



**Efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población con
diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso del municipio La Mesa**

Leidy Carolina Vanegas Duarte

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Vicerrectoría Regional Bogotá Sur

Sede: San Camilo

Programa: Especialización en Acondicionamiento físico y Coaching

Mayo de 2022

Efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población con diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso del municipio La Mesa

Presentado por

Leidy Carolina Vanegas Duarte

Asesor(a)

Catalina Gutiérrez Gómez

PhD (s) Ciencias del Movimiento Humano

Magister en Ciencias del Deporte

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Vicerrectoría Regional Bogotá Sur

Sede: San Camilo

Programa: Especialización en Acondicionamiento físico y Coaching

Mayo de 2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESEIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

A mi amigo Jefferson Peña psicólogo que, con sabiduría, paciencia, y compromiso me oriento en aquellos momentos donde no había camino a la vista.

Gracias Jeffer por tu tiempo y generosidad.

DEDICATORIA

Esta monografía la dedico a las personas diagnosticadas con ansiedad, que además
buscan una alternativa a tratamiento psicológico.

*Resumen Analítico Educativo RAE***1. Autores**

Leidy Carolina Vanegas Duarte

2. Director del Proyecto

Catalina Gutiérrez Gómez

3. Título del Proyecto

Efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población con diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso del municipio La Mesa

4. Palabras Clave

Coaching, activación física, ansiedad, Escala de Hamilton

5. Resumen del Proyecto

Introducción: el Coaching expresa una técnica de apoyo para integrar elementos que permita la potencialización de habilidades y destrezas del ser humano; para el siguiente proyecto se empleó como estrategia de maximizar el comportamiento de la población intervenida.

Objetivo: determinar el efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población con diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso del Centro de Alta Dependencia Física Mental o Cognitiva (C.A.D.F.M.C), del municipio La Mesa Cundinamarca.

Metodología: estudio cualitativo, de tipo descriptivo de corte longitudinal con un muestreo a conveniencia y la aceptación de la participación voluntaria por parte de los estudiados.

El proceso se realizó durante seis (6) fases de reconocimiento de la población, identificación del protocolo a generar, socialización del equipo multidisciplinario, aplicación de protocolos de bioseguridad, teniendo en cuenta que esta investigación se realizó con población de alta

vulnerabilidad y en estado de emergencia por causa del SARSCOV-II. La muestra fue formada por diez (N=10), siendo cuatro mujeres y seis hombres, seleccionados por el diagnóstico de ansiedad suministrado desde el área de psiquiatría del C.A.D.F.M.C.

Resultados: se pudo evidenciar los estados de ansiedad por medio de un estandarizado y validado Test de Hamilton, categorizando por género las características de la enfermedad, sus apariciones y principales características de cambio comportamental.

Conclusiones: la adhesión de la rutina de activación física permite generar una estrategia no invasiva pero efectiva de su control emocional. Así mismo, el control emocional permite disminuir los estados de ansiedad en la población intervenida.

6. Grupo y Línea de Investigación en la que está inscrita

Grupo: Transformación Educativa y Cambio Social

Línea: Didácticas Específicas

7. Objetivo General

Determinar el efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población con diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso del Centro de Alta Dependencia Física Mental o Cognitiva (C.A.D.F.M.C), del municipio La Mesa Cundinamarca.

8. Problemática: Antecedentes y pregunta de investigación

Los estudios realizados por la revista de la Escuela de administración de negocios Escuela de Administración de Negocios (EAN, 2008) determina la necesidad de identificar el Coaching como una estrategia de ayuda para potencializar las habilidades del ser humano y sobre ello, generar elementos para desarrollar mejores hábitos de actividad física y otras acciones con independencia de la vida cotidiana. Coaching personal lo que propone es identificar los aspectos

fuerzas y potenciar los que están por mejorar para una presunta mejor calidad de vida del sujeto.

Específicamente se buscaron estudios donde se establezca una relación entre la práctica del Coaching y la salud mental, encontrando solo una investigación que pretende “Llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre intervenciones, programas, experiencias e investigaciones que aborden la actividad física en un sentido amplio y terapias basadas en coaching para conocer la influencia en cuadros de depresión, asociado a diversos factores.”

¿Cuál es el efecto de un plan de Coaching aplicado en adultos diagnosticados con ansiedad, sobre los síntomas reportados en la escala de Hamilton?

9. Referentes conceptuales

La definición más generalizada de esta técnica “proviene del idioma inglés y del término coach, que en español significa preparador o entrenador, y es quien dirige y moviliza a los equipos deportivos hacia jornadas competitivas, para que mediante el establecimiento de interacciones e interrelaciones efectivas, roles, estructuras, valores, políticas, técnicas, profesión o exigencia internacional se sitúen en un ámbito más variado, y multifuncional” (Useche 2004, pág. 126).

Estudios que relacionan el coaching con temas cognitivos y psicológicos como la titulada Coaching: Una revisión teórica desde la Psicología, en donde su autora Alina Corbu tiene “la finalidad de conocer el concepto de coaching psychology, el procedimiento y los mecanismos que subyacen la temática” (Corbu 2016, p. 4) y quien realizó una revisión teórica sobre dicha técnica en la base de datos PsychINFO. Los resultados obtenidos muestran que la metodología del coaching utiliza y traslada elementos de otras disciplinas y que un mayor desarrollo, tanto empírico como práctico, es necesario. Adicionalmente, se presentan estudios que demuestran la eficacia del coaching y su contribución en el desarrollo de las personas (Corbu, 2016).

En la población adulta según un estudio realizado en España en el año 2009 se evidencio un 95% de mayor confianza de los adultos que practican actividad física con frecuencia respecto a los que practican esporádicamente es decir menos de tres veces por semana. Reflejándose así en una mejora en su bienestar y su calidad de vida. se puede presumir que la actividad física aporta niveles de bienestar propios para la salud mental. Moscoso y Moyano, 2009, pag. 105.

10. Metodología

Se desarrolló un estudio cualitativo, de tipo descriptivo con un muestreo a conveniencia y la aceptación de la participación voluntaria por parte de los estudiados.

El proceso se realizó durante seis (6) fases de reconocimiento de la población, identificación del protocolo a generar, socialización del equipo multidisciplinario, aplicación de protocolos de bioseguridad, teniendo en cuenta que esta investigación se realizó con población de alta vulnerabilidad y en estado de emergencia por causa del SARS-COV-II. La muestra fue formada por diez (N=10), siendo cuatro mujeres y seis hombres, seleccionados por el diagnóstico de ansiedad suministrado desde el área de psiquiatría del C.A.D.F.M.C.

11. Recomendaciones y Prospectiva

A partir de esta investigación se permite aportar al proceso de promoción de la salud mental empleando técnicas no invasivas como el Coaching, siendo un elemento de potencializar las capacidades funcionales, habilidades y destrezas de desarrollo personal y la toma de decisiones que realiza la persona.

12. Conclusiones

El Coaching por medio de talleres y sesiones individuales pueden favorecer el cambio de conducta de una persona solo si hay un seguimiento y un auto reporte por parte de los

participantes que a su vez encontraran herramientas en sí mismos para afrontar diferentes situaciones que se puedan presentar en su diario a nivel emocional, físico y cognoscitivo.

Este ejercicio de aplicación de Coaching permite evidenciar como se puede potencializar a una persona a alcanzar sus objetivos a través del acompañamiento de un coach y de motivación por parte del entrenado. Sin embargo, se requieren de estudios complementarios que permitan generar una asociatividad o un efecto causal, para trabajar a través de la motivación y evidenciar otros resultados.

Se evidencia mejoría en la sintomatología de la ansiedad debido a la capacidad de resiliencia de cada uno de los participantes ya que se mostraron perseverantes a pesar de sus altas y bajas en su estado anímico, adicional a ello fue positivo el cambio en hábitos en temas relacionados a su actividad física. Entre las cuales adoptadas rutinas de caminatas diarias

Entre lo más representativo está el hecho de que personas con patología de ansiedad que nunca habían realizado actividad física con acompañamiento reaccionaron de forma positiva progresivamente, encontrando una mayor satisfacción luego de alcanzar logros a corto plazo expresan un mayor gusto según lo expresaron en los talleres. Por ejemplo, alcanzar caminatas de corta y mediana duración genero satisfacción al ser reconocido su esfuerzo ante el grupo de participantes, se retroalimentaron con el fin que identificaran sus capacidades y mostraran sus avances en cuanto a las participaciones viéndose reflejado en la disminución de sus niveles de ansiedad y permitiéndose un cambio.

