

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA
DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

**CENTRO DE ESTUDIO DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA ANTE LA ANSIEDAD EN
ADOLESCENTES DE 3° DE SECUNDARIA DE LA U.E. “CALAMA” DE LA
CIUDAD DE EL ALTO**

**TRABAJO EN OPCIÓN AL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA
CLINICA Y DE LA SALUD**

Sandra Zulema Nina Arratia

Tutor: Freddy Andrés Ponce Valdivia

SUCRE, SEPTIEMBRE 2026

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como requisito previo para la obtención del título especialista en psicología clínica y de la salud de la Universidad Mayor Real Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al centro de Estudios de Postgrado e investigación o a la Biblioteca de la Universidad, para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad mayor, Real y pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, los derechos de publicación de este trabajo o parte de él, manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación

Sandra Zulema Nina Arratia

Sucre, septiembre 2026

DEDICATORIA

*Con infinito amor
a mis dos hijitas:
Phaxsi Salinas - Wara Salinas
son mi fortaleza e inspiración.*

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Pontificia San Francisco Xavier, por brindarme la oportunidad de ampliar mi formación profesional.

A Lic. Freddy Andrés Ponce Valdivia a quien admiro mucho, por brindarme amablemente su tiempo, orientación, apoyo y el trato tan amable, y comprensible que me brindo, no solo como tutor si no también como persona y gran terapeuta.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y origen de la investigación.....	2
2. Descripción de la situación problemática.....	3
3. Planteamiento del Problema de Investigación o Pregunta Científica.....	5
4. Justificación de la investigación.....	5
5. Objeto de estudio.....	8
6. Campo de acción.....	8
7. Construcción teórica.....	8
7.1. Preguntas de investigación	8
7.2. Hipótesis.....	8
8. Objetivos de la investigación.....	8
8.1- Objetivo general.....	8
8.2- Objetivos específicos	9
9. Diseño metodológico.....	9
9.1. Enfoque de investigación.....	9
9.2. Tipo de investigación.....	10
9.3. Diseño de investigación	11
9.4. Técnica de investigación.....	11
9.5. Procedimientos de investigación.....	11
9.6. Instrumentos de investigación.....	12
9.7. Población y muestra de la investigación	13
9.8. Variables	13
CAPITULO I.....	14
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	15
1.1. Sintomatología ansiógena en adolescentes	15
1.2. Ansiedad en adolescentes.....	16
1.3. Comorbilidad en adolescentes	16
1.4. Terapias de segunda y tercera generación para la ansiedad.....	17
1.4.1. Terapia Cognitivo Conductual de Beck.....	18

1.4.2. Terapia de aceptación y compromiso.....	20
1.4.3. Perspectiva transdiagnóstica	25
CAPITULO II	29
MARCO CONTEXTUAL.....	30
CAPITULO III	36
DIAGNÓSTICO.....	37
3.1. Descripción de la realidad actual.	37
3.2. Análisis FODA de la Problemática.....	38
3.3. Presentación de los resultados	40
CAPITULO IV.....	49
PROPUESTA	50
4.1. Presentación del proyecto.....	50
4.2. Título de propuesta.....	50
4.3. Justificación	51
4.4. Objetivo y metas del Proyecto.....	51
4.4.1. Objetivo general.....	51
4.4.2. Objetivos específicos	52
4.4.3. Metas.....	52
4.5. Delimitación de participantes, población beneficiaria y rol de los padres de familia	52
4.6. Relevancia e Impacto del Proyecto.....	53
4.7. Organización del proyecto para su ejecución, seguimiento y evaluación.....	53
4.8. Duración y Cronograma de Actividades del Proyecto.....	54
4.9. Posibles fuentes de financiamiento y presupuesto tentativo del proyecto.....	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	58
ANEXOS.....	60

INDICE DE TABLAS

• TABLA A: PRUEBA T ESTUDENT.....	40
• TABLA 1: Frecuencia según rangos en ansiedad estado (AE) PRE – TEST.....	41
• TABLA 2: Frecuencia según rangos en ansiedad rasgo (AR)PRE - TEST	42
• TABLA 3: Frecuencia según rangos en ansiedad estado (AE) POST – TEST.....	43
• TABLA 4: Frecuencia según rangos en ansiedad rasgo (AR) POST – TEST.....	44
• TABLA CRUZADA: Según sexo y rangos en ansiedad estado (A- E) PRE – TEST....	45
• TABLA CRUZADA: Según sexo rangos en ansiedad rasgo (AR) PRE - TEST	46
• TABLA CRUZADA: según sexo rangos en ansiedad estado (AE) POST – TEST.....	47
• TABLA CRUZADA: Según sexo rangos en ansiedad rasgo (AR) POST - TEST	48

INDICE DE FIGURAS

• Figura 1: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD ESTADO (PRE – TEST).....	41
• Figura 2: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD RASGO (PRE – TEST).....	42
• Figura 3: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD ESTADO (POST – TEST).....	43
• Figura 4: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD RASGO (POST – TEST).....	44

INDICE DE ANEXOS

• ANEXO N°1: Carta de solicitud para trabajo de campo.....	1
• ANEXO N°2: Consentimiento informado para padres y adolescentes.....	2
• ANEXO N°3: Nota de informe del trabajo realizado a Dirección de la U.E. Calama...	3
• ANEXO N° 4: Resultados obtenidos en A/E y A/R- en el (pretest).....	4
• ANEXO N°5: Resultados obtenidos en A/E y A/R- en el (postest).....	5
• ANEXO N°6: Evaluación en cuestionario de percepción del programa.....	6
• ANEXO N°7: Instrumento de evaluación del programa Diario de Campo.....	7
• ANEXO N°8: Instrumento de investigación prueba STAI	8
• ANEXO N°9: Fotografías del proceso interventivo del programa	9
• ANEXO N°10: Programa de intervención primaria para casos de ansiedad.....	9

RESUMEN

El presente estudio analizó los niveles de ansiedad en adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto. Ante la necesidad de fortalecer acciones preventivas en el contexto educativo, se implementó un programa de prevención primaria ante la ansiedad, sustentado en estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el enfoque transdiagnóstico y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollado en 12 sesiones grupales.

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo y de tipo aplicado, mediante un diseño preexperimental de un solo grupo con pretest, intervención y posttest. Se trabajó con una muestra censal de 27 estudiantes, correspondiente a la totalidad de la población accesible del curso seleccionado. La recolección de datos se realizó mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), aplicado antes y después de la intervención. Para la comparación de ambas mediciones se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Los resultados evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa en la ansiedad-estado entre el pretest y el posttest ($p < 0,001$). En cambio, la ansiedad-rasgo no presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,327$). En la ansiedad-estado, el 77,8 % de los participantes se encontraba inicialmente en los niveles sobrepromedio y alto; posteriormente, el 77,8 % se ubicó en el nivel bajo y el 22,2 % en tendencia al promedio.

Los resultados resaltan la importancia de fortalecer la prevención primaria de la salud mental en el contexto educativo, mediante acciones orientadas al desarrollo de recursos emocionales y estrategias de afrontamiento, complementadas con valoración y seguimiento psicológico cuando sea necesario.

Palabras clave: ansiedad, adolescentes, prevención primaria, salud mental escolar.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo emocional saludable del ser humano constituye una tarea de gran interés para la ciencia psicológica. En la actualidad, los acelerados y profundos cambios sociales, tecnológicos y culturales inciden de manera significativa en la vida de los adolescentes, quienes atraviesan una etapa evolutiva especialmente vulnerable. La adolescencia es considerada un periodo crítico para la consolidación de la salud mental, ya que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales se inician antes de los 14 años (World Health, 2023, pág. 2) Asimismo, informes internacionales advierten que los entornos digitales, las presiones sociales y los cambios familiares influyen de manera directa en el bienestar psicológico juvenil (UNICEF N. Y., 2022).

Durante este periodo, la ausencia de recursos afectivos y emocionales adecuados puede afectar el autoconcepto y la autoestima, elementos fundamentales que se encuentran en pleno proceso de formación. La evidencia científica señala que el desarrollo de la autoestima durante la adolescencia constituye un factor protector clave frente a la ansiedad y la depresión. (World Health O. , 2023, pág. 10) En este sentido, fortalecer competencias socioemocionales se convierte en una estrategia preventiva esencial dentro del ámbito educativo.

Ante esta realidad, resulta prioritario enfocar los esfuerzos preventivos en los estudiantes de tercer grado de secundaria, etapa en la que suelen manifestarse con mayor frecuencia signos y síntomas emocionales y conductuales asociados a la ansiedad. Según la (World Health O. , 2023) los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes en la población adolescente a nivel mundial, generando un impacto significativo en el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la calidad de vida.

La preocupación que motiva el presente estudio surge de la observación de diversos indicadores emocionales y conductuales propios de la ansiedad en adolescentes, tales como conductas autolesivas, irritabilidad, pensamientos catastróficos, preocupación

excesiva por el futuro, miedos recurrentes, cambios de comportamiento, evitación de actividades e interacciones sociales y bajo rendimiento académico.

De acuerdo con la (World Health O. , 2023), los trastornos de ansiedad constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Esta situación evidencia la necesidad de implementar estrategias preventivas y programas de intervención temprana que promuevan la salud mental desde las instituciones educativas, especialmente durante la adolescencia. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud (2022) destaca que las intervenciones escolares de promoción y prevención primaria resultan efectivas para fortalecer el bienestar emocional y reducir factores de riesgo en jóvenes y adolescentes.

1. ANTECEDENTES

En los últimos tiempos es evidente que los casos de ansiedad vienen siendo parte de más adolescentes quienes aparentemente se sienten desamparados por mitos de sus padres “ ya son grandes”, “saben lo que hacen” “ ya no nos necesitan” y se percibe desatención afectivo emocional con falta de contención frente a las adversidades de la vida, sumado a que Unidades Educativas Fiscales no cuentan con psicólogos, siendo el interés mayor el área académica y cognitiva, no atendiendo la regulación emocional, resolución de problemas, valores, metas personales y otros aspectos propios del desarrollo en los adolescentes.

Algunos signos y síntomas ansioso depresivos en estudiantes adolescentes de la U.E Calama de la ciudad de El Alto, se puede evidenciar ira, vacío, desesperanza, animo irritable o molesto, pérdida de placer o interés, autoestima baja, tristeza, excesiva necesidad de aprobación, sensación de que la vida y futuro son desalentadores, ideas de muerte o suicidio, preocupación extrema hacia el futuro, conductas auto lesivas y aislamiento social.

Los factores que condicionan la aparición del trastorno ansioso en los adolescentes según Echeburúa y Corral (2006). puede estar relacionado al estilo educativo de sus

padres, el propio temperamento y vulnerabilidad del adolescente, junto a los factores sociales y culturales.

Datos de sondeo de U-Report de UNICEF Bolivia del 20 de enero 2022 sobre la salud mental en adolescentes y jóvenes de la ciudad de La Paz, confirmo que ocho de cada 10 adolescentes, varones y mujeres, expresan signos de sentir angustia, ansiedad y depresión, pero no buscan apoyo psicológico, y no tienen a quien recurrir o dónde acudir en caso de tener problemas vinculados con ansiedad, u otras afecciones psicoemocionales.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad, son múltiples las causas que pueden dar origen a un trastorno ansioso. En la Unidad Educativa Calama de la ciudad de El Alto, se observa una población adolescente cuyos padres o tutores se encuentran absortos en sus actividades laborales y económicas, mientras que los docentes centran su atención principalmente en el rendimiento académico. Tanto padres como maestros tienden a interpretar los signos ansioso-depresivos (como la apatía, la timidez, el desinterés o la falta de energía) como manifestaciones de pereza, conformismo o debilidad. Con frecuencia, estos comportamientos se desestiman bajo etiquetas como “generaciones de cristal”, restando importancia a la salud mental de los adolescentes.

Los padres, en su mayoría, desconocen los síntomas y signos asociados a la ansiedad, y consideran que los adolescentes no tienen razones válidas para sentir angustia, preocupación o tristeza. Dichas emociones son frecuentemente estigmatizadas y atribuidas al proceso natural de la adolescencia, mediante expresiones como “están en la edad del burro” o “no tienen por qué preocuparse, si no hacen nada”. Este tipo de respuestas se acompañan de discursos rígidos como “con mano dura antes nos educaban, eso falta en estas generaciones”, o frente a las conductas autolesivas: “se cortan por moda o imitación”. Estas expresiones, lejos de brindar apoyo o seguridad emocional, refuerzan la represión afectiva y el silencio frente al sufrimiento psicológico.

Los signos de un trastorno ansioso suelen manifestarse en una baja participación en actividades intra y extracurriculares, dificultades en la socialización con los pares y relaciones conflictivas entre padres e hijos. En la Unidad Educativa Calama, estas problemáticas se evidencian con mayor frecuencia en los estudiantes de tercero de secundaria, donde los conflictos y tensiones interpersonales son más visibles.

La presente investigación parte del supuesto de que, desde la prevención primaria, es posible ofrecer herramientas que permitan identificar y gestionar los signos de ansiedad, favoreciendo el desarrollo de relaciones interpersonales saludables, la cohesión grupal y el adecuado manejo de las emociones. En este sentido, se propone fortalecer las relaciones interpersonales positivas mediante una intervención orientada al tratamiento de los síntomas ansiosos, con el objetivo de contribuir al bienestar y la salud mental de los adolescentes.

Ignorar los primeros signos de ansiedad en el ámbito educativo (espacio esencial de formación integral) genera un vacío peligroso, al dejar sin atención factores de riesgo como la rumiación, los sesgos emocionales y atencionales, la desregulación emocional, la ineficacia en la resolución de problemas y la falta de claridad en los valores y metas personales. Esta situación se hace particularmente evidente en los estudiantes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa Calama, donde la atención institucional se limita al aspecto académico, delegando la responsabilidad formativa únicamente a las familias. Ambas instancias (escuela y hogar) terminan traspasándose responsabilidades, lo que ocasiona un vacío formativo en la construcción integral del sujeto biopsicosocial.

En consecuencia, se asume que, si los signos ansiosos no son detectados ni abordados oportunamente, se produce un deterioro progresivo en las relaciones personales e interpersonales del adolescente, quien empieza a percibir su entorno como una amenaza y experimenta un creciente sentimiento de insatisfacción, incomprensión y aislamiento.

Considerando este contexto, la Unidad Educativa Calama (que acoge a estudiantes provenientes de diversos entornos familiares, culturales y lingüísticos) enfrenta el desafío de desarrollar estrategias efectivas de atención y acompañamiento emocional. La ausencia de dichas estrategias puede derivar en un deterioro afectivo-emocional significativo, afectando el bienestar psicológico y el desarrollo integral del adolescente.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué cambios se presentan en los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto, después de la aplicación de un programa de intervención primaria?

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024, pág. 5) en el censo realizado el 23 de marzo de 2024, “en el país somos 11.312.620 habitantes”, de los cuales la ciudad de El Alto cuenta con una población de 885.035 habitantes. Esta urbe se constituye como la más poblada del departamento de La Paz, donde aproximadamente el 60,3 % de sus habitantes son menores de 30 años, reflejando una población predominantemente joven.

La implementación del programa de intervención primaria se desarrolló en la Red 302 del subdistrito tres, zona Pacajes Caluyo, ubicada al sur de la ciudad de El Alto, específicamente en la Unidad Educativa “Calama”, institución fiscal que funciona en dos turnos: nivel primario en el turno de la mañana y nivel secundario en el turno de la tarde. El grupo de intervención estuvo conformado por estudiantes del tercer curso de secundaria, compuesto por 27 adolescentes entre varones y mujeres.

El interés por implementar un programa de atención primaria ante la ansiedad surge ante la demanda de los propios adolescentes, quienes manifiestan la necesidad de recibir orientación psicológica. Sin embargo, factores económicos y la dependencia financiera de los padres dificultan el acceso a estos servicios. A ello se suma el escaso reconocimiento y valoración de la salud mental dentro de las familias, donde aún

persisten creencias estigmatizadoras tales como: “no están locos para ir al psicólogo”, “a nosotros nunca nos hizo falta”, “ya se les pasará” o “están en la edad del burro”. Estas ideas limitan el apoyo familiar y perpetúan la negación de la ayuda profesional. En contraposición, son los docentes quienes con mayor frecuencia solicitan atención psicológica, al observar conductas autolesivas (cutting) y onicofagia en los estudiantes.

El análisis social realizado en la institución educativa evidencia un vacío entre la autoeficacia, la cohesión social y las habilidades interpersonales, frente a la desregulación emocional, la rumiación, los sesgos emocionales, así como la falta de claridad en valores y metas personales, todos ellos factores que contribuyen a la aparición de signos de ansiedad en los adolescentes.

