con la idea de pasar una noche lejos de su casa manteniendo una frecuencia mínima de aparición.

- Fobia social

Se mantuvieron conductas de miedo al hacer un examen y miedo de hacer el ridículo frente a otras personas, manteniendo una frecuencia de aparición mínima.

- Miedos

Se observó mantenimiento de conductas de miedo a la oscuridad, miedo de ir al médico o al dentista y miedo a los insectos y a las arañas, todas ellas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

Se evidenció desaparición de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observó mantenimiento de las mismas conductas de la primera evaluación, miedo sin motivo, preocupación sin motivo, aumento de ritmo cardiaco cuando posee un problema y sentirse nerviosa al tener un problema, todas ellas con una frecuencia mínima.

Conclusión

La alumna R.C. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Miedos y Trastorno de Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 21 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 5

Alumno: D.M. Sexo: Femenino Edad: 10 años cuarto grado

Cuadro No. 9

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Regular (Se le observó molestarse mucho cuando sus pares no le prestaban atención)
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Regular (debido a que presentaba nerviosismo y dificultad para expresar lo que deseaba)

En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (tensión muscular)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Hablar en público - Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (responder preguntas)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 10

Escala de Ansiedad Infantil de Spence:

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	1/9	1	1/9	3
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	3/6	3	2/6	4
Fobia Social (18 pts.)	2/6	2	1/6	1

Miedos (15 pts.)	3/5	5	2/5	4
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	2/6	2	1/6	1
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	11/38	13	18/38	13

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó la conducta de mareo o desmayo sin motivo con una frecuencia mínima de aparición.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa y preocupación al estar lejos de sus padres, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer el ridículo frente a otras personas y miedo de hablar frente a sus compañeros, ambas con una frecuencia mínima de aparición.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad y miedo de ir al médico o al dentista con una frecuencia mínima de aparición; mientras que la conducta de miedo a los insectos y a las arañas se presentó con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de preocupación sin motivo y miedo sin motivo con una frecuencia mínima de aparición.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conducta de miedo al permanecer en lugares con aglomeración de personas, con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificó mantenimiento de conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa con una frecuencia mínima de aparición; y preocupación al estar lejos de sus padres con una frecuencia de aparición máxima.

- Fobia social

Mantuvo conducta de miedo de hacer el ridículo frente a otras personas con una frecuencia de aparición mínima. Se identificó desaparición de conductas con respecto a la primera evaluación.

- Miedos

Se observó mantenimiento de conductas de miedo a la oscuridad con una frecuencia mínima de aparición; mientras que en la conducta de miedo a los insectos y a las arañas se mantuvo de una frecuencia máxima de aparición.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observa aparición de conducta de nerviosismo al tener un problema, con una frecuencia de aparición mínima.

Conclusión

La alumna D.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias. Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación y miedos respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 13 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 6

Alumno: M.R. Sexo: Femenino Edad: 10 años cuarto grado

Cuadro No. 11

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Nunca
Evita trabajar en equipo	- Nunca
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (sudoración excesiva en manos y tensión muscular)

¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Hablar en público - Resolución de tareas complicadas en diferentes materias (específicamente en el área de lenguaje) - Participación verbal en clase (responder preguntas)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 12

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	2/9	3	3/9	5
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	1/6	3	2/6	4
Fobia Social (18 pts.)	2/6	4	2/6	4
Miedos (15 pts.)	2/5	4	3/5	8

Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	2/6	4	4/6	4
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	11/38	18	14/38	25

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó la conducta de miedo sin motivo con una frecuencia de aparición mínima, y miedo al estar en lugares cerrados y pequeños con una frecuencia de aparición moderada.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificó conducta de preocupación al estar lejos de sus padres, con una frecuencia máxima de aparición.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer un mal trabajo en el colegio con una frecuencia mínima de aparición; mientras que en la conducta de miedo al tener que hablar frente a sus compañeros presentó una frecuencia de aparición máxima.

- Miedos

Presentó conductas de miedo de ir al médico o al dentista con una frecuencia mínima de aparición; y miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conducta de aumento de ritmo cardiaco cuando posee un problema con una frecuencia de aparición mínima; y nerviosismo al tener un problema con una frecuencia máxima de aparición.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conductas de miedo al permanecer en lugares con aglomeraciones de personas con una frecuencia máxima de aparición y preocupación por tener miedo sin motivo con una frecuencia mínima de aparición; hubo permanencia de conducta de miedo al estar en lugares cerrados y pequeños con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Mantuvo conducta de preocupación al estar lejos de sus padres disminuyendo la frecuencia de aparición de máxima a mínima; se observó aparición de

conducta de .preocupación por que algo malo pueda sucederle a alguien de su familia con una frecuencia máxima de aparición.