13. Referentes bibliográficos

Chamorro, L. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rat. Accelerating the world's research*, 493-499. <http://www.elsevier.es>

- Brandan, N., Llanos, I., Ruiz, D. Rodríguez, A. (2010). Hormonas catecolaminas Adrenales. Universidad Nacional del Nordeste.
- Corbu, A. *Coaching: Una revisión teórica desde la Psicología.* (2016). Universidad Jaume I. España.
- Guevara, A. (2020) *Coaching y Ejercicio Físico: Optimización de Resultados en Pacientes con Depresión.* Universidad de Almeria. España.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. D. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. DE C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. (3th ed.) México: McGraw-Hill
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Interamericana de editores S.A.
- Herriko, E. (2016). Actividad física saludable, bienestar psicológico y situación actual. País Vasco : Universidad del país Vasco.
- Jiménez, S., Pierard, S., (2021). *Ejercicio en dolor crónico y factores psicológicos. Revisión Sistemática.* Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Venezuela.
- Kleyn, M. (1948) *Sobre La Teoría De La Ansiedad Y La Culpa.* Klein, M. (1948). *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis, 235-251.*
- León, L., Morales D., Caridad, G., Rojas, R., (2017). El coaching deportivo como herramienta pedagógica para potenciar el compromiso motor en Educación Física. *Lecturas: Educación física y deportes, 22 (231), 1-24.*
- Lozano, L., (2008). *EL coaching como Estrategia para la formación de competencias profesionales.* Revista EAN, 127-144. Colombia.

Moscoso Sánchez, D. y Eduardo Moyano E. (coord). (2009). Deporte, salud

y calidad de vida. *Obra Social Fundación La Caixa*

https://saludpublica.cordoba.es/images/stories/documentos/lacixa_deporte_salud_calidad_vidavol26_sencer_es.pdf

O'Connor, J., Lages, A. (2004). *Coaching con PNL Guía práctica para obtener lo mejor de ti mismo y de los demás*. Barcelona: Harper Collins Publishers

Pérez, J., Castrillón, K. (S.f). Influencia del Coaching digital en la Actividad Física [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba].

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/5117/Perezpastranajheysson-Karinapatriciacastrillonespitia.pdf?sequence=1>

Ruiz, A., Ahumada, C., Hernández, L. (2020). *Epoc Y Calidad de vida Relacionada con la Salud: Una revisión narrativa*. Universidad Simón Bolívar. Venezuela.

Saz, P., Galvéz, J., Ortiz, M., Saz, S. Ejercicio físico. *Medicina Naturista*, 5 (1), 18-23. [Dialnet-EjercicioFisico-3401250.pdf](#)

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I., (2021) Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar*. 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (2015). *State-trait anxiety inventory for adults: Manual, instrument and scoring guide*. Mind Garden.

Useche, M. *El Coaching Desde Una Perspectiva Epistemológica* (2004). *Revista de Ciencias Sociales*, 125-132. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310509>

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	15
ÍNDICE DE FIGURAS.....	16
1 INTRODUCCIÓN.....	17
2 TÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN	19
2.1 MACRO CONTEXTO	19
2.2 MICRO CONTEXTO.....	20
3 TÍTULO 2. PROBLEMÁTICA.....	22
3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	22
3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
3.3 JUSTIFICACIÓN	25
4 OBJETIVOS.....	27
4.1 Objetivo general.....	27
4.2 Objetivos específicos	27
5 TÍTULO 3. MARCO REFERENCIAL.....	28
MARCO DE ANTECEDENTES	28
5.1 Antecedentes.....	28
6 MARCO TEÓRICO	30
6.1 COACHING UNA MIRADA CONCEPTUAL.....	30
6.2 ACTIVIDAD FÍSICA.....	33
6.3 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.....	33
6.4 ANSIEDAD	34
7 DISEÑO METODOLÓGICO	36
7.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	36
7.2 ALCANCES DE INVESTIGACIÓN.....	37
7.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
7.4 FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
7.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
7.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN.....	40

8	TÍTULO 5 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	41
9	TÍTULO 6. Conclusiones	55
10	TÍTULO 6. Prospectiva	57
	REFERENCIAS.....	58
11	ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado de ánimo ansioso.....	41
Tabla 2. Estado de tensión	42
Tabla 3. Temores.....	43
Tabla 4. Dificultad para dormir.....	44
Tabla 5. Intelectual - Cognitivo	45
Tabla 6. Estado de ánimo deprimido.....	46
Tabla 7. Síntomas somáticos generales.....	47
Tabla 8. Síntomas somáticos sensoriales	48
Tabla 9. Síntomas cardiovasculares	49
Tabla 10. Síntomas respiratorios.....	50
Tabla 11. Síntomas gastrointestinales.....	51
Tabla 12. Síntomas genitourinarios	52
Tabla 13. Síntomas autónomos	53
Tabla 14. Comportamiento en la entrevista	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Imagen 1 Mapa político departamento de Cundinamarca - Recuperado Abril de 2022 - Gobernación de Cundinamarca.....	20
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1 INTRODUCCIÓN

Durante diversos espacios de la historia, el ser humano ha buscado la posibilidad de encontrar las características que puedan determinar, cómo maximizar el potencial humano y cuáles son las características que se deben tener para conseguir todo aquello que se desea y se realiza. De esta manera, diferentes herramientas han aportado para encontrar esa respuesta; ya que algunos individuos no logran alcanzar este potencial y por el contrario pueden terminar viviendo experiencias de frustración, desánimo y desolación, que pueden hacer entender situaciones adversas de la vida y pueden materializarse en problemas de salud física y mental. Moscoso y Moyano, 2009, pag. 62

Para atender esta paradoja, han surgido desde hace varios años una serie de estrategias tomadas del paradigma deportivo, que facilitan el crecimiento personal y laboral, y que se enmarcan dentro lo que hoy se conoce como coaching. “El coaching proviene de la palabra francesa coach que significa carruaje, es decir un vehículo para transportar personas de un lugar a otro” (Lozano 2008, p. 128). Y coincide también con el vocablo inglés coach que significa entrenador, y en cualquiera de estos dos sentidos los procesos de coaching mantienen esa idea de servir de herramienta para llevar al ser humano desde un estado físico, laboral y mental a otro mejor, según los intereses y necesidades, o simplemente los sueños de quien inicia dicho proceso mediante la orientación de un entrenador o coach. “Es así como el coaching se ha convertido en una herramienta que aporta y contribuye al desarrollo de estrategias que favorecen el crecimiento personal y profesional de quienes se esfuerzan por conseguir proactivamente el éxito; por lo

tanto, este puede entenderse como un proceso integral que busca ayudar a las personas a producir resultados extraordinarios en sus vidas, carreras, negocios y organizaciones” (lozano 2008, pág. 128).

Así las cosas, la idea del presente proyecto es aplicar un plan de coaching a personas que puntuaron altos niveles de ansiedad al resolver la prueba de Hamilton; para tal fin, se trabajó mediante el coaching personal que “se ocupa de la vida de su cliente en todas sus dimensiones: vida privada, la profesión, la salud y las relaciones” (Connor y Lages, 2005, pág. 31).

Finalmente se espera que el uso del entrenamiento personal mediante un proceso de coaching aplicado a temas complejos como los trastornos emocionales o de la salud mental, comience a replicarse de forma más profunda y como alternativa o complemento a las técnicas actuales de medicación.

2 TÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN

El Coaching es una técnica que permite generar estrategias de desarrollo personalizado en un intercambio que permite relacionar su contenido con las necesidades **que** deben trabajar cada persona. Así mismo, el Coaching grupal son elementos de apoyo colaborativo que permite acompañar, fortalecer las relaciones interpersonales, contextualizando su desarrollo en personas adultos y puedan generar capacidad de adaptación, tener autocontrol y disciplina, autogestión, tenacidad, responsabilidad, curiosidad mental y otros elementos (León *et al.*, 2017)

2.1 MACRO CONTEXTO

Según la alcaldía del municipio de La Mesa se encuentra ubicado en el departamento de Cundinamarca de la Provincia del Tequendama a 54 kilómetros del suroeste de la ciudad de Bogotá. Esta ciudad es la más importante de la Provincia del Tequendama, actualmente el municipio tiene cerca de 32.000 habitantes, de los cuales 18.000 son habitantes del casco urbano.

El municipio de La Mesa limita con Cachipay, Quipile, Zipacón, Anapoima, El Colegio, Tena y Bojacá. Su altitud de la cabecera municipal es de 1.200 metros sobre el nivel del mar y su temperatura promedio es de 24° centígrados.