Entre los trastornos más frecuentes en la adolescencia, la ansiedad ocupa un lugar destacado, caracterizándose por una preocupación excesiva y persistente, acompañada de síntomas somáticos como impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y alteraciones del sueño. Estos síntomas suelen relacionarse con preocupaciones sobre el rendimiento académico, el perfeccionismo, la salud propia o de seres queridos y las relaciones sociales (Psiquiátrica, 2022).

El sistema escolar, como uno de los entornos más significativos en la vida del adolescente, constituye el espacio idóneo para la intervención primaria, mediante programas orientados al fortalecimiento de la salud mental y la prevención de conductas de riesgo. Por ello, el presente programa de intervención se diseña para atender y prevenir los síntomas ansiosos en estudiantes de tercero de secundaria, con el propósito de reducir conductas de alto riesgo y prevenir el desarrollo de trastornos de personalidad.

El DSM-5 continúa clasificando los trastornos mentales de manera categórica; sin embargo, reconoce que las dolencias psicológicas no siempre encajan dentro de límites estrictos. Algunos dominios, como la ansiedad, atraviesan múltiples categorías diagnósticas, lo que sugiere una vulnerabilidad común compartida por varios trastornos. Así, un adolescente puede experimentar simultáneamente ansiedad y depresión, manifestando síntomas como nerviosismo, tensión, inquietud, dificultad

para concentrarse, miedo a perder el control o temor a que ocurra algo terrible (Psiquiátrica, 2022).

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud (2023) reveló que aproximadamente el 35 % de los estudiantes de secundaria reportaron síntomas de ansiedad o depresión (UNICEF, 2023). Entre los factores que contribuyen a los problemas de salud mental se encuentran la presión académica y la competitividad, que ejercen una influencia significativa en los adolescentes, quienes enfrentan exigencias cada vez mayores. Asimismo, el acoso escolar, los problemas sociales, el uso excesivo de redes sociales y la exposición constante a comparaciones influyen negativamente en el bienestar psicológico.

De acuerdo con un informe de UNICEF (2023), los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los estudiantes bolivianos aún persisten: el 25 % de los niños y adolescentes continúa presentando dificultades emocionales derivadas del impacto que tuvo la pandemia sobre su proceso educativo. La disminución de la interacción social presencial, el aislamiento, la adicción a los juegos en línea, la búsqueda de validación en redes sociales, junto con problemas familiares, económicos o de abuso, han contribuido al incremento de casos de ansiedad y depresión.

Por su parte, el INE (2024) reportó que las consultas por salud mental en población estudiantil aumentaron un 20 % en comparación con los datos prepandemia. La pandemia del COVID-19 impactó todas las dimensiones de la vida de los adolescentes, generando angustia, depresión, ansiedad e incertidumbre frente al futuro y al desempeño académico.

A pesar de la magnitud del problema, la salud mental de los adolescentes aún no ocupa un lugar prioritario en la agenda de las políticas públicas. No se evidencian estrategias sistemáticas que permitan contrarrestar los efectos psicológicos de la pandemia ni reducir el impacto del cierre prolongado de escuelas, lo que derivó en pérdida de aprendizajes y aumento del abandono escolar (Alanes, 2022)

Estos problemas de salud mental afectan directamente el rendimiento académico, reflejándose en dificultades de concentración, bajo desempeño, desinterés escolar,

ausentismo y aislamiento social, además de conflictos interpersonales que deterioran la convivencia. Si no son abordados de manera oportuna, estos síntomas pueden afectar el desarrollo integral y futuro profesional de los estudiantes.

Frente a esta realidad, la propuesta de prevención primaria busca responder al vacío existente en el ámbito educativo, a través del diseño de un programa de intervención psicológica orientado a la detección temprana y el abordaje de los primeros signos de ansiedad en adolescentes de tercero de secundaria, promoviendo así su bienestar emocional y desarrollo integral.

5. OBJETO DE ESTUDIO

- Signos de ansiedad en adolescentes estudiantes de 3ro de secundaria.

6. CAMPO DE ACCIÓN

- Unidad Educativa Calama de la ciudad de El Alto – La Paz

7. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA

7.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de implementar un programa para abordar la ansiedad como prevención primaria en estudiantes de 3ro secundaria de una U.E. Calama ciudad de El Alto?

¿En qué medida un programa de prevención primaria contribuye a reducir los niveles de ansiedad en adolescentes de 3.º de secundaria de la U.E. Calama de la ciudad de El Alto?

7.2. HIPÓTESIS

La implementación de un programa de prevención primaria ante la ansiedad en adolescentes de 3º de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto reducirá significativamente los signos y síntomas de ansiedad en esta población.

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de intervención primaria orientado a la prevención y manejo de la ansiedad en adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto, mediante la aplicación de 12 sesiones y la comparación de los niveles de ansiedad obtenidos en las mediciones pretest y postest.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama”, mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) antes de la intervención.
- Implementar el programa de intervención primaria ante la ansiedad mediante 12 sesiones estructuradas y dirigidas a los adolescentes de tercero de secundaria.
- Evaluar los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los participantes después de la aplicación del programa, mediante la aplicación del STAI como postest.
- Comparar los resultados obtenidos en las mediciones pretest y postest para identificar las diferencias observadas en los niveles de ansiedad de los participantes.
- Analizar estadísticamente las diferencias entre las mediciones pretest y postest de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, considerando los resultados obtenidos en el grupo de intervención.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que se realizó la medición objetiva de los niveles de ansiedad de los adolescentes mediante el

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los datos obtenidos fueron expresados de manera cuantitativa y sometidos a procedimientos de análisis estadístico, permitiendo comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa de intervención primaria.

El enfoque cuantitativo permitió establecer una medición inicial de los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo mediante el pretest y, posteriormente, comparar dichos resultados con la medición obtenida mediante el posttest, aplicado al mismo grupo de participantes después de la intervención.

9.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo aplicado, debido a que utiliza conocimientos teóricos y estrategias provenientes del campo de la psicología para atender una problemática concreta identificada en un contexto educativo determinado. En este sentido, la investigación aplicada se orienta a la utilización de conocimientos científicos para abordar problemas específicos y contribuir a la solución de necesidades concretas dentro de un contexto determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El carácter aplicado se evidencia en la implementación de un programa de intervención primaria dirigido a adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama”, estructurado en 12 sesiones y orientado al fortalecimiento de recursos psicológicos relacionados con el reconocimiento, comprensión y manejo de experiencias asociadas a la ansiedad.

Si bien la investigación incorpora una dimensión descriptiva durante la fase diagnóstica, al identificar y caracterizar los niveles de ansiedad de los participantes mediante el STAI, la descripción no constituye la clasificación principal del estudio. La investigación trasciende esta fase al incorporar la aplicación de un programa y la comparación de las mediciones obtenidas antes y después de la intervención.

Por tanto, la clasificación como investigación aplicada resulta coherente con el propósito de utilizar conocimientos psicológicos para abordar una necesidad concreta de los adolescentes dentro del contexto educativo.

9.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un diseño preexperimental de un solo grupo con pretest y posttest, debido a que se trabajó con un único grupo conformado por 27 adolescentes, a quienes se les realizó una medición inicial (pretest), posteriormente se aplicó el programa de intervención primaria de 12 sesiones y, finalmente, se efectuó una segunda medición (posttest) mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

El esquema simbólico del diseño es el siguiente:

G — O₁ — X — O₂

Donde:

- G: Grupo único de intervención conformado por 27 estudiantes de tercero de secundaria.
- O₁: Aplicación del cuestionario STAI previa a la intervención (pretest).
- X: Aplicación del programa de prevención primaria (12 sesiones).
- O₂: Aplicación del cuestionario STAI posterior a la intervención (posttest).

Fundamentación de la elección del diseño preexperimental sobre un diseño cuasiexperimental: Se optó por un diseño preexperimental debido a las condiciones reales e institucionales de acceso y organización en las que se desarrolló la investigación. Específicamente, el estudio se llevó a cabo en un entorno educativo formal donde los cursos se encuentran previamente constituidos por la administración escolar.

Las principales razones que determinaron la inviabilidad de conformar un diseño cuasiexperimental (que exige un grupo de comparación equivalente) fueron:

1. Disponibilidad del curso y organización escolar: La dirección y el consejo docente otorgaron el acceso institucional exclusivamente para trabajar con una sección específica de tercero de secundaria, imposibilitando la intervención o evaluación de otros paralelos sin interrumpir el calendario lectivo.
2. Imposibilidad de asignación aleatoria: Los participantes no pudieron ser asignados al azar a diferentes condiciones experimentales, ya que formaban parte de un grupo aula natural y cerrado.
3. Criterios éticos y de conveniencia institucional: Disponer de un grupo paralelo en el mismo colegio como "grupo de control sin intervención" resultaba poco ético e impracticable en el entorno escolar, debido al riesgo de contaminación entre iguales y a la objeción institucional de evaluar a un grupo de adolescentes con malestar emocional sin brindarles el beneficio del programa.

Asimismo, se aclara que el término longitudinal se adopta en este trabajo únicamente como una dimensión temporal del estudio —debido al seguimiento y evaluación de la variable en dos momentos en el tiempo (T1 y T2)—, pero no actúa como sustituto del diseño metodológico, el cual es rigurosamente preexperimental.

9.4.TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN

Se empleó la técnica de aplicación de pruebas psicométricas, mediante la administración del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), aplicado en dos momentos: pretest, antes de la implementación del programa, y posttest, posterior a su aplicación.

Esta técnica permitió obtener información cuantitativa sobre los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los participantes y comparar los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

9.5.PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrolla el siguiente procedimiento:

➤ **Exploración del tema**

Se realizó una revisión y profundización teórica sobre la ansiedad en adolescentes y las estrategias de intervención en el ámbito educativo, considerando el aula como espacio cotidiano de desarrollo e interacción.

➤ **Acercamiento a la Unidad Educativa.**

Se gestionó una entrevista con la Dirección de la Unidad Educativa “Calama”, con el propósito de presentar los objetivos de la investigación y obtener la autorización correspondiente para la implementación del programa.

➤ **Selección del instrumento.**

Se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Charles D. Spielberger, Ralph L. Gorsuch y Robert E. Lushene, diseñado para medir la ansiedad en dos dimensiones: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, mediante escalas de autoevaluación validadas.

➤ **Recolección de datos (Pretest).**

Se aplicó el instrumento STAI en un primer momento (T1) antes de la implementación del programa, con el fin de establecer la línea base de los niveles de ansiedad en la muestra.

➤ **Aplicación del programa.**

Se implementó el programa de prevención primaria ante la ansiedad en un total de 12 sesiones, con una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora y treinta minutos por sesión.

➤ **Recolección de datos (Postest).**

Se administró nuevamente el cuestionario STAI en un segundo momento (T2), posterior a la intervención, con el objetivo de identificar posibles cambios en los niveles de ansiedad.

➤ **Análisis de resultados.**

Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos en el pretest (O1) y postest (O2) en la misma muestra, con el propósito de identificar las diferencias observadas entre las mediciones pretest y postest

➤ **Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.**

Los resultados evidenciaron una disminución en los niveles de ansiedad-estado entre las mediciones pretest y posttest; sin embargo, no se observaron cambios significativos en la ansiedad-rasgo. Entre las limitaciones se identificaron restricciones de tiempo en los estudiantes debido a la carga académica. En función de ello, se formularon recomendaciones orientadas a optimizar la implementación del programa en contextos educativos.

9.6. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI).

Este instrumento está diseñado para evaluar dos dimensiones independientes de la ansiedad: la ansiedad-estado, entendida como una condición emocional transitoria que refleja cómo se siente la persona “en este momento”, y la ansiedad-rasgo, que se refiere a una predisposición relativamente estable a experimentar ansiedad “en general”.

El inventario consta de un total de 40 ítems, distribuidos en dos subescalas de 20 ítems cada una, correspondientes a las dimensiones de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. (Spielberger CD, 1986).

9.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Con el propósito de evitar la confusión conceptual entre los términos población, muestra y grupo de intervención, se define la estructura metodológica de los participantes de la siguiente manera:

1. *Población de referencia:* Todos los adolescentes estudiantes del nivel secundario de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto.
2. *Población accesible:* La totalidad de los estudiantes inscritos en el curso seleccionado de tercero de secundaria de la misma unidad educativa (27 estudiantes).
3. *Muestra y Grupo de Intervención:* Dado que participaron el 100% de los estudiantes que conformaban el curso de tercero de secundaria (27 adolescentes), cumpliendo en su totalidad con los criterios de inclusión e

informado de consentimiento, se trabajó con una muestra censal de la población accesible.

Al intervenir a la totalidad de los miembros de la población accesible dispuesta por la institución, no fue necesario aplicar fórmulas de cálculo muestral ni técnicas de muestreo probabilístico o por conveniencia, constituyéndose los 27 estudiantes simultáneamente como la muestra censal y el grupo único de intervención.

9.8. VARIABLES

Las variables que la investigación estudia son:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE (VI):** programa de prevención primaria ansiedad.

Definición conceptual

Programa preventivo dirigido a adolescentes de tercero de secundaria, orientado al desarrollo de conocimientos y habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para reconocer, afrontar y regular experiencias relacionadas con la ansiedad, mediante estrategias de orientación y prevención psicológica.

- **VARIABLE DEPENDIENTE (VD):** ansiedad

Definición conceptual

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un posible daño o amenaza futura, acompañada de una sensación de disforia (malestar emocional) y/o de síntomas somáticos de tensión. Constituye una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para afrontar la situación amenazante.

La ansiedad es, por tanto, una respuesta emocional normal ante determinadas circunstancias; sin embargo, cuando supera un umbral de intensidad o rebasa la capacidad adaptativa del individuo, se convierte en patológica, generando malestar

significativo y manifestándose a través de síntomas físicos, psicológicos y conductuales (Ministerio de Sanidad, 2008, p. 30).

CAPÍTULO

I

I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. Sintomatología ansiógena en adolescentes

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo humano caracterizada por rápidos y significativos cambios físicos, fisiológicos y psicológicos. Durante este periodo, los adolescentes deben afrontar múltiples demandas provenientes de los contextos académico, social y familiar, las cuales pueden generar elevados niveles de estrés. Diversas investigaciones han evidenciado una estrecha relación entre el estrés y el desajuste emocional, manifestado en trastornos como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima o las dificultades en las relaciones interpersonales (García-Madruga y Deval, 2019).

En esta fase del desarrollo pueden surgir manifestaciones vinculadas con trastornos de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental. Por ello, resulta fundamental proporcionar a esta población recursos psicológicos y emocionales que fortalezcan el equilibrio entre las demandas del entorno y las capacidades personales, favoreciendo así una adecuada gestión del estrés (García-Madruga y Deval, 2019).

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Adolescencia* (2018), los estudios sobre la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la ansiedad en adolescentes son aún limitados y presentan resultados variables. Esta variabilidad se explica por la dificultad diagnóstica propia de esta etapa, la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, así como por las diferencias metodológicas entre los estudios, en cuanto a criterios diagnósticos, tamaño muestral e instrumentos utilizados.

No obstante, se estima que la prevalencia global de los trastornos psicológicos durante la infancia y la adolescencia oscila entre el 14% y el 20% (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). En un estudio realizado con jóvenes de entre 14 y 24 años, estos autores encontraron que el 16,8% presentaba síntomas depresivos y el 14,4% síntomas ansiosos (Wittchen y cols., 1998).

1.2. Ansiedad en adolescentes

Los trastornos de ansiedad constituyen los diagnósticos más frecuentes durante la infancia y la adolescencia. El síntoma central de estos trastornos es la evitación persistente de las situaciones o estímulos temidos. No obstante, también pueden presentarse manifestaciones más sutiles, como la indecisión, la inseguridad, la incertidumbre o la presencia de conductas ritualizadas. (Vallejo, 2000, pág. 19)

En el rango de edad comprendido entre los 12 y los 18 años, las situaciones que suelen generar mayor temor o ansiedad se relacionan con el rechazo por parte de los pares, la preocupación por la imagen corporal y la pérdida de autoestima, así como con la inseguridad respecto a cómo comportarse, qué decir, cómo expresarse o el temor a hacer el ridículo (Vallejo, 2000, pág. 33)

Los trastornos de ansiedad suelen tener su inicio en la infancia o al comienzo de la adolescencia y tienden a mantenerse a lo largo del tiempo. Esta estabilidad incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo durante la adolescencia, además de elevar el riesgo de consumo problemático de sustancias y de conductas suicidas en la edad adulta (Vallejo, 2000, pág. 36)

1.3. Comorbilidad en adolescentes

La evidencia científica señala que la comorbilidad entre trastornos psicológicos durante la adolescencia constituye un fenómeno ampliamente prevalente. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (GPC, 2024, pág. 56)

la coexistencia de múltiples trastornos es más común que su ausencia, lo que pone de manifiesto la complejidad del diagnóstico y tratamiento en esta etapa del desarrollo. Esta alta frecuencia de comorbilidad puede atribuirse a la presencia de factores de riesgo compartidos (de naturaleza genética, ambiental o psicosocial), así como al efecto de un trastorno inicial que incrementa la vulnerabilidad hacia la aparición de otros.