- Fobia social

Se observó aparición de conducta de miedo al utilizar baños públicos con una frecuencia máxima de aparición; se evidenció mantenimiento de conducta de miedo al tener que hablar frente a sus compañeros disminuyendo frecuencia de máxima a mínima.

- Miedos

Se observó mantenimiento de conductas de miedo a ir al médico o dentista con una frecuencia moderada de aparición y en la conducta de miedo a los insectos y a las arañas se mantuvo de igual forma la frecuencia máxima de aparición. Hubo aparición de conducta de miedo a lugares altos y ascensores con una frecuencia máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observó aparición de conducta de miedo sin motivo, y preocupación por que algo malo pueda pasarle; se mantuvieron conductas de aumento de ritmo cardiaco cuando posee un problema y nerviosismo al tener un problema, todas las conductas con una frecuencia de aparición mínima.

Conclusión

La alumna M.R. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Miedos, respecto al número

de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes dichas áreas.

Debido a que la alumna se ausentó de forma constante no tuvo oportunidad de realizar todo tratamiento establecido, lo cual pudo influir en el aumento de conductas de ansiedad en las diferentes áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 25 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 7

Alumno: G.M. Sexo: Masculino Edad: 10 años cuarto grado

Cuadro No. 13

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- Siempre
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- Nunca
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Frecuentemente

Relaciones sociales entre compañeros	- Regular (Invadía el espacio personal de sus compañeros y emitía comentarios inadecuados).
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Inadecuado (Mostró dificultad para prestar atención y atender las indicaciones de la docente).
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con frustración (enojo, gritos y llanto)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias.

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 14

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	0/9	0	1/9	1
Trastorno de ansiedad por	4/6	9	1/6	1

separación (18 pts.)				
Fobia Social (18 pts.)	2/6	2	1/6	1
Miedos (15 pts.)	2/5	6	1/5	3
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	2/6	4	0/6	0
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	10/38	21	4/38	6

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

No presentó conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas preocupación al estar lejos de sus padres y miedo de dormir solo con una frecuencia de aparición máxima; en la conducta de miedo al pensar pasar la noche lejos de casa mostró una frecuencia moderada de aparición, mientras que en la conducta de preocupación por que algo malo le suceda a alguien de su familia se observó una frecuencia mínima de aparición.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer el ridículo frente a otros y miedo de tener que hablar frente a sus compañeros, ambas con una frecuencia mínima de aparición.

- Miedos

Presentó conductas de miedo de ir al médico o al dentista y miedo a los insectos y a las arañas, ambas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada
 - Primera evaluación: presentó conductas de preocupación sin motivo con una frecuencia mínima de aparición, y en la conducta de sensación extraña en el estómago cuando tiene un problema mostró con una frecuencia máxima de aparición.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conducta de miedo sin motivo con una frecuencia mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Mantuvo la conducta de miedo de dormir solo con una frecuencia mínima de aparición; desaparecen las conductas restantes presentadas en la primera evaluación.

- Fobia social

Se mantuvo conducta de miedo al hablar frente a sus compañeros con una frecuencia mínima de aparición.

- Miedos

Se observó mantenimiento de conducta de miedo a los insectos con una frecuencia de aparición máxima. Las conductas restantes presentadas en la primera evaluación desaparecieron.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se eliminaron conductas presentadas en la primera evaluación.

Conclusión

El alumno G.M. obtuvo variación de resultados en las diferentes áreas del test antes y después del tratamiento, se observó permanencia y eliminación de conductas de ansiedad y disminución de frecuencias en las mismas.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación respecto al número de ítems marcados, sin embargo mediante en tratamiento realizado se disminuyeron varias conductas en estas y otras áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 6Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

Resultados de la evaluación

Caso No. 8

Alumno: M.H. Sexo: Femenino Edad: 11 años cuarto grado

Cuadro No. 15

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Frecuentemente
Relaciones sociales entre compañeros	- Inadecuado (Ocasionalmente agredía físicamente a sus compañeros de clase, de igual forma emitía comentarios ofensivos).
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Regular

En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (tensión).
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias.