Imagen 1 Mapa político departamento de Cundinamarca - Recuperado abril de 2022 - Gobernación de Cundinamarca

2.2 MICRO CONTEXTO

El C.A.D.F.M.C. es un alojamiento especializado para tratar habitantes de calle con el fin de promover ayuda integral a los participantes en cuanto a su salud, alimentación, estadía, cubriendo las necesidades básicas de los sujetos, y educándolos en diferentes oficios, en aras de

brindar ayuda oportuna para que ellos encuentren al salir del programa una opción de vida diferente a deambular en las calles y prestando un servicios a la sociedad, para tal fin un equipo multidisciplinario compuesto por enfermeras, psiquiatría, psicología, fisioterapia, trabajo social entre otros buscan a través de los talleres fomentar cambios de comportamiento.

Por otra parte este centro funciona en una finca llamada las Gemelas ubicada en la vereda La Trinidad del municipio de la Mesa Cundinamarca. Está compuesto por dos alojamientos donde están organizados para pacientes crónicos femeninos y para pacientes crónicos masculinos. Cabe resaltar que la población que alberga este centro requiere asistencia psicológica constante debido a sus patologías mentales y físicas.

Misión Mesalud Limitada contribuye a un desarrollo humano y justo en la prestación de servicios de la salud, brindando promoción de la salud, protección integral como objetivo social con personal calificado y de alta calidad; que satisfagan las necesidades y respondan a la expectativas de la población cumpliendo los estándares de calidad con un uso honesto, transparente, ético, eficaz continuo y con alta participación ciudadana.

Visión Cundinamarca, una IPS, líder en la prestación de servicios de salud (primer y segundo nivel ambulatorio) con tecnología de punta, desarrollo humano sustentable, con altos estándares de calidad, excelencia en la atención, buscando siempre la mejora continua en la prestación de servicios de salud y protección social.

3 TÍTULO 2. PROBLEMÁTICA

3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En este momento reciben asistencia psicológica 10 personas adultas, entre los cuales se encuentran 4 mujeres y 6 hombres en edades entre los 33 y 62 años de edad residentes en un hogar de paso de acompañamiento para ex habitantes de calle, los cuales cuentan con apoyo multidisciplinario entre profesionales de fisioterapia, trabajo social, psicólogos y enfermeros donde se pretende fortalecer a los adultos en patrones de conducta de sana convivencia para volver a la sociedad con sus patologías mentales controladas.

Actualmente, el sedentarismo ha perjudicado a estas personas no solo por su condición física, donde presentan exceso de peso, sino también deterioro de su condición de ansiedad.

El hogar en el que se lleva a cabo el estudio tiene como nombre “Centro de Alta Dependencia Física Mental o Cognitiva” y que ahora en adelante se entenderá por su sigla **C.A.D.F.M.C. Se** logra establecer rutinas como higiene, aseo, y cumplen con rutinas ajustadas a diferentes horarios para recibir los alimentos, dormir y tomar su medicación.

De igual forma, efectúan talleres grupales con los profesionales donde comparten experiencias de vida, realizan artes manuales y desarrollan tareas didácticas para entretenimiento y ocio. Sin embargo, en algunos de los participantes no se evidencia la motivación por participar ni por mejorar su condición, ya que presentan constante irritabilidad, desánimo y apatía por realizar actividades que antes disfrutaban. Por consiguiente, el llanto,

insomnio e hipersomnias, son síntomas frecuentes en los sujetos que padecen el trastorno de ansiedad.

Como consecuencia de lo anterior, se propone que estos adultos deben llevar a cabo un plan de Coaching acompañado de actividad física que permita mitigar esta sintomatología mejorando con esto su condición física y mental.

La necesidad de esta investigación surge a partir de identificar la ansiedad como un común denominador en la población tratante del C.A.D.F.M.C y buscar herramientas alternativas a la terapia psicológica para que el sujeto logre incorporar hábitos saludables a través de un plan de Coaching personal, atenuar este trastorno mental y mejorar su condición de calidad de vida prospecto. Se aplica el test de Hamilton debido a que este elemento identifica la ansiedad y su intensidad debido a la medición de diferentes síntomas. Que puede presentar el sujeto en el desarrollo de esta patología. es importante contar con una medición con validez como lo otorga la escala de Hamilton para realizar un contraste de pre test y post test determinando así si hubo o no cambios comportamentales y mejoras en su sintomatología ansiosa.

3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de un plan de Coaching aplicado en adultos diagnosticados con ansiedad, sobre los síntomas reportados en la escala de Hamilton?

3.3 JUSTIFICACIÓN

Debe considerarse que el tipo de población descrita genera una necesidad de la adopción de hábitos y rutinas saludables, buscando la mejora continua a través de intervenciones psicológicas apoyadas en el Coaching, entre las cuales se recalca la actividad física con vigilancia y control, que buscan potencializar aquellas habilidades físicas y mentales que poseen cada uno de los adultos diagnosticados con ansiedad.

De acuerdo con estudios realizados a 200 mujeres sedentarias entre los 18 y 54 años de edad diagnosticadas con ansiedad y depresión en España se evidencio la incidencia de la actividad física como herramienta para mitigar la sintomatología de dichos trastornos psicológicos. (Ortega, 2008). De tal manera que, lo que se pretende con esta investigación es obtener información que permita identificar si la actividad física y el Coaching puede aliviar niveles de ansiedad, optimizando la autonomía funcional de la población, que cabe resaltar son totalmente dependientes en las actividades variadas que el centro programa viene realizando. Es así como una psicóloga tratante de esta población formula la iniciativa de implementar actividad física para mejorar la sintomatología propia de la ansiedad, ya que gracias a la liberación de endorfinas se generan sensación de bienestar.

Según Saz *et al.* (2011), la actividad física promueve beneficios tanto físicos como mentales, permitiéndole al sujeto mejorar su condición fisiológica y psicológica, ya que debido a los cambios de estilo de vida como son la televisión, la internet y las técnicas de poco movimiento, no realizan el gasto calórico adecuado y contribuyen al sobrepeso y desencadenan factores exteriores como trastornos típicos de la personalidad, entre ellos la ansiedad.

Actualmente la metodología es orientada en pro de la actividad física y dinámicas que buscan la conservación de habilidades motoras y la interacción con sus pares y el equipo interdisciplinario del centro, beneficiando el desarrollo social y físico de los cuatro (4) participantes con los cuales se ha trabajado durante ocho (8) semanas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar el efecto de un plan de Coaching para la activación física y mental en población diagnosticada con ansiedad en el hogar de paso "C.A.D.F.M.C" del municipio La Mesa Cundinamarca.

4.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar a la población a partir de instrumentos psicológicos y acompañamiento en la actividad física, junto a un equipo multidisciplinar
- Interpretar los niveles de ansiedad a través de la escala de Hamilton en la población adulta residente del hogar de paso C.A.D.F.M.C.
- Aplicar un plan de Coaching basado en el enfoque de esquemas mentales que permita generar la activación física desarrollada por medio de rutinas en la población adulta residente de un hogar de paso.

5 TÍTULO 3. MARCO REFERENCIAL

MARCO DE ANTECEDENTES

5.1 Antecedentes

Los estudios realizados por la revista de la Escuela de Administración de Negocios (EAN, 2008) determina la necesidad de identificar el Coaching como una estrategia de ayuda para potencializar las habilidades del ser humano y sobre ello, generar elementos que desarrollan mejores hábitos de actividad física y otras acciones con independencia de la vida cotidiana. El Coaching personal lo que propone es identificar los aspectos fuertes y potencializar los que están por mejorar, para una presunta mejor calidad de vida del sujeto.

Después de hacer la revisión documental, se hace evidente que lo reciente del tema en el hecho de que la mayoría de los artículos encontrados en los últimos cinco años pertenecen a trabajos presentados como requisito para la graduación de estudios de posgrado.

Específicamente se buscaron estudios donde se establezca una relación entre la práctica del Coaching y la salud mental, encontrando solo una investigación que pretende “Llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre intervenciones, programas, experiencias e investigaciones que aborden la actividad física en un sentido amplio y terapias basadas en coaching para conocer la influencia en cuadros de depresión, asociado a diversos factores.” (Guevara 2020, p. 2). Sin embargo, se diferencia con el presente estudio en que la variable dependiente aquí tratada es la depresión y su alcance se limita a la revisión documental sin intervención. Los autores encontraron en este estudio que “en todos los artículos se observaron,

en mayor o menor grado, disminuciones en los niveles de depresión, se aumentaron los niveles de actividad física y se produjeron mejoras en el estado de ánimo.” (Guevara 2020, p. 2).