Entre los cuadros clínicos asociados con mayor frecuencia se destacan el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta y el abuso de

sustancias. En la mayoría de los casos, el trastorno depresivo mayor surge de manera consecutiva a la presencia de un trastorno previo, lo cual se asocia con un pronóstico menos favorable, una sintomatología más prolongada o crónica, y un mayor riesgo de mortalidad. Además, esta condición implica un incremento considerable en el coste social y sanitario (GPC, 2024, pág. 67)

A partir de estos hallazgos, se consolida la relevancia del enfoque transdiagnóstico como una alternativa prometedora para el abordaje terapéutico. Esta perspectiva se centra en la identificación y modificación de los procesos psicológicos subyacentes comunes a diversos trastornos emocionales, como los de ansiedad y del estado de ánimo. Uno de sus componentes fundamentales es la regulación emocional, entendida como un proceso clave para la comprensión, prevención y tratamiento de la psicopatología (GPC, 2024, pág. 68)

El modelo transdiagnóstico ofrece una visión integradora que permite abordar las interacciones entre distintos cuadros clínicos y sus factores mantenedores, superando las limitaciones de los tratamientos tradicionales enfocados en diagnósticos aislados. En este sentido, su aplicación contribuye no solo a mejorar la eficacia terapéutica, sino también a reducir las consecuencias derivadas de la comorbilidad, favoreciendo una atención psicológica más completa y basada en la evidencia. (Sandin, 2012, pág. 35)

1.4. Terapias de segunda y tercera generación para la ansiedad

En la Guía (GPC, 2024, pág. 55) se indica que adolescentes entre 12 a 18 años con ansiedad leve, con una duración mayor de 2 semanas en observación de los síntomas y sin comorbilidad significativa, se recomiendan las siguientes terapias psicológicas por un período aproximado de 2 a 3 meses:

1.4.1. Terapia Cognitivo – Conductual de Beck (TCC)

La teoría sostiene que existe una relación directa entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Los pensamientos determinan la forma en que una persona interpreta las situaciones, influenciando sus emociones y comportamientos. Cuando

las emociones negativas son intensas, pueden distorsionar la percepción de la realidad y generar respuestas desadaptativas. (Ruiz, 2012, pág. 12)

Las distorsiones cognitivas surgen cuando se interpretan los hechos de manera errónea o parcial, lo que refuerza creencias negativas aprendidas por experiencias previas. La terapia busca que el paciente identifique y cuestione esos pensamientos automáticos, aprenda a sustituirlos por interpretaciones más realistas y desarrolle conductas adaptativas.

El objetivo principal es modificar el modo de pensar para reducir las emociones negativas y favorecer la resolución efectiva de los problemas. La Terapia Cognitiva suele integrarse dentro de un enfoque más amplio denominado Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que incluye técnicas de autoestima, control de ansiedad, asertividad y habilidades sociales.

➤ Psicología Cognitiva y Psicoterapia Cognitiva

La psicología cognitiva estudia los procesos mentales implicados en la adquisición de conocimiento, como la memoria, la atención y el procesamiento de la información. La psicoterapia cognitiva, por su parte, aplica estos principios al tratamiento de los trastornos psicológicos. Entre sus principales representantes destacan Aaron Beck y Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Beck se centró en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, mientras que Ellis enfocó su modelo en las creencias irracionales. Ambos comparten la idea de que modificar los pensamientos distorsionados mejora el bienestar emocional. (Ruiz, 2012, pág. 65)

➤ **Conceptos Clave del Modelo Cognitivo de Beck** (Ruiz, 2012)

Esquemas cognitivos: estructuras mentales que organizan la información y guían la interpretación de la realidad. Se forman a partir de experiencias previas y pueden activarse ante eventos significativos, influyendo en la percepción.

Creencias: contenidos de los esquemas que actúan como “mapas internos” del mundo.

- **Centrales o nucleares:** creencias profundas y rígidas sobre uno mismo, los demás y el mundo.
- **Periféricas:** actitudes y suposiciones más superficiales que influyen en la interpretación de las situaciones.

Productos cognitivos: pensamientos e imágenes que surgen de la interacción entre esquemas, creencias y situaciones concretas.

➤ Modelo Explicativo de la Depresión

Beck propone que la depresión se origina en distorsiones cognitivas que generan pensamientos automáticos negativos y emociones disfuncionales. Estas distorsiones derivan de creencias aprendidas en el pasado que condicionan la percepción del presente y del futuro.

La tríada cognitiva característica del pensamiento depresivo incluye: (Ruiz, 2012)

- **Visión negativa de sí mismo:** sentimientos de inutilidad o inferioridad.
- **Visión negativa del mundo:** percepción de fracaso y derrota.
- **Visión negativa del futuro:** expectativas pesimistas y desesperanza.

➤ Distorsiones Cognitivas más Comunes

- **Abstracción selectiva:** centrarse en un aspecto negativo ignorando los positivos.
- **Pensamiento dicotómico:** ver las cosas en términos extremos (todo o nada).
- **Inferencia arbitraria:** sacar conclusiones sin evidencia suficiente.
- **Sobregeneralización:** aplicar una experiencia negativa a todas las situaciones.
- **Magnificación y minimización:** exagerar lo negativo y restar valor a lo positivo.
- **Personalización:** atribuirse responsabilidades ajenas.
- **Visión catastrófica:** anticipar los peores resultados posibles.
- **“Deberías”:** mantener reglas rígidas sobre cómo deben ocurrir las cosas.
- **Etiquetas globales:** juzgarse a sí mismo o a otros con términos absolutos.

- **Culpabilidad:** asumir toda la responsabilidad por los hechos negativos.

➤ Pensamientos Automáticos

Son mensajes internos que surgen espontáneamente ante una situación específica. Suelen ser negativos, irracionales y difíciles de controlar, pero el paciente los percibe como verdades absolutas. La terapia enseña a identificarlos y reemplazarlos por pensamientos más realistas.

La Terapia Cognitiva sostiene que el sufrimiento emocional proviene de la interpretación de los hechos, no de los hechos en sí. Beck y Ellis demostraron que al reestructurar los pensamientos distorsionados, las personas pueden modificar sus emociones y comportamientos, logrando una visión más adaptativa de sí mismas y del mundo.

Este enfoque, base de la Terapia Cognitivo-Conductual, busca entrenar al individuo en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, promoviendo su bienestar psicológico (Ruiz, 2012, pág. 67).

1.4.2. Terapia de Aceptación y Compromiso Hayes (TAND)

La terapia de Aceptación y compromiso (ACT) es un enfoque que ayuda a transformar la relación con pensamientos y emociones difíciles.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha ganado reconocimiento en el ámbito de la salud mental como un enfoque que promueve la flexibilidad psicológica. En lugar de evitar o controlar pensamientos y emociones difíciles, esta terapia enseña a aceptarlos y a tomar acciones alineadas con los valores personales. (Jarpa, 2025, pág. 3)

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, pronunciado como una sola palabra) es una de las terapias que integran el grupo cada vez mayor de las nuevas terapias de conducta de tercera generación (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999). ACT busca el equilibrio entre:

- (a) la atención y los procesos de aceptación con
- (b) el compromiso y los procesos de cambio de comportamiento al servicio de una mayor flexibilidad psicológica y la participación en las actividades que importan.

A continuación, exploramos en qué consiste la terapia ACT, cuáles son sus fundamentos y cómo se aplica en la práctica clínica.

¿Qué es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)?

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se define como un enfoque terapéutico que se centra en la promoción de la flexibilidad psicológica. Este modelo intervencionista propone que, en lugar de luchar contra pensamientos y emociones difíciles, se debe aprender a aceptarlos y aprender el arte de tomar perspectiva, descubrir nuestros valores más profundos y construir hábitos basados en lo que de verdad queremos. (Hayes, 2020, pág. 15).

El enfoque ACT se fundamenta en una filosofía contextual-funcional y en la Teoría del Marco Relacional (RFT), lo que permite explicar cómo el lenguaje y la cognición influyen en la forma en que los individuos se relacionan con su mundo interno. La idea central es que el sufrimiento humano es inevitable, pero su impacto puede ser mitigado mediante la transformación de la relación que se establece con las experiencias internas. De este modo, ACT se posiciona como una herramienta valiosa para la intervención en salud mental, ofreciendo un marco práctico que complementa la labor de los profesionales y que ha demostrado ser eficaz en diversas áreas, desde trastornos de ansiedad y depresión hasta intervenciones con adolescentes.

➤ Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos de la terapia ACT se sustentan en el concepto de “flexibilidad psicológica”, definido como la capacidad de contactar con el momento presente de forma plena y cambiar o persistir en comportamientos en función de lo que la situación exige, y en concordancia con los valores personales. Este enfoque se aleja de la idea de erradicar síntomas, centrándose en transformar la relación del paciente con sus experiencias internas. La integración de técnicas de mindfulness que permite

que el paciente aprenda a observar sus pensamientos y emociones sin dejarse dominar por ellos. (Hayes, 2020, pág. 17)

Es importante resaltar que el modelo ACT se ha desarrollado a partir de una necesidad de intervenir en la complejidad del sufrimiento humano de forma integradora. La metodología de la Terapia de Aceptación y Compromiso se basa en una filosofía que valora la experiencia humana en su totalidad y reconoce que el cambio terapéutico pasa por transformar la manera en que se relacionan con los eventos internos y externos.

➤ **El Modelo de los Seis Procesos Básicos**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se estructura en torno al modelo Hexaflex, que organiza seis procesos centrales:

1. Defusión cognitiva: Ayuda a percibir los pensamientos como eventos mentales y no como verdades absolutas.
2. Aceptación: Promueve la apertura a emociones y pensamientos difíciles sin intentar evitarlos o suprimirlos.
3. Contacto con el momento presente: Fomenta la conciencia plena del aquí y ahora.
4. Yo como contexto: Permite a la persona comprender su identidad más allá de sus pensamientos o emociones actuales.
5. Identificación de valores: Guía la conducta a partir de lo que realmente es importante en la vida.
6. Acción comprometida: Impulsa a tomar medidas concretas alineadas con los valores personales, incluso frente a dificultades emocionales.

Estos seis procesos conforman el Modelo de los Seis Procesos Básicos, representado en el Hexaflex, esquema que muestra cómo estos componentes interactúan para fortalecer la capacidad de adaptación del individuo. Este modelo es clave en ACT, ya que proporciona una estructura para ayudar a las personas a responder de manera más

efectiva a sus experiencias internas sin quedar atrapadas en la lucha contra ellas. (Hayes, 2020, pág. 20)

La aplicación práctica de este modelo ha sido objeto de numerosos estudios que han demostrado su efectividad en el tratamiento de diversos trastornos.

➤ **Aplicaciones prácticas y técnicas de intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

El valor de la ACT en la práctica clínica reside en su capacidad para transformar la experiencia del paciente, promoviendo un cambio que va más allá de la reducción de síntomas. Este enfoque se traduce en una serie de técnicas y estrategias de intervención que pueden ser aplicadas en distintos contextos, adaptándose a las necesidades particulares de cada caso.

En el ámbito clínico, la aplicación de la ACT implica ejercicios de mindfulness, técnicas de defusión y actividades de clarificación de valores. Algunas de las más utilizadas son:

- Metáfora de las hojas en el río: Ayuda a visualizar los pensamientos como hojas flotando en un río, permitiendo observarlos sin aferrarse a ellos.
- Metáfora del autobús: Ilustra cómo los pensamientos negativos son como pasajeros en un autobús, los cuales no controlan el destino del conductor.
- Ejercicios de contacto con el momento presente: Favorecen la concentración en el aquí y ahora.
- Actividades para clarificar valores y fomentar la acción comprometida, como identificar los aspectos más importantes de la vida y definir pequeños pasos para acercarse a ellos.

“ACT es una terapia altamente flexible, lo que permite ajustarla a las necesidades individuales de cada persona. Para ello, se toman en cuenta su historia personal, sus valores y las barreras específicas que enfrenta” (Hayes, 2020)

La solidez de la terapia de aceptación y compromiso se respalda en un creciente cuerpo de evidencia empírica que demuestra su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos. Estudios comparativos y metaanálisis han evidenciado que ACT produce mejoras sostenibles en la calidad de vida y el funcionamiento general de los pacientes, gracias a su énfasis en la flexibilidad psicológica. (Jarpa, 2025)

1.4.3. Protocolo Unificado Transdiagnóstico de Baslow

El Protocolo Unificado Transdiagnóstico (UP, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico desarrollado por David H. Barlow y sus colaboradores, orientado al tratamiento de los trastornos emocionales. Este modelo parte del supuesto de que diversos trastornos psicológicos comparten procesos emocionales y cognitivos subyacentes, lo que permite abordarlos mediante una intervención común (Barlow et al., 2017, p. 104).

En este sentido, el Protocolo Unificado se define como un enfoque terapéutico diseñado para el tratamiento de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, fundamentado en la premisa de que estos presentan características compartidas, tales como patrones de pensamiento negativo y dificultades en la regulación emocional. Por ello, en lugar de tratar cada trastorno como una entidad independiente, el UP se centra en la intervención sobre procesos psicológicos comunes (Guerri, 2024, p. 4).

Asimismo, este enfoque integra técnicas propias de la terapia cognitivo-conductual junto con estrategias de regulación emocional, con el objetivo de que las personas puedan comprender, afrontar y modificar sus respuestas emocionales desadaptativas (Barlow et al., 2011, p. 210).

➤ Principales características del Protocolo Unificado

El Protocolo Unificado Transdiagnóstico presenta diversas características fundamentales (Guerri, 2024, p. 5):

Enfoque emocional:

Este modelo reconoce que las emociones desempeñan un papel central en los trastornos psicológicos. Si bien las emociones no son problemáticas en sí mismas, la forma en que las personas responden a ellas puede generar o mantener conductas desadaptativas (Barlow et al., 2017, p. 45). Se busca educar a los pacientes sobre la naturaleza de las emociones, cómo se desarrollan y cómo pueden ser reguladas de manera efectiva.

Flexibilidad:

Aunque el protocolo presenta una estructura general, se caracteriza por su flexibilidad, permitiendo adaptaciones según las necesidades individuales del paciente lo que es esencial dado que las personas pueden presentar una variedad de síntomas que se superponen entre diferentes trastornos. (Barlow et al., 2017, p. 32). Esta flexibilidad permite que el tratamiento sea más personalizado y, por lo tanto, potencialmente más efectivo.

Desarrollo de habilidades de regulación emocional:

Una parte esencial de este enfoque es enseñar a los pacientes habilidades para manejar y responder a sus emociones de manera adaptativa.

El tratamiento enfatiza la enseñanza de estrategias para gestionar las emociones de manera adaptativa, incluyendo técnicas de atención plena (mindfulness), relajación y reestructuración cognitiva (Barlow et al., 2017, p. 78). Estas habilidades pueden incluir técnicas de atención plena (mindfulness), técnicas de relajación, y estrategias cognitivas para cambiar patrones de pensamiento negativo o distorsionado.

Intervenciones cognitivas y conductuales:

Se emplean técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual (TCC), tales como la identificación de pensamientos automáticos, la modificación de creencias disfuncionales y la exposición a situaciones temidas (Barlow et al., 2011, p. 212).

Para trabajar se utilizan técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y de este modo ayudar a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que pueden estar contribuyendo a sus síntomas.

Esto puede incluir la identificación de pensamientos automáticos, la confrontación de creencias irracionales y la exposición a situaciones temidas para desafiar y cambiar respuestas de evitación.

Enfoque transdiagnóstico:

A diferencia de los modelos tradicionales centrados en diagnósticos específicos, este enfoque se orienta a procesos psicológicos comunes, como la desregulación emocional y la evitación experiencial, lo que permite intervenir de manera más integral (Barlow et al., 2011, p. 70).