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 16

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	3/9	3	2/9	4
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	4/6	12	3/6	9
Fobia Social (18 pts.)	3/6	8	3/6	7
Miedos (15 pts.)	3/5	9	3/5	9

Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	4/6	8	2/6	2
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	17/38	40	13/38	31

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó la conducta de sensación de no poder respirar sin motivo, temblar sin motivo y aumento de ritmo cardíaco sin motivo, todas ellas con una frecuencia mínima de aparición.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa, preocupación al estar lejos de sus padres, preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su familia y miedo al pasar la noche lejos de casa con una frecuencia máxima de aparición.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer un examen con una frecuencia moderada de aparición, conductas de miedo al hacer el ridículo frente a otras personas y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia de aparición máxima.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad, miedo a los perros y miedo a los insectos y a las arañas, todas ellas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sensación extraña en el estómago cuando tiene un problema y aumento de ritmo cardiaco cuando posee un problema, con una frecuencia de aparición máxima; en conductas de miedo sin motivo y preocupación porque algo malo pueda sucederle, presentó una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conducta de miedo al viajar en auto o autobús con una frecuencia máxima de aparición, y miedo al permanecer en lugares pequeños y cerrados con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Mantuvo las conductas de miedo al pensar quedarse sola en casa, preocupación al estar lejos de sus padres y miedo al pasar la noche lejos de

casa con una frecuencia máxima de aparición. Se elimina una de las conductas presentadas en la primera evaluación.

- Fobia social

Se observó mantenimientos de conductas de miedo de hacer un examen con una frecuencia mínima de aparición, conductas de miedo al hacer el ridículo frente a otras personas y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros manteniendo frecuencia máxima de aparición.

- Miedos

Se observó aparición de conducta de miedo de ir al médico o al dentista, se mantuvieron conductas de miedo a la oscuridad y miedo a los insectos y a las arañas, todas ellas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observó aparición de sensación de nerviosismo cuando posee un problema y mantenimiento de miedo sin motivo, ambas con una frecuencia mínima de aparición.

Conclusión

La alumna M.H. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Fobia Social y Miedos, respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas se considera necesario la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En

relación al resultado numéricos final obtuvo un total de 31 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 9

Alumno: J.M. Sexo: Masculino Edad: 11 años quinto grado

Cuadro No. 17

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con poca frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena

En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con frustración (preocupación al no comprender algo)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias - Participación verbal en clase (responder preguntas)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 18

Resultados de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	1/9	1	2/9	3
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	3/6	3	2/6	2
Fobia Social (18 pts.)	4/6	6	4/6	6

Miedos (15 pts.)	2/5	6	3/5	5
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	1/6	1	1/6	1
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	11/38	17	13/38	17

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó la conducta de miedo al encontrarse en lugares pequeños o cerrados con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar quedarse solo en casa, preocupación al estar lejos de sus padres y preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su familia, todas ellas con una frecuencia de aparición

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer un examen y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia mínima de aparición; de igual manera presentó conductas de preocupación por hacer un mal trabajo en el colegio y preocupación por lo que otras personas piensen de él, ambas con una frecuencia de aparición moderada.

- Miedos
 - Primera evaluación: presentó conductas de miedo a los perros y miedo a los insectos y a las arañas, todas ellas con una frecuencia de aparición máxima.
- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sensación extraña en el estómago cuando tiene un problema con una frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conducta de miedo a permanecer en lugares con aglomeración de personas con una frecuencia mínima de aparición. Se mantuvo conducta de miedo al permanecer en lugares pequeños y cerrados con una frecuencia de aparición moderada, aumentando dicha conducta en comparación a la primera evaluación.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se dio aparición de conducta de miedo al imaginar pasar la noche lejos de casa y mantuvo la conducta de miedo al pensar quedarse solo en casa, ambas

conductas con una frecuencia mínima de aparición. Se eliminaron dos conductas identificadas en la primera evaluación.

- Fobia social

Se observó mantenimientos de conductas de miedo de hacer un examen con una frecuencia mínima de aparición, conductas de miedo al hacer el ridículo frente a otras personas, preocupación por hacer mal trabajo en el colegio y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros manteniendo en ellas una frecuencia mínima de aparición.

- Miedos

Se observó aparición de conductas de miedo de ir al médico o al dentista con una frecuencia máxima de aparición, y miedo a la oscuridad con una frecuencia mínima de aparición; se mantuvo conducta de miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se observa aparición de sensación de nerviosismo cuando posee un problema con una frecuencia mínima de aparición.

Conclusión

El alumno J.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Referente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Fobia Social Y Miedos respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas,

además de mantener el mismo puntaje, se considera necesario la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numéricos final obtuvo un puntaje total de 17 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

Resultados de la evaluación

Caso No. 10

Alumno: M.M. Sexo: Masculino Edad: 12 años Quinto grado

Cuadro No. 19

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- Siempre
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Regular (se burlaba de sus compañeros).

Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Regular (evitaba participar en el aula)
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (sudoración excesiva de manos, se muerde las uñas)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias (sobre todo en área de matemática)

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 20

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	4/9	7	3/9	5
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	5/6	12	4/6	11

Fobia Social (18 pts.)	5/6	8	4/6	9
Miedos (15 pts.)	3/5	9	4/5	10
Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	4/6	9	2/6	4
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	21/38	45	17/38	39

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificaron conductas de miedo de viajar en auto o autobús con una frecuencia máxima de aparición, miedo de permanecer en lugares con aglomeración de personas con una frecuencia moderada de aparición; también existen conductas de preocupación por tener miedo sin motivo y miedo de encontrarse en lugares pequeños o cerrados, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo al pensar quedarse solo en casa, preocupación al estar lejos de sus padres y miedo con la idea de pasar la noche lejos de casa, con una frecuencia máxima de aparición; mientras que en las conductas de preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su familia muestra una frecuencia de aparición moderada, y en la conducta de miedo de dormir solo presenta frecuencia de aparición mínima.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia máxima de aparición, miedo de hacer el ridículo frente a otros con una frecuencia moderada de aparición; y en conductas de miedo de hacer un examen, preocupación por hacer un mal trabajo en el colegio y preocupación por lo que otras personas piensen de él presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Miedos

- Primera evaluación: presentó conductas de miedo a la oscuridad, miedo de ir al médico o dentista y miedo a los insectos y a las arañas, todas ellas con una frecuencia de aparición máxima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sensación extraña en el estómago cuando tiene un problema y sentirse nervioso cuando tiene un problema con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en las conductas de aumento de ritmo cardiaco cuando tiene un problema presentó una frecuencia moderada de

aparición, y en conducta de preocupación constante se evidenció frecuencia de aparición mínima.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se observó aparición de conducta de miedo de encontrarse en lugares pequeños con una frecuencia de aparición máxima; se mantuvieron conductas de miedo de viajar en auto o autobús y miedo de permanecer en lugares con aglomeración de personas, ambas con una frecuencia mínima de aparición. Se identificó disminución de frecuencia de las conductas con respecto a la primera evaluación.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se mantuvieron conductas de miedo al pensar quedarse solo en casa, preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su familia y miedo de imaginar pasar la noche lejos de casa con una frecuencia de aparición máxima; mientras que en la conducta de preocupación al estar lejos de sus padres posee una frecuencia moderada de aparición. Se elimina una conducta identificada en la primera evaluación.

- Fobia social

Se observó mantenimientos de conductas de miedo de hacer un examen y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia máxima de aparición, en conductas de preocupación por hacer mal trabajo en el colegio presenta una frecuencia de aparición moderada mientras que en la conducta de preocupación por lo que otras personas piensen de él presentó una frecuencia de aparición mínima. Se eliminó una de las conductas presentada en primera evaluación.

- Miedos

Se mantuvieron conductas de miedo a la oscuridad y miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición máxima, en conductas de miedo de ir al médico o al dentista presentó una frecuencia moderada de aparición; se evidencia aparición de conducta de miedo a lugares altos o ascensores con una frecuencia de aparición mínima. Aunque apareció una nueva conducta, hubo disminución de frecuencia en conductas respecto a la primera evaluación.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se mantuvieron conductas de nerviosismo al tener un problema con una frecuencia de aparición máxima, y miedo sin motivo y con una frecuencia mínima de aparición. Se observó eliminación de conductas respecto a la primera evaluación.

Conclusión

El alumno M.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Referente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Fobia Social Y Miedos, respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas, se considera necesario continuar la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un total de 39 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

Resultados de la evaluación

Caso No. 11

Alumno: D.M.

Sexo: Masculino

Edad: 12 años

Quinto grado

Cuadro No. 21

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Algunas veces
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con poca frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena
En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con frustración (enojo)

¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Resolución de tareas complicadas en diferentes materias (sobre todo en el área de matemática).

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 22

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	1/9	1	0/9	0
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	3/6	5	1/6	1
Fobia Social (18 pts.)	3/6	7	1/6	3
Miedos (15 pts.)	2/5	2	1/5	1
Trastorno Obsesivo	2/6	2	0/6	0

compulsivo (18 Pts.)				
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	2/6	4	4/6	7
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	13/38	21	7/38	12

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó conducta de sensación de mareo o desmayo repentino sin motivo con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación
 - primera evaluación: se identificaron conductas de preocupación al estar lejos de sus padres con una frecuencia máxima de aparición; en conductas de preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su familia y nerviosismo o miedo por las mañanas antes de ir al colegio presentó una frecuencia mínima de aparición.