En este mismo sentido de la relación entre el coaching y la salud, se encontraron evidencias donde se tiene en cuenta que es importante generar la exploración, análisis y exposición de la evidencia científica que genera una asociación a la funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Cruz, Sánchez y Hernpandez 2020, p. 2). Así mismo, el estudio determino el uso de diversas alternativas como la educación y coaching en salud parecen ser posibilidades que, en cierta medida, logran reducir el impacto de la enfermedad en diversas esferas del individuo desde la percepción, su balance emocional y el impacto que está puede representar en su vida (Cruz, Sánchez y Flórez 2020, p. 2).

Por otro lado, se encontraron estudios que relacionan el coaching con temas cognitivos y psicológicos como la titulada Coaching: Una revisión teórica desde la Psicología, en donde su autora Alina Corbu tiene “la finalidad de conocer el concepto de coaching psychology, el procedimiento y los mecanismos que subyacen la temática” (Corbu 2016, p. 4) y quien realizó una revisión teórica sobre dicha técnica en la base de datos PsychINFO. Los resultados obtenidos arrojan que la metodología del coaching utiliza y traslada elementos de otras disciplinas y que un mayor desarrollo, tanto empírico como práctico, es necesario. Adicionalmente, se presentan estudios que demuestran la eficacia del coaching y su contribución en el desarrollo de las personas (Corbu, 2016)

Finalmente se tiene el estudio de Jiménez y Pierard quienes hicieron una revisión sistemática con el objetivo de “analizar la evidencia disponible sobre el impacto de la práctica de ejercicio físico en los factores psicológicos de los pacientes con dolor crónico” (Jiménez y

Pierard 2021, p. 40). Ellos analizaron 14 estudios con práctica de coaching como parte de las estrategias para mitigar el dolor, y encontraron que “la práctica sistemática de actividad física es beneficiosa para mejorar el estado funcional, intensidad del dolor, movilidad, depresión, ansiedad, miedo al dolor, calidad del sueño y calidad de vida de forma general.” (Jiménez y Pierard 2021, p. 40). Este estudio puede en algún momento mitigar los síntomas de ansiedad que experimentan los participantes del objeto de estudio.

6 MARCO TEÓRICO

6.1 COACHING UNA MIRADA CONCEPTUAL

La definición más generalizada de esta técnica “proviene del idioma inglés y del término coach, que en español significa preparador o entrenador, o sea persona que dirige y moviliza a los equipos deportivos hacia jornadas competitivas, para que, mediante el establecimiento de interacciones e interrelaciones efectivas, roles, estructuras, valores, políticas, técnicas, profesión o exigencia internacional se sitúen en un ámbito más variado, y multifuncional” (Useche, 2004, pág. 126). Coherente con la definición anterior Zárate (2000), Coll (1998) y Salazar y Molano (2000) citados por Useche (2004) definen el coaching como “un proceso técnico de formación y desarrollo, basado en los objetivos organizacionales, enfocados al recurso humano a incrementar la motivación y satisfacción del personal, así como, elevar los niveles de eficacia y calidad de las actividades realizadas, servicios y productos elaborados, y requeridos por el mercado para satisfacer a los clientes y obtener mayores beneficios económicos”

Las estrategias de crecimiento o entrenamiento personal y vocacional que se han venido constituyendo como el paradigma coaching, nacen del interés empresarial por ser más competitivos con lo cual coinciden con el mundo deportivo; es así, que las empresas comienzan a adaptar este proceso de preparación que se usa en las competencias deportivas para de este modo ser más productivos y competentes en el mundo laboral. Lo anterior, lo evidencia Cook (2000) citado por Useche (2004), entiende que esta adaptación de las empresas mediante procesos del mundo deportivo “surge del reconocimiento de las insuficiencias de las organizaciones para poder integrarse adecuadamente a los desafíos del mercado, impulsándolas a expandir la capacidad de desempeño de los trabajadores y conferirles mayores espacios de autonomía para que logren comportamientos en los que demuestren sus mejores capacidades, así como, facilitar el proceso de adaptación de los trabajadores a los cambios internos y externos de manera eficiente”

Los resultados obtenidos de esta implementación de Coaching, han hecho populares las técnicas, multiplicándose en países y replicando las técnicas sobre otros temas personales y del bienestar psicológico.

En cuanto a las partes que integran el proceso Coaching, “Los actores principales están conformados por los coachees, es decir, la fuerza laboral que se desempeña en la organización y el coach, quién es el gerente-supervisor-entrenador” (Useche, 2004 pág. 127). En este sentido, el papel del entrenador o coach puede entenderse como “un acompañamiento o guía por lo que, en definitiva, el coach no es más que un profesional con

formación especializada y conocimientos de técnicas de ayuda que permiten crear un espacio de diálogo entre él y el coach (entrenado), un espacio de reflexión para mejorar”. (Lozano, 2008 pág. 129).

Esta persona debe tener unas competencias interpersonales y emocionales adecuadas para guiar a sus entrenados, busca sobre todo que aprendan a desarrollar habilidades y competencias internas, es decir cognitivas, más que pretender entrenar comportamientos o formas específicas de actuar en una situación particular. “En relación con el coaching, los conceptos de enseñanza y desarrollo de capacidades se refieren a lo que podríamos denominar juego interno de la actuación” (Lozano, 2008 pág. 130). Esta definición es ampliada por Lozano (2008) citando a Timothy Gallwey (1974, p 201) “*La esencia del juego interno consiste en prepararse mentalmente para actuar bien, es decir, está relacionado con nuestro enfoque mental a lo que estamos haciendo. Eso incluye la actitud, la seguridad en sí mismo y en el equipo, la capacidad para concentrarse eficazmente, tratar con las equivocaciones y con la presión para focalizar nuestro saber y hacer.*”

Finalmente, los procesos de coaching atienden a una necesidad de una parte de la humanidad por estar y sentirse bien en los aspectos básicos y socialmente compartidos como expectativas de vida y que generan frustración al no ser alcanzadas, como lo intuye el autor en el siguiente texto “La gente acude al coaching porque quiere ser feliz o más feliz. Quiere una vida satisfactoria llena de buenas experiencias. Queremos buenas relaciones y un trabajo con el que disfrutar y del que sentirnos orgullosos, en el que poder utilizar nuestros talentos y ganar dinero. (O’Connor y Lages, 2005 pág. 20).

6.2 ACTIVIDAD FÍSICA

Según S.Márquez (1995) es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que ejerce un desgaste de energía.

Prieto define como actividad física a todo movimiento en el cual gastamos energía durante el día, por ejemplo, caminar, bailar, jugar entre otros. Encontramos entre los beneficios de esta práctica un menor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad.

6.3 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

En la población adulta, según un estudio realizado en España en el año 2009 se evidenció un 95% de mayor confianza de los adultos que practican actividad física con frecuencia, respecto a los que practican esporádicamente, es decir, menos de tres veces por semana. Lo anterior, indica una mejora en su bienestar y su calidad de vida presumiendo así que la actividad física aporta niveles de bienestar propios para la salud mental. (Moscoso y Moyano, 2009, p.105).

Existen estresores psicológicos los cuales producen la ansiedad dichos estímulos que amenazan el estado actual del individuo o provocan un estado de anticipación (ansioso) aun cuando no representen una amenaza inmediata a las condiciones fisiológicas; necesitan ser procesados por la corteza cerebral antes de iniciar la respuesta al estrés y dependen en gran medida de experiencias previas. Por tanto, es importante tener en cuenta los beneficios que nos

brinda las catecolaminas ya que al ser reguladas pueden dar una respuesta efectiva ante la ansiedad.

6.4 ANSIEDAD

La ansiedad entendida como trastorno de la salud mental se presenta en la sociedad de manera más frecuente, es por ello que cada vez más personas acuden a consulta de profesionales buscando mitigar sus síntomas “constituyendo la ansiedad como una de las alteraciones psiquiátricas más comunes en la sociedad” (Chamorro, 2002).

Tras la búsqueda de soluciones que “Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad en la literatura psicológica” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003 p. 12), tal y como este trabajo pretende utilizar el Coaching para mitigar este tipo de alteraciones. Los estudios en ansiedad se remontan a principios de siglo XX cuando “Freud estableció la hipótesis de que la ansiedad surge de una transformación directa de la libido” (Klein 1948 p.1).