Este enfoque reconoce que múltiples trastornos comparten características y mecanismos subyacentes (como la desregulación emocional, la evitación experiencial o los sesgos cognitivos). Por ello, al intervenir sobre dichos procesos, se busca generar mejoría en una amplia gama de síntomas, independientemente del diagnóstico específico del individuo. (Barlow D. H., 2011, pág. 70)

➤ Fases del Protocolo Unificado

El Protocolo Unificado se estructura en varias fases (Barlow et al., 2017):

1. Motivación para el cambio (p. 25):

Busca preparar al paciente para el proceso terapéutico, explorando ambivalencias y fortaleciendo el compromiso con el tratamiento.

Objetivo: Esta fase busca preparar al paciente para el tratamiento, resaltando la importancia y los beneficios del cambio.

-Actividades: Se discuten las ambivalencias del paciente sobre el cambio, se exploran las consecuencias de no cambiar y se refuerza la idea de que el cambio es posible y beneficioso.

-Técnicas: Puede emplearse la entrevista motivacional para ayudar a los pacientes a reconocer la necesidad de cambio y comprometerse con el tratamiento.

2. Comprensión de las emociones (p. 40):

Se centra en la psicoeducación sobre la naturaleza, función y utilidad de las emociones.

Objetivo: Educar sobre la naturaleza y función de las emociones.

-Actividades: Se discuten las respuestas emocionales normales versus las desadaptativas, se identifican las emociones que el paciente experimenta y se enseña sobre la función adaptativa de las emociones.

-Técnicas: Se pueden usar ejercicios de autoobservación y material educativo para ayudar a los pacientes a comprender mejor sus emociones.

3. Desarrollo de habilidades de regulación emocional (p. 75):

Incluye estrategias como mindfulness, relajación y reestructuración cognitiva.

- Objetivo: Enseñar habilidades para manejar y responder a sus emociones de manera adaptativa.

-Actividades: Se introducen técnicas como la atención plena (mindfulness), la relajación y la reestructuración cognitiva.

-Técnicas: La práctica guiada, la meditación y los ejercicios de respiración pueden ser componentes clave en esta fase.

4. Modificación de pensamientos y conductas problemáticas (p. 110):

Se trabajan patrones cognitivos disfuncionales y conductas de evitación mediante técnicas de exposición.

-Objetivo: Ayudar a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a sus problemas.

-Actividades: Se identifican pensamientos automáticos, se desafían creencias irracionales y se enfrentan comportamientos de evitación.

-Técnicas: Se pueden usar técnicas de exposición para enfrentar miedos y evitaciones, y técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar patrones de pensamiento negativo.

5. Prevención de recaídas (p. 140):

Orienta al mantenimiento de los logros y a la preparación ante futuras dificultades.

-Objetivo: Ayudar a mantener sus logros y prepararlos para enfrentar desafíos futuros.

-Actividades: Se discuten y anticipan posibles desencadenantes de recaída, se refuerzan las habilidades aprendidas y se desarrolla un plan de mantenimiento.

-Técnicas: Se pueden usar discusiones estructuradas, role-playing y planificación anticipada para preparar a los pacientes para situaciones difíciles en el futuro.

Estas fases no necesariamente se abordan en un orden lineal y rígido. Dependiendo de las necesidades individuales del paciente, un terapeuta puede optar por pasar más tiempo en una fase particular o visitar fases según sea necesario.

CAPÍTULO

II

II. MARCO CONTEXTUAL

La presente investigación se desarrolla en la ciudad de El Alto, departamento de La Paz, específicamente en la Red 302 del subdistrito tres, zona Pacajes Caluyo, situada al sur de la urbe. Dicha zona cuenta con la totalidad de los servicios básicos y presenta una estructura urbana heterogénea, donde predominan las viviendas con fines comerciales. Asimismo, se encuentran entidades financieras, un módulo policial, la Subalcaldía, oficinas del Servicio General de Identificación Personal (SEGIP), la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, institutos de música, una iglesia, un mercado, un parque, tres canchas deportivas (dos de concreto y una de césped sintético) y una plaza central denominada “Bolivia”, en la cual se localiza la Unidad Educativa “Calama”, espacio central del presente estudio.

El contexto externo se caracteriza por una dinámica eminentemente comercial, producto de la feria que se realiza los días domingo y jueves, la cual genera un importante movimiento económico y congrega a vecinos de la zona y sectores colindantes. La población residente proviene, en su mayoría, de la provincia Pacajes, conservando sus raíces culturales a través de manifestaciones tradicionales y religiosas. Entre ellas destaca la festividad del Señor de la Cruz, celebrada el 3 de mayo, que coincide con el aniversario de la zona y de la Unidad Educativa. En esta ocasión se realiza una entrada folclórica con la participación de organizaciones sociales y gremiales (como cerrajeros, carniceros, floristas y peluqueros), además de estudiantes del nivel secundario. Dicha práctica se ha consolidado como una costumbre local que incentiva a los estudiantes del nivel primario a participar en futuras gestiones.

La junta vecinal, elegida mediante voto directo, administra los recursos económicos generados por el alquiler de canchas, servicios sanitarios y permisos de funcionamiento de kioscos o tiendas. Estos ingresos se destinan principalmente a la mejora de la infraestructura comunal y al fomento de actividades culturales. La fiscalización de estos recursos es ejercida por los propios vecinos, lo que refuerza la transparencia en la gestión comunitaria. Las familias que conforman la zona, al igual

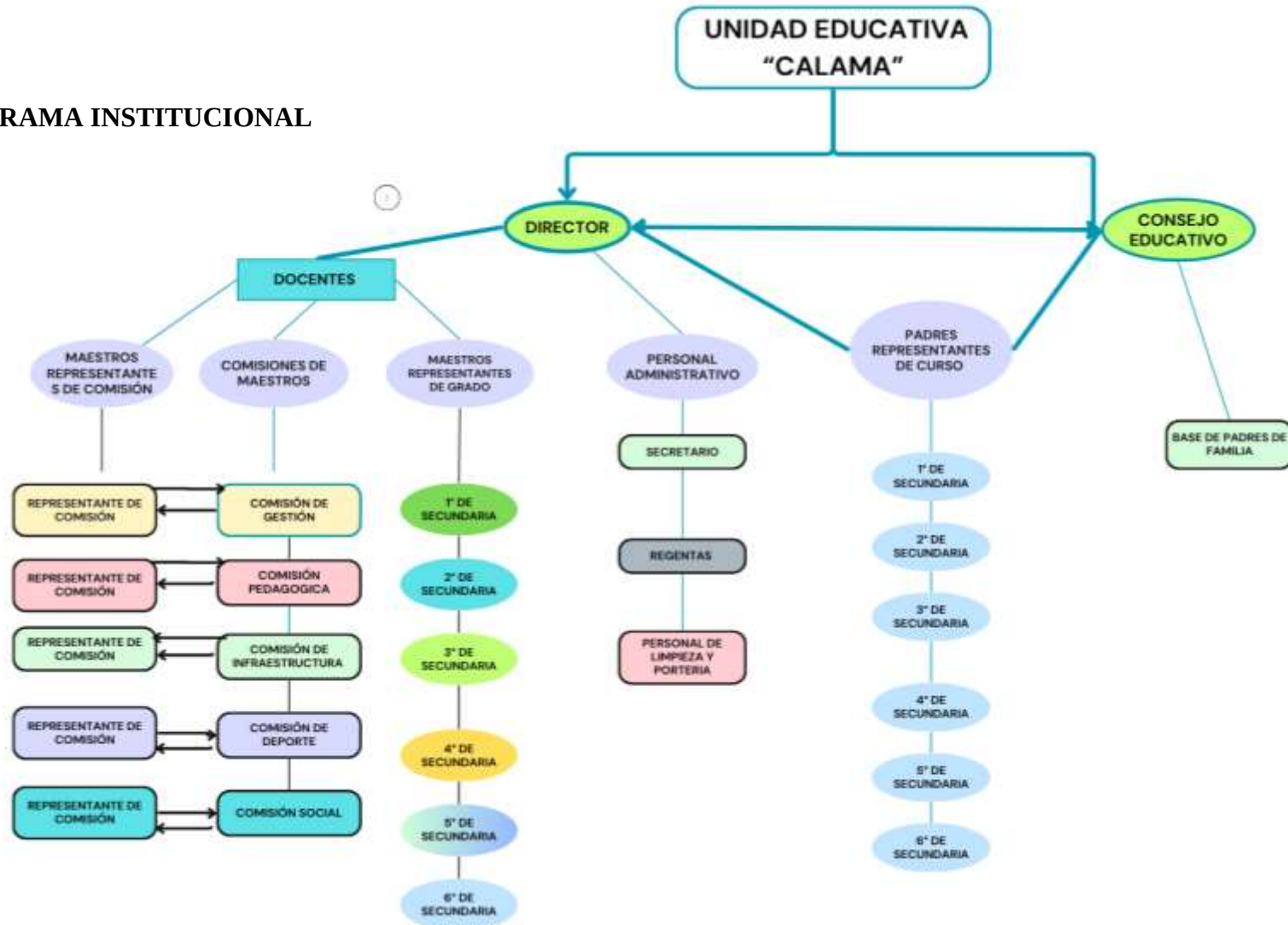
que la comunidad educativa, presentan una diversidad socioeconómica con predominio del nivel medio. Las principales actividades laborales se vinculan al empleo público, el comercio formal e informal y otros oficios independientes.

En el entorno institucional se destaca la presencia de un centro de salud cercano, con el cual se coordinan campañas de vacunación (como la del tétanos dirigida a niñas estudiantes) Asimismo, la iglesia católica de la zona participa en la organización de actividades religiosas, tales como la primera comunión y la confirmación, con el apoyo de jóvenes pertenecientes a la capilla que también son parte de la comunidad estudiantil. El módulo policial, por su parte, contribuye con la Unidad Educativa mediante programas de educación vial, seguridad ciudadana y prevención de la violencia, fortaleciendo la formación integral del estudiantado.

Desde una perspectiva sociolingüística y cultural, la comunidad educativa se caracteriza por el uso predominante del bilingüismo castellano-aymara y, en menor medida, castellano-quechua. Los padres de familia presentan distintos niveles de formación académica, que van desde la educación básica hasta la universitaria. Entre ellos se identifican profesionales como docentes, odontólogos, abogados, farmacéuticos, ingenieros y periodistas, además de trabajadores del sector transporte, comercio, peluquería y venta de alimentos. Esta diversidad ocupacional, junto con la variabilidad de horarios e ingresos, genera en ocasiones tensiones en la convivencia familiar, las cuales pueden manifestarse en la dinámica relacional del estudiantado.

En cuanto al contexto interno, la Unidad Educativa “Calama” es una institución pública que comparte su infraestructura en dos turnos: el nivel primario en el turno de la mañana y el nivel secundario en el turno de la tarde. Esta organización permite optimizar el uso de los espacios físicos y atender de manera eficiente la demanda educativa del sector.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



En relación con el clima institucional, se evidencia la presencia de un marcado carácter autoritario y vertical por parte de algunos docentes y padres de familia, lo cual genera un ambiente tenso y distante de la concepción de una escuela acogedora, participativa y segura. La institución cuenta con un Consejo Educativo como órgano representativo de los padres de familia; sin embargo, su accionar se concentra principalmente en la gestión de infraestructura y mobiliario, manteniéndose alejado de un rol protagónico en las dinámicas pedagógicas y formativas propias del enfoque de educación comunitaria.

Las acciones vinculadas a la gestión curricular de la Unidad Educativa se enmarcan en el Proyecto Socioproductivo (PSP) y son desarrolladas por diversas comisiones: pedagógica, de gestión, convivencia, medio ambiente y deportiva. Cada una de estas comisiones opera de manera relativamente independiente. En este sentido, se observa que la comisión social orienta sus acciones principalmente hacia la integración entre docentes, sin involucrar del manera efectiva a los padres de familia ni a los estudiantes. Esta situación obedece a la ausencia de estrategias institucionales claras o principios orientadores que permitan abordar los conflictos cotidianos que se presentan entre los distintos actores educativos, lo cual refleja debilidades en la promoción del buen trato y la convivencia armónica.

El Modelo Educativo Sociocomunitario Productivo (MESCP) rige el sistema educativo boliviano en los niveles primario y secundario, organizando el currículo por campos de saberes y áreas de conocimiento que favorecen la interdisciplinariedad. No obstante, en la práctica, su implementación enfrenta dificultades derivadas de factores personales, limitaciones de tiempo y escasa cultura de trabajo colaborativo entre docentes. En la Unidad Educativa “Calama”, el modelo se aplica desde el nivel inicial hasta sexto de secundaria mediante la elaboración y ejecución del Programa Anual, los planes bimestrales y los contenidos por grado, estructurados en torno a las dimensiones del Ser, Saber, Hacer y Decidir.

Dentro del contexto pedagógico, uno de los aspectos más críticos es el referido a la evaluación educativa. Aún persiste una comprensión limitada del proceso evaluativo entre docentes, padres y estudiantes, quienes continúan asociándolo principalmente a la aplicación de pruebas objetivas bimestrales. No se logra aún una apropiación plena del carácter integral y formativo de la evaluación, ni de la manera en que las dimensiones del MESCP pueden ser desarrolladas y valoradas de manera articulada. En consecuencia, el proceso evaluativo se centra casi exclusivamente en los componentes cognitivos —el saber y el hacer—, relegando los aspectos del ser y decidir. Esta visión restringida impide que las experiencias de aprendizaje alcancen un carácter verdaderamente significativo, situado, intercultural y transformador, limitándose a la medición del rendimiento académico sin considerar las dimensiones afectivo-emocionales y sociales del desarrollo estudiantil.

La Unidad Educativa “Calama” aplica el MESCP mediante la formulación de metas institucionales que se jerarquizan a partir del diagnóstico contextual. Para ello, se promueven espacios de diálogo entre los distintos estamentos de la comunidad educativa, con el propósito de identificar necesidades y expectativas. Estas se plasman en el Proyecto Socioproductivo (PSP), que orienta la planificación anual. En la gestión 2024, el PSP lleva por título “Construyamos saberes y conocimientos en convivencia armónica”, en respuesta a los problemas de intolerancia y crisis en las normas de convivencia que han derivado en situaciones de maltrato, afectando la salud mental del estudiantado e incrementando casos de ansiedad y depresión entre niños, niñas y adolescentes.

La presente investigación realiza un análisis contextual de la Unidad Educativa, visibilizando el vacío existente en la atención a las necesidades afectivo-emocionales de los adolescentes. En este sentido, se reconoce que los profesionales en psicología pueden desempeñar un papel esencial en la promoción del bienestar emocional y en la implementación de estrategias para afrontar los desafíos cotidianos propios de esta etapa evolutiva. El gabinete psicológico escolar se constituye en un espacio seguro y confidencial donde los estudiantes podrían

expresar sus preocupaciones y conflictos; sin embargo, la mayoría de las unidades educativas fiscales de la ciudad de El Alto carecen de profesionales en esta área. En los casos en que existe dicho servicio, suele ser gracias a la organización y esfuerzo económico de los padres de familia, quienes asumen el costo de manera particular.

Como institución educativa al servicio de la comunidad, la Unidad Educativa “Calama” tiene la responsabilidad de mejorar de manera continua los mecanismos y sistemas que garanticen el cumplimiento de su propósito fundamental: velar por la formación integral y la salud emocional de sus estudiantes. El análisis contextual revela una crisis sociopolítica que incide en el ámbito educativo, evidenciándose la desatención de las necesidades emocionales de los adolescentes, tanto desde las instituciones escolares —centradas casi exclusivamente en lo académico-pedagógico— como desde las familias, que tienden a negar o minimizar estas problemáticas.

Ante esta realidad, se hace imprescindible la intervención de profesionales en el área de la psicología educativa, orientada al fortalecimiento del bienestar emocional y la prevención de problemáticas psicológicas. En esa línea, la presente investigación propone el diseño e implementación de un programa de prevención primaria de la ansiedad, que brinde herramientas efectivas para el manejo emocional y el afrontamiento de situaciones estresantes, contribuyendo así al desarrollo integral del estudiantado y al fortalecimiento de la convivencia escolar.