- Fobia social

Presentó conductas de miedo de hacer el ridículo frente a otros y miedo al tener que hablar frente a sus compañeros, ambas con una frecuencia máxima de aparición; mientras que en la conducta de miedo al hacer un examen presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad y miedo a los insectos y a las arañas, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

Presentó conductas como la necesidad de comprobar varias veces si ha hecho bien las cosas y necesidad de hacer una acción una y otra vez, ambas conductas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de aumento de ritmo cardiaco cuando tiene un problema y sentirse nervioso ante un problema, ambas con una frecuencia moderada de aparición.

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

No presentó conductas en esta área, eliminando la observada en la primera evaluación.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se mantuvo conducta de preocupación porque algo malo le suceda a alguien de su con una frecuencia de aparición mínima. El resto de conductas presentadas en la primera evaluación fue eliminada.

- Fobia social

Se observó mantenimientos de conducta de miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia de aparición mínima. Se eliminaron conductas presentadas en la primera evaluación.

- Miedos

Se mantuvo la conducta de miedo a los insectos y a las arañas con una frecuencia de aparición mínima. Se eliminó el resto de conductas presenciadas en primera evaluación.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área, se eliminaron conductas observadas en primera evaluación.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se mantuvieron conductas de aumento de ritmo cardíaco cuando tiene un problema con una frecuencia de aparición máxima; y conducta de sentirse nervioso ante un problema con una frecuencia de aparición moderada. Aparecieron conductas de preocupación sin motivo y preocupación porque algo malo pueda pasarle con una frecuencia de aparición mínima.

Conclusión

El alumno D.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Correspondiente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en el área de Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar la mayor parte de conductas de ansiedad presentadas, se considera necesario continuar la atención posterior en la eliminación de conductas aun presentes. En Relación

al resultado numéricos final obtuvo un total de 12 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

Resultados de la evaluación

Caso No. 12

Alumno: J.P. A. Sexo: Masculino Edad: 12 años sexto grado

Cuadro No. 23

Observación

Ítem	Frecuencia de conducta observada
El alumno posee dificultad al prestar atención en clase	- Con mucha frecuencia
Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?	- A veces
Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual	- A veces
Se observa movimientos de piernas o manos constantes	- Con poca frecuencia
Evita trabajar en equipo	- Con poca frecuencia
Relaciones sociales entre compañeros	- Buena
Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula	- Buena

En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reacciona el alumno?	- Reacciona con actitud nerviosa (mucha preocupación al no realizar las indicaciones dada)
¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?	- Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?	- Hablar en público

Fuente: datos obtenidos a través de guía de observación.

Cuadro No. 24

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Área	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	No. De ítems marcados	Puntaje: primera evaluación	No. De ítems Marcados	Puntaje: segunda evaluación
Ataques de pánico y agorafobia (27 pts.)	2/9	2	1/9	1
Trastorno de ansiedad por separación (18 pts.)	3/6	5	0/6	0
Fobia Social (18 pts.)	1/6	1	1/6	3
Miedos (15 pts.)	2/5	2	2/5	6

Trastorno Obsesivo compulsivo (18 Pts.)	0/6	0	0/6	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (18 Pts.)	1/6	1	0/6	0
Puntaje total (Max. 114 promedio 57 min. 0 pts.)	9/38	11	4/38	10

Fuente: datos obtenidos a través de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nota: Los totales de ítems marcados varían respecto a los puntajes totales de cada área del test, debido a que el puntaje total por factor depende de la frecuencia con que se den las conductas: nunca (0pts.) a veces (1 pt.) muchas veces (2 pts.) siempre (3 pts.).

Hallazgos de primera evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Se identificó conductas de miedo en permanecer en lugares con aglomeraciones de personas y miedo de encontrarse en lugares pequeños o cerrados, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

Se identificaron conductas de miedo con la idea de quedarse solo en casa con una frecuencia de aparición máxima, en las conductas de preocupación al estar lejos de sus padres y miedo al imaginar pasar la noche lejos de casa presentó una frecuencia de aparición mínima.

- Fobia social

Presentó conducta de miedo de hacer el ridículo frente a otros con una frecuencia de aparición mínima.

- Miedos

Presentó conductas de miedo a la oscuridad y miedo a los insectos y a las arañas, ambas con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Presentó conductas de sensación extraña en el estómago al tener un problema, con una frecuencia de aparición mínima..