Por consiguiente, el concepto de ansiedad es utilizado frecuentemente por gran parte de la sociedad, casi que se podría decir que todos los seres humanos han sentido ansiedad en mayor o menor grado dependiendo de las diferencias individuales y del contexto. “El término ansiedad proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003 p.14), quienes en términos generales lo ha descrito como “La combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan, ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003 p.15).

En este punto es preciso mencionar que dicho estado de agitación o crisis se ha intentado medir a través de diferentes instrumentos entre los cuales encontramos el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), de Levitt (1967) citado por Sierra, Ortega y Zubeidat, (2003).

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (E) y la ansiedad como rasgo (R). La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad; por otro lado, la ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E). (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).

En relación la escala reconocida para medir los síntomas de ansiedad es la Hamilton Anxiety Rating (HARS). Esta una escala de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Al aplicar esta escala el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas. En su versión original, la escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas y es frecuentemente utilizada en la evaluación clínica de dicho trastorno. (Chamorro, 2002). Por lo cual esta última es utilizada para el presente estudio.

7 DISEÑO METODOLÓGICO

En el siguiente apartado, se expone el enfoque de investigación de corte cualitativo aplicado en este estudio, el cual indica que corresponde a un ejercicio de tipo interpretativo, que involucra la obtención de información a partir de lo expresado por los adultos que participaron como agentes activos

7.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Se precisa que el enfoque cualitativo corresponde a un ejercicio que consiste en adentrarse directamente en la vida diaria de los adultos seleccionados para caracterizar su nivel en la Escala de Ansiedad de Hamilton, desde la interpretación de los sujetos que reportan su autopercepción en cada uno de los 14 síntomas que abarca dicha escala, para “obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 8); además, el enfoque cualitativo también legitima e incluye la interpretación que hace el investigador, de dichas percepciones reportadas por los sujetos, ya que en este enfoque “la "realidad" se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias "realidades", por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos” (Hernández, et al. 2006, p. 9).

Finalmente, la aproximación de los conceptos como el de la ansiedad y del impacto de un plan de coaching a través de la interpretación de las percepciones de los sujetos de estudio, es también otra de las características del enfoque Cualitativo que “se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones” (Hernández, et al. 2006, p.9), que para

este ejercicio son la de los adultos del centro de alta dependencia física, mental o cognitiva de la Mesa Cundinamarca.

7.2 ALCANCES DE INVESTIGACIÓN

Este estudio presenta el reto de establecer el impacto que tiene un plan de coaching sobre los síntomas de ansiedad y la directa relación con actividad física en un grupo de adultos del centro de alta dependencia de La Mesa, con lo cual se establece la posible fenómeno entre categorías, configurando el presente estudio como de enfoque descriptivo ya que, como Hernandez,S.(2003, p. 117), cita a (Danhke, 1989) “Estudios de alcance Descriptivos: buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”.

7.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De igual forma, la investigación pretender encaminar a otro enfoque de investigación como el crítico social, este demuestra que los participantes adoptan una rutina de actividad física que permitirá ayudar a identificar los niveles de ansiedad, por lo que se cree que el impacto social será significativo en estas personas. Lo anterior, lo reafirma, Ortiz (2015, p. 19), recogiendo las teorías de Popkewitz (1988, p. 75) que a su vez, cita a Mateo, el cual expresa que este” tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas” . Dichas transformaciones sociales dan a conocer las realidades prácticas de la sociedad y lograr una autorreflexión y autonomía de los implicados.

7.4 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Las fases de la investigación expresan el procedimiento desarrollado para obtener la información; de esta manera se genera una síntesis del proceso desarrollado:

- Fase 1: como primera medida se analizan los componentes propuestos a trabajar y de esta manera se hace la elección del tema a tratar, siendo seleccionada la ansiedad, representando el trastorno psicológico más frecuente en la población que se asiste en el CDADFMC. Este proceso se puede identificar a través de la aplicación de la escala de Hamilton que valora específicamente este trastorno.
- Fase 2: se presentó y explicó el instrumento a los posibles participantes, los que aceptaron voluntariamente continuar con el proceso respondieron el test en un promedio de tiempo de 40 minutos. Se generan aclaraciones de preguntas o elementos que no sean claros para los participantes para desarrollar una actividad transparente a la interpretación.
- Fase 3: se realizó la debida interpretación de la prueba obteniendo los resultados. En este espacio, se logra identificar las escalas y principales comportamientos de la ansiedad en cada uno de los participantes.
- Fase 4: a partir de los resultados, se realiza un plan donde se abordan diferentes temas enfocados en **Coaching**, de hábitos sedentarios por la activación física; así mismo se realizan talleres de fortalecimiento para generar destrezas en la resiliencia y auto concepto durante el plan.
- Fase 5: bajo los parámetros emitidos por la legislación colombiana, el C.D.A.D.F.M.C y entes gubernamentales locales, se acatan las disposiciones para mitigar los efectos del SARSCOV-II, planteando el trabajo con rutinas de

actividad física y terapias grupales desde el Coaching con los 10 adultos participantes durante 8 semanas comprendidas entre los meses de agosto y septiembre 2021. De esta forma, se realiza un cierre donde se explica que desarrollaran nuevamente el instrumento con el fin de contrastar con los primeros resultados y que se realizará una retroalimentación de manera personalizada.

- Fase 6: se identifican los factores para conocer si se presenta una incidencia de la aplicación de actividad física y del Coachig para la sintomatología de la ansiedad de los adultos participantes para este estudio.

7.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

El C.A.D.F.M.C. está ubicado en zona rural del municipio de La Mesa Cundinamarca, en la vereda Trinita. En su sede principal conviven 150 adultos de los cuales 52 son mujeres y 98 son hombres con edades comprendidas entre los 33 y los 62 años y distribuidos en dos bloques separados por género únicamente para dormir.

Lo anterior, por tratarse de un método de trabajo con personas, se tuvo en cuenta que” Hernández, Fernández & Baptista (2006), “la muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera, sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia” (p.362).

De esta manera, se ha determinado que la muestra para la presente investigación este conformada por 10 sujetos, cuatro mujeres y seis hombres, seleccionados por el diagnóstico de ansiedad suministrado desde el área de psiquiatría del C.D.A.D.F.M.C., a quienes se les aplicará

el instrumento de recolección de información: escala de Hamilton. Quienes participaron de manera libre y voluntaria recibiendo el consentimiento informado por cada uno de ellos, los participantes diligenciaron la escala de Hamilton de manera presencial, con el objetivo de evaluar su grado de ansiedad, los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, estar diagnosticados con algún tipo de ansiedad, tener nacionalidad colombiana estar residiendo en C.D.A.D.F.M.C. Al mismo tiempo, los participantes debían indicar si estaban de acuerdo en participar en el estudio y si deseaban continuar avanzaríamos con el proceso, se informó a los que continuaron que la información suministrada por ellos sería de carácter confidencial y anónimas para uso académico. La participación fue libre y voluntaria.

7.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

La técnica de recolección fue la aplicación del instrumento la Escala de Hamilton donde reposan 14 ítems que miden los niveles y la intensidad de los síntomas de la ansiedad partiendo de leve a muy grave, puntuando desde cero a cuatro respectivamente. Este instrumento tiene como finalidad determinar el grado de ansiedad del sujeto.

8 TÍTULO 5 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Durante el proceso de intervención se generó la aplicación del Test de Hamilton, el cual determina la ansiedad desde diversas áreas y descriptores por cada enunciado. En la tabla 1 se verifican los resultados del estado de ánimo.

- **Estado de ánimo ansioso:** el instrumento verifica en este apartado las preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	1	2	3	0
		Post-test	0	2	2	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	2	2	0	0
		Post-test	0	2	2	

En este ítem se puede verificar que la preocupación mejoro en el caso ambos géneros, estado anímico ansioso generado por la aprensión e irritabilidad se vio disminuido luego del proceso de intervención terapias de relajación como danza terapia y acompañamiento con el Coaching personal. De esta manera, estudios realizados como Cordero y Solano (2010) y Barbosa y Urrea (2018), quienes determinan que el aumento de la autoconfianza, sensación de bienestar y mejora del funcionamiento cognitivo se puede generar gracias a la actividad física. Así como también, se

puede evidenciar un cambio en patrones de conducta que permiten al sujeto a través de la adopción de hábitos saludables potencializar su autocontrol y autoestima, factores esenciales para hacer frente a la ansiedad trastorno mental y a otras patologías que involucran las emociones como el estrés y la depresión.