CAPÍTULO

III

III. DIAGNÓSTICO

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD ACTUAL

De acuerdo con el informe de U-Report de UNICEF Bolivia (2023), ocho de cada diez adolescentes y jóvenes, tanto varones como mujeres, manifiestan experimentar sentimientos de angustia, depresión y ansiedad. No obstante, el 75% de ellos no busca ningún tipo de apoyo psicoemocional. El mismo informe evidencia que la violencia y el maltrato intrafamiliar se intensificaron durante y después del periodo de pandemia, incrementando las afectaciones emocionales en la población adolescente (UNICEF B. , 2023, pág. 5)

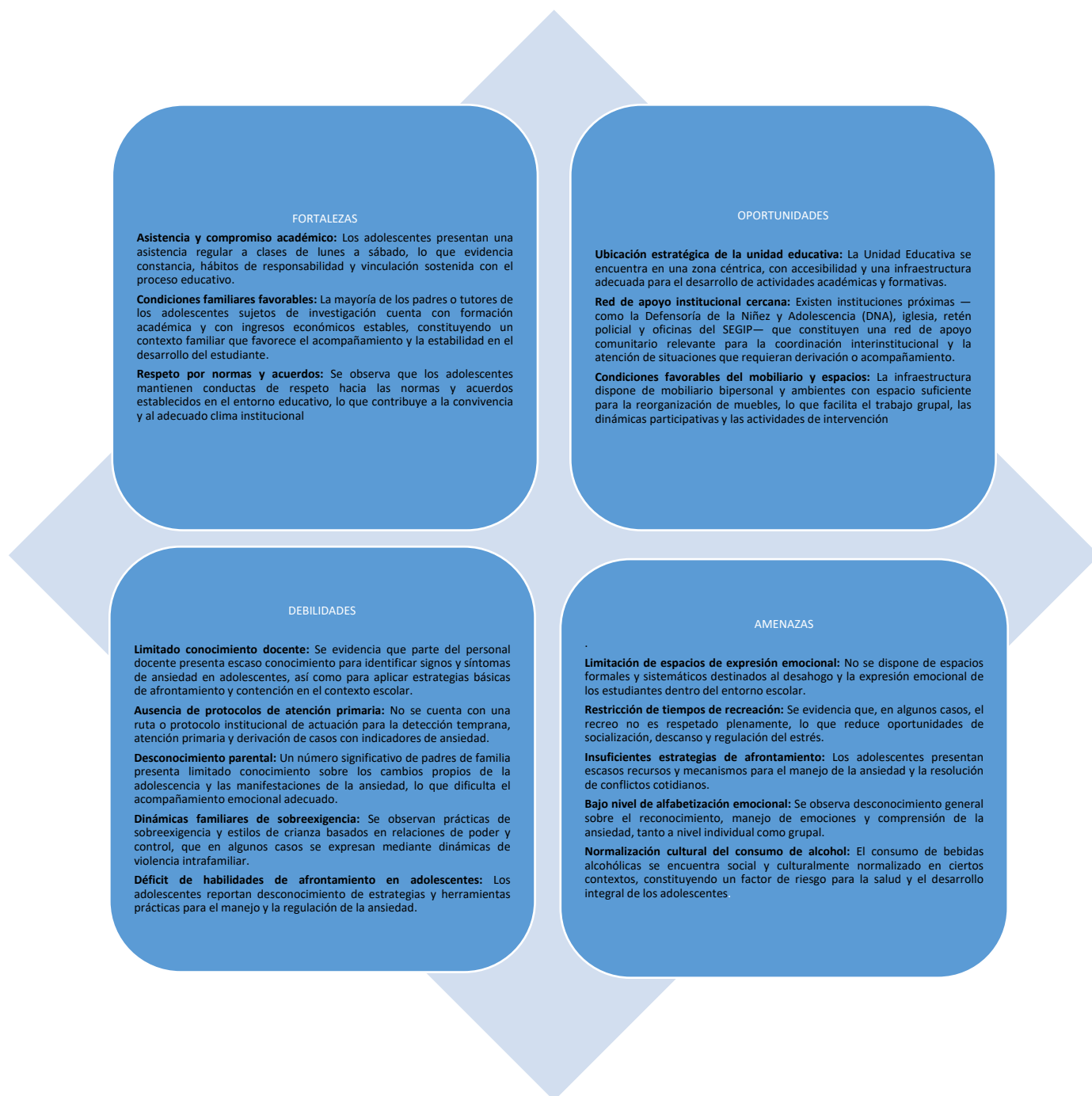
En la Unidad Educativa “Calama”, la realidad observada refleja una marcada desatención hacia la salud mental de los adolescentes por parte de las autoridades, docentes, padres de familia e incluso de los propios estudiantes. Muchos de ellos recurren al uso excesivo de redes sociales como mecanismo de distracción o como medio para buscar respuestas a sus inquietudes relacionadas con su entorno económico, social y familiar.

Entre los principales factores que inciden en el malestar emocional de los estudiantes se identifican: los conflictos familiares, las dificultades económicas, las tensiones en las relaciones filiales, la sobrecarga académica y la presión ejercida tanto por los padres como por los docentes y compañeros. Estas condiciones generan en los adolescentes altos niveles de ansiedad cotidiana, que afectan su bienestar y rendimiento escolar.

Si bien reconocen la necesidad de recibir apoyo y orientación psicoemocional, muchos adolescentes manifiestan resistencia a solicitar ayuda profesional. Entre las principales barreras se encuentran el deseo de resolver los problemas de manera autónoma, el temor a la exposición pública, la vergüenza de ser juzgados por familiares, docentes o pares, así como las limitaciones económicas que implica acceder a servicios psicológicos. A ello se suma la falta de confianza en los

servicios de apoyo emocional existentes, lo que agrava la falta de atención oportuna a las problemáticas de salud mental.

3.2. ANALISIS FODA DE LA PROBLEMÁTICA



Los índices de ansiedad en niños y adolescentes van en aumento en un 20% según el estudio de [healthy Children. org](http://healthychildren.org). aunque no es sabido con seguridad que está causando el aumento del mismo, más allá de la genética, la química del cerebro, la personalidad y sucesos de la vida, existe un grupo de factores que pueden estar favoreciendo al mismo como las altas expectativas y presión por alcanzar el éxito, que genera que adolescentes se sientan agobiados y abrumados con todo lo que tienen que hacer.

Otro aspecto es encontrarse en un mundo que parece atemorizante y amenazador que al solo leer y ver las noticias se puede sentir miedo e inseguridad donde antes se sentía seguro. Las redes sociales y los adolescentes de hoy están conectados constantemente, su auto estima y la forma como ven el mundo se conecta a lo que se publica (comentarios), es difícil para ellos no comparar su vida y sus conexiones sociales con lo que ven a otros publicar en las redes. También hay algunos adolescentes que tienen reacciones desproporcionadas al desarrollo normal de experiencias, como tener que levantarse temprano para asistir al colegio, a una fiesta, tener un campamento, adolescentes que se preocupan en exceso por actividades del diario vivir.

Cualquiera que sea la causa, el aumento de ansiedad es un problema en nuestros adolescentes que puede lograr problemas graves de salud mental, la depresión uso de sustancias e incluso el suicidio. Siendo así, es importante tomar en cuenta los síntomas de la ansiedad, miedos y preocupaciones recurrentes sobre partes de las rutinas de todos los días como cambios de comportamiento, tal y como la irritabilidad, evitar ciertas actividades, la escuela o interacciones sociales, baja en las calificaciones o evasión de la escuela, problemas para dormir o concentrarse, uso de sustancias u otros comportamientos de riesgo, quejas de problemas físicos, tales como fatiga, dolores de cabeza o de estómago.

Que podemos hacer, intentemos ver el mundo de la forma que ellos lo hacen, ayudar a encontrar formas de sobrellevar las cosas. Tener altas expectativas puede ayudar a los adolescentes a alcanzar su potencial, pero hay que recordar que los adolescentes necesitan tiempo para relajarse, jugar y pasar tiempo con amigos,

todas estas actividades son cruciales para la salud física y mental, y es importante que todos recordemos que en la vida hay más que logros. Hablar con los adolescentes sobre su uso a las redes sociales, tomando descansos, y que piensen de forma crítica y racional sobre el efecto que tienen y la importancia del uso apropiado y seguro de los medios de comunicación en sus vidas.

3.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan en función a los objetivos tanto general como específicos de la investigación, que son obtenidos de la aplicación del instrumento de investigación “Inventario de ansiedad STAI” que fue aplicado como pre - test y post - test, el efecto del mismo se expone en tabla de normalidad y gráfica circular, los cuales son interpretados mediante la descripción según datos obtenidos.

TABLA A: PRUEBA T ESTUDENT

		T	gl	Sig. (p)
Par 1	ANSIEDAD ESTADO Pre - test – Post – test	15,142	26	,000
Par 2	ANSIEDAD RASGO Pre - test – Post – test	-1	26	0,327

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria (entre 14 y 15 años)

La tabla muestra resultados de ANSIEDAD ESTADO (pre- test y post- test) y ANSIEDAD RASGO (pre- test y post- test).

Comparando datos en el pre y post test de la ANSIEDAD ESTADO, podemos identificar que los cambios son significativos ($p < 0.05$), porque el resultado es ,000. Los datos de ANSIEDAD RASGO obtenidos en el pre y post test, evidencian que no hay cambios significativos ($p > 0,05$), porque el resultado es ,327 mayor a 0,05.

Interpretación:

De la implementación del instrumento STAI, en la ANSIEDAD ESTADO, los adolescentes aparentemente se encontraban en ansiedad por factores externos del momento, en el post test se evidencia cambios significativos; se puede concluir que los adolescentes tienen más recursos para afrontar la ansiedad del momento.

En la comparación entre el pretest y el posttest de la ansiedad-rasgo, se obtuvo un valor de significancia de $p = 0,327$, superior al nivel establecido de 0,05. Por tanto, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones. Esto indica que los niveles de ansiedad-rasgo no presentaron una variación significativa después de la aplicación del programa

**TABLA 1: FRECUENCIA SEGÚN RANGOS EN ANSIEDAD ESTADO (AE)
PRE - TEST**

Ansiedad Estado Pre – test			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	1	3,7
	Sobrepromedio	20	74,1
	Tendencia al Promedio	5	18,5
	Bajo	1	3,7
	Total	27	100

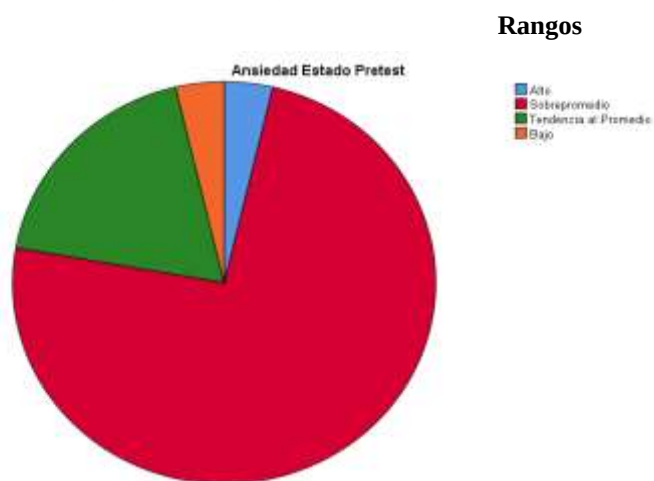
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia.

En el pre - test de la implementación de la prueba STAI en el concepto ANSIEDAD ESTADO, de un total de 27 estudiantes, se encontró en el rango *alto* de ansiedad 1 estudiante que equivale a (4%), en el rango *sobrepromedio* 20 estudiantes que equivale a (74%) en el rango *tendencia a promedio* 5 estudiantes que equivale a (19%), en el rango bajo 1 estudiante que equivale a (4%).

Interpretación:

Según los resultados podemos evidenciar que en el momento de la implementación de la prueba 21 de 27 adolescentes se encontraban en ansiedad estado, entendemos la misma como aquella condición emocional transitoria del organismo.

Figura 1: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD ESTADO



Fuente: Tabla 1- Elaboración Propia

El gráfico evidencia que en la ANSIEDAD ESTADO el 77% de los estudiantes (21 de 27) se encuentran en el rango de ansiedad SOBRE PROMEDIO Y ALTO, lo que denota que la mayor cantidad de estudiantes se encontraban ansiosos en el momento de la aplicación del instrumento de investigación STAI en el pre – test.

**TABLA 2: FRECUENCIA SEGÚN RANGOS EN ANSIEDAD RASGO (AR)
PRE - TEST**

Ansiedad Rasgo Pretest		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	10	37
	Sobrepromedio	14	51,9
	Promedio	1	3,7
	Tendencia al Promedio	2	7,4
	Total	27	100

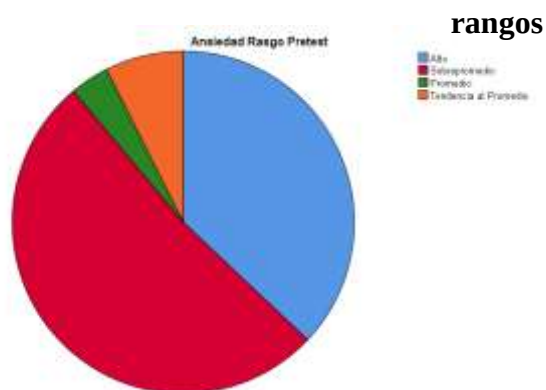
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia.

En el pre-test de la implementación de la prueba STAI en el concepto ANSIEDAD RASGO, de un total de 27 estudiantes 10 se encuentran en el rango *alto* que equivale a (37%) en el rango *sobrepromedio* 14 estudiantes que equivale a (52%), en el rango *promedio* 1 estudiante que equivale a (4%), en el rango *tendencia a promedio* 2 estudiantes que equivale a (7%).

Interpretación:

Según los resultados podemos evidenciar que en ANSIEDAD RASGO, 24 estudiantes de un total de 27 que es más de la mitad se encuentran entre ANSIEDAD ALTA Y SOBRE PROMEDIO y aparentemente requieren terapia individual, 3 estudiantes se encuentran en ansiedad promedio y tendencia a promedio que hace el 10% no tienen ansiedad como rasgo.

Figura 2: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD RASGO (PRE – TEST)



Fuente: Tabla 1- Elaboración Propia

El gráfico evidencia que EN ANSIEDAD RASGO, el 88% de los estudiantes se encuentran en el rango SOBREPROMEDIO lo que denota que la mayor cantidad de estudiantes tiene como rasgo de su personalidad la ansiedad y requieren atención individual.

TABLA 3: FRECUENCIA SEGÚN RANGOS EN ANSIEDAD ESTADO (AE) - POST – TEST

Ansiedad Estado Post-test			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Tendencia al Promedio	6	22,2
	Bajo	21	77,8
	Total	27	100

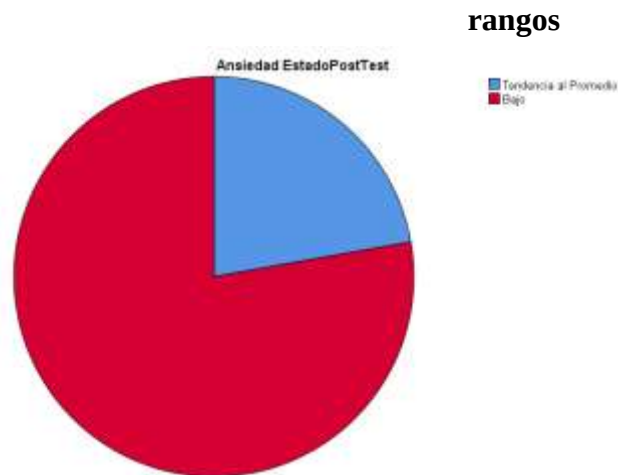
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia.

En el post - test de la implementación de la prueba STAI en el concepto ANSIEDAD ESTADO, de un total de 27 estudiantes 6 se encuentran en el rango *tendencia a promedio* que equivale a (22%) en el rango *bajo* se encuentran 21 estudiantes que equivale a (78%).

Interpretación:

Según los resultados podemos evidenciar que el programa de intervención primaria ayudo a que los estudiantes de tercero de secundaria pongan en práctica las herramientas brindadas para el manejo de ansiedad estado siendo que de un total de 27 estudiantes 21 se encuentran en el rango bajo de ansiedad estado y 6 en el rango de ansiedad tendencia a promedio.

Figura 3: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD ESTADO (POST – TEST)



Fuente: Tabla 1- Elaboración Propia

El gráfico evidencia que la ANSIEDAD ESTADO en el post – test el 99% de los estudiantes de tercero de secundaria manejan mejor la ansiedad estado encontrándose en los rangos de *tendencia a promedio* y *rango bajo*.