Hallazgos de segunda evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence

- Ataques de pánico y agorafobia

Permaneció conducta de miedo de encontrarse en lugares pequeños o cerrados con una frecuencia de aparición mínima.

- Trastorno de ansiedad por separación

No presentó ninguna conducta, se eliminaron las conductas presentadas en la primera evaluación.

- Fobia social

Se observó aparición de conducta de miedo al tener que hablar frente a sus compañeros con una frecuencia de aparición máxima. Se eliminaron conductas presentadas en la primera evaluación.

- Miedos

Se observó aparición de conducta de miedo de ir al médico o dentista y se mantuvo conducta de de miedo a los insectos y a las arañas, ambas con una frecuencia de aparición máxima. Se eliminó una de las conductas presentadas en la primera evaluación.

- Trastorno obsesivo compulsivo

No presentó ningún tipo de conductas dentro de esta área.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Se eliminó conducta presentada en primera evaluación, no observando conductas en esta área.

Conclusión

El alumno J.P.A. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar la mayor parte de conductas de ansiedad presentadas en el test. Se considera necesario continuar la atención posterior, aunque con una frecuencia esporádica, para la eliminación de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un total de 10 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

3.3. Análisis general

En los niños las manifestaciones de ansiedades y miedos son normales y necesarias durante el crecimiento, dado que funcionan como indicadores del desarrollo de su conciencia. No obstante también es importante clarificar que existen algunos trastornos que podrían volverse excesivos y dificultar el funcionamiento social, académico y personal del niño durante su evolución.

Dentro del establecimiento educativo seleccionado se observaron diversos comportamientos que denotaban ansiedad en los alumnos con

discapacidad, siendo los más comunes: sudoración excesiva al momento de exponer ante sus pares en el salón de clase, inquietud ante tareas de clases difíciles o evitación de las mismas, mordisqueo de objetos ante situaciones que le resultan incómodas o difíciles de controlar, entre otras.

A continuación se describen los resultados obtenidos de cada alumno tras la realización de la evaluación de Escala de Ansiedad Infantil de Spence:

- La alumna G.R. obtuvo variación de resultados posterior al tratamiento, se observó disminución de frecuencia, permanencia y aparición de conductas de ansiedad.

Se identificó con respecto al test, mayor número de conductas presentadas en las áreas de Ansiedad por separación y Fobia social respecto al número de ítems marcados considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 24 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- La alumna S.S. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó disminución, permanencia y aparición de conductas y su frecuencia.

Con referencia al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Ataques de pánico y agorafobia, y Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas, sobre todo en la conducta de morder constantemente sus útiles o dedos de las manos. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 23 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- El alumno M.S. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó disminución en la frecuencia de algunas conductas de ansiedad identificadas.

Con respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en el área de Trastorno de Ansiedad por Separación respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 16 Pts. lo cual lo colocan con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- La alumna R.C. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Miedos y Trastorno de Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 21 Pts. lo cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- La alumna D.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación Y Miedos respecto al número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes en dichas áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 13 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- La alumna M.R. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Miedos, respecto al

número de ítems marcados, considerando necesaria la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes dichas áreas.

Debido a que la alumna se ausentó de forma constante no tuvo oportunidad de realizar todo tratamiento establecido, lo cual pudo influir en el aumento de conductas de ansiedad en las diferentes áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 25 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- El alumno G.M. obtuvo variación de resultados en las diferentes áreas del test antes y después del tratamiento, se observó permanencia y eliminación de conductas de ansiedad y disminución de frecuencias en las mismas.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación respecto al número de ítems marcados, sin embargo mediante en tratamiento realizado se disminuyeron varias conductas en estas y otras áreas. En relación al resultado numérico final obtuvo un puntaje total de 6Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

- La alumna M.H. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Respecto al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Fobia Social y Miedos, respecto al número de ítems marcados, aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas se considera necesario la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numéricos final obtuvo un total de 31 Pts. el cual la coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- El alumno J.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Referente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Fobia Social y Miedos respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas, además de mantener el mismo puntaje, se considera necesario la atención posterior en la disminución de conductas aún presentes en dichas áreas. En relación al resultado numéricos final obtuvo un puntaje total de 17 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio.

- El alumno M.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Referente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en las áreas de Trastorno de Ansiedad por separación, Fobia Social y Miedos, respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar varias conductas, se considera necesario continuar la atención posterior en la disminución de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un total de 39 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

- El alumno D.M. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Correspondiente al test se identificó mayor número de conductas presentadas en el área de Ansiedad Generalizada respecto al número de ítems marcados, Aunque posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar la mayor parte de conductas de ansiedad presentadas, se considera necesario continuar la atención posterior en la eliminación de conductas aun presentes. En

Relación al resultado numéricos final obtuvo un total de 12 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

- El alumno J.P.A. obtuvo variación de resultados antes y después del tratamiento, se observó permanencia, aparición, eliminación y disminución de conductas de ansiedad y sus frecuencias.