- **Tensión:** el instrumento verifica la sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

Tabla 2. Estado de tensión						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	1	2	3	0
		Post-test	0	2	3	1
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	2	2	0	0
		Post-test	0	2	2	0

En el pre test se evidencia que la población presenta imposibilidad de relajarse y generan reacciones con sobresalto, desarrollando un llanto facilitado y temblores por su estado emocional.

El estudio realizado por Cordero y Solano (2010) coincide en los resultados obtenidos en este proceso, donde la sensación de tensión, imposibilidad de relajarse y llanto, reflejan una mejoría, tanto en hombres como en mujeres, pasando de muy grave a moderado; esto también se percibe en su comportamiento conductual menos demandante. Con respecto al llanto, se muestran más relajados en las actividades que realizan en el centro y participan de las mismas con frecuencia de manera voluntaria.

- **Temores:** este apartado del test indaga por los temores a la oscuridad, lo desconocido, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

Tabla 3. Temores						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	3	1	2	0
		Pos-test	0	2	2	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	3	1	0	0
		Pos-test	0	0	2	2

La revisión generada por Delgado, Mateus, y Rincón (2018), permite identificar que los temores son generados por situaciones traumáticas, recuerdos nocivos y altercados vividos, Por ello, durante la intervención se trabajó en desarrollar actividades que brindaran garantías para el desarrollo de la confianza para poder asimilar los temores a la oscuridad, quedar solo y a socializar por parte de la población masculina. Las actividades que se realizaron enfatizaron en el proceso de trabajo cooperativo y colaborativo, brindando herramientas de socialización al entorno y generando estrategias de confianza para superar los temores. Al finalizar el proceso, los temores muy graves desaparecieron en la población. Así mismo, en el grupo de las mujeres se identificó una asociación a los temores desde el tránsito, animales grandes y multitudes. Sin embargo, se involucran más en las dinámicas grupales y aún persisten miedos a la oscuridad intermitentes.

- **Dificultad para dormirse:** este apartado del test indaga por la sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

Tabla 4. Dificultad para dormir						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	2	0	2	2
		Pos-test	0	2	2	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	2	2	0
		Pos-test	0	2	2	0

Múltiples beneficios se han desprendido de generar rutinas de ejercicio, de este modo Olmedilla y Ortega (2012), realizaron un programa de actividad física en adultos mayores que presentaban insomnio severo, generando estrategias de control para el sueño y un mejor espacio de recuperación para ellos. En este estudio, se evidencia que los hombres presentan una mejoría en la calidad de sueño al dormir, y al despertar, describen sentir que descansaron, condición que en las mujeres se mantuvo con los niveles moderado y leve; sin embargo, las damas refieren sentir que descansaron y participan de las rutinas de aseo e higiene a las horas adecuadas al despertar, así como adecuadas acciones de independencia al tomar el baño corporal y cepillado de dientes. Situación que no se presentaba antes debido a que preferían continuar durmiendo por su estado ansioso que no les permitía descansar.

- **Intelectual - cognitivo:** este apartado del test indaga por las características y dificultades para concentrarse, mala memoria.

Tabla 5. Intelectual - Cognitivo						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	2	2	2	0
		Pos-test	0	2	2	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	4	0	0
		Pos-test	0	0	2	2

En el aspecto intelectual se evidencio en los hombres una mayor facilidad para identificar objetos, imágenes y oraciones textuales, con las cuales entrenan su memoria a corto plazo. No obstante, se emplearon estrategias como juegos y rondas en la intervención para aportar a este proceso. De esta manera, se mostraron más concentrados en tareas que implican detalle tales como figuras con plastilina y dibujos de las lecturas que se les realizan.

Las mujeres mostraron un avance en las actividades que comprometen concentración y memoria, resaltando que debido a la motivación y el trabajo de Coaching personal se permitieron comprometer con las dinámicas propuestas. De este modo, los resultados encontrados son concordantes con el estudio generado por Candell, Olmedilla y Blas (2008); quienes asociaron actividades rutinarias, repetitivas y de participación en su población para incentivar a la memorización y actividad cognitiva en mujeres diagnosticadas con depresión y ansiedad.

- **Estado de ánimo deprimido:** este ítem del test verifica por las características de depresión como la pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

Tabla 6. Estado de ánimo deprimido						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	0	4	2	0
		Post-test	0	1	2	3
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	4	0	0
		Post-test	0	2	2	0

El estado anímico deprimido permitió verificar los elementos que generan los cambios emocionales, por lo que los hombres se evidencian mejores cambios de humor, mostrando estabilidad emocional al momento de realizar actividades de ocio, como la activación física y entretenimiento o ver televisión o películas; especialmente en ellos no se experimentó un despertar prematuro, permitiendo observar, un lenguaje no verbal empático y social con sus pares.

No obstante, las mujeres se mostraron estables emocionales, referían disfrutar las actividades al aire libre y no hubo cambios significativos en los patrones de sueño. Por esta razón, las mujeres fueron las principales alicientes entre sus pares, incentivando para participar en las actividades físicas propuestas tales como danza terapia.

Estos resultados relacionan Candell, Olmedilla y Blas (2008) generaron cambios en el control emocional en mujeres adolescentes con depresión y ansiedad, permitiendo tener una mayor independencia de las actividades y motivación ante estas, que desarrollan en su quehacer.

7. **Síntomas somáticos generales:** este elemento del test permite verificar sensaciones relacionadas a los dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

Tabla 7. Síntomas somáticos generales						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	3	1	2	0
		Pos-test	0	4	2	0
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	3	1	0
		Pos-test	0	0	3	1

Los síntomas musculares en los hombres luego de rutinas de actividad física de cuarenta y cinco (45) minutos con intensidad de cuatro (4) veces por semana, las cuales inicialmente produjeron dolencias en especial de las extremidades; pero que al cabo del tiempo refirieron de forma gradual en las siguientes ocho (8) semanas que presentaban mejoría en ese aspecto. En este mismo sentido, las mujeres mostraron un notorio cambio; ya que no referían dolor al momento de terminar la actividad física al tiempo que referían más tiempo para las actividades como caminatas, ocio y otras de activación que anteriormente hacían con mayor esfuerzo.

8. **Síntomas somáticos sensoriales:** este factor del test permite identificar sensaciones relacionadas a zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

Tabla 8. Síntomas somáticos sensoriales						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	1	2	3	0
		Post-test	0	1	2	3
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	2	2	0
		Post-test	0	0	2	2

Concretamente, una de las estrategias a generar en este trabajo es usar el Coaching como herramienta para que la población pudiera adoptar hábitos de actividad física y generar beneficios para su salud física y mental. De esta manera, los hombres manifestaron menor sintomatología somática en cuanto a que apreciaban como leve las diferentes manifestaciones especialmente las sensaciones de hormigueo, escalofríos y sensación de debilidad por otra parte las mujeres refirieron alivio en la sintomatología y atribuyeron dicho avance debido a que participaban de terapias de relajación y la actividad física propuestas.

De esta manera, frente a los síntomas somáticos generales y sensoriales para su ejecución en los lineamientos de la activación física se determinaron y tuvieron en cuenta las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), sobre los determinantes para la actividad física y hábitos sedentarios donde, determinan realizar entre ciento cincuenta (150) a trescientos (300)

minutos de actividad física moderada o baja de forma semanal; también, se puede expresar en setenta y cinco (75) o ciento cincuenta (150) minutos de actividad física vigorosa a la semana.

9. **Síntomas cardiovasculares:** este elemento del test permite identificar sensaciones relacionadas a la taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

Tabla 9. Síntomas cardiovasculares						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	0	2	2	2
		Pos-test	0	0	4	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	2	2	0
		Pos-test	0	0	2	2

En el proceso de evaluación en su primer momento, verificó que algunos hombres presentaban sintomatología cardiovascular grave y debido a la actividad física generada con frecuencia ajustes en diversos elementos de sus hábitos de vida, como la asociación, nutrición, entre otros de los aspectos de su vida. Además, los hombres expresaron sentir mejoría en la taquicardia y palpitaciones. En estas mismas circunstancias, las mujeres generaron un mejor manejo de los síntomas de aceleración de la frecuencia cardíaca, diferente a lo percibido en el inicio del estudio.

La Universidad del País Vasco (2016), en su estudio resaltó los beneficios psicológicos, cognitivos y mentales que produce la actividad física, especialmente cuando presenta frecuencia, duración e intensidad adecuada a las necesidades de la población.

10. **Síntomas respiratorios:** este espacio del test consulta sobre las sensaciones respiratorias asociadas a la opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

Tabla 10. Síntomas respiratorios						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	0	2	2	2
		Post-test	0	4	2	0
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	1	3	0
		Post-test	0	0	4	0

Dentro de las estrategias emitidas en la intervención de este proceso, se resalta el acompañamiento multidisciplinario, en la cual se generaban estrategias de promoción y prevención desde terapias de relajación, por lo cual se identificó una mejora de los síntomas relacionados con la sensación de ahogo y suspiros en la población de varones. Sin embargo, entre las mujeres se refiere una disminución en síntomas de disnea para quienes estuvieron un poco más participativas en los procesos de activación física y en las terapias donde se hizo énfasis en las técnicas de respiración.

De esta manera, La Universidad del País Vasco (2016), estudio que generó aportes sobre los cambios no solo en aumento de gasto calórico, sino en los elementos asociados a los hábitos

de vida saludable, donde el descanso a través del sueño permite generar mejores indicadores del proceso desarrollado.

11. **Síntomas gastrointestinales:** este ítem del test identifica las sensaciones asociadas a la ingesta alimenticia a través de la dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

Tabla 11. Síntomas gastrointestinales						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	2	0	2	2
		Pos-test	0	2	4	0
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test		2	2	0
		Pos-test	0	0	4	0

Respecto a la sintomatología gastrointestinal, los hombres manifestaron mejoría en cuanto al estreñimiento, teniendo en cuenta que se generó una estrategia por parte del trabajo interdisciplinario que se sugirió para disminuir la ingesta de carbohidratos. Así mismo, en el plan de Coaching se permitió avanzar en el nivel del estado físico; así mismo en las actividades físicas hubo mayor ingesta de agua que puede atribuirse a este resultado. Por otra parte, las mujeres refirieron mejora en sus síntomas gastrointestinales, debido a los cambios en sus hábitos y la

disminución de los estados ansiosos y temerosos, lo cual les generaba un aumento en la ingesta excesiva de golosinas que utilizaban para mitigar los picos de ansiedad.

- **Síntomas genitourinarios:** este descriptor del test identifica las sensaciones asociadas a la micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

Tabla 12. Síntomas genitourinarios						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	1	2	3	0
		Pos-test	0	2	4	0
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	0	4	0
		Pos-test	0	0	2	2

Los hombres manifestaron que debido a las estrategias que desarrollaron en sus cambios de hábitos les permitió aumentar su gasto energético, generar mejores hábitos de su sueño para que fuese más placentero, esto permitió que su proceso de micción fuera más controlado, retrasado, en comparación de las sensaciones generadas antes del estudio. Así mismo, atribuían que los días que no practican actividad física como los fines de semana regresaba la sensación de micción constante en las noches, de ese modo, las mujeres por su parte manifestaron mejoría tanto en la micción urgente como en disminución en menorragia. Ninguno de los participantes compartió posibles cambios en frigidez, eyaculación precoz y cambios en su salud sexual.

- **Síntomas autónomos:** este descriptor del test identifica las sensaciones asociadas boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta).

Tabla 13. Síntomas autónomos						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	2	0	2	2
		Post-test	0	2	2	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	2	2	0
		Post-test	0	2	2	0

Esta sintomatología obtuvo un cambio significativo en hombres debido a su disminución caso contrario a las mujeres quienes no presentaron mayor relevancia y expresaron continuar con sus síntomas autónomos. El dolor de cabeza es la sintomatología más común de las damas, a veces los presentaban durante la activación física. Por lo cual se realizaban pausas hasta lograr su normal funcionamiento.

Finalmente, el descriptor que analiza el comportamiento en la entrevista: de su expresión corporal en las entrevistas: tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial, tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas

enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

Tabla 14. Comportamiento en la entrevista						
Hombres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	6	Pre-test	0	2	2	2
		Post-test	0	0	4	2
Mujeres	N	Valoración	Muy grave	Grave	Moderado	Leve
	4	Pre-test	0	0	2	2
		Post-test	0	0	2	2

La dinámica en la cual se desarrolló la entrevista fue personal, se mostraron cambios significativos en los hombres, ya que presentaron menor tensión al responder y se mostraron más relajados con las retroalimentaciones del proceso. Su lenguaje verbal se mostró más empático que al inicio del estudio, por su parte las mujeres mantuvieron su comportamiento asertivo y se limitaron a responder sin mayores cambios en su discurso coherente tranquilo, se observó una mejora en su lenguaje no verbal en cuanto a que ya hubo contacto visual y pausa al hablar, diferente, respecto al inicio del proceso.

9 TÍTULO 6. Conclusiones

El Coaching por medio de talleres y sesiones individuales pueden favorecer el cambio de conducta de una persona, solo si hay un seguimiento y un auto reporte por parte de los participantes, que a su vez busquen herramientas en sí mismos para afrontar diferentes situaciones que se puedan presentar en su diario vivir a nivel emocional, físico y cognoscitivo.

Este ejercicio de aplicación de Coaching, permite evidenciar como se puede potencializar a una persona a alcanzar sus objetivos a través del acompañamiento de un coach y de motivación por parte del entrenador. Sin embargo, se requieren de estudios complementarios que permitan generar una asociación o un efecto causal, para trabajar a través de la motivación y evidenciar otros resultados.

Se evidencia mejoría en la sintomatología de la ansiedad, debido a la capacidad de resiliencia de cada uno de los participantes, ya que se mostraron perseverantes a pesar de sus altas y bajas en su estado anímico, adicional a ello fue positivo el cambio en hábitos en temas relacionados a su actividad física, entre las cuales adoptan rutinas de caminatas diarias.

Finalmente, lo más representativo es el hecho de que cada persona con patología de ansiedad que nunca habían realizado actividad física con acompañamiento, reaccionaron de forma positiva y progresivamente, encontrando una mayor satisfacción luego de alcanzar logros a corto plazo expresan un mayor gusto según lo expresaron en los talleres. Por ejemplo, alcanzar caminatas de corta y mediana duración genero satisfacción al ser reconocido su esfuerzo ante el grupo de participantes, se retroalimentaron con el fin que identificaran sus capacidades y mostraran sus

avances en cuanto a las participaciones viéndose reflejado en la disminución de sus niveles de ansiedad y permitiéndose un cambio.

10 TÍTULO 6. Prospectiva

Este estudio permite aportar un referente ante el uso del Coaching como herramienta para la potencialización de las habilidades y destrezas de los seres humanos; sin embargo, sería interesante implementar este tipo de estudios aplicando otras herramientas en poblaciones con patologías relacionadas a otras manifestaciones mentales como la depresión, esquizofrenia y Trastorno Obsesivo Compulsivo; ya que permitiría una alternativa complementaria a tratamientos psicológicos.

REFERENCIAS

- Chamorro, L. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rat. Accelerating the world's research, 493-499.* <http://www.elsevier.es>
- Brandan, N., Llanos, I., Ruiz, D. Rodríguez, A. (2010). *Hormonas catecolaminas Adrenales.* Universidad Nacional del Nordeste.
- Corbu, A. *Coaching: Una revisión teórica desde la Psicología.* (2016). Universidad Jaume I. España.
- Guevara, A. (2020) *Coaching y Ejercicio Físico: Optimización de Resultados en Pacientes con Depresión.* Universidad de Almeria. España.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. D. (2010). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. DE C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación.* (3th ed.) México: McGraw-Hill
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación.* México: Interamericana de editores S.A.
- Herriko, E. (2016). *Actividad física saludable, bienestar psicológico y situación actual.* País Vasco : Universidad del país Vasco.
- Jiménez, S., Pierard, S., (2021). *Ejercicio en dolor crónico y factores psicológicos. Revisión Sistemática.* Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Venezuela.
- Kleyn, M. (1948) *Sobre La Teoría De La Ansiedad Y La Culpa.* Klein, M. (1948). *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis, 235-251.*

- León, L., Morales D., Caridad, G., Rojas, R., (2017). El coaching deportivo como herramienta pedagógica para potenciar el compromiso motor en Educación Física. *Lecturas: Educación física y deportes*, 22 (231), 1-24.
- Lozano, L., (2008). *EL coaching como Estrategia para la formación de competencias profesionales*. Revista EAN, 127-144. Colombia.
- Moscoso Sánchez, D. y Eduardo Moyano E. (coord). (2009). Deporte, salud y calidad de vida. *Obra Social Fundación La Caixa*
https://saludpublica.cordoba.es/images/stories/documentos/lacixa_deporte_salud_calidad_vidavol26_sencer_es.pdf
- O'Connor, J., Lages, A. (2004). *Coaching con PNL Guía práctica para obtener lo mejor de ti mismo y de los demás*. Barcelona: Harper Collins Publishers
- Pérez, J., Castrillón, K. (S.f). Influencia del Coaching digital en la Actividad Física [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba].
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/5117/Perezpastranajheysson-Karinapatriciacastrillonespitia.pdf?sequence=1>
- Ruiz, A., Ahumada, C., Hernández, L. (2020). *Epoc Y Calidad de vida Relacionada con la Salud: Una revisión narrativa*. Universidad Simón Bolívar. Venezuela.
- Saz, P., Galvéz, J., Ortiz, M., Saz, S. Ejercicio físico. *Medicina Naturista*, 5 (1), 18-23. [Dialnet-EjercicioFisico-3401250.pdf](#)
- Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I., (2021) Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar*. 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (2015). *State-trait anxiety inventory for adults: Manual, instrument and scoring guide*. Mind Garden.

Useche, M. *El Coaching Desde Una Perspectiva Epistemológica* (2004). Revista de Ciencias Sociales, 125-132. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310509>
<https://www.lamesa-cundinamarca.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>

11 ANEXOS

Anexos	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	Mujeres Resultados
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD						
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	0	2	0	2	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron muy grave
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	0	3	0	1	3 mujeres respondieron moderado 1 mujer respondió muy grave
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales	0	0	2	1	1	2 mujeres respondieron moderado,

grandes, al tráfico, a las multitudes.						1 respondió grave , 1 muy grave
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	2	2	0	0	2 mujeres respondieron leve,2 moderado.
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	0	0	2	2	2 mujeres respondieron grave, 2 mujeres respondieron muy grave
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	0	2	0	2	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron muy grave.

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	1	1	2			1 mujer respondió ausente, 1 leve, 2 moderado.
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	3	0	0	1	3 mujeres respondieron leve, 1 muy grave.
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	0	2	0	2	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron muy grave
10. Síntomas	0	3	0	0	1	3 mujeres

respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea							respondieron leve, 1 muy grave.
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	0	2	1	1		2 mujeres respondieron moderado, 1 respondió grave , 1 muy grave
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea,	0	0	2	1	1		2 mujeres respondieron moderado,

menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.						1 respondió grave , 1 muy grave
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	0	2	0	2	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron muy grave
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido,	0	0	2	1	1	2 mujeres moderado, 1 grave , 1 muy grave

<p>cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>						
<p>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</p>	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	Hombres Resultados
<p>1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación</p>	0	0	3	2	1	3 hombres respondieron moderado, 1 hombre

temerosa), irritabilidad						respondió muy grave.
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	0	3	2	1	3 hombres respondieron moderado, 1 hombre respondió muy grave.
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	0	2	1	3	2 hombres respondieron moderado, 1 respondió grave , 3 muy grave
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	2	2	0	2	2 hombres respondieron leve,2 moderado,2 muy grave.
5. Intelectual (cognitivo)	0	0	2	2	2	2 hombres

Dificultad para concentrarse, mala memoria.						respondieron moderado, 2 grave, 2 muy grave.
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	0	2	0	4	2 hombres respondieron moderado 4 hombres respondieron grave, muy grave.
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	0	2	1	3	2 hombres respondieron moderado, 1 respondió grave , 3 muy grave
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y	0	0	3	2	1	3 hombre respondieron moderado, 2grave, 1muy

escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.							grave.
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	0	2	2	2	2	2 hombres respondieron moderado, 2 hombres respondieron grave,2 muy grave
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	2	2	0	2	2	2 hombres respondieron leve,2 moderado,2 muy grave.
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de	0	2	2	0	2	2	2 hombres respondieron leve,2 moderado,2 muy grave.

estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.						
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	0	2	1	1	2 hombres respondieron moderado, 1 respondió grave , 1 muy grave
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	2	2	0	2	2 hombres respondieron leve,2 moderado,2 muy grave.

<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics</p>	0	2	2	1	1	<p>2 hombre leve, 2 hombres moderado, 2 grave ,</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------

en los párpados.						
------------------	--	--	--	--	--	--

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	A	L	M	G	M	Mujeres Resultados
	u	e	o	r	u	
	s	v	d	a	y	
	e	e	e	v		
	n	r	e	g		
	t	a	r			
	e	d	a			
		o	v			
			e			
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	2	2	0	0	2 mujeres respondieron leve 2 mujeres respondieron moderado
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	3	1	0	0	3 mujeres respondieron leve 1 mujeres respondieron moderado
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	3	0	0	3 mujeres respondieron moderado, 1 respondió leve ,

4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	4	0	0	0	4	mujeres respondieron leve.
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	0	2	2	0	2	mujeres respondieron moderado y 2 grave.
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	0	2	2	0	2	mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron grave.
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	2	2	0	0	2	mujeres respondieron leve 2 mujeres respondieron moderado
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	3	1	0	0	3	mujeres respondieron leve 1 mujeres respondieron moderado
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	3	0	0	3	mujeres respondieron moderado, 1 respondió leve ,

10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	4	0	0	0	4 mujeres respondieron leve.
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	0	2	2	0	2 mujeres respondieron grave, 2 moderado.
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	2	2	0	0	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron leve.
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	0	2	2	0	2 mujeres respondieron moderado 2 mujeres respondieron grave
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.	0	1	2	1	0	2 mujeres moderado, 1 grave , 1 leve

<p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
<p>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</p>	A	L	M	G	<p>Hombres Resultados</p>
	u	e	o	r	u
	s	v	d	a	y
	e	e	e	v	
	n	r	e	g	
	t	a	r		

	e	d	o	a	v	e	
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	3	3	0	0	3	hombres respondieron moderado, 3 hombres respondieron leve.
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	3	2		3	hombres respondieron moderado, 2 hombres grave , 1 leve.
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	2	2	2	0	2	hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	3	2	1	0	3	hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	2	2	2	0	2	hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión,	0	3	2	1	0	3	hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave

despertar prematuro, cambios de humor durante el día.						
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	3	2	1		3 hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	2	2	2	0	2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,

<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	0	4	1	1	<p>4 hombres respondieron moderado, 1 respondió grave , 1 muy grave</p>
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)</p>	0	2	2	2	0	<p>2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve</p>
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	4	2	0	0	<p>4 hombre leve, 2 hombres moderado, ,</p>

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	A	I	M	G	M		Hombres Resultados
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	3	3	0	0	3	3 hombres respondieron moderado, 3 hombres respondieron leve.
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	3	2		3	3 hombres respondieron moderado, 2 hombres grave , 1 leve.
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	2	2	2	0	2	2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve

4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	3	2	1	0	3 hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	2	2	2	0	2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	3	2	1	0	3 hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	3	2	1		3 hombres respondieron leve,2 moderado,1 grave
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	2	2	2	0	2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,

11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	0	2	4	0	2 hombres respondieron moderado, 4 respondió grave ,
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	0	4	1	1	4 hombres respondieron moderado, 1 respondió grave , 1 muy grave
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	2	2	2	0	2 hombres respondieron moderado, 2 grave, 2 leve
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo,	0	4	2	0	0	4 hombre leve, 2 hombres moderado, ,

frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.						
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Sesiones Coaching

Talleres

tema	días	intensidad	observaciones
Autocontrol	Lun es – miércoles	1 hora durante 8 semanas	Se mostraron prestos a realizar actividades lúdicas.
Resiliencia	Mart es -jueves	1 hora durante 8 semanas	Presentan rechazo al inicio de la actividad.
Proyecto de vida	vier nes	1 hora durante 4 semanas	Se mostraron receptivos a los temas.
motivaciones	vier nes	1 hora durante 4 semanas	Compartieron experiencias donde pretendían encontrar su motivación.
Intervención	Lun	25 minutos	Se indago acerca

individual	es – miércoles viernes	Durante 3 días a la semana. Total 75 minutos aproximadamente	de sus potencialidades, habilidades, destrezas y aspectos a mejorar.
------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Actividad Física	días	intensidad	observaciones
Caminata	Lun – es – miércoles- jueves	1 hora durante 8 semanas	Se mostraron un poco reacios al iniciar luego ya esperaban en el punto de partida.
Danzo terapia	Vier nes	1 hora durante 4 semanas	Presentan
Aeróbicos	Vier nes	1 hora durante 4 semanas	Disfrutaron la actividad bromeando con su coordinación.
Partido de futbol	sáb dos	1 hora	Compartieron experiencias donde pretendían encontrar su motivación.