TABLA 4: FRECUENCIA SEGÚN RANGOS EN ANSIEDAD RASGO (AR) POST - TEST

Ansiedad Rasgo Post – test			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	11	40,7
	Sobrepromedio	13	48,1
	Promedio	1	3,7
	Tendencia al Promedio	2	7,4
	Total	27	100

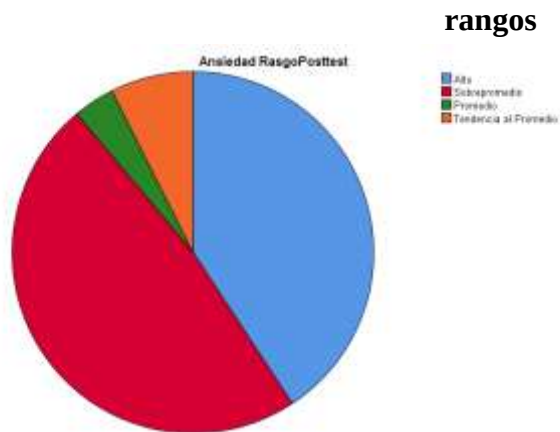
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia.

En el post - test de la implementación de la prueba STAI en el concepto ANSIEDAD RASGO, de un total de 27 estudiantes 11 se encuentran en el rango *alto* que equivale a (41%), 13 en el rango *sobre promedio* que equivale a (48%), 1 en el rango *promedio* que equivale a (4%) y 2 en el rango *tendencia a promedio* que equivale a (7%)

Interpretación:

Según los resultados podemos evidenciar que en ANSIEDAD RASGO, 24 estudiantes aparentemente requieren terapia individual porque se encuentran en el rango *alto* y *sobre promedio* del total de 27 estudiantes, 1 estudiante en el rango *promedio* y 2 en *tendencia al promedio*.

Figura 4: GRAFICO SOBRE ANSIEDAD RASGO (POST – TEST)



Fuente: Tabla 1- Elaboración Propia

El gráfico evidencia que en la ANSIEDAD RASGO, el 89% de los estudiantes se encuentran en el rango *alto* y *sobre promedio* lo que denota que la mayor cantidad de estudiantes tiene como rasgo de su personalidad la ansiedad.

**TABLA CRUZADA: SEGÚN SEXO Y RANGOS EN ANSIEDAD ESTADO
(A- E) PRE - TEST**

			RANGOS				Total
			Bajo	Tendencia al Promedio	Sobre promedio	Alto	
SEXO	Mujer	Recuento	1	4	8	1	14
		%	7,1%	28,6%	57,1%	7,1%	100,0%
	Varón	Recuento	0	1	12	0	13
		%	0,0%	7,7%	92,3%	0,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia

La tabla cruzada lanza resultados según sexo varón, mujer de un total de 27 estudiantes adolescentes referente a la ANSIEDAD ESTADO, entendiéndose la misma como aquel estado emocional temporal caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación y nerviosismo que puede ser una respuesta normal a situaciones estresantes o amenazantes.

MUJERES			HOMBRES		
RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE	RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE
Alto	1	7%	Alto	0	0%
sobre promedio	8	57%	sobre promedio	12	92%
promedio	0	0%	Promedio	0	0%
tendencia a promedio	4	29%	tendencia a promedio	1	8%
Bajo	1	7%	Bajo	0	0%
total	14	100%	total	13	100%

Interpretación:

Estudiantes de tercero de secundaria, tanto varones como mujeres experimentan ANSIEDAD ESTADO, en el rango *alto* 1 mujer y 0 varones, en el rango *sobre promedio* 8 mujeres y 12 varones, en el rango *tendencia a promedio* 4 mujeres y 1 varón, en el rango *bajo* 1 mujer y 0 varones. Se concluye que las mujeres experimentan más ansiedad estado en relación a cantidad que los varones.

**TABLA CRUZADA: SEGÚN SEXO RANGOS EN ANSIEDAD RASGO
(AR) PRE - TEST**

			RANGOS				Total
			Tendencia al Promedio	Promedio	Sobrepromedio	Alto	
SEXO	Mujer	Recuento	0	1	6	7	14
		%	0,0%	7,1%	42,9%	50,0%	100,0%
	Varón	Recuento	2	0	8	3	13
		%	15,4%	0,0%	61,5%	23,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia

La tabla cruzada lanza resultados según sexo de adolescentes referente a la ANSIEDAD RASGO, entendiéndose la misma como aquella propensión relativamente estable de sentir ansiedad frente a situaciones cotidianas como amenazadoras, elevando consecuentemente la ansiedad estado.

MUJERES			HOMBRES		
RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE	RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE
Alto	7	50%	Alto	3	23%
sobre promedio	6	43%	sobre promedio	8	61%
promedio	1	7%	Promedio	0	0%
tendencia a promedio	0	0%	tendencia a promedio	0	0%
bajo	0	0%	Bajo	2	15%
total	14	100%	total	13	100%

Interpretación:

La tabla cruzada según sexo muestra que de un total de 27 estudiantes de tercero de secundaria, son más las MUJERES que evidencian encontrarse en ANSIEDAD RASGO con relación a los varones.

TABLA CRUZADA: SEGÚN SEXO RANGOS EN ANSIEDAD ESTADO (AE)
POST – TEST

			RANGOS		Total
			Bajo	Tendencia al Promedio	
SEXO	Mujer	Recuento	11	3	14
		%	78,6%	21,4%	100,0%
	Varón	Recuento	10	3	13
		%	76,9%	23,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia

La tabla cruzada lanza resultados según sexo de adolescentes referente a la ANSIEDAD ESTADO en el Post - test de un total de 27 estudiantes entre varones y mujeres, entendiéndose la misma (A-E) como aquel estado emocional transitorio debido a diferentes factores y situaciones externas.

MUJERES			HOMBRES		
RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE	RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE
Alto	0	0%	Alto	0	0%
sobre promedio	0	0%	sobre promedio	0	0%
promedio	0	0%	Promedio	0	0%
tendencia a promedio	3	21%	tendencia a promedio	3	23%
bajo	11	79%	Bajo	10	77%
total	14	100%	total	13	100%

Interpretación:

La tabla cruzada según sexo muestra que en los estudiantes de tercero de secundaria, son más las mujeres que siguen experimentando ANSIEDAD ESTADO con relación a los varones, es decir que las mujeres tienen menos recursos para afrontar situaciones que puedan generar ansiedad.

TABLA CRUZADA: SEGÚN SEXO RANGOS EN ANSIEDAD RASGO (AR)
POST - TEST

			RANGOS				Total
			Tendencia al Promedio	Promedio	Sobrepromedio	Alto	
SEXO	Mujer	Recuento	0	1	6	7	14
		%	0,0%	7,1%	42,9%	50,0%	100,0%
	Varón	Recuento	2	0	7	4	13
		%	15,4%	0,0%	53,8%	30,8%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento STAI a estudiantes de tercero de secundaria. Elaboración Propia

La tabla cruzada lanza resultados según sexo de adolescentes referente a la ANSIEDAD RASGO en el Post - test de un total de 27 estudiantes entre varones y mujeres.

MUJERES			HOMBRES		
RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE	RANGO	ESTUDIANTES	PORCENTAGE
Alto	7	50%	Alto	4	31%
sobre promedio	6	43%	sobre promedio	7	54%
promedio	1	7%	Promedio	0	0%
tendencia a promedio	0	0%	tendencia a promedio	2	15%
bajo	0	0%	Bajo	0	0%
total	14	100%	total	13	100%

Interpretación:

La tabla cruzada según sexo muestra que en los estudiantes de tercero de secundaria, son más las MUJERES que evidencian encontrarse en ANSIEDAD RASGO con relación a los varones, entendiéndose la misma (A-R) como aquella propensión relativamente estable de sentir ansiedad frente a situaciones cotidianas como amenazadoras, elevando consecuentemente su ansiedad estado.

CAPÍTULO

IV

IV. PROPUESTA

4.1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

La presente Guía de Intervención Primaria en el Ámbito Educativo ante la Ansiedad en Adolescentes surge como respuesta a la creciente preocupación por los niveles de ansiedad y malestar emocional que se evidencian en la población adolescente.

En los últimos años, se ha observado un incremento significativo de síntomas relacionados con la ansiedad, atribuibles a múltiples factores: las exigencias académicas, las tensiones familiares, las dificultades socioeconómicas, el impacto del entorno social y la influencia de los medios digitales

Ante esta realidad, la guía tiene como propósito fortalecer el abordaje preventivo y formativo de la salud mental en el contexto educativo, brindando herramientas prácticas y orientaciones metodológicas. Asimismo, este programa pretende sensibilizar acerca de la importancia de la salud mental,

La intervención propuesta se orienta desde la prevención primaria, es decir, desde la promoción de la salud emocional y el fortalecimiento de factores protectores antes de que los síntomas de ansiedad se conviertan en un trastorno. De esta manera, se busca generar espacios escolares seguros, inclusivos y afectivos que promuevan el bienestar psicológico y social del estudiantado.

La Guía de Intervención Primaria constituye, por tanto, una herramienta de apoyo técnico y pedagógico que contribuye al desarrollo de estrategias preventivas, al fortalecimiento del acompañamiento emocional y a la implementación de acciones concretas que favorezcan la estabilidad y el bienestar integral de los adolescentes en la Unidad Educativa “Calama” y en otras instituciones con contextos similares.

4.2. TÍTULO DE PROPUESTA

“Guía de intervención primaria en el ámbito educativo ante la ansiedad en adolescentes en una unidad educativa de la ciudad de El Alto”

4.3. JUSTIFICACIÓN

El presente programa ha sido diseñado para su aplicación en el ámbito de la educación regular, considerando que este contexto congrega a un número significativo de adolescentes que asisten de manera continua a la institución educativa. Dicho entorno constituye un espacio propicio para la promoción y el fortalecimiento de habilidades orientadas al manejo adaptativo de la ansiedad.

La propuesta de intervención se sustenta en un enfoque integrador que busca abordar los síntomas ansiosos en adolescentes mediante la articulación de modelos terapéuticos de segunda y tercera generación, específicamente la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes y la perspectiva transdiagnóstica de Barlow.

Cabe señalar que el programa no pretende sustituir el diagnóstico clínico, sino complementarlo, ampliando la comprensión del fenómeno ansioso y facilitando un abordaje integral. En este sentido, se contempla la posibilidad de derivar a atención terapéutica individual en aquellos casos que así lo requieran, garantizando la continuidad y la pertinencia del tratamiento.

El objetivo principal consiste en dotar a los adolescentes de herramientas y recursos psicológicos que favorezcan el afrontamiento funcional de los síntomas ansiosos y contribuyan a la prevención de otros trastornos emocionales.

En suma, la propuesta se orienta hacia la intervención temprana de los primeros indicadores de ansiedad durante las etapas iniciales del desarrollo, con el propósito de promover el bienestar emocional y la salud mental en el contexto educativo.

4.4. OBJETIVOS Y METAS DE LA PROPUESTA

4.4.1. Objetivo general

Fortalecer las competencias personales para el reconocimiento y manejo de la ansiedad en adolescentes de tercer curso de secundaria de la Unidad Educativa Calama, mediante la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, el enfoque transdiagnóstica y la terapia cognitiva de Beck.

4.4.2. Objetivos Específicos

- **Promover** el reconocimiento y la aceptación de las emociones propias asociadas a la ansiedad, mediante actividades reflexivas y experienciales basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- **Desarrollar** habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento funcional que permitan disminuir las conductas de evitación y fortalecer la flexibilidad psicológica.
- **Fomentar** la adquisición de recursos personales y sociales que contribuyan a la prevención de futuros trastornos emocionales y al bienestar psicológico en el contexto educativo.

4.4.3. Metas

Promover el cuidado de la salud mental de los adolescentes en el ámbito educativo, mediante el diseño e implementación de un programa de prevención primaria de la ansiedad, adaptado a las necesidades específicas de los estudiantes y a las características de la institución educativa.

4.5. DELIMITACIÓN DE PARTICIPANTES, POBLACIÓN BENEFICIARIA Y ROL DE LOS PADRES DE FAMILIA

4.5.1. Población Beneficiaria Directa

La población beneficiaria directa del programa de intervención desarrollado en la presente investigación está conformada estrictamente por los 27 adolescentes matriculados en el curso de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” de la ciudad de El Alto. Dichos estudiantes constituyeron la muestra censal de la población accesible y participaron de manera activa en las 12 sesiones del programa

de prevención primaria, así como en las evaluaciones pretest y posttest mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

4.5.2. Delimitación Metodológica de la Intervención y Rol de los Padres de Familia

Aunque el diagnóstico inicial identificó que las dinámicas, exigencias y estilos de crianza en el entorno familiar constituyen factores de riesgo estrechamente vinculados con el malestar emocional de los estudiantes, el programa de intervención directa se delimitó exclusivamente a los 27 adolescentes. Esta decisión metodológica responde a las siguientes razones fundamentales:

1. Alineación del diseño de investigación: Los objetivos del estudio, la formulación de hipótesis, el sistema de medición (STAI) y la estructura procedimental de las 12 sesiones fueron diseñados para el entrenamiento y fortalecimiento individual de competencias socioemocionales del adolescente dentro del entorno aula.
2. Unidad de análisis y medición: Los padres de familia no formaron parte de la unidad de medición ni constituyeron un grupo de intervención directa en la estructura del diseño preexperimental implementado.

Rol de los padres de familia como actores indirectos del proceso preventivo: Sin embargo, reconociendo la significativa influencia del ámbito familiar en la modulación, mantenimiento o reducción de la sintomatología ansiosa en la adolescencia, la propuesta incorpora a los padres o tutores legales en calidad de actores indirectos. Para articular los hallazgos del diagnóstico con la sostenibilidad de la propuesta preventiva, se establecen los siguientes mecanismos de acompañamiento indirecto:

- Jornadas informativas y de sensibilización: Realización de dos talleres informativos orientados a la psicoeducación sobre la manifestación clínica y conductual de la ansiedad en la adolescencia, promoviendo la desmitificación del malestar emocional en el entorno familiar.

- Entrega de pautas de acompañamiento emocional: Elaboración y difusión de guías formativas y trípticos institucionales que contengan estrategias breves de comunicación asertiva, validación de emociones y pautas para el establecimiento de un clima familiar protector.
- Protocolo de orientación y derivación clínica: Establecimiento de un canal de comunicación formal con los padres o tutores en aquellos casos donde los estudiantes presenten niveles persistentemente elevados de ansiedad-rasgo, recomendando e incentivando la derivación oportuna a servicios externos de atención psicológica o psicoterapéutica individual/familiar.

4.6. PROYECCIÓN DE APLICACIÓN FUTURA

La denominación de este trabajo como una Guía de Intervención Primaria responde a un criterio de transferibilidad pedagógica y técnica, sin que ello implique la sobreextensión de la muestra estudiada en el marco de esta investigación.

La estructura metodológica, la secuencia temático-conceptual y los protocolos operativos de las 12 sesiones de trabajo quedan a disposición de autoridades educativas, gabinetes psicopedagógicos, orientadores y profesionales de la salud mental como una herramienta técnica estructurada y replicable.

Para llevar a cabo futuras aplicaciones o réplicas de la guía en otros paralelos, Unidades Educativas, grupos juveniles o centros comunitarios con características socioculturales análogas, se deberán considerar previamente los siguientes requerimientos contextuales y metodológicos:

1. *Diagnóstico y caracterización de la nueva población:* Realización de una evaluación diagnóstica inicial para identificar los niveles de ansiedad y las necesidades psicoemocionales específicas del nuevo grupo destinatario.
2. *Adecuación contextual e institucional:* Análisis de la dinámicas comunitarias, la disponibilidad de tiempo lectivo y las condiciones organizativas de la institución receptora para adaptar la frecuencia y duración de los talleres.

3. *Disponibilidad de recursos y talento humano:* Garantizar la participación de personal capacitado en el área de la psicología o psicopedagogía para la conducción ética de los espacios de regulación emocional y la atención de posibles casos que requieran derivación.

Se enfatiza de manera explícita que cualquier aplicación futura en contextos externos constituirá una proyección de aplicabilidad y transferencia del programa, y en ningún caso formará parte de la población ni de la muestra censal analizada en la presente investigación. Por consiguiente, los resultados e inferencias del presente trabajo corresponden de forma exclusiva y directa a los 27 adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama” que participaron en el proceso de intervención y en las evaluaciones pretest y posttest.

4.7. RELEVANCIA E IMPACTO DEL PROYECTO

La presente guía resulta pertinente y significativa, ya que atiende las necesidades de adolescentes de 14 años que, de acuerdo con las evaluaciones aplicadas y las entrevistas realizadas con el asesor y la dirección de la Unidad Educativa, presentan conductas que superan la capacidad de manejo del docente en el aula y requieren la intervención de un profesional en salud mental.