Posterior al tratamiento logró disminuir y eliminar la mayor parte de conductas de ansiedad presentadas en el test. Se considera necesario continuar la atención posterior, aunque con una frecuencia esporádica, para la eliminación de conductas aun presentes. En relación al resultado numérico final obtuvo un total de 10 Pts. el cual lo coloca con un nivel de ansiedad por debajo del promedio

El puntaje máximo de la escala es de 114, el promedio es de 57 puntos y el mínimo de 0 puntos. Los puntajes de los alumnos no sobrepasaron el promedio, evidenciando puntajes entre 11 y 45. En la primera evaluación se observaron puntajes variados en los participantes en las categorías de “Trastorno de ansiedad por separación”, “Miedos” y “Trastorno de ansiedad generalizada”, siendo el puntaje menor de 1 y el mayor de 14.

- Mientras que en la categoría de “Ataques de pánico y agorafobia” 9 de los 12 alumnos tuvieron puntajes entre 1 – 7 puntos. 11 de los alumnos obtuvieron puntajes entre 1 – 8 en el área de “fobia social” mientras que en el área de “Trastorno Obsesivo Compulsivo” dos de los alumnos obtuvieron un puntaje de 2 puntos.

Aunque en ninguno de los participantes se evidenció, según el puntaje, un Trastorno de ansiedad específico en sus diferentes categorías, si se observaron conductas presentes correspondientes al “Trastorno de ansiedad por separación”, “Miedos” y “Trastorno de ansiedad generalizada”, con puntajes cerca del total determinado por la escala, por lo que el abordaje se dirigió a disminuir las conductas de ansiedad referentes a estas categorías,

buscando de igual manera prevenir el aumento de conductas de ansiedad evitando la adquisición de un trastorno.

Posterior al tratamiento (ejercicios y técnicas de relajación), se realizó una segunda evaluación en la cual se observó la eliminación, disminución y, sólo en algunos alumnos, el mantenimiento de conductas de ansiedad en las diferentes categorías. Se eliminaron las conductas presentes en el área de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Es por ello que fue de vital importancia mostrar a las docentes dentro del establecimiento un tratamiento alternativo para el manejo y disminución de conductas de ansiedad, las cuales pudieran aplicar con sus alumnos utilizando materiales a su alcance y requiriendo de 15 a 20 minutos semanales o diarios de ser necesario, promoviendo la importancia de la estabilidad mental para mejorar el rendimiento académico y su adaptación a las exigencias de su medio social cotidiano.

Es importante mencionar que los síntomas de ansiedad mencionados con anterioridad no son propias de una discapacidad específica, se dan en un plano general, lo fundamental es diferenciar dichos síntomas de los aspectos propios de un diagnóstico e identificar de igual forma las diferencias en cuanto a las situaciones causantes de la ansiedad en cada caso.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se comprobó que los niveles de ansiedad que presentaron los alumnos de la muestra elegida en la segunda evaluación pertenecen a un nivel “leve” y “medio”.
- Se confirmó la efectividad de la guía para el abordaje de la ansiedad, mediante la visualización de resultados de reevaluación posterior a su implementación.
- Se determinó que la constancia en el tratamiento influyó en la disminución de conductas de ansiedad en los alumnos, pese a que la ausencia de algunos en una o varias sesiones provocó aumento de conductas de ansiedad.
- Se evidenció en la segunda evaluación resultados positivos posteriores al tratamiento aplicado, en comparación a la primera evaluación.

4.2. Recomendaciones

A población-muestra

- Mantener constancia al realizar los ejercicios recomendados en la guía de abordaje de ansiedad para obtener resultados positivos y alcanzar los objetivos de disminuir y eliminar conductas de ansiedad observadas.
- Realizar ejercicios recomendados en la guía de abordaje, intercalando aquellos que requieren de movimientos motores gruesos con aquellos cuyos movimientos refieren habilidades motoras finas, para proporcionar alternativas de relajación a un grupo determinado.

A institución

- Monitorear la prevalencia, disminución o aumento de conductas de ansiedad en los alumnos de forma anual para considerar en brindar un seguimiento que beneficie a la población estudiantil.
- Actualizar la guía de abordaje de la ansiedad proporcionada, buscando nuevas propuestas o prácticas que se adecúen a las necesidades de los alumnos.
- Implementar en las aulas un espacio semanal o mensual en el cual se apliquen los ejercicios inmersos en la guía de ansiedad con el fin de propiciar el beneficio del alumnado y su rendimiento académico y social.