Asimismo, la guía ofrece un marco estructurado para la prevención y manejo de la ansiedad, facilitando la implementación de estrategias prácticas que fortalecen el bienestar emocional de los estudiantes. Su aplicación contribuye al desarrollo de competencias personales, promueve la participación activa de los adolescentes y proporciona herramientas que favorecen un abordaje integral de la salud mental en el contexto educativo.

4.8. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA PARA SU EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La organización de la guía se estructura en tres fases complementarias: ejecución, seguimiento y evaluación, con el fin de garantizar su implementación efectiva y el logro de los objetivos propuestos.

1. Ejecución del programa

La ejecución comprende la aplicación de las actividades planificadas, distribuidas de acuerdo con los contenidos y estrategias definidas en la guía. La intervención es un tratamiento breve de un total de 12 sesiones con una periodicidad de una sesión por semana, de hora y media de duración. Se prioriza un enfoque participativo y experiencial, utilizando la Terapia de Aceptación y Compromiso, el enfoque transdiagnóstica y la terapia cognitiva de Beck como bases metodológicas. Las sesiones se desarrollarán en el horario establecido por la institución educativa, integrando dinámicas grupales, ejercicios de reflexión y prácticas de afrontamiento de la ansiedad, adaptadas a las necesidades de los adolescentes.

2. Seguimiento del programa

El seguimiento se llevará a cabo mediante la supervisión constante de la implementación, registrando la asistencia, participación y progreso de los estudiantes. Se utilizarán herramientas de monitoreo como cuestionarios de evaluación de la actividad, autoevaluación, observaciones directas y reportes de docentes asesores. Esta fase permite ajustar las estrategias en tiempo real, garantizando que las actividades respondan a los requerimientos del grupo y fomenten la adquisición de competencias personales.

3. Evaluación del programa

La evaluación se realiza de manera continua y final, considerando criterios de eficacia, eficiencia y pertinencia. Se evaluarán los resultados en términos de reducción de síntomas ansiosos, desarrollo de habilidades de afrontamiento. Los instrumentos de evaluación incluyen encuesta breve tipo Likert de percepción, diario de campo sobre la participación individual y grupal. Los resultados obtenidos permitirán retroalimentar el programa, optimizar las intervenciones y establecer recomendaciones para futuras implementaciones.

4.9. DURACIÓN Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

El programa se desarrollará con una periodicidad semanal a lo largo de 12 semanas, de acuerdo con el cronograma detallado a continuación. La estructura del programa contempla:

- 2 sesiones de evaluación, correspondientes a la evaluación inicial y final, con el objetivo de medir los avances y resultados del tratamiento.
- 12 sesiones de intervención, distribuidas en una sesión semanal, enfocadas en el desarrollo de competencias personales para el manejo de la ansiedad.

Cada sesión tendrá una duración aproximada de una hora y treinta minutos, tiempo destinado a la realización de actividades teóricas y prácticas, así como a la reflexión individual y grupal sobre los contenidos trabajados.

Este cronograma permite un seguimiento continuo del progreso de los adolescentes, asegurando la adecuada implementación de las estrategias y fomentando la consolidación de habilidades de afrontamiento frente a la ansiedad.

N° DE SESIONES	ACTIVIDAD	AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
0	Pre test (STAI)												
1	Presentación, y comprensión sobre ansiedad												
2	Como reacciona mi cuerpo y mi mente.												
3	Mis pensamientos y emociones												
4	Distorsiones cognitivas: Trampas de mi mente.												
5	Pensar diferente: reestructuración cognitiva												
6	Conociendo mis emociones												
7	Mindfulness y atención plena												
8	Atención y tolerancia al malestar												
9	Disfunción cognitiva: yo no soy mis pensamientos												
10	Mis valores y lo que realmente importa												
11	Acción comprometida y afrontamiento												
12	Prevención de recaídas												
0	Post test (STAI)												

4.10. POSIBLES FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO

	RECURSOS	CANTIDAD	COSTO
Humanos	Psicólogo	1	100
Financieros	Padres de familia	27	5bs por estudiante
Materiales	Papel resma	6	6bs
	globos	1 bolsa	20bs
	Cartulina	3	9bs
	Fotocopias	50	10bs
	Marcadores	6	30bs
TOTAL			174

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y los resultados obtenidos, se establecen las siguientes conclusiones:

Conclusiones

- La aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) permitió identificar los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en los 27 adolescentes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa “Calama”, estableciendo una línea base para la implementación del programa de prevención primaria.
- La comparación entre las mediciones pretest y posttest mostró un comportamiento diferenciado de las dos dimensiones evaluadas. En la ansiedad-estado se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), mientras que en la ansiedad-rasgo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,327$).
- Respecto a la ansiedad-estado, en la medición inicial el 77,8 % de los participantes se encontraba en los niveles sobrepromedio y alto. En la medición posterior, el 77,8 % se ubicó en el nivel bajo y el 22,2 % en tendencia al promedio, evidenciándose una modificación favorable en la distribución de los niveles de esta dimensión.

- En cuanto a la ansiedad-rasgo, los niveles alto y sobrepromedio se mantuvieron elevados entre el pretest y el postest. Este comportamiento evidencia una menor variación de esta dimensión durante el periodo de aplicación del programa y sustenta la importancia de realizar valoración y seguimiento psicológico individual cuando se identifiquen niveles elevados y persistentes.
- El programa de prevención primaria incorporó actividades grupales orientadas al reconocimiento y regulación emocional, el afrontamiento de situaciones relacionadas con la ansiedad, el desarrollo de flexibilidad psicológica y el fortalecimiento de recursos personales. Estas acciones estuvieron dirigidas a favorecer el desarrollo de habilidades preventivas y de autocuidado psicológico en los adolescentes.
- Los resultados obtenidos corresponden específicamente a los 27 adolescentes que participaron en el estudio, por lo que no pueden generalizarse de manera automática a otros cursos, unidades educativas o poblaciones. La aplicación del programa en otros contextos constituye una proyección futura que podría desarrollarse mediante diseños cuasiexperimentales con grupos de comparación equivalentes, considerando las características particulares de cada población.
- Debido a que la investigación empleó un diseño preexperimental de un solo grupo con pretest y postest, los cambios observados deben interpretarse con cautela. Si bien se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la ansiedad-estado, no es posible atribuir dicho cambio exclusivamente a la aplicación del programa, debido a la posible influencia de factores externos durante el periodo de intervención.
- En conjunto, la investigación aporta evidencia sobre las diferencias observadas entre las mediciones pretest y postest en el grupo estudiado y resalta la importancia de fortalecer las acciones de prevención primaria de la salud mental en el contexto educativo. Asimismo, se considera pertinente complementar estas acciones con orientación a las familias y mecanismos de valoración, seguimiento y derivación a atención psicológica especializada cuando las características del caso lo requieran.

Recomendaciones

A la institución educativa

1. Garantizar la continuidad del programa de prevención primaria, incorporándolo de manera permanente en las estrategias de promoción de la salud mental adolescente. Esto incluye replicarlo en otros cursos del nivel secundario.
2. Promover espacios seguros de expresión emocional dentro de la unidad educativa, donde los adolescentes puedan desarrollar habilidades de afrontamiento, regulación emocional y comunicación asertiva.
3. Capacitar al personal docente y a los orientadores en la detección temprana de signos y síntomas de ansiedad, para que puedan brindar apoyo emocional oportuno y derivar los casos que lo requieran.

A los profesionales de psicología

4. Implementar atención psicológica individual para los estudiantes con niveles elevados y persistentes de ansiedad-rasgo, especialmente las estudiantes mujeres, ya que esta dimensión no varió con la intervención grupal y requiere un abordaje más profundo y prolongado.
5. Incorporar estrategias basadas en evidencia, como la Terapia de Aceptación y Compromiso y las técnicas cognitivo-conductuales, para fortalecer el manejo de la ansiedad y prevenir futuras dificultades emocionales.
6. Realizar evaluaciones periódicas con instrumentos psicológicos confiables, incluyendo mediciones de seguimiento posteriores al programa, para monitorear la evolución emocional de los estudiantes y verificar si los cambios en la ansiedad-estado se sostienen en el tiempo.

A las familias

7. Fortalecer el trabajo conjunto entre psicólogos, docentes y familias, mediante talleres de orientación familiar que favorezcan el bienestar

emocional de los adolescentes tanto en el contexto escolar como en el hogar. Esto es especialmente pertinente porque el estudio identificó un malestar emocional asociado al entorno familiar.

A futuras investigaciones

8. Realizar nuevos estudios con muestras más amplias y en contextos educativos diversos, utilizando diseños cuasiexperimentales con grupos de control equivalentes, para controlar variables extrañas como la maduración y ampliar el conocimiento sobre la efectividad de los programas preventivos en salud mental adolescente.
9. Explorar el papel de variables como el sexo y la dinámica familiar en la ansiedad-rasgo, de modo que se puedan diseñar intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada grupo.

BIOGRAFIA:

- Alanes, Z. (21 de enero de 2022). *Cabildeo digital*. Obtenido de Vuelta a Clases :
<https://www.cabildeodigital.com/2022/01/vuelta-clases-ocho-de-cada-10.html>
- Allen, J. G. (5 octubre, 2015). La Terapia Cognitiva de Aaron Beck. *Psicología y mente* , 15.
- Alzheimers .gov/es*. (20 de 01 de 2025). Obtenido de Alzheimers .gov/es:
<https://www.alzheimers.gov/es#>
- Bisquerra Alzina, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. Madrid: SISTESIS.
- GAP Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria de GPC en el SNS. (s.f.). En *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria Programa de GPC en el SNS*.
- García R, M. A. (2007). *Problemas y Trastorno de Salud Mental en el Adolescente*. . Chile: Mental.
- Garivay, M. S. (2013). El Manual Moderno, S. A. de C.V.
- GPC, S. d. (2024). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. En S. d. GPC, *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria* (pág. 6001). Canarias: Ministerio de Sanidad.
- Guerri, M. (2024). El método de Barlow Potocolo unificado transdiagnóstico para la ansiedad y la depresión. *PsicoActiva*, 9.
- Hernandez, S. R. (2014). Metodología de la investigación. En R. h. Sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 92). Mexico: MC Graw Hill Education.
- INE. (29 de agosto de 2024). *Censo de Poblacion y vivienda en Bolivia*. Obtenido de Censo Bolivia 2024: <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>
- Jarpa, P. M. (2025). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *ADIPA*, 15.
- Lizano, R. D. (2015). *La Terapia Interpersonal como técnica para disminuir los niveles ansioso-depresivos*. Ecuador: Universidad central de Ecuador.
- Ministerio de Sanidad, y. c. (2008). Manejo de pacientes con transtornos de ansiedad. En M. d. y, *Manejo de pacientes con transtornos de ansiedad* (pág. 30). Madrid España: Plan Nacional para el SNS del MSC.

- Psiquiátrica, A. A. (2022). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. En A. A. Psiquiátrica, *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (pág. 350). Washington: DSM- 5 5TA EDICION.
- Ruiz, F. Á. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée De Brouwer,.
- Sandin, B. e. (2012). TRANSDIAGNÓSTICO: NUEVA FRONTERA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 203.
- Seligman, M. E. (2011). *La autentica felicidad Madrid zeta bolsillo*. España: B,S.A. 2003 javier Vergara .
- Spielberger CD, G. R. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rango*. Madrid: TEA ediciones .
- Tintaya, P. (2014). *Proyecto delinvestigacion*. La Paz - Bolivia: Instituto de Estudios Bolivianos IEB.
- UNICEF, B. (20 de ENERO de 2023). *8 DE CADA 10 ADOLESCENTES PASAN ANSIEDAD Y ANGUSTIA PERO NO BUSCAN AYUDA*. Obtenido de UNICEF PARA CADA INFANCIA: <https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/ocho-de-cada-10-adolescentes-pasan-angustia-depresi%C3%B3n-y-ansiedad-pero-no-buscan>
- Vallejo, J. G. (2000). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. En I. R. Psicología, *EL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y ESTRÉS ESCOLAR EN LOS ADOLESCENTES CON ALTO DESEMPEÑO ACADÉMICO* (pág. 47). España: MASSON.
- World Health, o. (2023). *World Health Organization*, 5.

ANEXOS

ANEXO - N° 1: Carta de solicitud para trabajo de campo a la Dirección de la Unidad Educativa “Calama”

La Paz 06 de agosto de 2022

Señor:
Lic. Freddy Ángel Cruz Sirpa
DIRECTOR
U. E. CALAMA



Presente. -

Recibido
6/8/22

**REF. SOLICITUD PARA TRABAJO DE CAMPO
CON ESTUDIANTES**

De mi mayor consideración:

A tiempo de hacer llegar saludos cordiales a su persona, por intermedio de la presente tengo a bien dar a conocer el interés de implementar el trabajo de campo de la investigación que lleva por título **“PROPUESTA DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALAMA- DE LA CIUDAD DE EL ALTO”** para obtener el grado de la **“ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD”** por la Universidad Mayor Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Segura de contar con la aceptación para la implementación de la presente investigación, en beneficio de los estudiantes de la Institución Educativa que tan prestigiosamente dirige.

Me despido reiterándole mis consideraciones.

Atentamente:

Lic. Sandra Zulema Nina Arratia
Cel. 79504079

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Sobre el Terapeuta

El Terapeuta Lic. en Psicología, tiene la formación necesaria para el trabajo con adolescentes y manejo de estrategias de trabajo para la ansiedad.

2. Sobre el programa de intervención primaria

Cada sesión tiene una duración de una hora y 30 minutos. El desarrollo del programa cuenta con 12 sesiones: Los encuentros se realizan en el aula de 3º "A" de la U.E. "Calama" de acuerdo a objetivos de cada sesión.

2. Sobre el contrato de intervención para el adolescente y el tutor

Los adolescentes y el tutor deben estar seguros de lo siguiente:

- Toda la información obtenida durante el proceso se mantendrá en absoluta reserva.
- No podrá utilizarse la información obtenida para fines que dañen la integridad, solamente podrá informarse el número de sesiones, los asistentes y la duración.
- Cualquier acción para registrar las sesiones (grabar, filmar, fotografía), solo podrá llevarse a cabo con la debida autorización de los adolescentes.
- Los adolescentes que participan de las sesiones, responden al criterio de: confidencialidad.
- Si se tuviera que postergar alguna sesión, se hará conocer la situación con dos días de anticipación y se repondrá la misma.
- Cada sesión no cuenta con costo alguno.
- El terapeuta solo se hace responsable de lo que ocurre dentro de las sesiones, por lo que se desvincula de cualquier por menor ocurrido fuera de este.

Gracias por leer este consentimiento informado

He leído la hoja del consentimiento informado para participar del programa de intervención primaria en casos de ansiedad. He sido adecuadamente informado y entiendo que mi participación es totalmente voluntaria.

Una vez que usted leyó las condiciones de este informe le agradeceré que llene con letra legible los datos requeridos a continuación:

TUTOR:

Nombre Completo _____ **C.I.** _____ **Firma** _____

ADOLESCENTE:

Nombre Completo : _____

ANEXO - N° 3: Nota de informe del trabajo realizado a la Dirección de la Unidad Educativa “Calama “

El Alto 16 de noviembre de 2022



Señor:
Lic. Freddy Ángel Cruz Sirpa
DIRECTOR
U. E. CALAMA - TARDE

*Recibido
16/11/22*

Presente:
REF. INFORME - TRABAJO DE CAMPO CON ESTUDIANTES

De mi mayor consideración:

A tiempo de hacer llegar saludos cordiales a su persona, por intermedio de la presente tengo a bien informar sobre el trabajo de campo de la investigación " **PROPUESTA DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALAMA- DE LA CIUDAD DE EL ALTO**" para obtener el grado de la "ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD" por la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

El programa consta de 12 sesiones, de las cuales se desarrolló las 12 temáticas en 12 sesiones

- Sesión 1: Psi coeducación sobre la ansiedad.
- Sesión 2: Distorsiones cognitivas
- Sesión 3: Ideas irracionales. Perfeccionismo y rumiación
- Sesión 4: Dinámica de grupo y Mindfulness
- Sesión 5: Regulación Emocional
- Sesión 6: Restructuración cognitiva
- sesión 7: Habilidades sociales
- Sesión 8: Solución de conflictos
- Sesión 9: Evitación experiencial
- sesión 10: Activación conductual
- Sesión 11: Técnicas conductuales
- Sesión 12: Presentación de recaídas y mantenimiento

El programa pudo brindar algunas herramientas que puedan ser aplicadas en casos de ansiedad, ya que se detectó significativos índices.

Me despido agradeciéndole de antemano su amable colaboración, y mediante su persona al Maestro asesor de curso Profesor Pedro por su tiempo, apoyo y compromiso con sus estudiantes que fue determinante para llevar adelante el programa.

Sin otro particular, me despido reiterándole mis consideraciones distinguidas.

Muy Atentamente:


Lic. Sandra Zulema Nina Arratia
Cel. 79504079

ANEXO N°4: Resultados obtenidos en Ansiedad Rango y Ansiedad Estado en el (PRE TEST)

Los resultados que se presentan son obtenidos de la aplicación de los instrumentos:

➤ Inventario de Ansiedad (STAI) Estado - Rango

Es un inventario diseñado para evaluar los conceptos independientes de la ansiedad, como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rango (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos)

TABLA N°01: ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO EN ADOLESCENTES (PRE TEST)

	NOMBRE	SEXO	EDAD	A.E.	CATEGORIA	A.R.	CATEGORIA
1	ROXANA	2	14	17	2	25	3
2	SANTIGO	1	14	22	4	17	2
3	SHERLI	2	15	25	4	26	4
4	SINDEL	2	14	18	2	26	4
5	YADIL	1	15	25	4	24	4
6	YAMIL	1	15	22	4	25	4
7	ADEDAIL	1	14	20	4	26	4
8	ADRIAN	1	14	25	4	25	4
9	ADRIANA	2	14	27	4	26	4
10	ALEYDA	2	14	26	4	22	2
11	CRISTIAN	1	15	18	2	25	4
12	DALIA	2	13	21	3	22	2
13	DENIS	1	14	24	4	23	4
14	DEVANI	2	14	26	4	20	2
15	EMYLI	2	14	15	2	26	4
16	FLOR	2	14	30	4	21	2
17	GUILLERMO	1	14	26	4	26	4
18	IVAN	1	14	21	4	26	4
19	JAZMIN	2	15	21	3	21	3
20	JENRY	1	14	25	4	21	4
21	JHASMANY	1	15	26	4	22	4
22	JHON	1	15	22	4	16	2
23	KATHERINE	2	14	24	4	29	4
24	MARIA	2	14	24	4	29	4
25	MELVI	2	14	18	2	19	2
26	MUAEL	1	14	28	4	20	4
27	ROSSI	2	14	13	1	39	5

Fuente: Inventario de ansiedad nivel secundario de la U.E "Calama

ANEXO N°5: Resultados obtenidos en Ansiedad Rango y Ansiedad Estado en el (POS - TEST)

TABLA N°02: ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO EN ADOLESCENTES (POS-TEST)

	NOMBRE	SEXO	EDAD	A.E.	CATEGORIA	A. R.	CATEGORIA
1	ROXANA	2	14	20	2	19	3
2	SANTIGO	1	14	18	4	18	2
3	SHERLI	2	15	27	4	26	4
4	SINDEL	2	14	21	2	26	4
5	YADIL	1	15	25	4	24	4
6	YAMIL	1	15	22	4	25	4
7	ADEDAIL	1	14	25	4	26	4
8	ADRIAN	1	14	20	4	25	4
9	ADRIANA	2	14	27	4	26	4
10	ALEYDA	2	14	26	4	22	2
11	CRISTIAN	1	15	25	2	28	4
12	DALIA	2	13	18	3	22	2
13	DENIS	1	14	24	4	23	4
14	DEVANI	2	14	26	4	20	2
15	EMYLI	2	14	27	2	26	4
16	FLOR	2	14	30	4	21	2
17	GUILLERMO	1	14	28	4	26	4
18	IVAN	1	14	26	4	26	4
19	JAZMIN	2	15	21	3	21	3
20	JENRY	1	14	25	4	21	4
21	JHASMANY	1	15	20	4	22	4
22	JHON	1	15	22	4	16	2
23	KATHERINE	2	14	27	4	29	4
24	MARIA	2	14	26	4	29	4
25	MELVI	2	14	18	2	19	2
26	MIJAEI	1	14	28	4	20	4
27	ROSSI	2	14	23	4	39	5

Fuente: Inventario de ansiedad nivel secundario de la U.E "Calama

ANEXO – N°6: Instrumento de percepción del programa

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL PROGRAMA (ELABORACIÓN PROPIA)

responde a las siguientes preguntas según la siguiente escala:

- 1 = Nunca
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

Preguntas	1 nunca	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Siempre
He aprendido a identificar pensamientos negativos.				
Aprendí formas saludables de manejar mis preocupaciones.				
Pienso antes de reaccionar cuando me siento preocupado/a				
Me siento capaz de enfrentar problemas.				
Creo que puedo manejar mejor situaciones estresantes.				
Utilizo las estrategias aprendidas fuera de las sesiones.				
Puedo reconocer cuándo me siento ansioso/a.				

ANEXO – N°7: Instrumento de evaluación del programa diario de campo

DIARIO DE CAMPO

- Conductas relevantes

.....

.....

- Nivel de integración

.....

.....

- Cambios emocionales observados

.....

.....

- Participación en dinámicas

.....

.....

- Factores de riesgo detectados

.....

.....

- Participa voluntariamente

.....

.....

- Cooperación con el grupo

.....

.....

ANEXO – N°8: Instrumento STAI aplicado en el pre y post test

CUESTIONARIO (STAI)

A-E

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. Conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy Tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

A-R

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

ANEXO – N°9: Fotografías del proceso interventivo del programa



Unidad Educativa de implementación del trabajo de campo



Estudiantes de 3ro "A" de secundaria



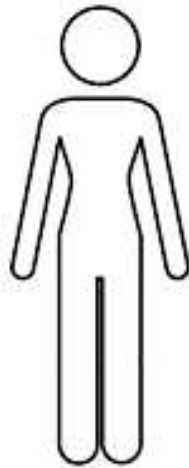
estudiantes trabajando en grupo reconociendo manifestaciones físicas y cognitivas de la ansiedad



Estudiantes que conversan y cuestionan pensamientos irracionales.



estudiantes trabajando la sesión conociendo mis emociones



silueta para identificar tensiones

MATERIALES USADOS EN EL PROGRAMA

“

ANEXO N°10:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA PARA LA ANSIEDAD

Duración total: 12 sesiones (una hora y treinta minutos por sesión)

Población: Adolescentes de 14 a 15 años

Modalidad: Presencial, grupal y participativa

Enfoque: Cognitivo–Conductual, Transdiagnóstica y de Aceptación y

Compromiso (ACT)

Objetivo general:

Promover en los adolescentes el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que les permitan comprender, regular y afrontar adecuadamente la ansiedad, fortaleciendo su bienestar psicológico y resiliencia.

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN Y COMPRENSIÓN DE LA ANSIEDAD

Objetivo general

Generar confianza grupal y comprender qué es la ansiedad, diferenciando la ansiedad normal de la ansiedad problemática.

Duración

90 minutos

Fundamentación teórica

Basado en el modelo cognitivo de Aaron Beck y el enfoque de regulación emocional de David Barlow.

Materiales

- Cartulinas
- Marcadores
- Tarjetas de colores
- Cinta adhesiva
- Pizarra
- Escala del 0 al 10 dibujada en cartulina

Desarrollo de la sesión

1. Bienvenida y presentación (15 minutos)

El facilitador recibe al grupo de manera cálida y explica:

Este será un espacio seguro donde podremos hablar sobre emociones, pensamientos y experiencias sin burlas ni críticas.

Normas grupales

Se construye junto al grupo:

- Respeto
- Escucha activa
- Confidencialidad

- Participación voluntaria
- No interrumpir

Las normas se escriben en una cartulina visible.

2. Dinámica rompehielo “El reloj” (10 minutos)

Instrucciones

El facilitador indica:

- “Busca una persona para las 12”
- “Busca otra para las 3”
- “Otra para las 6”
- “Otra para las 9”

Luego se realizan preguntas en parejas:

- ¿Qué te gusta hacer?
- ¿Qué te pone nervioso?
- ¿Qué esperas aprender aquí?

Objetivo

Favorecer integración y disminuir tensión inicial.

3. Psicoeducación sobre ansiedad (20 minutos)

Explicación sencilla

El facilitador explica:

“La ansiedad es una respuesta natural del cuerpo ante situaciones que percibimos como peligrosas o importantes.”

Diferenciar ansiedad normal y patológica

Ansiedad normal	Ansiedad problemática
Ayuda a reaccionar	Bloquea
Es temporal	Es intensa y frecuente
Se puede controlar	Genera sufrimiento

Ejemplos cotidianos

- Examen
- Exposición oral
- Problemas familiares
- Hablar con alguien nuevo

4. Dinámica “El termómetro de las emociones” (25 minutos)

Procedimiento

Se coloca una escala grande del 0 al 10.

Se leen situaciones:

- Exponer en clase
- Hablar con desconocidos
- Dar un examen
- Ser criticado
- Quedarse solo en casa

Los adolescentes colocan una tarjeta según su nivel de ansiedad.

Reflexión grupal

Preguntas:

- ¿Todos sentimos ansiedad igual?
- ¿Qué situaciones generan más nervios?
- ¿Qué hace nuestro cuerpo?

5. Cierre y reflexión (10 minutos)

Cada participante completa:

- “Hoy aprendí que.....”
- “Me sorprendió.....”
- “Me gustaría aprender.....”

Evaluación

Indicadores

- Participa activamente
- Comprende qué es ansiedad
- Diferencia ansiedad normal y problemática

Técnica

- Observación participativa
- Preguntas orales
- Autoevaluación verbal

SESIÓN 2. CÓMO REACCIONA MI CUERPO Y MI MENTE

Objetivo:

Reconocer las manifestaciones físicas y cognitivas de la ansiedad.

Contenidos:

- Componentes fisiológicos, emocionales y cognitivos de la ansiedad.
- Identificación de señales corporales.

Dinámica:

“Mapa corporal”: cada participante dibuja una silueta y marca las zonas donde siente tensión o malestar cuando se pone nervioso.

Materiales:

Hojas grandes, lápices de colores.

Desarrollo:

1. Explicación breve sobre los componentes de la ansiedad.
2. Realización del mapa corporal.
3. Puesta en común y reflexión grupal.

Evaluación:

Revisión de los mapas y discusión sobre los hallazgos.

SESIÓN 3. MIS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

Objetivo:

Identificar pensamientos automáticos negativos.

Contenidos:

- Modelo cognitivo de Beck.
- Relación entre pensamiento, emoción y conducta.

Dinámica:

“Detectives del pensamiento”: se presentan situaciones y los participantes identifican los pensamientos automáticos y las emociones asociadas.

Materiales:

Tarjetas con ejemplos de situaciones.

Desarrollo:

1. Explicación sobre el modelo cognitivo.
2. Actividad grupal con tarjetas.
3. Discusión sobre cómo los pensamientos influyen en las emociones.

Evaluación:

Registro de participación y retroalimentación grupal.

SESIÓN 4. DISTORSIONES COGNITIVAS: TRAMPAS DE MI MENTE

Objetivo:

Reconocer distorsiones cognitivas comunes en la ansiedad.

Contenidos:

- Catastrofismo, sobre generalización, pensamiento dicotómico, etc.

Dinámica:

“Atrapa la distorsión”: se leen frases y los adolescentes deben identificar el tipo de distorsión.

Materiales:

Tarjetas con frases y nombres de distorsiones.

Desarrollo:

1. Breve repaso de las distorsiones cognitivas.
2. Juego “Atrapa la distorsión”.
3. Reflexión sobre cómo afectan los pensamientos negativos.

Evaluación:

Identificación correcta de distorsiones y participación activa.

SESIÓN 5. PENSAR DIFERENTE: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivo:

Aprender a cuestionar y reemplazar pensamientos irracionales.

Contenidos:

- Cuestionamiento socrático y pensamiento alternativo.

Dinámica:

“El abogado interno”: en parejas, uno defiende un pensamiento negativo y el otro lo cuestiona buscando evidencias realistas.

Materiales:

Tarjetas, pizarra.

Desarrollo:

1. Introducción al cuestionamiento de pensamientos.
2. Trabajo en parejas con ejemplos.
3. Puesta en común de conclusiones.

Evaluación:

Registro del cambio de pensamiento y reflexión personal.

SESIÓN 6. CONOCIENDO MIS EMOCIONES

Objetivo:

Favorecer la conciencia emocional y la regulación.

Contenidos:

- Identificación y validación de emociones (Barlow).
- Diferencia entre emoción, pensamiento y acción.

Dinámica:

“Semáforo emocional”: verde = calma, amarillo = alerta, rojo = emoción intensa.

Materiales:

Círculos de colores, fichas.

Desarrollo:

1. Identificación de emociones cotidianas.
2. Aplicación del semáforo emocional.
3. Estrategias para regular emociones.

Evaluación:

Autoevaluación emocional mediante fichas de colores.

SESIÓN 7. MINDFULNESS Y ATENCIÓN PLENA

Objetivo:

Desarrollar la capacidad de observar pensamientos y sensaciones sin juicio.

Contenidos:

- Principios del mindfulness (Barlow / Hayes).
- Atención al presente.

Dinámica:

“La pasa consciente”: los participantes comen una pasa lentamente observando textura, olor y sabor.

Materiales:

Pasas o galletas pequeñas.

Desarrollo:

1. Breve explicación del mindfulness.
2. Ejercicio guiado con respiración consciente.
3. Puesta en común sobre la experiencia.

Evaluación:

Reflexión oral sobre el ejercicio.

SESIÓN 8. ACEPTACIÓN Y TOLERANCIA AL MALESTAR

Objetivo:

Aprender a aceptar emociones difíciles sin evitarlas.

Contenidos:

- Evitación experiencial y aceptación (ACT).
- Tolerancia al malestar.

Dinámica:

“Las olas del mar”: imaginar las emociones como olas que suben y bajan mientras se dibuja la metáfora.

Materiales:

Hojas, lápices, música suave.

Desarrollo:

1. Explicación sobre aceptación emocional.
2. Ejercicio guiado con música.
3. Compartir reflexiones en grupo.

Evaluación:

Observación de participación y comprensión del concepto de aceptación.

SESIÓN 9. DIFUSIÓN COGNITIVA: YO NO SOY MIS PENSAMIENTOS

Objetivo:

Separar la identidad personal de los pensamientos ansiógenos.

Contenidos:

- Desfusión cognitiva (ACT).

Dinámica:

“Las hojas en el río”: visualización guiada donde los pensamientos se colocan en hojas que flotan río abajo.

Materiales:

Música relajante, guía de audio o voz del facilitador.

Desarrollo:

1. Explicación del concepto de desfusión.
2. Práctica guiada.
3. Comentarios finales.

Evaluación:

Autoevaluación sobre la utilidad del ejercicio.

SESIÓN 10. MIS VALORES Y LO QUE REALMENTE IMPORTA

Objetivo:

Conectar con los valores personales que dan sentido a la vida.

Contenidos:

- Clarificación de valores (ACT).
- Diferencia entre metas externas y valores internos.

Dinámica:

“Mi brújula vital”: cada participante elige tres valores y diseña un símbolo que los represente.

Materiales:

Cartulinas, marcadores, revistas para recorte.

Desarrollo:

1. Identificación de valores personales.
2. Diseño de la brújula vital.
3. Reflexión sobre cómo actuar coherentemente con los valores.

Evaluación:

Revisión del trabajo final y reflexión grupal.

SESIÓN 11. ACCIÓN COMPROMETIDA Y AFRONTAMIENTO

Objetivo:

Promover conductas coherentes con los valores a pesar de la ansiedad.

Contenidos:

- Acción comprometida (ACT).
- Exposición gradual (Beck).

Dinámica:

“Mi reto valiente”: los adolescentes eligen una pequeña acción que les genere ansiedad y diseñan un plan para afrontarla.

Materiales:

Fichas de planificación, cuaderno personal.

Desarrollo:

1. Presentación del concepto de afrontamiento.
2. Elaboración de un plan personal.
3. Compartir compromisos grupales.

Evaluación:

Revisión del plan de acción individual.

SESIÓN 12. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Objetivo:

Consolidar aprendizajes y estrategias de autocuidado.

Contenidos:

- Prevención de recaídas (Beck / ACT).
- Autoobservación y plan de mantenimiento.

Dinámica:

“Mi caja de herramientas emocionales”: el grupo elabora una lista de estrategias aprendidas para manejar la ansiedad.

Materiales:

Caja decorativa, tarjetas, marcadores.

Desarrollo:

1. Repaso de todas las estrategias aprendidas.
2. Elaboración de la caja de herramientas.
3. Cierre con reflexión grupal y entrega de diplomas.

Evaluación:

Autoevaluación final, escala de ansiedad post -intervención y mural de aprendizajes