A Escuela de Ciencias Psicológicas -USAC-

- Continuar con la investigación e implementación de nuevas técnicas de abordaje de ansiedad dirigida a las personas con discapacidad.

4.3. REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Editorial Medica Panamericana.

Bernal, A. O. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 93 - 107.

CONADI. (2006). *Política Nacional en Discapacidad*. Guatemala: CONADI.

Díaz, G. (2012). Estratificación y movilidad social en Guatemala. *Revista CEPAL no. 107*, 224.

Espada. (2009).

Espinoza, F. J. (2006). El arte como forma de experiencia vivida, personal y colectiva, la interpretación artística en la formación del terapeuta. . En F. J. Espinoza, *Arteterapia, Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos* (pág. 308). Murcia, España.

González, G. A. (2013). Erik Erikson. En G. A. González, *Teorías de la Personalidad* (pág. 91). México: Red Tercer Milenio.

Guzmán, L. H. (2009). Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24.

José Antonio López-Villalobos, I. S.-M. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema vol. 16*, 402 - 407.

Madrid, C. d. (2010). ¿Qué debemos saber sobre Discapacidad? En C. d. Madrid, *Guía para coseguir una Prevención de Riesgos Laborales Inclusiva en las Organizaciones* (pág. 288). Madrid, España: Fundación Prevent.

- Marina Magaña, P. R. (2014). Trastornos específicos del aprendizaje. *Pediatría Integral sepeap*, 28.
- Martos-Pérez, I. P.-P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. *Revista de Neurología*, 31 - 34.
- Meece, J. (2006). Desarrollo cognoscitivo: las teorías de Piaget y de Vygotsky. En M. P. Oliveira, *Desarrollo de los Adolescentes IV (Antología de lecturas)* (pág. 516). México.
- Oppliger, T. E. (2006). *Arte Terapia como herramienta de intervención en el proceso de desarrollo personal*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Artes, Escuela de Post Grado.
- Pita, A. M. (2005). Trastornos de ansiedad. *AEPap*, 265 - 280.
- Ramos, M. G. (2011). Habilidades sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual. *Revista digital Eduinnova*, 11 - 34.
- SEN, I. (2017). Sistema Estadístico Nacional. *Revista SEN*, 17.
- Silver, L. B. (2004). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Barcelona: Lexus.
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y Atentos como una rana*. Paris: Kairos.
- Tobal, J. J. (1996). *La Ansiedad*. Madrid, España: Aguilar.

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala



Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nombre de la Institución: _____

Nombre del alumno: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del observador: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

1. El alumno posee dificultad al prestar atención en clase

- a) Con mucha frecuencia
- b) Algunas veces
- c) Nunca

2. Cuando se cambia el horario establecido o se pospone una actividad ¿El alumno se molesta/se preocupa?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

3. Al realizarle preguntas directas en clase, no mantienen contacto visual

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

4. Se observa movimientos de piernas o manos constantes

- a) Con frecuencia
- b) Con poca frecuencia
- c) Nunca

5. Evita trabajar en equipo

- a) Frecuentemente
- b) Con poca frecuencia
- c) Nunca

6. Relaciones sociales entre compañeros:

- a) Excelente
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Adecuado
- e) Inadecuado

Especifique: _____

7. Participación del alumno con discapacidad/necesidad educativa especial en el aula:

- a) Excelente
- b) Bueno

- c) Regular
- d) Adecuado
- e) Inadecuado

Especifique: _____

8. En momentos de dificultad o estrés durante tareas en el aula ¿cómo reaccionan el alumno?

- a) Siempre solucionan la situación por sí mismos
- b) Solicitan ayuda de forma tranquila
- c) Reaccionan con actitud nerviosa (sudoración excesiva, tensión) o de frustración (enojo, gritos, llanto)

9. ¿Qué actividades realiza la docente durante momentos de desregulación emocional en el aula?

- a) Ninguna
- b) Reflexiona de forma verbal sobre la conducta observada con los alumnos.
- c) Realiza algún ejercicio de respiración o dinámica de relajación.

10. ¿Qué actividades suelen desarrollar conductas ansiosas en el alumno?

- a) Ninguna
- b) Hablar en público
- c) Resolución de tareas complicadas en diferentes materias
- d) Participación verbal en clase (responder preguntas o exposiciones)

Observaciones Generales:

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE..... FECHA.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre