

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TITULO:

**“AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS DESDE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVO -
CONDUCTUAL Y RACIONAL- EMOTIVA (ANALISIS COMPARATIVO)”.**

PRESENTA:

MARIBEL JUÁREZ ANGELES

DIRECTOR DE TESIS:

FELIX CARRILLO LUNA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis profesores por brindarme
su apoyo y dedicación para
la culminación de esta tesis.

A la memoria de mi padre, quien
siempre a estado presente a lo
largo de mí vida.

A mi madre por su apoyo y comprensión
que siempre me ha dado.

A mis hemanos, cuñadas y sobrinos
por el apoyo moral recibido.

Al creador por darme tiempo,
vida y fuerza para mantenerme en pie
y luchar por mis metas, ya que cada paso
que doy siempre esta a mí lado.

GRACIAS A TODOS

INDICE

	Pag.
Introducción	1
Capítulo 1	
1. Estrés	4
Antecedentes históricos	4
1.1.1 Modelo teórico	6
1.1.2 Modelo psicológico	7
1.1.3 Modelo humanista	10
1.1.4 Modelo conductual	10
1.2. Definición de estrés	11
1.2.1. Fisiopatología del estrés	12
1.2.2. Tipos de estrés	13
1.2.3. Agentes estresantes	15
1.2.4. Reacción general de adaptación al estrés	18
1.2.5. Consecuencias del estrés	19
1.2.6. Respuesta del estrés	21
1.2.7. Relación estrés – enfermedad	26
1.2.7.1 Enfermedades ocasionadas por el estrés	27
1.2.8. Acontecimientos modernos de estrés en la psicología	28
1.2.9. Perspectivas de los programas para el dominio del estrés	32

Capítulo 2	Pág.
2. Terapia Racional Emotiva / Terapia Cognitiva Conductual	37
2.1 Origen de la terapia racional emotiva y cognitiva conductual	37
2.1.1. Filosófico	37
2.1.2. Psicológico	39
2.1.2.1. Psicología experimental	41
2.1.2.2. Psicología evolutiva	41
2.2. Integración de los modelos psicoterapéuticos cognitivos	43
2.2.1. Orientación psicoanalítica	43
2.2.2. Orientación conductista	44
2.2.3. Orientaciones psicoterapéuticas	44
2.3. Tratamiento psicofarmacológico vs. Tratamiento cognitivo	47
2.4. Concepciones erróneas de la psicoterapia cognitiva	51
2.5. Terapia racional emotiva	51
2.5.1. Características generales	52
2.5.2. Fundamentos de la Terapia Racional Emotiva	53
2.5.3. Emociones negativas adecuadas e inadecuadas	55
2.5.4. Emociones positivas adecuadas e inadecuadas.	55
2.5.5. Pensamiento racional e irracional.	56
2.5.6. Teoría del cambio terapéutico.	56

	Pág.
2.5.7. Técnicas básicas de la terapia racional emotiva	58
2.5.7.1. Técnicas cognitivas	58
2.5.7.2. Técnicas Emotivas	59
2.5.7.3. Técnicas Conductuales	60
2.6. Terapia cognitiva – conductual.	61
2.6.1. Fundamentos de la terapia cognitivo conductual	62
2.6.2. Conceptos teóricos	63
2.6.2.1. Estructura de significado y sicopatología	63
2.6.2.2. Cognición	64
2.6.2.3. Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos.	64
2.6.3. Representación grafica del modelo.	67
2.6.4. Conceptualización de los problemas.	67
2.6.5. Aplicaciones prácticas y rasgos generales	69
2.6.5.1. Relación terapéutica.	69
2.6.5.2. Estrategias del tratamiento.	70
2.6.5.3. Técnicas del tratamiento.	70
2.6.6. Técnicas básicas de la terapia cognitivo conductual	71
2.6.6.1. Técnicas cognitivas.	71
2.6.6.2. Técnicas conductuales.	73

Capítulo 3

Pág.

3. Afrontamiento	74
Definición de afrontamiento.	74
Estrategias y recursos del afrontamiento.	75
Estrategias adaptativas.	76
Estrategias desadaptativas	76
Función principal del afrontamiento.	77
Recursos de afrontamiento.	79
Respuestas de afrontamiento.	80
Determinantes de la selección de respuestas de afrontamiento	86

Capítulo 4

4. Metodología	89
4.1. Planteamiento del problema	89
4.2. Objetivo General	89
4.3. Objetivos Específicos	89
4.4. Tipo de Investigación	90

Capítulo 5

5. Análisis comparativo de las Terapia cognitivo conductual y la terapia racional emotiva.	91
--	----

	Pág.
5.1. Intervención psicoterapéutica (terapia cognitivo conductual y terapia racional emotiva)	91
5.1.1. Terapia racional emotiva (TRE)	91
5.1.2. Técnicas usadas en la terapia racional emotiva	93
5.1.3. Aplicaciones de la terapia racional emotiva	94
5.1.4. Aspectos propios de la terapia racional emotiva	94
5.1.4.1. Abstención de la auto evaluación	94
5.1.4.2. Problemas secundarios	95
5.1.4.3. Perturbación situacional vs. Perturbación del yo.	95
5.2. Terapia cognitivo conductual (TCC)	96
5.2.1. Derivados de la relación.	96
5.2.2. Derivados de las tareas para casa intercesiones.	96
5.2.3. Derivados de la evaluación de los progresos terapéuticos.	97
5.3. Comparación de los procedimientos de las terapias cognitivo-conductual y racional emotiva	98
5.4. Semejanzas en el desarrollo de ambas psicoterapias (cognitivo conductual y racional emotiva)	99
5.5. Diferencias notorias entre ambos procedimientos terapéuticos (terapia cognitivo-conductual y racional emotiva)	99

	Pag.
Conclusiones	101
Propuesta para el afrontamiento del estrés como una medida de prevención	102
Bibliografía	104

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayor parte de la población sino es que en su totalidad presenta cierto rango de estrés, ocasionándonos mayor irritabilidad y poca tolerancia, además de llevarnos a presentar serios problemas de salud elevando así el índice de mortalidad a corta edad.

Debido a que el uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría tengamos claro en qué consiste el mismo, por lo que tomaremos como una definición del estrés la que Hans Selye (1936) da al mismo, Selye lo define como una respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores.

Por lo que en la actualidad al estrés lo consideramos un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles, de tal manera que nos sentimos ansiosos, tensos y percibimos una mayor rapidez en los latidos del corazón.

Ocasionando una reacción a estas presiones que suelen ser tanto externas como internas, dichas reacciones son consideradas normales para nosotros mismos a cualquier edad, las cuales son producidas por nuestro organismo instintivamente para así protegernos de las presiones físicas, emocionales y de situaciones extremas de peligro.

Estas respuestas de nuestro cuerpo a condiciones externas que perturban nuestro equilibrio emocional, es el resultado fisiológico del proceso que requerimos para afrontar el estrés, ya sea que huyamos de la situación que lo provoca o lo confrontamos violentamente, haciendo uso de una u otra manera de estrategias que nos permitan manejar una determinada situación,

En estas reacciones participan casi todos nuestros órganos y funciones del cuerpo, incluido cerebro, nervios, corazón, flujo de sangre, nivel hormonal, digestión y función muscular.

Debido a que este estímulo nos agrede emocional y físicamente, ocasionando trastornos en nuestro comportamiento, el presente trabajo tiene como fin el

buscar la terapia mas apta, que nos ayude a adaptarnos y reajustarnos a presiones tanto internas como externas.

Acercándonos a información que nos ayude de alguna manera el afrontar estados como la tensión, preocupación crónica, incapacidad de relajación, y poder disminuir el exceso del uso del alcohol, drogas y/o cigarro, para solucionar las reacciones ocasionadas por el estrés.

Por lo que en el primer capitulo determinamos los antecedentes históricos del estrés, así también definimos y diferenciamos los tipos de estrés, de igual manera mencionamos los agentes estresantes, sus causas y respuestas del estrés en nuestro organismo.

En el segundo capitulo determinaremos los orígenes y conceptualizaciones teóricas tanto de la terapia racional emotiva como de la terapia cognitivo conductual, hablaremos de sus funciones, técnicas y aplicaciones practicas de ambas psicoterapias.

En el tercer capitulo definimos el afrontamiento, así como sus estrategias, recursos y función principal del afrontamiento ante situaciones estresantes. En el capitulo cuatro describimos la metodología utilizada para la elaboración de este trabajo. En el quinto capitulo hacemos un análisis comparativo de la intervención terapéutica de los modelos cognitivo-conductual y racional emotiva y por ultimo determinamos la terapia mas apta para el afrontamiento del estrés, basándonos a análisis comparativo.

Concluimos con recomendaciones para prevenir y afrontar el estrés, esperando que estas nos sean de utilidad y nos ayuden a lograr mejoras en el manejo de situaciones estresantes, ya que si no tratamos al estrés de manera adecuada, este puede ir incrementando, ya que el estrés tiene mecanismos de "autorregulación" que hacen que se mantenga a sí mismo cerrándose en un círculo vicioso, por lo que no nos será fácil salir de este estado sin una adecuada intervención, que nos ayude a evitar trastornos de salud que pudiera ocasionarnos el estrés, por lo que la presente tesis tiene el objetivo de funcionar como auxiliador para quienes buscamos una solución adecuada y

accesible a nuestras necesidades, que nos permita disminuir el índice de estrés y de ser posible aprendamos a afrontarlo, para evitar recaídas cada vez que nos enfrentemos a situaciones que nos generen estrés.

CAPITULO 1

1. ESTRÉS

1.1. Antecedentes históricos

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar Enfermo".

Posteriormente determina al estrés (Antónimo de relajación) como un término médico que abarca una gran cantidad de fuertes estímulos, tanto psicológicos como fisiológicos que pueden causar una respuesta psicológica llamada el "síndrome de adaptación general", (Hans Selye 1963).

Hans Selye, desarrolló sus experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas el doctor Selye denominó "estrés biológico".

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química.

Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, Selye integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el

organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés.

Selye a través de su investigación fue capaz de separar los efectos físicos del estrés de otros síntomas sufridos por sus pacientes. Observó que sus pacientes padecían trastornos físicos que no eran causados directamente por su enfermedad o por su condición médica.

Este énfasis dado por Selye al “estado dinámico” que supone la adaptación a las demandas y al modelo de respuesta fisiológica coordinada, es importante por varias razones, Primero el término estrés tal como se utiliza en física, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado (strained) por fuerzas ambientales. Sin embargo, el estrés indica un proceso activo de “resistencia”, Segundo, el estrés como proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía con el proceso psicológico que más tarde llamaremos “enfrentamiento”, en el que nos esforzamos por hacer frente al estrés psicológico.

Tercero, el concepto de estado dinámico, señala hacia importantes aspectos de los procesos de estrés que podemos de otro modo perder, tales como los recursos necesarios para el enfrentamiento, su costo, incluyendo enfermedad y agotamiento y sus beneficios, incluyendo aumento de la competencia y el gozo por el triunfo frente a la adversidad, cuando miramos al estrés como un estado dinámico, dirigimos la atención hacia la actual relación entre el organismo y el entorno, la interacción y el feedback.

La ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada, que llevaba a la aparición de hábitos inútiles (patológicos) de reducción de la ansiedad. En la mayor parte de la primera mitad del siglo XX, este concepto de ansiedad tuvo una gran influencia en las investigaciones y en el pensamiento en el campo de la psicología.

La segunda guerra mundial tuvo un efecto movilizador en las teorías e investigaciones sobre el estrés. Una de las primeras aplicaciones psicológicas del término estrés lo encontramos en un libro sobre la guerra titulado “Men Under Stress” (Grinker y Spiegel 1945), en la guerra de Corea, se hicieron nuevos y diversos estudios dirigidos a averiguar el efecto de estrés sobre la secreción de hormonas adrenocorticales y sobre el rendimiento del individuo.

La guerra de Vietnam también contribuyó a la investigación sobre el estrés en el combate y sus consecuencias psicológicas y fisiológicas, bajo la influencia de la obra de Selye, igualmente relacionados con el estrés son los libros que se escribieron sobre el impacto de las bombas sobre el ánimo y el funcionamiento de la civilización (Freud y Burlingham, 1943; Manis, 1951), sobre la manipulación en las prisiones militares (Biderman y Zimmer, 1961), la supervivencia en tiempos de guerra (Von Greyerz, 1962) y sobre los campos de concentración (Bettelheim, 1960, Cohen 1953; Dimisdale, 1980).

A partir de la década de los sesentas se ha ido aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de nuestra condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

1.1.1. Modelo teórico.

El interés por el estrés, tal vez lo atribuimos al hecho de que nuestra sociedad este evolucionando constantemente, a las múltiples ocupaciones y preocupaciones existentes, por lo que la psicología considera al estrés como resultado de una relación particular entre nosotros y nuestro entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro nuestro bienestar.

El investigador Álvarez González (1987), señala que los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes:

- a) Es una respuesta de un organismo ante estimulaciones que tienden a romper la homeostasis, que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico.
- b) Esta respuesta es el tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológico y endocrino.
- c) Es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo.
- d) Tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos.
- e) La respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.
- f) La vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas.

1.1.2. Modelo psicológico

En este modelo hacemos referencia a dos enfoques:

- 1. El estrés como estímulo.
- 2. El estrés como proceso.

El primero lo conocemos como el enfoque psicosocial, que considera al estrés como Variable Independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar.

En el segundo, el estrés lo podemos comprender en términos de las interpretaciones cognitivas que hacemos sobre la capacidad de estresores de los eventos.

El cómo percibimos los acontecimientos es más importante que los mismos eventos en sí. Así el estrés no es un estímulo, ni una respuesta sino es una interacción:

Es decir “Una relación entre las demandas y nuestra capacidad de manejarlas sin costos irrazonables o destructivos”.

Es importante que consideremos cuales son los determinantes del impacto del estrés, que podrían ser las características de las demandas de la situación estresante y la evaluación cognitiva de tales demandas.

1. En las demandas de la situación nos referimos a agentes causales primariamente del estrés. Incluye factores psicosociales y agentes ambientales naturales. Una de las principales fuentes son:
 - Fuentes personales.
 - Fuentes familiares
 - Fuentes sociales.

2. En la evaluación cognitiva del estrés y sus determinantes, existen dos tipos de factores que influyen:
 - Personales
 - Situacionales

Este modelo (Barrón, 1997), se enmarca dentro de la Psicología Comunitaria y sus intervenciones tienen como objetivo promover los resultados positivos y prevenir los negativos en aquellos sujetos expuestos a acontecimientos estresantes.

Dentro de la psicología encontramos diversos modelos importantes que nos pueden ayudar al manejo del estrés como son:

- El centrar la activación en los niveles de estimulación, es decir la relación entre activación y conducta responde a una curva U invertida, dependiendo igualmente de la complejidad de la tarea la determinación

del grado ideal de activación, de la misma forma una estimulación ambiental pobre o excesiva ocasiona estrés (Barriga 1992).

- La sobrecarga ambiental, resalta nuestra limitada capacidad de procesamiento informativo, ya que ante un exceso de elementos informativos ignoramos aspectos periféricos, disminuye nuestra capacidad de concentración y se deteriora nuestra relación social dificultando una adecuada adaptación a las existencias del medio. El estrés incontrolable precisa de más energía de procesamiento. Las situaciones estresantes nos llevan a la fatiga cognitiva.
- Adaptación, (Barriga, 1992) insiste en cómo nuestra evolución ha ido acomodando la naturaleza a nuestras necesidades y hemos perdido capacidad y flexibilidad para adaptarnos a condiciones novedosas. Nuestra adaptabilidad con lleva un costo tanto psicológico como fisiológico. Ya que adoptamos conductas estereotipadas que nos facilitan la generalización de un determinado comportamiento. Pero aún así esta adaptación implica fatiga cognitiva, que puede desembocar en consecuencias patológicas directas (como úlceras, enfermedades cardiovasculares) o indirectas (baja en las defensas inmunológicas)
- Descontrol de la situación: (Barriga, 1992) Descontrolamos la situación cuando percibimos contingencias entre la conducta y su resultado. Necesitamos controlar el medio para ser eficaces. El control puede ser directo sobre el medio (cambiándolo) o indirecto a nivel cognitivo (sobre la evaluación del estrés), decisional (eligiendo entre varias opciones). El control aparece como mediador situacional ante el estrés.
- Sistémicos: Resalta el equilibrio dinámico entre nuestras capacidades y las exigencias de nuestro medio. El estrés supone la exigencia de un desequilibrio y de una incongruencia en el sistema constituido por nosotros y nuestro medio, en el intervienen tanto procesos de funcionamiento automático como procesos cognitivos (Barriga, 1992).

1.1.3. Modelo Humanista

Maslow se enfoca en la forma en que desarrollamos personalidades sanas y los medios que empleamos para alcanzar esta meta. Además, se interesa en cómo hacemos consciente y podemos comunicar nuestras emociones, es decir que la vida, es lo que percibimos de acuerdo a nuestro punto de vista, por otro lado, proclama nuestra libertad de elección y la búsqueda de nuestro potencial más alto .

Esta teoría se emplea como una aproximación a la psicoterapia en donde somos como paciente una parte consciente y activa con el terapeuta al determinar el curso del tratamiento. En este caso, el terapeuta tiene que aprender a tener un sentido preconceptual y directo de cómo nos estamos sintiendo a través de la interacción personal (paciente – terapeuta), a parte de sus propias habilidades conceptuales.

Generalmente se utilizan sesiones de grupo, aunque se ha incrementado el trabajo con pacientes individuales. La terapia tiene como propósito el ayudarnos a reconocer nuestros recursos internos, buscando alternativas y formulando metas (Crain y Crain, 1987; citado en: Ramírez y Cortés, 1996).

1.1.4. Modelo Conductual

En esta teoría encontramos los trabajos realizados sobre condicionamiento operante clásico y la teoría del aprendizaje como determinantes que contribuyen al análisis de la conducta.

Al principio de los setenta, se encontró este campo como factible para estudiar el papel de la psicología, este campo creció dentro de la perspectiva en psicología llamada conductismo, el cual propone que la conducta resulta de dos tipos de aprendizaje: el condicionamiento clásico en donde un estímulo llamado incondicionado que ya evoca la respuesta y el condicionamiento operante en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través

de una recompensa o un castigo. Los métodos de condicionamiento han mostrado un buen éxito en las aproximaciones terapéuticas para modificar los problemas de conducta.

Para entonces los psicofisiólogos, habían demostrado que los eventos psicológicos en especial las emociones, influyen en las funciones corporales, por ejemplo: la presión sanguínea, con la cual podemos controlar varios de nuestros sistemas fisiológicos. Estos hallazgos revelan que la relación entre “mente y cuerpo” es más directa y persuasiva de lo que habíamos pensado.

1.2. Definición de Estrés

La palabra estrés la utilizamos como una explicación de los síntomas psicofisiológicos alterados, ya que hay hechos experimentales distintos que tienen efectos conductuales y fisiológicos distintos, que dependen de la estimulación a la que estamos expuestos y de la respuesta que el experimentador quiera medir, la etiqueta inclusiva “estrés” contribuye poco al análisis de los mecanismo que puedan subyacer o determinar la respuesta de nuestro organismo, por lo que se define como estrés a la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, (Hans Selye, 1936).

En la vertiente psicológica estrictamente individual, el estrés fue sobre entendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en las teorías psicodinámicas, utilizaron el término ansiedad en lugar del estrés, la palabra estrés no apareció en el índice de Psicológicas Abstracts hasta 1944. Freud dio a la ansiedad un papel central en psicopatología, el bloqueo o retraso en la descarga instintiva o en la gratificación se traduce en una sintomatología determinada. En posteriores formulaciones freudianas, la ansiedad secundaria a conflictos sirvió como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidos como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa. Una formulación similar, dominante en la Psicología americana durante muchas

décadas, fue la teoría del aprendizaje por reforzamiento de Hull (1943) Y Spence (1956). En 1966 Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal.

1.2.1. Fisiopatología del estrés

En el modo de producción del estrés identificamos por lo menos tres fases:

1) Reacción de Alarma:

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce "factores liberadores" que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Trophic Hormone) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

2) Estado de Resistencia:

Cuando somos sometidos en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales nuestro organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuya sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se

produce en las glándulas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre nuestro medio ambiente interno y externo.

Así, si nuestro organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

3) Fase de Agotamiento:

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual solemos sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo nuestra capacidad de adaptación e interrelación con el medio.

1.2.2. Tipos de estrés:

Hablaremos de cada uno de ellos, así como de sus propias características, síntomas, duración y distinto tratamiento.

Estrés Agudo

El estrés agudo es la forma de estrés más común, proviene de las demandas y las presiones del pasado inmediato y se anticipa a las demandas y presiones del próximo futuro. Este es estimulante y excitante a pequeñas dosis, pero demasiado es agotador. Por ejemplo, un descenso rápido por una pista de esquí de alta dificultad por la mañana temprano puede ser muy estimulante; por la tarde puede añadir tensión a la acumulada durante el día; esquiar por encima de las posibilidades puede conducir a accidentes, caídas y sus lesiones. De la misma forma un elevado nivel de estrés agudo puede producir molestias psicológicas, cefaleas de tensión, dolor de estómago y otros muchos síntomas.

Puesto que el estrés agudo es breve, no tiene tiempo suficiente para producir las grandes lesiones asociadas con el estrés crónico. Los síntomas más comunes son:

- Desequilibrio emocional: una combinación de ira o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.
- Problemas musculares entre los que se encuentra el dolor de cabeza tensional, el dolor de espalda, el dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que producen contracturas y lesiones en tendones y ligamento.
- Problemas digestivos con molestias en el estómago o en el intestino, como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome del intestino irritable.
- Manifestaciones generales transitorias como elevación de la presión arterial, taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, palpitaciones cardíacas, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad respiratoria y dolor torácico.

El estrés agudo puede aparecer en cualquier momento de nuestras vidas, es fácilmente tratable y tiene una buena respuesta al tratamiento.

Estrés Agudo Episódico:

Existen individuos que padecen de estrés agudo episódico con frecuencia, cuyas vidas están tan desordenadas que siempre parecen estar inmersas en la crisis y en el caos. Van siempre corriendo, pero siempre llegan tarde. Si algo puede ir mal, va mal. No parecen ser capaces de organizar sus vidas y hacer frente a las demandas y a las presiones que ellos mismo se infringen y que reclaman toda su atención. Parecen estar permanentemente en la cresta del estrés agudo.

Con frecuencia, los que padecen estrés agudo reaccionan de forma descontrolada, muy emocional, están irritables, ansiosos y tensos. A menudo se describen a sí mismos como personas que tienen "muchísima energía nerviosa". Siempre tienen prisa, tienden a ser bruscos y a veces su irritabilidad se convierte en hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran rápidamente cuando los demás reaccionan con hostilidad real. El lugar de trabajo se convierte en un lugar muy estresante para ellos.

Estrés alérgico

Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo, cuando este es confrontado con una sustancia que considera tóxica, el cuerpo trata de librarse de ella, ya sea atacándola o neutralizándola de alguna manera.

Si es una sustancia en la nariz, presenta una gripa alérgica; si es una sustancia en la piel, se manifiesta el estrés a través de ronchas; si inhala sustancias tóxicas presentará asma; si la ingiere saldrán ronchas por todo el cuerpo. Definitivamente la alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso.

1.2.3. Agentes estresantes

Los factores que provocan el estrés podemos atribuirlo a aspectos relacionados a la organización o a factores personales que surgen en nuestra vida.

Clasificación

La clasificación de los estresantes según el Instituto Internacional del Estrés es:

1. Estresantes en general.
 - Ayuno, Inanición, desnutrición
 - Sobrealimentación, atiborramiento
 - Traumatismo (físico)

2. Estresantes físicos.
 - Altitud, hipoxia, descomposición
 - Quemaduras
 - Calor
 - Electroshock

- Ejercicio físico
- Frío, congelación
- Gravedad, aceleración, desaceleración
- Guerra, combate
- Hiperventilación, hiperoxia, compresión
- Rayos solares
- Rayos tonificantes
- Rayos X
- Espectro visible
- Magnetismo, campo electromagnético
- Inmovilización, coacción física
- Sonido, ruido
- Temperatura en general
- Rayos ultravioletas e infrarrojos
- Ultrasonido
- Vibración

3. Estresantes neuropsiquiátricos

- Ansiedad, inquietud
- Emociones
- Aflicción, duelo
- Carencia afectiva
- Cuidados a los niños
- Exámenes, test
- Manipulación (animales)
- Privación sensorial
- Privación de sueño
- Entrevistas
- Medios
- Motivación, Discurso en público, nerviosismo del artista.

4. Estresantes psicosociales

- Cautiverio, prisión

- Catástrofes, cataclismos
- Clima, meteorología
- Superpoblación, amontonamiento
- Cultura
- Problemas económicos
- Familia (divorcio, delincuencia, malos tratos a los niños)
- Hospitalización, terapia intensiva
- Envejecimiento
- Contaminación
- Inmigración, mudanza
- Aislamiento social
- Problemas sociales
- Transporte, viajes
- Vida urbana, vivienda

5. Estresantes relacionados con la ocupación.

- Aviación, aeronáutica
- Arquitectura
- Control aéreo (señalización)
- Fuerzas armadas
- Artes
- Atletismo
- Criminalidad
- Arte dental
- Ejecutivos, trabajo de oficina
- Industria, comercio
- Derecho
- Medicina
- Manejo de automóviles
- Marina
- Guardería
- Paracaidismo
- Policía

- Trabajo social
- Educación (profesorado, estudios)
- Jubilación
- Desempleo

Por lo que se refiere a los síntomas, el estrés se manifiesta de varias maneras, y pueden resumirse en dos categorías: síntomas fisiológicos y psicológicos. Los primeros comprenden cambios en el metabolismo, ritmo cardíaco, presión arterial, ritmo respiratorio, etc. mientras que los segundos abarcan insatisfacción del empleado, cambios en la productividad, ausentismo, cambios en los hábitos alimenticios, aumento en el fumar o consumir alcohol, nerviosismo, etc.

Por otro lado sería un error si consideramos que el estrés es siempre nocivo, ya que es natural e inevitable algún tipo o grado del mismo. Y cuando es posible que nos adaptemos al estrés independientemente de que su origen sea individual, familiar, social y laboral no implica problemas. Por el contrario, surgen las dificultades cuando no somos capaces de adaptarnos al estrés, ya sea por su desproporcionada carga de intensidad, o porque debemos desempeñar un papel que no podemos afrontar a causa de nuestra configuración psicósomática. La sensación de impotencia y el relativo conflicto frente a un obstáculo, a una situación desfavorable o una condición de injusticia son algunos de los elementos productores de estrés más difundidos.

1.2.4. Reacción general de adaptación al estrés

Hans Selye, (1936) ha creado el concepto de una reacción general de adaptación al estrés. Este concepto revela las fases fundamentales de reacción al estrés.

Fase A

Reacción de alarma: En esta todas las facultades del organismo se encuentran en su estado de movilización general, pero sin que algún sistema orgánico en particular quede implicado.

Fase B

Fase de adaptación o de resistencia: En esta fase el metabolismo se adapta a la presencia del estrés durante un periodo de tiempo indeterminado. La reacción del estrés la dirigimos hacia el órgano o la función fisiológica mejor capacitada para tratar o suprimir al mismo.

Fase C

El agotamiento: En esta fase, el órgano o bien la función encargada de enfrentar al estrés queda vencido y se desmorona.

1.2.5. Consecuencias del estrés

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, nuestro cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolamina y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para nuestra salud

general. El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen a una úlcera. O puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco. Así mismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en nuestro cuerpo.

En resumen los signos y síntomas más comunes que aparecen como consecuencia del estrés afectando órganos y funciones de todo nuestro organismo son:

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos
- Disfunción sexual
- Palpitaciones rápidas
- Nerviosismo
- Ansiedad
- Dolor en la espalda
- Estreñimiento o diarrea
- Fatiga
- Presión arterial alta
- Insomnio
- Problemas relacionados con otros
- Falta de respiración
- Tensión en el cuello
- Malestar estomacal
- Sube o baja de peso

El hecho de que una situación nos produzca estrés depende de cómo la evaluemos y de cómo consideremos nuestra habilidad para manejarla". En la evaluación primaria, interpretamos si una situación es amenazante o inofensiva

mientras que, según estos mismos autores, durante la evaluación secundaria consideramos la clase de acción que se requiere tomar, así como la naturaleza y la potencia de los recursos con que contamos para manejar o hacerle frente a la situación estresante.

1.2.6. Respuesta del estrés

Utilizamos el término "respuesta de estrés" al referirnos a la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, y el término de "estresor" o "situación estresante" la referimos al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés.

La respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Labrador, 1992). Por tanto, ello no es algo "malo" en sí mismo, al contrario; nos facilita el disponer de recursos para enfrentarnos a situaciones que se suponemos excepcionales.

En la actualidad han cobrado auge las teorías interaccionistas del estrés que plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre nuestras características y las demandas de nuestro medio. Es decir se considera que estamos en una situación estresante o bajo un estresor cuando tenemos que hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que nos resultan difíciles de poner en práctica o satisfacer.

Esta respuesta emocional se presenta en situaciones tanto positivas como negativas, generando irritaciones menores que pueden provocar estrés en algunas personas, las cuales pueden ser insignificantes para otras.

Por lo que nuestra constitución personal y hereditaria, como son carácter, cultura y educación, puede modular nuestra respuesta a los elementos que nos generan estrés.

En principio, se trata de una respuesta normal de nuestro organismo ante las situaciones de peligro, o situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).
- La mente aumenta el estado de alerta
- Los sentidos se agudizan

Por lo que en situaciones apropiadas el estrés puede salvarnos la vida, pero puede convertirse en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo. Para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo, el ambiente competitivo, etc., son circunstancias que percibimos inconscientemente como amenazas. Esto nos lleva a reaccionar a la defensiva, tornándonos irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo nuestro organismo.

Estas respuestas favorecen nuestra percepción de la situación y sus demandas, así como el procesamiento más rápido y potente de la información disponible, posibilitándonos para una mejor búsqueda de soluciones y la selección de conductas adecuadas para que hagamos frente a las demandas de la situación, preparando a nuestro organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa. Dado a que activamos gran cantidad de recursos, incluyendo

el aumento en el nivel de activación fisiológica, cognitiva y conductual; generamos un desgaste importante para el organismo. Si los estresores son episódicos no habrá problemas, pues nuestro organismo, ya que tiene capacidad para recuperarse, si se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración, pueden ocasionarnos trastornos psicofisiológicos.

A pesar de que los episodios breves de estrés trastornan el funcionamiento de nuestro organismo; estos síntomas suelen desaparecer cuando el episodio cede.

Esto ocurre con mayor facilidad si poseemos tácticas efectivas para enfrentar el estrés y si expresamos nuestros sentimientos normalmente.

Baja tolerancia al estrés

Todos hemos heredado una cierta capacidad para producir y utilizar los mensajeros energéticos del cerebro. Mientras que podamos producir suficientes mensajeros energéticos que contrasten el estrés, encontraremos que este puede incluso ser divertido, excitante y retador. De hecho, sin estrés nos aburriríamos.

Sin embargo, cuando la cantidad de estrés aumenta a tal grado que comenzamos a quedarnos sin mensajeros energéticos, ciertas cosas suceden tales como; problemas para dormir, dolores, depresión y hasta ataques de pánico.

La cantidad de estrés que podemos tolerar antes de que nuestros mensajeros energéticos comiencen a fallar, se llama "tolerancia al estrés". La tolerancia al estrés es una condición hereditaria. La mayoría de nosotros hemos heredado suficiente tolerancia al estrés para manejar las contrariedades cotidianas de la vida. A pesar de esto, todos hemos padecido en algún momento éstos desbalanceamientos químicos cerebrales.

Todos hemos experimentado un breve episodio de disfunción de los mensajeros energéticos pero el 10% de la población se siente así todo el tiempo.

Una de cada diez personas ha heredado una condición llamada "baja tolerancia al estrés". Esto quiere decir que sus mensajeros energéticos se agotan a niveles de estrés que la mayoría considerarían "normal". El resultado de ésta condición puede ser desastroso, ya que esta persona prácticamente estará operando continuamente en un estado constante de sobre-estrés. El insomnio, dolores, depresiones, ataques de pánico y hasta drogadicción pueden convertirse en problemas permanentes.

La mayor parte de nosotros podemos manejar el estrés de la vida moderna, el estrés considerado "normal" en nuestra sociedad sin desarrollar ningún problema, pero para el 10% de la población esto no es posible.

Una de cada diez personas esta funcionando en sobre estrés, a niveles de estrés que las otras nueve personas pueden manejar sin ningún problema.

La razón por la cual estas personas son más susceptibles al estrés es porque han heredado una condición llamada "Baja Tolerancia al Estrés". Estas personas tienen una falla en el funcionamiento de sus mensajeros energéticos a niveles de estrés que otras personas pueden manejar sin ningún problema. Para las personas que han heredado ésta condición, un nivel de 150 en la escala de estrés es suficiente para afectar sus niveles de mensajeros energéticos y causar sobre-estrés. Para la mayor parte de las personas el sobre-estrés es una condición transitoria pero para el 10% de la población es un problema de por vida. En la sociedad si una persona no puede manejar por lo menos un nivel de 150 de estrés, estará condenada a padecer de sobre-estrés permanentemente.

Tales personas muestran señales de sobre-estrés al llegar a la adolescencia, ya que este es un periodo de mucho estrés. Cuando un niño ha heredado ésta condición, al llegar a la adolescencia mostrará problemas de fatiga, insomnio, depresión, ataques de llanto y de angustia.

El joven comenzará a utilizar energéticos como medicinas que lo harán sentirse mejor. Los patrones desenfrenados o de mantenimiento se establecerán y la persona se atrapará en una montaña rusa por el resto de su vida.

El estrés por un lado, es equilibrado por energéticos externos como el alcohol, azúcar, cafeína y un sin número de otros energéticos externos lleva a la persona a una constante búsqueda de equilibrio que no llega a lograr.

Esta baja tolerancia al estrés es una característica hereditaria y es muy evidente en ciertas familias, en la cuales no pierden de vista el sin número de energéticos externos que pueden utilizar, esta condición es aparente en las familias que prevalece este mal. Debido a que el problema es una Baja Tolerancia al estrés se verá que en estas familias existen problemas tales como: insomnio, fatiga, depresión, angustia etc., a niveles de estrés que son considerados "normales" en la sociedad. Los miembros de estas familias habrán aprendido a "medicarse" con algún energético externo y presentarán los estilos desenfrenados o de mantenimiento.

Por lo tanto, la persona podrá quejarse de fatiga, llanto, ataques de angustia o de sentirse asfixiado por la misma vida pero al observar su familia, se ve que por lo general algún padre fue alcohólico (casi siempre el padre del mismo sexo) o un hermano podrá ser adicto al trabajo (workaholic). Algún otro miembro de la familia tal vez no beba alcohol pero fuma tres cajetillas de cigarrillos o toma nieve, dulces y café todo el día. Las variaciones son infinitas pero el resultado es el mismo. El uso de los energéticos externos es muy evidente en ciertas familias y casi inexistente en otras.

Se ha demostrado que el alcoholismo no es una enfermedad hereditaria pero en realidad es la condición subyacente hereditaria de la Baja Tolerancia al estrés. Es decir el "alcoholismo" no es la enfermedad, si no más bien la sustancia que esa persona está utilizando para automedicarse.

Antiguamente no se sabía que todas las sustancias que llamamos energizantes funcionan de la misma manera. Todas estas sustancias sirven como "medicinas" para que la persona se sienta mejor o "normal". Los energizantes funcionan "levantando" los niveles de mensajeros energéticos internos. Ya que este mecanismo de acción no es muy reconocido aún escuchamos a personas hablar del abuso de cierta sustancia como una "enfermedad" en sí misma.

Por ejemplo: hablamos del "alcohólico" como si la enfermedad fuera el "alcoholismo". Hablamos del "adicto al trabajo", del "adicto a la comida" del "adicto a la cocaína" como si el uso de cada sustancia fuera una enfermedad diferente. En realidad estas personas tienen una sola condición en común subyacente: el sobre-estrés que los hace sentirse "enfermos" y que intentan automedicarse con las diferentes sustancias para sentirse mejor. Estas personas simplemente intentan adaptarse al sobre-estrés de la mejor manera que ellos conocen.

1.2.7. Relación estrés - enfermedad

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esta modernidad nos lleva a incrementar notablemente en mucho las cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías.

La relación entre estrés y enfermedad son perfectos ejemplos del sistema multicausal, es decir el estrés por si sólo no es suficiente para causar enfermedad sino que, para que se de una enfermedad relacionada con este, han de darse también otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados.

Otra implicación es que el mismo razonamiento hace que nuestra definición de estrés se refiera a una clase particular de relación entre individuo y ambiente; en este aspecto es también labor de identificar las variables y procesos que hallan en la base de tal relación, los profesionales relacionados con la medicina conductual o psicosomática y la psicología de la salud están de acuerdo con este principio de relación, y que debería aceptarse, con respecto a la definición de estrés, que para su aparición y sus consecuencias es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos.

Es cierto que las condiciones ambientales extremas representan estrés para casi todo el mundo, exactamente igual que ciertas condiciones son tan nocivas para la mayoría de los tejidos o para la psique que con toda probabilidad causan agotamiento o daño tisular. Sin embargo, los trastornos que casi de forma universal sufren las personas expuestas a tales condiciones extremas (combate, desastres naturales, encarcelamiento, tortura, inminencia de muerte, enfermedad grave o pérdida de seres queridos), no nos hacen caer en la idea simplista de que el estrés es algo producido por causas ambientales. Tales condiciones extremas no son habituales y su utilización como modelo de estímulos estresantes produce una teoría y unas aplicaciones erróneas.

Al pasar de estas condiciones de vida más extremas a otras medias o más ambiguas, es decir, a los estresantes vitales más ordinarios, la variabilidad de la respuesta se hace aún mayor, lo que es estresante para unos en un momento dado, no lo es para otros, por lo que es importante tener en cuenta las características de los individuos e identificar la naturaleza de la relación para poder así entender el complejo modelo de reacción y sus consecuencias adaptativas.

El estrés psicológico es una relación particular entre nosotros y nuestro entorno que es evaluado por nosotros como amenazante o desbordante de nuestros recursos y que ponen en peligro nuestro bienestar. Considerando esta cuestión a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina porque y hasta que punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno, resulta estresante.

1.2.7.1 Enfermedades ocasionadas por el estrés

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés las clasificamos en dos grupos:

1) Enfermedades por Estrés Agudo.

Estas aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible.

2) Enfermedades por Estrés Crónico.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blancos vitales.

1.2.8. Acontecimientos modernos de estrés en la psicología

Cuatro hechos relativamente recientes han estimulado nuestro interés por el estrés y su afrontamiento, los cuales son: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud, como es el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre.

Nuestro interés por las diferencias individuales derivó de las investigaciones realizadas sobre los efectos del estrés en el rendimiento como consecuencia de la segunda guerra mundial y de la guerra de Corea, este problema que obviamente, era importante tanto para el personal militar como para el civil, dirigió durante los años cincuenta cientos de laboratorios y experimentos en el campo. El punto de vista predominante había sido del todo simplista: el estrés o la ansiedad dan como resultado un deterioro en el rendimiento, bien por el excesivo aumento de la tensión, o bien como consecuencia de crear

interferencia o distracción, los psicólogos encargados de las investigaciones del momento citaban con frecuencia una ley universal planteada por Yerkes y Dodson (1908), la llamada curva de la U invertida, según la cual, incrementos de arousal o de tensión mejoraban el rendimiento hasta llegar a cierto nivel a partir del cual aumenta la desorganización, dando como resultado una disminución del rendimiento.

Se hizo cada vez más evidente que existían importantes diferencias individuales a la hora de responder ante el estrés: el rendimiento no disminuía ni aumentaba de forma uniforme. Estudiando la efectividad en la realización de tareas teniendo en cuenta esta ley, encontraron una diferenciación muy alta; algunos sujetos rendían mucho mejor y otros mucho peor en situaciones de estrés. Este y otros estudios pusieron de manifiesto que no se podía predecir el rendimiento por simple referencia y que para pronosticar el resultado era necesario tener en cuenta los procesos psicológicos responsable de las diferencias individuales en la reacción.

La importancia de factores personales tales como la motivación y el afrontamiento (Lazarus, Deese y Osler, 1952) se hizo cada vez más clara e indujo cambios en la formulación de problema del estrés, muchos investigadores entre ellos Sarason (1960, 1972, 1975) empezaron a considerar los posibles efectos de las variables mediadoras o moderadoras, así como sus interacciones.

Ya que la definición del problema se había desplazado hacia los factores personales y procesos que intervenían entre las demandas estresantes del entorno y los resultados emocionales y de aprendizaje a corto plazo, los estudios sobre el rendimiento bajo el efecto del estrés fueron en gran parte sustituidos por estudios de procesos relacionados con este que pudieran explicar las diferencias halladas en las reacciones del sujeto.

La medicina psicosomática apareció hace cincuenta años (Lipowski, 1977), sufriendo posteriormente un espectacular ocaso que ha durado hasta hace muy poco, esta devaluación se debe al hecho de haber fundamentado con pocos

datos la idea excesivamente simplista de que varios tipos de enfermedad, tales como úlceras y colitis, podían explicarse sobre la base de formas especiales de procesos psicodinámicos.

Como consecuencia, se intentó utilizar las formulaciones psicodinámicas para identificar una “personalidad ulcerosa”, una “personalidad cólica”, una personalidad “migrañosa”, etc. Los conceptos psicoanalíticos tradicionales han perdido influencia y se ha dado una mayor importancia al papel de los factores ambientales en la aparición de la enfermedad. Como resultado, la medicina psicosomática, en la que se había puesto un énfasis intrapsíquico, sufrió una crisis de confianza.

El trabajo de Selye apoyó de forma importante la convicción general de que los factores sociales y psicológicos son realmente importantes en la salud y en la enfermedad. Por otro lado la psicofisiología y la medicina han variado su punto de vista de que la enfermedad es, estrictamente, el resultado de la acción de un agente externo-bacteria, virus o accidente traumático sobre el organismo: se acepta la idea de que la vulnerabilidad hacia la enfermedad o “resistencia al huésped” es también un factor importante. Los avances en las investigaciones sobre estrés y los efectos de las hormonas sobre los tejidos, han hecho que el concepto de vulnerabilidad sea aceptado por muchos de aquellos recelosos de las formulaciones psicodinámicas tradicionales. Por tanto, el pensamiento psicosomático actual se encuentra fuertemente embebido en la teoría e investigación sobre estrés y parece haber recibido un mayor impulso y vitalidad debido en parte, a este acercamiento más amplio e interdisciplinario.

Ampliar el concepto de psicosomático desde un grupo específico de dolencias, tales como úlceras e hipertensión, hasta el concepto general de que toda enfermedad podría tener una etiología psicosocial dentro de un sistema multicausal, estimulando la consideración de la respuesta inmune como posible factor incluso en la aparición de procesos neoplásicos, trastornos sumamente alejados del significado psicosomático, por lo que es de esperarse un aumento en la investigación de carácter multidisciplinario, sobre los procesos inmunes y los factores psicológicos y sociales que intervienen.

Las investigaciones basadas en las disciplinas psicológicas de los últimos años ha dado como resultado el surgimiento de terapias conductuales como una alternativa a la terapia psicodinámica tradicional. Al principio, su punto de mira fue rebuscadamente científico, positivista y limitado, centrado alrededor del condicionamiento clásico y operante y radicalmente dissociado del pensamiento psicoanalítico. Más tarde empezó a desarrollar una mayor flexibilidad y a concebir en su interior el movimiento de terapia cognitiva (Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977), el cual considera como factores principales en la psicopatología y el éxito en el afrontamiento, la forma en la que el individuo interpreta sus experiencias y se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ellos los sentimientos y los actos. Cada vez un mayor número de terapeutas conductista dedicados a la terapia cognitiva ven su trabajo como la base para el acercamiento entre la corriente conductista y la psicodinámica, llevado hasta el terreno de estrés tal como es visto por Meichenbaum (1977) en sus intervenciones en afrontamiento cognitivo, por Meichenbaum y Novaco (1978) en su uso del concepto de “inoculación contra el estrés”, según el cual, el individuo es entrenado para afrontar las situaciones estresantes y por Beck (1976) en su tratamiento de la depresión.

Un cuarto factor que ha contribuido en el aumento del interés por el estrés, es el afrontamiento y la adaptación, prestándole mayor atención de forma coincidente a la psicología evolutiva. La psicología del desarrollo se ha centrado tradicionalmente en la infancia y en la adolescencia. En los años sesenta, es estimulado en parte por el marcado incremento de la aparición de un nuevo interés hacia los adultos que llegan a la vejez y sus problemas.

El escritor Erikson (1963) ayudó a que la psicología pasara de un interés freudiano por los primeros años de la vida y por la resolución del complejo de Edipo en la adolescencia al convencimiento de que las transformaciones psicológicas mayores también tienen lugar en la edad adulta, e incluso más tarde. La psicología evolutiva se convirtió en un campo dedicado a cambiar el curso de la vida, teniendo como principal objetivo el interés por los aspectos

evolutivos del adulto o bien los de los niños, los planteamientos giran normalmente alrededor del estrés, el afrontamiento y la adaptación.

Un último factor que contribuye a este acrecentado interés por los temas de estrés y afrontamiento es la atención prestada a los aspectos ambientales o socio ecológicos en el terreno de la investigación y del estudio de la conducta. La psicología clínica y la psiquiatría han empezado a prestar atención a los aspectos ambientales y a apartarse del énfasis estrictamente intrapsíquico otorgado a los procesos explicativos de la psicopatología, según el cual, estos procesos residían de forma primaria dentro del individuo. En general el pensamiento psicológico ha virado en la misma dirección; es decir, presta una mayor atención a los entornos en los que vive el individuo. La psicología ambiental se ha visto favorecida por el auge de etiología como ciencia naturalista. Por lo que para la psicología el estrés depende, en parte de las demandas sociales y físicas del entorno. Las limitaciones ambientales y los recursos de los que dependen las posibilidades de afrontamiento son también factores importantes. Por consiguiente, la llegada de una ciencia que se ocupa del entorno, aportando a la teoría e investigación del estrés, en una amplia perspectiva, así como nuevos adeptos.

1.2.9. Perspectivas de los programas para el dominio del estrés.

Es prematuro aventurar alguna conclusión sobre los programas formales para el dominio del estrés y sus versiones menos generalizadas de terapia de grupo. Lo que resulta más desconcertante en la actualidad es la tendencia de sus defensores a exagerar la ayuda que pueden ofrecer y la falta de interés por evaluar sus consecuencias. La atmósfera actual de interés y de necesidad y el entusiasmo con que se desarrollan los nuevos programas, no parece favorecer su correcta valoración. El hecho de que exista un amplísimo acuerdo sobre su necesidad, ocurre si realmente añaden algo nuevo a los planteamientos y a las antiguas filosofías de la vida que caracterizaron épocas pasadas. Los psicólogos saben que la comprobación personal de los resultados es notablemente irreal debido al ubicuo efecto placebo; si el individuo piensa de algo que va ayudarle, generalmente lo encuentra útil, aunque sea por un

tiempo. La evaluación de las terapias individualizadas resulta difícil por los múltiples factores que han de considerarse, como son el tipo de problema que se plantea, el tipo de paciente, el tipo de terapeuta y el tipo de planteamiento que se aplique. Cualquiera que afirme haber encontrado la panacea del tratamiento de la angustia del ser humano, ya sea planteándolo como dominio del estrés o como una filosofía de la vida, no tiene en cuenta la larga historia de intentos por conseguir este mismo fin ni las diferencias individuales y las circunstancias actuales del ser humano.

La persona equilibrada encara la vida con optimismo y realiza su actividad de forma relajada, la simple transferencia de información entre el terapeuta y la persona con estrés, a veces no resulta suficiente. En casos de estrés grave, para obtener resultados psicoterapéuticos importantes se debe instaurar una terapia psicológica que combine el aprendizaje con los elementos afectivos.

En general se trata de hacer que la persona experimente las situaciones inevitables de estrés como menos conflictivas y que aprenda a manejarlas mejor. Cuando el terapeuta se refiere a las situaciones estresantes, existe la tendencia de expresarle mucho más las sobrecargas de tipo profesional que familiar, pero se debe intentar tratar las dos de igual forma.

Las técnicas más empleadas son la psicoterapia de apoyo o de diálogo, las terapias psicológicas racional-emotivas, las técnicas conductistas, las terapias de grupo y la hipnosis, la psicoterapia de diálogo facilita el reconocimiento y el abandono de ciertos contenidos vivenciales, sentimientos y sensaciones erróneas. La terapia psicológica racional-emotiva, utiliza el pensamiento lógico sobre los pensamientos "irracionales" de la persona, para ponerlos en evidencia y provocar cambios de conducta. Las técnicas conductista o conductuales analizan las asociaciones entre conducta, condiciones y consecuencias de las diferentes pautas de comportamiento, modificando las conductas erróneas aprendidas ya en la infancia mediante un reaprendizaje.

Las terapias de grupo favorecen un entorno, en el que se incluyen y resumen las terapias psicológicas, haciéndolas comprensibles para las personas con

estrés; así los individuos pueden, en el marco de un grupo, aprender de los demás y aprender a comunicar sus vivencias. El psicoanálisis pretende buscar en el inconsciente el origen del estrés y trata de interpretar los sueños para desvelarlo.

De acuerdo a las formulaciones de Lazarus y colaboradores (1986) ante una situación estresante son dos los mecanismos que se activan en el individuo:

- a) Una primera valoración cognitivo-afectiva, proceso a partir del cual la persona evalúa si un determinado encuentro con un evento específico resulta relevante o no para su bienestar (es decir, perjudicial, benigno o irrelevante) y, de ser así en qué sentido.
- b) Una valoración secundaria, momento en el que el individuo se pregunta si puede hacer algo para prevenir, reducir los daños u obtener beneficios de la situación dada.

Ambas valoraciones convergen en la determinación de las consecuencias que para el bienestar del individuo tiene la transacción. De este modo, la valoración primaria influye sobre la valoración secundaria, del mismo modo que la segunda ejerce influencia sobre la primera.

El concepto de afrontamiento, entendido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales continuamente cambiantes y que se utilizan para manejar demandas (internas y/o externas) que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone o cree que dispone. De este modo, el afrontamiento es considerado desde una perspectiva eminentemente contextual, influenciado por las valoraciones que realiza la persona sobre las demandas y sobre los recursos disponibles para manejar aquéllas. Así, lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar contextos estresantes, sin olvidar el hecho de que el proceso de afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto

experimenta en un determinado contexto. Por tanto el análisis del afrontamiento requiere considerar no solo las conexiones funcionales entre éste y la valoración cognitiva de las demandas situacionales sino que ha de contemplar los enlaces que tiene con los estados emocionales provocados por la situación.

De hecho Folkman y Lazarus (1988) obtienen resultados que muestran que el afrontamiento modula el estado emocional ante un contexto estresante, lo que ha sido confirmado en estudios de carácter prospectivo cuyos datos redundan sobre el papel causal y mediacional que parece jugar el afrontamiento en el resultado emocional.

La consideración de afrontamiento como proceso enfatiza la existencia de dos grandes funciones: la regulación de las emociones de malestar y la posibilidad de la acción. Estas dos funciones denominadas, respectivamente, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en el problema, responden a objetivos distintos. Así, el afrontamiento centrado en la emoción tiene como función, de un lado cambiar el modo en que es entendida la relación con el ambiente estresante y, de otro, el significado de lo que está ocurriendo, lo que mitiga la sensación de estrés, aún cuando no hayan variado las condiciones actuales de la relación. El afrontamiento centrado en el problema es el que representa aquellas acciones que se dirigen al intento por modificar la situación o alguno de los aspectos que la conforman. Debe indicarse, siguiendo el hilo argumental de la teoría, que los modos de afrontamiento centrados en la emoción pueden facilitar el afrontamiento centrado en el problema, en tanto que los primeros sirven para regular emociones que podrían impedir la actividad dirigida a intentar modificar la situación.

Lazarus (1993) defiende que los pensamientos y las acciones que conforman el afrontamiento bajo estrés debieran analizarse de modo independiente al éxito de sus resultados, al objeto de asegurar un correcto análisis de su capacidad de adaptación o inadaptación, entendiendo como efectivo un afrontamiento que incrementa la probabilidad de un resultado adaptativo. Por tanto, el hecho de

afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente del éxito de los resultados que se deriven de la actuación. Para Lazarus (1990) el valor adaptativo de un determinado tipo de afrontamiento depende de las características de la situación estresante considerada y del control de habilidad que se percibe tener sobre dicha situación.

Lazarus (1993) concluye que posiblemente pueda afirmarse que determinadas estrategias sean altamente dependientes del contexto estresante de que se trate, en tanto que otras posiblemente reflejan disposiciones de afrontamiento estables.

CAPITULO 2

2. Terapia Racional - Emotiva / Terapia Cognitiva - Conductual

2.1. Origen de las terapias racional emotiva y cognitiva-conductual.

2.1.1. Filosófico:

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C) y la filosofía religiosa oriental budista y taoista.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodominio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quien más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. Por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional (básicamente la misma idea que reproduce Ellis veintiún siglos después).

En Oriente Gautama (Buda) allá por el 566 a.C proclamaba sus principios de su religión atea: el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas, que lleva a un estado de insensibilidad e indeterminación total, el Nirvana (desnudez, extinción). El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

En los empiristas ingleses del siglo XVII (Hume, Locke, F.Bacon) se resaltan nociones como que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir de conceptos erróneos preestablecidos.

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos), son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933). Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses). Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Él argumenta que el conocimiento y los significados personales de la experiencia humana, son construidos por la mente humana. Según Wals (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente imponen a la experiencia, incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el "sentido privado", de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas. Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

Ya en el siglo XX la corriente fenomenológica (Husserl) y la existencial (Heidegger) destacan el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes. Por otro lado B. Russell (1873-1971) destaca en su obra "la conquista de la felicidad" (1930) el papel jugado por las creencias adquiridas en la primera infancia que se hace inconsciente y a veces perturba a las personas en su vida

mas adulta como exigencias irracionales, y como pueden ser sustituidas por creencias más racionales ayudando así al individuo a alcanzar sus metas (este autor ha tenido una influencia poderosa sobre el Psicólogo. A. Ellis). No hay que olvidar al filósofo español Ortega y Gasset (1883-1955) que en su obra "Ideas y creencias" (1940) y otras, desarrolla el tema del hombre como instalado en ideas y creencias en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva a su vez afectada por esas circunstancias.

2.1.2. Psicológico:

Psicoanálisis.- El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck. Otros autores que desde el psicoanálisis han ejercido una influencia sobre la psicoterapia cognitiva han sido : Freud en su obra "El yo y el Ello" (1923) describe dos modos de funcionamiento mental, el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que concierne a los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el "Proceso secundario" de naturaleza preconscious y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc), y que son guiadas por el principio de realidad. Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos. En la psicoterapia cognitiva Freud retoma la cuestión de que al margen de los procesos conscientes, racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes, mas emocionales y menos racionales que muchas veces operan al margen de los anteriores.

Los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los provenientes del "neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural, sobre todo K. Horney y Sullivan. La psicoanalista K. Horney habla de la "Tiranía de los deberías" o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis (Ellis retoma de

Horney este punto al hablar de “Creencias Irracionales”). Para Horney (1950), esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia básica generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado. Esos “Deberías” tendrían como función encaminar los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad (neurótica, falsa) a costa de sus deseos. Sullivan (1953) desarrolla el concepto de “distorsión paratóxica” como un patrón interpersonal de la relación con otros, que engloban pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes.

Más cercano a los años sesenta, otra línea minoritaria dentro del psicoanálisis norteamericano, el “psicoanálisis cognitivo”, enfatiza la existencia de procesos y esquemas cognitivos inconscientes formados en las etapas tempranas de la vida y que al ser “activados” generan psicopatologías. Incluso se habla de “inconsciente” como una estructura de significados al margen de la conciencia, concediendo menos importancia a motivaciones de orden puramente biológicas e instintivas, incluso reinterpretando gran parte de la meta de la psicología en términos cognitivos. Autores en esta línea son: Ariete (1947, 1955, 1967, 1978), Boylvy (1971, 1973, 1980), Erdelyi (1974) Y Peterfreund (el norteamericano, es fundamentalmente cognitivo o casi-cognitivo).

Psicología individual.- Es Alfred Adler (1897-1937) quién más anticipó una psicoterapia cognitiva ya por los años veinte de nuestro siglo. En su obra “Breves anotaciones sobre razón, inteligencia y debilidad mental” (Adler, 1928), que constituye un punto de inflexión en su obra desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia apartándose de los modelos motivacionales instintuales de su época. Esta obra, junto a las publicaciones de Lungwitz, se puede considerar como las obras pioneras de la psicoterapia cognitiva.

Adler (1924, 1927, 1933) emplea términos como “opinión”, idea de ficción” y “esquema aperceptivo”, para referirse a creencias inconscientes aprendidas en la época infantil en una determinada atmósfera familiar, que son constituidas en

las etapas preverbales del desarrollo y que junto a las “opiniones secundarias” (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal del desarrollo) guían la conducta de todo individuo. Cuando las opiniones primarias” (esquemas Aperceptivos) no son moduladas por adecuadas opiniones secundarias en el proceso de socialización, debido a fallos en la crianza y relación con los adultos, el individuo se ve evocado a imponer y perseguir sus metas inconscientes de modo rígido y asocial, produciendo sicopatología. Esta concepción general fue recogida treinta años después por el Neopsicoanálisis, G. Nelly, A. Ellis y A. Beck. Incluso algunos teóricos contemporáneos han hablado de que la psicoterapia cognitiva constituye una reactualización de los planteamientos adlerianos.

Psicología cognitiva.- La psicología cognitiva, contrariamente a lo que solemos creer no se originó en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la psicología experimental y de la psicología evolutiva.

2.1.2.1. Psicología experimental:

En la tradición experimentalista destaca, especialmente el inglés F.C. Bartlett, en su obra “Recordando” de 1932, desarrolla una explicación constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las teorías los esquemas cognitivos actuales. Las investigaciones de Bartlett le llevaron a que rechazara el concepto de memoria como de “osito” o “almacén” y subrayara el concepto de memoria como “construcción”. La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación. La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son destruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.

2.1.2.2. Psicología evolutiva:

En la tradición de la psicología evolutiva J. Piaget (1896-1980) dedicó prácticamente toda su obra al estudio del desarrollo cognitivo, sobretodo del

pensamiento y la inteligencia. Para Piaget el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales (asimilación y acomodación) se va modificando. El proceso de desarrollo se inicia a partir de esquemas “sensomotrices” donde el conocimiento esta ligado a la acción directa, y termina en los esquemas de las “operaciones formales” donde se han logrado niveles de abstracción más desligados de la experiencia inmediata.

En los años sesenta, gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobre todo el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva (habría que decir con más exactitud “se reconstruye como cognitiva”, si tenemos en cuenta los antecedentes anteriormente expuestos). Esta teoría no concibe al ser humano como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un “procesador activo de la información” (Neisser, 1967).

El nuevo modelo teórico cognitivo resultante es el “Procesamiento de información”. Las características generales de este modelo son: (Mahoney, 1974).

1. La conducta humana está medida por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.
2. Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).
3. Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información) almacenamiento (retención de la información y recuperación, para utilizar la información almacenada).
4. Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una

memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información).

En resumen la persona no es un reactor al ambiente (conductismo) o a fuerzas organismicas biológicas (modelo psicodinámico), sino un constructor activo de su experiencia con carácter intencional o propositivo.

2.2. Integración de modelos psicoterapéuticos cognitivos

Desde los años setenta hasta la fecha actual han venido proliferando la generación masiva de nuevos modelos psicoterapéuticos. Goleman (1986) llega a identificar 2500 orientaciones psicoterapéuticas. Este estado se ha debido fundamentalmente a dos causas:

- La crisis de los modelos teóricos predominantes (el psicoanalítico y el conductista, sobre todo).
- El estudio sistemático de la eficacia de las distintas psicoterapias

Con respecto a los modelos tradicionalmente predominantes se producen una serie de hechos:

2.2.1. Orientación psicoanalítica:

1. Olvido teórico del factor evolutivo filogenético de las especies. La teoría Freudiana partiendo de Darwin, reduce la explicación de la conducta a mecanismo excesivamente precognitivos (Peterfreund, 1971).
2. Uso de un lenguaje antropomórfico y “homuncular” de la meta psicología: “Ello, Ego, Super ego...” (Peter, freund, 1971).
3. Rechazo, a veces visceral, de una aproximación científica, confundiendo la ciencia con una definición empirista de la misma, como base del rechazo. (Peter, freund, 1971).

4. Eficacia comparativamente superior de terapias dinámicas breves frente al psicoanálisis tradicional; violando el principio del análisis prolongado (Malan, 1963,1976).
5. Aceptación general de las observaciones clínicas de la obra freudiana, pero rechazando su interpretación psicológica y proponiendo como alternativa un modelo mas cognitivo para interpretar estos datos (Peter, freund, 1971; Erdelyi, 1974 y ariete, 1985).

Orientación conductista:

6. Modificación de la explicación unidireccional, ambientalista de la conducta, por una explicación bidireccional, donde el sujeto coparticipa en producir su conducta.
7. Olvido, igual que en el psicoanálisis, el factor filogenético evolutivo y diferencias de especies.
8. Eficacia diferenciada de las técnicas conductistas solo en algunos trastornos (p.e. fobias, compulsiones...) y no en la generalidad de ellos como se proponía en una visión excesivamente optimista de este modelo.
9. Incorporación progresiva al modelo conductista ambientalista de factores mediacionales de tipo biológico y Cognitivas.

Orientaciones psicoterapéuticas:

1.- Los conceptos cognitivos explican fenómenos clínicos divergentes, desde la interpretación hasta el condicionamiento, permitiendo salvar las diferencias entre los límites teóricos.

2.- Entre los mecanismos comunes a todas las psicoterapias que explican el cambio destacan los relacionales, y como a través de una nueva relación con el terapeuta se facilita la modificación cognitiva: activación de expectativas de cambio, modificación de creencias disfuncionales y desarrollo de habilidades cognitivas-conductuales.

3.- La psicología cognitiva, a diferencia de psicoanálisis, el conductismo y la psicología humanista, no está unida a una epistemología estrecha de la conducta humana. Tiene un inmenso valor heurístico para llenar los vacíos teóricos y paradigmáticos.

4.- Los elementos racionales, inconscientes y de aprendizaje, tienen perfecta cabida en el modelo cognitivo de manera integrada y coherente.

En resumen proponen al modelo cognitivo como paradigma integrador. Este modelo aportaría a la psicoterapia:

1. Una teoría evolucionista del aprendizaje y la organización de la experiencia subjetiva, coherente con el desarrollo filogenético y ontogénético del sistema nervioso humano.
2. Una teoría contrastable y verificable científicamente.
3. Un marco de confluencia de distintas orientaciones de la psicoterapia que explican el cambio y la estabilidad de la conducta en base a procesos cognitivos.

Por lo que se proponen dos orientaciones teóricas actuales en la psicoterapia cognitiva, ya que parte la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuesta-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significados personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Estas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales:

- Un sistema racional o reflexivo.- Constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales.
- Un sistema primitivo o irracional.- Constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales.

Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo “círculos viciosos” rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

Estas terapias consisten en que el paciente tome conciencia de cómo sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastornos emocionales. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas, significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Por lo que se puede distinguir dos enfoques generales dentro de esta orientación cognitiva:

- Terapias cognitivas semánticas.- Estas son representadas fundamentalmente por La Terapia Racional-Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva-Conductual de Beck.

- Teoría del aprendizaje social (actualmente denominada como sociocognitiva).

2.3. Tratamiento psicofarmacológico versus tratamiento cognitivo

Determinados estudios demuestran que el tratamiento psicofarmacológico produce modificaciones cognitivas en los diferentes trastornos: como mejorías en las atribuciones de indefensión y en la autoestima (aunque sin llegar a niveles óptimos); se produce una normalización de los síntomas afectivos-somáticos después del tratamiento farmacológico, pero suelen persistir las distorsiones cognitivas y los síntomas cognitivos (que precisamente serían los factores teóricos de vulnerabilidad personal). Por lo tanto se cuestiona en el fondo, que el tratamiento psicofarmacológico solo sea realmente efectivo en el tratamiento de los trastornos (no sicóticos). Por otro lado la psicoterapia cognitiva sin ser combinada con psicofármacos, suele ser inefectiva en el tratamiento de trastornos mayores (sicóticos y no sicóticos), ya que el paciente necesitaría un cierto grado de sintonía afectiva y cognitiva para realizar el trabajo psicoterapéutico. Además, a pesar de que algunos investigadores encuentran que la terapia cognitiva a solas es mas eficaz, en el tratamiento de trastornos no sicóticos que los psicofármacos, e incluso igual de efectiva que cuando se combinan psicofármacos y terapia cognitiva; pensamos que en algunos casos la experiencia de mejoría sintomática, puede ser motivante para continuar el trabajo cognitivo.

Con respecto a los trastornos de ansiedad recomiendan utilizar los antidepresivos en casos de pacientes ágora fóbicos deprimidos y en caso de presencia de ataques de pánico persistentes e intensos después de seis semanas de utilizar la exposición, sin que remitan. En las fobias sociales el tratamiento psicoterapéutico es más eficaz que el farmacológico, pero en algunos pacientes resistentes a la exposición puede ser útil, en una primera fase, la utilización de antidepresivos (fenelzina) y fármacos bloqueantes beta en pacientes que presentan episodios de ansiedad ocasionales y predecibles.

Para la fobia simple el tratamiento más eficaz es la exposición, aunque tienen cierta utilidad el uso de las benzodiacepinas (p.e. valium) para reducir la ansiedad anticipatoria a la situación, los betabloqueantes beta para reducir la respuesta autonómica y la fenelzina para pacientes con descargas autonómicas episódicas.

Con respecto a los ataques de pánico no está suficientemente demostrada la superioridad de los psicofármacos sobre la psicoterapia cognitiva, y viceversa; el tratamiento combinado parece el más eficaz. En este caso se utilizan los antidepresivos (imipramina, fenelzina) o una triazolobenzodiazepina, el alprazolam.

En el tratamiento de la ansiedad generalizada, la terapia cognitiva parece superior al tratamiento psicofarmacológico, aunque en algunos casos es útil combinar la terapia cognitiva con las benzodiacepinas.

El abordaje más eficaz en el caso del tratamiento de las obsesiones-compulsiones es la combinación de terapia cognitiva-conductual con antidepresivos (sobre todo la clorimipramina), siendo esta combinación más eficaz que la terapia cognitiva conductual sola, sobre todo en pacientes obsesivos con componente depresivo (combinación que es frecuente).

En el tratamiento de la esquizofrenia se debe contar siempre con la utilización de los psicofármacos neurolepticos. El abordaje cognitivo necesita que el paciente tenga un mínimo de contacto con la realidad para ser posible y que esté libre de sintomatología aguda, el tratamiento de la esquizofrenia tipo I (sintomatología positiva) suele requerir la utilización de los neurolepticos; y la esquizofrenia tipo II (sintomatología negativa, defectual) suele responder mejor a programas de tipo rehabilitador y escasamente a los neurolepticos.

En el tratamiento del proceso de duelo no se suele utilizar los psicofármacos, excepto las benzodiacepinas a dosis bajas en algunas ocasiones. En el caso de que el duelo sea complicado, el tratamiento es idéntico al abordaje de otros cuadros depresivos, en combinación con un enfoque cognitivo-conductual de "pesar dirigido".

Las neurosis histéricas (disociativas, conversivas) suelen responder mal al tratamiento psicofarmacológico solo; aunque los síntomas asociados de tipo ansioso o depresivos pueden mejorar con ellos. En caso de depresión atípica con síntomas histéricos suele ser eficaz emplear el IMAO de tipo sulfato de fenelcina. Es recomendable emplear los psicofármacos al mínimo posible (debido a su posible utilización, beneficios secundarios, etc); y el tratamiento más eficaz suele combinar métodos hipnosuggestivos, intervenciones familiares y psicofármacos, en el caso de síntomas ansioso depresivos muy fuertes.

En algunos casos de histeria disociativa, puede ser útil la pentotal sódico para recuperar información "olvidada".

En el caso de trastornos de tipo hipocondríaco y de tipo psicossomático es recomendable utilizar las benzodiazepinas y los antidepresivos si aparecen síntomas ansioso-depresivos relevantes. En estos casos, en general, es preferible sin embargo, evitar el uso de psicofármacos, aunque en casos en que aparezcan se puede emplear un antidepresivo de tipo sedativo con pocos efectos secundarios, y en caso de síntomas de ansiedad se puede recurrir a una benzodiazepina, aunque el cuadro de fondo es más responsivo a tratamientos combinados de psicoterapia y psicofármacos.

El tratamiento de los problemas de pareja y trastornos sexuales suele responder a la terapia de pareja y terapia sexual, no siendo efectivo los psicofármacos para estos problemas, salvo que estén relacionados con otros cuadros psicopatológicos paralelos (psicosis, depresión, trastornos de ansiedad).

El abordaje de los trastornos de personalidad suele conllevar un enfoque combinado de psicoterapia y fármacos; siendo estos últimos útiles para algunos síntomas asociados (depresión, ansiedad). Debido a la alta dificultad para que estos pacientes inicien una psicoterapia, a veces solo se implican en un

tratamiento psicofarmacológico, que puede ser utilizado "como puente" para abordar otros aspectos no sintomáticos con psicoterapia.

Los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia) suelen ser abordados desde una perspectiva multidisciplinaria cambiando abordajes médicos y psicológicos. En los casos extremos de deterioro físico hay que recurrir a intervenciones médicas específicas, así como a programas operantes de control ambiental, y casi siempre a la hospitalización. Una vez conseguida cierta estabilidad de estos cuadros el seguimiento de los mismos se suele hacer con psicoterapia cognitiva-conductual y con revisiones médicas periódicas. La intervención en el área familiar (y terapia familiar, con o sin terapia individual) suele ser necesaria, así como la utilización de fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos en caso de que estos síntomas sean persistentes y agudos.

En el campo de los trastornos infanto-juveniles se suele recomendar mantener el uso de los psicofármacos al mínimo, ya que la mayoría de ellos responden bien a planteamientos psicoterapéuticos de tipo familiar. Solo en casos graves de trastornos de la conducta (p.e hiperactividad) se suele utilizar psicofármacos (p.e el metilfenidato), así como en casos graves de depresión infanto-juvenil (antidepresivos), casos graves de trastornos de ansiedad (ansiolíticos) o psicosis infantiles (neurolepticos). A pesar de esto, los tratamientos psicofarmacológicos, en general, sin el apoyo básico de una terapia psicológica (casi siempre de tipo familiar, contando con los padres del chico/a) suelen ser inefectivos.

En resumen los psicofármacos suelen ser más útiles para el abordaje de síntomas agudos e incapacitantes (síntomas positivos, productivos) que la psicoterapia cognitiva; mientras que esta suele ser más útil para abordar los factores de vulnerabilidad que hacen que el trastorno se mantenga a lo largo del tiempo. Sin embargo en muchos casos no se puede abordar esa "vulnerabilidad" sin antes no haber recurrido a los psicofármacos para superar cierta "barrera" sintomatológica.

En la literatura teórica e investigadora psiquiátrica y psicológica es frecuente encontrar una serie de afirmaciones sobre los fundamentos de la psicoterapia

cognitiva realizados por personas no vinculadas a este campo, y que constituyen versiones "distorsionadas" y erróneas sobre la misma. De manera muy resumida presentamos las concepciones erróneas más frecuentes y las respuestas dadas a estas.

2.4. Concepciones erróneas de la psicoterapia cognitiva

1- "Ignora la influencia del ambiente y de la conducta". Podríamos relacionar esta crítica con otras 2 más: "La terapia cognitiva consiste en el uso de procedimientos de condicionamiento o persuasión verbal (exclusivamente)" , "la terapia cognitiva consiste en la detección y modificación de pensamientos automáticos (exclusivamente)". Podríamos denominar a la fuente de estas críticas como "Posición conductista, tecnicista y reduccionista".

2- "Ignorar la afectividad". Se relaciona con otras 3 críticas más: "La terapia cognitiva es una refundición del poder persuasivo del pensamiento positivo", "La terapia cognitiva desvaloriza el papel de las emociones, que hacen de la vida algo rico y vibrante. Es algo puramente cerebral", "La terapia cognitiva es un proceso de intervención racional y racionalizadora". Podríamos denominar a esta fuente como "Posición súper humanista, romanticista y afectiva".

3- "Ignora lo biológico". Le denominamos "Posición biologista y reduccionista".

4- "Ignora lo consciente y se limita a trabajar con la esfera consciente y fenomenológica". Le llamamos "Posición psicodinámica".

2.5. Terapia racional emotiva (ELLIS)

La Terapia Racional Emotiva (TRE) fue creada en 1955 por Albert Ellis, y desde entonces ha adquirido gran prestigio. Junto a la Terapia Cognitiva de A.T. Beck forman la base de lo que actualmente se llama corriente cognitivo-conductual de la Psicoterapia.

La terapia racional emotiva propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen. No son las situaciones lo que determina como nos sentimos y actuamos, sino como pensamos acerca de ellas.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

2.5.1. Características generales

Modelo A-B-C-D-E

El Modelo básico de la terapia racional emotiva se denomina **A-B-C-D-E**.

A: Situaciones activadoras; evento o situación real

B: Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc.)

C: Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.

D: Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.

E: Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

En una primera etapa el paciente debe realizar un registro de sus pensamientos y concepciones irracionales (B) relacionados a algunas situaciones específicas (A). Luego el terapeuta enseña al paciente a cuestionar los pensamientos (D), con el objetivo que el paciente se auto aplique el procedimiento ante diversas situaciones.

2.5.2. Fundamentos de la Terapia racional emotiva.

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc. analizamos lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, veremos cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

2.5.3. Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

Las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa, vergüenza y dolor emocional etc. Como hemos visto, son causadas por creencias irracionales.

Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados y frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, nos ponen en marcha para solucionarlo. Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción.

La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema.

2.5.4. Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen amor, placer, curiosidad, felicidad, etc...

2.5.5. Pensamiento racional e irracional

Los pensamientos que tengamos en el punto (B) pueden ser bien Racionales o Irracionales.

Racional quiere decir razonable, pensamiento lógico, acertado, realista, que aumenta la auto-estima. Es la forma de pensar, sentir y actuar que ayuda a la supervivencia y felicidad humana.

Irracional quiere decir pensamiento catastrófico, absolutista, no-acertado, auto-derrotista e irrealista. Es cualquier pensamiento, emoción o conducta que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo.

2.5.6. Teoría del cambio terapéutico:

En la Terapia racional emotiva, se distinguen varios focos y niveles de cambio (Ellis,1981,1989y1990).

En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

A) Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

B) Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación")
2. Creencias irracionales (p.e. "Necesito tener el afecto de la gente importante para mi... y no soporto que me rechacen").

Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo racional emotiva. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.
- INSHIGT N° 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autoinstrucción o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.
- INSHIGT N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas e intercesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia racional emotiva en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

2.5.7. Técnicas básicas de la Terapia racional emotiva

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la terapia racional emotiva en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

2.5.7.1. Técnicas Cognitivas:

1- Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.e el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2- Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener que?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

3- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de la terapia racional emotiva y biblioterapia.

5- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude.")

6- Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7- Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

(1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: El paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

(3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

2.5.7.2. Técnicas Emotivas:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativo que sea su conducta como base o modelo de su propia auto aceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplean historias, leyendas, parábolas, etc... para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al paciente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de auto instrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

2.5.7.3. Técnicas Conductuales:

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Por lo que la terapia racional emotiva tiene como objetivo el reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto se llama debate de pensamiento y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros

pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
2. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.
3. Discriminar las creencias irracionales y no constructivas de las racionales constructivas, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

2.6. Terapia cognitiva conductual (BECK)

Aarón Beck crea la terapia cognitiva conductual aplicada al tratamiento de trastornos depresivos (Beck 1962).

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo

sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

Para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la terapia cognitivo conductual utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales.

Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente (cliente) en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

La Terapia Cognitivo Conductual tiene tres principios importantes, enfocados cada uno de ellos en el paciente. Dichos principios son:

1. Un paciente tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

2.6.1. Fundamentos de la Terapia cognitivo conductual

1. Los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas. Las conductas, a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar, mantienen homeostasis con el entorno.

2. La interpretación cognitiva de eventos en nuestro entorno es dinámica y activa.

3. Atención selectiva: Creencias y suposiciones individuales influyen nuestra manera de percibir o recordar eventos. Las creencias personales dirigen nuestra atención a eventos que refuercen estas creencias pasando por alto información que contradiga nuestro pensar.

4. Presiones internas o externas (estrés) activan respuestas automáticas de conducta que impiden la adaptación del organismo. Estas respuestas, a su vez, crean un círculo vicioso donde las conductas poco saludables crean y mantienen condiciones poco favorables en nuestro entorno mientras el sistema de pensamiento patológico se fortifica. Un ejemplo de ello es la creación de situaciones depresivas por pacientes que sufren de depresión.

5. La hipótesis de especificidad cognitiva sostiene que las entidades clínicas y los estados emocionales están determinados por patrones cognitivos específicos de cada persona. Estos patrones cognitivos, creencias o cosmovisiones pueden ser conscientes como, por ejemplo, los pensamientos automáticos o inconscientes como los esquemas cognitivos.

6. Cognición en la terapia cognitivo conductual, incluye todos aquellos pensamientos o percepciones que fluyen conscientemente como son los pensamientos automáticos, aquellos pensamientos con gran contenido emotivo o pensamientos calientes, o cualquier percepción, memoria, expectativa, fantasía, sueño, imagen, símbolo, u opinión.

2.6.2. Conceptos teóricos

2.6.2.1. Estructura de significado y sicopatología:

La terapia cognitiva conductual (TCC) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene, que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros

nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

Con estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

2.6.2.2. Cognición:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

1. Sistema cognitivo maduro-Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.
2. Sistema cognitivo primitivo-Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

2.6.2.3. Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales que reciben el nombre de distorsión

cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos que Beck (1967 y 1979) identifica:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
2. Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
3. Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.
4. Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
5. Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
6. Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados. Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados

trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son:

1-Mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.

2-Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.

3-Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.

4-Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

5-Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

A). Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.

B). Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.

C). La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc...

2.6.3. Representación grafica del modelo

- a) Factores biológicos
- b) Historia de aprendizaje y estructura de significados
 - .Sistema Primitivo (Supuestos personales)
 - .Sistema evolucionado o maduro
- c) Eventos actuales activadores de la estructura de significado
- d) Distorsiones cognitivas
- e) Círculos viciosos interactivos
- f) Pensamiento-Afecto-Conducta

2.6.4. Conceptualización de los problemas

Los datos básicos para la terapia cognitiva conductual consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

* Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas.

* Pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia.

* El material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- A) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".
- B) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobre generalización", "polarización", etc); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- C) Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su constatación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones como evocadores-pensamientos, afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una

creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal.

2.6.5. Aplicaciones Prácticas y Rasgos Generales

La terapia cognitiva conductual es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la terapia cognitivo conductual, "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

2.6.5.1. Relación terapéutica:

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contra transferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y Supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento..etc) (Beck, 1979).

2.6.5.2. Estrategias del tratamiento:

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área del problema seleccionada.

2.6.5.3. Técnicas del tratamiento:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- A) Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.

- B) Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la terapia cognitivo conductual, en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, el proceso que conlleva tal revisión.

2.6.6. Técnicas básicas de la Terapia cognitivo conductual.

2.6.6.1. Técnicas cognitivas:

1- Detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2-Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3- Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al

paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5- Reatribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7- Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9- Manejo de supuestos personales:

A) Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

B) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

C) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la asunción.

2.6.6.2. Técnicas conductuales

1- Programación de actividades incompatibles: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.e actividad gimnástica en lugar de rumiar)

2- Escala de dominio/placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.e utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

3- Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

4- Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

5- Entrenamiento en relajación: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

6- Ensayo conductual y rol playing: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelo y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

7- Exposición en vivo: El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

CAPITULO 3

3. AFRONTAMIENTO

3.1. Definición de afrontamiento

El termino afrontamiento es la traducción al castellano del termino inglés coping, y se corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante, en suma (Moliner, 1988).

“Afrontamiento” se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y ala adaptación en situaciones estresantes. No hay una definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social.

El Afrontamiento es cualquier actividad que podemos poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarnos a una determinada situación. Por lo tanto, nuestros recursos de afrontamiento están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que podemos desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ante una situación estresante, o cuando reaccionamos con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería:

- Afrontamiento activo.
- Afrontamiento pasivo
- Evitación.

Otra clasificación básica podría ser:

- Afrontamiento cognitivo
- Afrontamiento conductual.

Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es:

- Afrontamiento dirigido a cambiar la situación
- Afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

3.2. Estrategias y recursos del afrontamiento

Se considera como "estrategia de afrontamiento" cualquier esfuerzo saludable o nocivo, consciente o inconsciente, para prevenir, eliminar o atenuar el estrés o para tolerar sus efectos de la manera menos dañina posible (adaptación).

El cómo adaptarse al estrés está condicionado a diversos factores, propios del individuo o provenientes del entorno:

a) Capacidad para cubrir las necesidades básicas, con o sin ayuda (relación dependencia/independencia).

b) Nivel de modificación de las conductas y hábitos (comida, sueño, etc.) y capacidad de asimilación de estas.

c) Síntomas predominantes de estrés y estrategias desplazadas para su control (nivel de control).

d) Participación del entorno en el control del estrés y en su apoyo emocional como elementos moduladores de su acoplamiento a distintos ambientes.

e) Nivel cultural y factores religiosos que le permitirán una mayor comunicación y capacidad para compartir estrategias y que influirán en la forma en que este se adapte al estrés.

f) Experiencias previas de estrés grave, lo cual puede suponer un cambio temporal o definitivo de sus costumbres, y estrategias de afrontamiento utilizadas, tanto efectivas como fracasadas.

Además de las estrategias mencionadas anteriormente, el ser humano requiere de formas conductuales para hacer frente a las situaciones estresantes, las cuales pueden ser en dos sentidos:

3.2.1. Estrategias adaptativas.

Es decir, que nos ayudan a reducir el estrés de manera adecuada. Algunas de estas pueden ser: escuchar música , leer, caminar, platicar , rezar, hacer ejercicio físico, respirar diafragmáticamente, bailar, tener apoyo social, hacer alguna técnica de relajación, etc.

3.2.2. Estrategias desadaptativas.

Estas no ayudan a disminuirlo y si contribuyen a mantenerlo, y en ocasiones producen o incrementan problemas colaterales, algunas de estas estrategias pueden ser: beber y/o fumar en exceso, arrojar objetos, aislarse constantemente de los demás, inhibir pensamientos y emociones, llenarse de trabajo, discutir por todo, no escuchar, etc.

Valoración positiva: el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés. La gente emplea esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación, reduce el impacto de los problemas o frustraciones recientes recordando experiencias felices o visualizando una solución positiva para una situación problemática.

Minimización de la amenaza (conocidas como evitación) es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos. La gente emplea esta estrategia de afrontamiento cuando bromea o se burla de alguna situación problemática; desvía intencionalmente su atención de un problema borrándolo de su mente o descalificándolo.

Concentración en el problema: es la inclinación de una persona a realizar intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales. La gente utiliza el afrontamiento centrado en el problema cuando desarrolla un plan de acción específico para enfrentar una situación, pide a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes o analiza su propia experiencia y la de otros para determinar un curso de acción eficaz para resolver un evento estresante. Dentro de las técnicas de afrontamiento negativas encontramos:

Valoración negativa: se caracteriza por la auto culpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico. Los reactivos miden la tendencia a aproximarse a las situaciones desafiantes desde esta perspectiva. La gente utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria.

3.3. Función principal del afrontamiento:

A) Manejar el problema que desencadena la angustia a través de la eliminación o modificación de las conductas que dan origen a ésta (afrontamiento "enfocado al problema" o estrategias para hacer frente al problema y resolverlo); algunos ejemplos de esta estrategia son:

* Buscar información o consejo acerca de la situación (racionalización, intelectualización).

➤ Buscar y aceptar la "dirección" de una figura autoritaria (adaptabilidad).

- Acciones emprendidas a "solucionar" el problema; confrontación, establecer alternativas posible: si X, entonces Y.

B) Modificación del significado de la experiencia (control perceptual), neutralizando así su carácter problemático (afrentamiento enfocado a la "revaloración" del problema); algunos ejemplos son:

- Redefinición cognitiva: se acepta el problema pero se encuentra algo favorable en el mismo (redefinición).
- Evitación cognitiva: tratar de olvidar, poner fuera de la mente (supresión), hacer otras cosas para distraerse (desplazamiento), esfuerzos para separarse de la situación (distanciamiento).
- Clasificación de tareas.

C) Regular el estrés emocional producido por el problema (regulación afectiva); algunos ejemplos son:

- Inversión del afecto: tomárselo a risa, no dar importancia.
- Aceptación resignada: aislamiento (reducción de estímulos), se abandona y se acepta lo inevitable (fatalismo); se culpa a sí mismo, se sacrifica (autocompasión, expiación).
- Descarga emocional: se reduce la tensión al ingerir alcohol, drogas, comer (reducción de tensión), hablar con otros para descargar angustia (preocupación compartida); actividades de tipo temerario, arriesgadas e imprácticas (acting out).
- Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones (autocontrol).

Debido a que suelen necesitarse diferentes estrategias en diferentes circunstancias, el fenómeno puede llegar a ser muy complejo. No todas las

individuos necesitarán todos los recursos disponibles, si bien su disposición les puede servir donde quiera y cuando quiera que sus necesidades se originan, teniendo en cuenta que para cada situación el tipo de estrategia dependerá del problema a ser manejado.

3.4. Recursos de afrontamiento

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. De acuerdo con la clasificación que hemos mencionado, cabe distinguir los siguientes:

1) Físicos/Biológicos, que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella. Por ejemplo, ciertos factores relacionados con la salud biológica más inmediata (mal nutrición, por ejemplo) indudablemente están relacionados con la respuesta fisiológica a los estresores. Entre los recursos físicos pueden contarse también los “ambientes físicos”. Ejemplos de recursos físicos son la salud biológica, la energía y la resistencia de la persona, pero también el clima, o la estructura física de su vivienda o del ambiente en el que se ubica.

2) Psicológicos/psicosociales, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, nivel de independencia o autonomía, y sentido del control. Los recursos psicológicos incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.

3) Culturales, que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura del individuo. La salud y la enfermedad, por ejemplo, no solo son condiciones o estados del individuo humano considerado tanto en cuanto a su personalidad como a sus niveles orgánicos; son también

estados valorados y reconocidos institucionalmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia.

4) Sociales, que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que se puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. Este tipo de variedades relacionadas con el sistema de apoyo social parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamientos del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo. Se incluyen aquí también la red de apoyo social disponible para el sujeto. Precisamente el apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular. El apoyo social puede incluir los recursos materiales tangibles como dinero, instrumentos y equipo (Folkman et al., 1979; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1982).

3.5. Respuestas de afrontamiento

La reducción del desequilibrio entre demandas y recursos en que consiste el estrés se puede intentar de muchas maneras.

En primer lugar, Lazarus (1966) discutió inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y, en un tipo de afrontamiento paliativo definido como más acomodativo, en cuyo caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan en el manejo o reducción de los sentimientos de distrés que resultan de ella.

Así pues, pueden establecerse inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren:

- La regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrado en la emoción).

- El manejo del problema que esta causando el distrés (afrontamiento centrado en el problema).

Folkman y Lazarus (1980) demostraron que ambas formas de afrontamiento se usa en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada “transacción”.

El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación estresante que son usadas para ganar el control sobre el acontecimiento.

- El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar esta, algunas veces alterando el significado de un resultado.
- El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Este tipo de estrategia, cualitativamente diferente de la centrada de la emoción, puede dirigirse al entorno tanto como a uno mismo.

Atendiendo a su “foco”, también se puede clasificar las conductas de afrontamiento en tres tipos (Perrez y Reincherts, 1992):

A) El primero es el afrontamiento orientado a la situación; el afrontamiento orientado a la representación, referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de, información; y afrontamiento orientado a la evaluación que incluye operaciones dirigidas a las estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación.

B) El segundo se basa en la literatura de los años recientes sobre el estrés y afrontamiento hay una perspectiva común y muy coherente que se basa en

dos categorías centrales; ya mencionadas antes, para entender el concepto de afrontamiento de un acontecimiento estresante: aproximación y evitación.

En su forma más simple, este par de categorías se refiere a dos orientaciones Básicas hacia el acontecimiento estresante (dos formas de afrontar el estrés):

- La lucha

- La huida

Ambos conceptos se pueden utilizar para proporcionar una estructura teórica coherente del afrontamiento del estrés.

Ambas estrategias no se excluyen una a otra, es decir, las personas no se caracterizan simplemente como aproximadoras o evitadoras, puesto que casi todas usarán alguna estrategia de cada categoría. Esto es lo que parece más plausible: aunque haya evidencia de que en algunas situaciones las personas tienen una fuerte preferencia por las respuestas aproximativas o por las evitativas, es probablemente verdad que en general, el uso de estrategias evitativas y aproximativas no es mutuamente excluyente. Pueden ser utilizadas de forma combinada de muchas maneras.

Así pues, encontramos un segundo eje (que se puede dominar “de método”) que permite establecer otras dos formas generales de afrontamiento:

- Afrontamiento aproximativo, el cual incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés, o a las emociones negativas concomitantes.

- Afrontamiento evitativo, este otro incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permitan escapar de, o evitar, la consideración del problema o a las emociones negativas concomitantes.

Se podría añadir aquí, de acuerdo con Perrez y Reicherts (1992), un afrontamiento pasivo, cuando se omite toda acción, y se permanece en situación de duda o espera.

C) El tercer punto introduce una dimensión sobre la base de tipo de proceso que se hace intervenir en la respuesta de afrontamiento, y que permite distinguir dos categorías más de afrontamiento: afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo. Las estrategias en la categoría de afrontamiento cognitivo implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones, centrando su atención en los aspectos positivos de la situación o dirigir su atención hacia otras cosas (distracción); pueden usar procesos de comparación selectiva para asegurarse a sí mismos que las cosas podrían ser peor o que en algunos aspectos están mejor que otras personas (comparaciones sociales); o pueden intentar reinterpretar la situación de forma que se perciba como no problemática (reestructuración). Finalmente, los procesos de auto control para afrontar el problema pueden incluir el recuerdo de los éxitos previos (realce de la eficacia), el pensar sobre las consecuencias positivas o negativas de la realización de una conducta no deseada (consideración de consecuencias) o en algunos casos, simplemente el decirse uno a sí mismo que no haga algo (fuerza de voluntad).

Algunos autores (Will & Shiffman, 1985), distinguen una categoría denominada aceptación o resignación, basada en la creencia de que no se puede hacer nada (o no se debería hacer nada) respecto del problema que se afronta, y que en consecuencia simplemente debe aceptarse la situación hasta que vengan tiempos mejores. En nuestra opinión, este tipo de estrategia puede clasificarse perfectamente como “cognitivas”.

Las Estrategias que caen dentro de la categoría del afrontamiento comportamental implican el intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. Por ejemplo, la estrategia denominada “solución de problemas” supone la búsqueda y reunión de información relevante para el problema, la evaluación de los cursos de acción alternativos, y la decisión por

un curso concreto de acción. La “acción directa” implica hacer intentos de cambiar directamente la situación problemática, o mediante negocios o compromiso con otras personas. La “retirada” o “escape” supone abandonar físicamente una situación problemática o evitarla. La “conducta asertiva” consiste en la capacidad para aplicar de forma apropiada conductas asertivas a situaciones sociales. La “búsqueda de apoyo social” es un proceso en que los individuos buscan activamente ayuda de otras personas, bien hablando sus problemas con alguien que tenga confianza (apoyo emocional), bien buscando ayuda económica, física, etc. Las personas pueden, también realizar conductas alternativas incompatibles con la conducta problemática (“conductas alternativas”).

Otra estrategia de afrontamiento comportamental, como la “relajación”, incluye varios métodos de obtener relajación mediante ejercicios de relajación muscular, meditación o métodos de control de estrés. Para finalizar, una estrategia denominada “búsqueda de “placer” puede definirse como un intento activo de proporcionarse experiencias positivas mediante el entretenimiento, las actividades sociales o del ocio.

D) En cuarto lugar, podemos distinguir dos tipos más de respuestas de afrontamiento si atendemos al “momento” en el que se emiten:

- Anticipatorios, estas se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento estresante.

- Restaurativas, actúan después de la ocurrencia del acontecimiento estresante.

Es decir, las respuestas de afrontamiento pueden ejecutarse como un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se esperan que ocurran (como una manera de manejar tales acontecimientos), o bien como un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta al estrés (la cual, como se ha dicho, es producto

de una apreciación de desequilibrio entre las demandas de la situación y nuestros recursos) ante el acontecimiento o situación (Will y Shiffman, 1985).

El afrontamiento anticipatorio o preventivo implica conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental), que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, los esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo), y los esfuerzos para evitar la ocurrencia de acontecimientos estresantes, pueden ser tanto afrontamiento comportamental (por ejemplo, evitar asistir a una reunión en donde sabemos que nos encontraremos con una persona con la que nuestra relación no es buena), como afrontamiento cognitivo (por ejemplo, distracción de pensamientos o detención de pensamientos).

El afrontamiento restaurativo implica el uso de estrategias cognitivas y comportamentales para afrontar las dificultades en la medida que los acontecimientos se van presentando. Puede incluir el uso de solución de problemas de forma directa, o de destrezas sociales para resolver eficazmente situaciones problemáticas, o el uso de estrategias cognitivas de minimización de reacciones emocionales productivas o el ejercicio de auto control.

Este tipo de afrontamiento (el restaurativo) incluye, pues, una diversidad de estrategias para manejar las secuelas de acontecimientos estresantes. La solución de problemas puede aplicarse a limitar el daño causado por el acontecimiento, o para tratar de evitar que el estresor se vuelva a producir. Las personas pueden realizar actividades que distraigan su preocupación acerca del problema. Las re-evaluaciones cognitivas del acontecimiento pueden utilizarse para restaurar la autoestima, o el nivel de auto eficacia percibida.

Finalmente, en quinto lugar, si nos fijamos en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas podríamos clasificarlas en generales/globales o específicas. Es decir, se pueden ejecutar conductas con una finalidad "global", que permitan reducir o manejar categorías de estresores, o se pueden ejecutar conductas que pretendan manejar un estresor específico.

Parece claro, por otro lado, que las categorías señaladas constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento, de las que cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para vérselas con un problema particular.

Deben ser enmarcadas dentro del modo propuesto que considera al afrontamiento como un proceso dinámico multidimensional y biopsicosocial en el cual los individuos estresados intentan resolver problemas prácticos, un sentido de autoestima positiva y mantener su estado bioquímico y fisiológico en un equilibrio óptimo, dentro de este modelo debemos esperar una considerable variedad en las estrategias de afrontamiento usadas por los individuos en las diferentes situaciones y frente a distintos tipos de problemas.

Esto no significa que no podamos detectar consistencias o a lo largo del tiempo en la probabilidad del uso de estrategias de afrontamiento concretas, en algunas personas que tengan un repertorio relativamente amplio de estrategias y que usen algunas de ellas con más frecuencia.

Como se ha dicho, “el afrontamiento del estrés es un proceso dinámico”, y sus orientaciones básicas pueden variar en primacía a lo largo del tiempo para un individuo, y pueden estar presentes en cualquier momento particular. En consecuencia, también un individuo puede tener una preferencia consistente hacia una u otra orientación, o cruce de categorías, incluso frente a restricciones situacionales que parecen “exigir” otra respuesta.

En cualquier caso, podemos hablar de ciertos factores determinantes de la selección de las respuestas de afrontamiento que la persona pone en marcha cuando se produce un episodio estresante.

3.6. Determinantes de la selección de respuestas de afrontamiento

Al referirnos a respuestas concretas, estamos hablando de una selección de las mismas, ya que una de las respuestas de afrontamiento en particular puede depender de varios factores.

- Un primer determinante de la conducta de afrontamiento es la gravedad percibida del estresor, de forma que cuando los estresores son más graves y más directamente relevantes para los objetivos o metas de una persona, se puede predecir que evocara una mayor variedad de respuestas de afrontamiento.
- Un segundo factor determinante es la mutabilidad percibida del estresor. Situaciones o acontecimientos percibidos como relativamente variables evocan respuestas de afrontamiento orientadas hacia la solución de problemas y a la resolución directa de la situación, mientras que una situación problemática percibida como inmutable evocará estrategias de afrontamiento orientadas hacia la reinterpretación cognitiva de la situación y hacia la minimización del estado efectivo negativo evocado por el estresor (usando drogas, por ejemplo).
- Un tercer factor determinante es la remediabilidad percibida. En la medida en que la persona juzga que la situación es remediable pondrá en marcha estrategias de afrontamientos, como son la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de consejo profesional, etc. Si tales destrezas le faltan y evalúa la situación como irremediable puede acudir a otro tipo de conductas como uso de drogas o la pasividad. La manera cómo las personas llevamos a cabo estas elecciones es algo que todavía esta por estudiar, pero que puede estar relacionado con “estilos de afrontamiento”, o con dimensiones de personalidad básica. Es posible también que las respuestas de afrontamiento varíen con la naturaleza de la situación estresante.
- Un cuarto factor posible en la determinación de la elección de una respuesta de afrontamiento es esencialmente una consideración instrumental: la dificultad o costo de la respuesta de afrontamiento. Algunas respuestas requieren más esfuerzos, o más perseverancia, que otras. Si todo lo demás se mantiene igual, es de esperar que las personas elijan una respuesta que implique menos esfuerzo a otras que

implican más esfuerzo. De forma análoga, algunas respuestas (por ejemplo, escapar de una situación) son socialmente más visibles que otras, y algunas personas probablemente preferirán cursos de acción que sean menos visibles a otras que pueden causar desaprobación social (por su “visibilidad”).

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1. Planteamiento del problema.

¿Cuál es la terapia más recomendable para el afrontamiento del estrés Cognitivo – Conductual ó Racional – Emotiva?

4.2. Objetivo General.

Analizar comparativamente el afrontamiento del estrés desde la terapia cognitiva – conductual y la terapia racional – emotiva, con el fin de determinar la forma más adecuada de afrontar el estrés.

4.3 Objetivos Específicos.

- 1 Definir estrés y sus conceptualizaciones teóricas.
- 2 Identificar tipos de estrés, agentes estresantes, respuesta y consecuencias del estrés.
- 3 Describir origen y desarrollo de la Terapia Racional Emotiva.
- 4 Describir origen y desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual.
- 5 Definir e identificar los tipos de afrontamiento de estrés.
- 6 Analizar comparativamente los modelos psicoterapéuticos cognitivo conductual / racional emotiva y determinar el más idóneo para el afrontamiento del estrés.

4.4. Tipo de investigación

En base a las fuentes de información que se requirieron para la elaboración del presente trabajo, la investigación que se realizó fue de tipo documental, la cual depende de información recolectada a través de consultas a documentos y material de índole permanente del que se puede hacer uso en cualquier momento, sin alterar su naturaleza o sentido para aportar información de una realidad o acontecimiento (Cazares, 2003).

Dichas fuentes documentales fueron libros y artículos en páginas de Internet.

Bisquerra (1990), dice que este tipo de investigación es “un estudio descriptivo que se encuentra caracterizado por limitarse a observar y describir, siendo su fuente básica de información los documentos”.

También menciona que la metodología cualitativa es una investigación documental “desde dentro”, suponiendo una preponderancia de lo individual y subjetivo, es decir una investigación interpretativa, ya que la metodología cualitativa define como se aborda el estudio y a través del análisis cualitativo se organizan los datos obtenidos en la investigación.

Por lo que en el presente trabajo se describió y expuso la información teórica recopilada en relación al afrontamiento del estrés a través de las terapias cognitivo conductual y racional emotiva, realizándose posteriormente un análisis comparativo de las psicoterapias en base a la información documental relevante, para así poder determinar cual es la terapia más recomendable para el afrontamiento del estrés, concluyendo que la terapia racional emotiva es la más apta para afrontar el estrés, debido a que es más factible que el paciente entienda su procedimiento y pueda ajustarlo a su estilo de vida.

CAPITULO 5

5. Análisis comparativo de las Terapia Cognitivo Conductual / Terapia Racional Emotiva

Actualmente tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia racional emotiva, han superado algunas concepciones originales, han incorporado una visión constructivista, han adoptado nuevos recursos y se pueden considerar “pos-racionalistas”.

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la medición cognitiva, por lo que sistemáticamente la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

Ambas estructuras cognitivas, generalmente son denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son también el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Por lo que ambas terapia implica una modificación en la estructura psicológica del individuo con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logra una modificación de la respuestas (emotiva y/o conductual)

5.1. Intervención psicoterapéutica (Terapia cognitivo conductual/ Terapia racional emotiva).

5.1.1. Terapia Racional Emotiva (TRE):

El procedimiento terapéutico de la TRE, básicamente se desarrolla de la siguiente manera:

1. Revisión de tareas para casa de la sesión anterior. Refuerza las ganancias realizadas y experiencias aprendidas. Si no está completa, identifica y ayuda al cliente a tratar con los bloqueos.
2. Establece un problema determinado para trabajar en la presente sesión.
3. Evalúa "C": específicamente qué sentimiento indeseado experimenta el cliente, y que intensidad tiene. Discute la motivación del cliente para cambiar dicho sentimiento. Si hay más de un sentimiento indeseable, el cliente tiene que seleccionar el que desee tratar en la presente sesión.
4. Evalúa "A": ¿qué ocurrió para sentirse así, y cuando ocurrió por última vez? No hace falta obtener demasiados detalles, y asegurarse que solo un hecho activador se va a trabajar a un tiempo.
5. Clarifica y establece los objetivos- "E": ¿cómo quiere el cliente sentir (y comportarse) cuando se enfrente a una "A" similar? Hay que estar seguros de que la reacción emocional es realista y apropiada a las experiencias que se tienen.
6. Identifica y evalúa cualquier problema emocional secundario (emociones negativas inapropiadas sobre el problema, por ejemplo vergüenza por sentir depresión).
7. Identifica las creencias "B" - que causan las reacciones indeseadas, específicamente el tremendismo, intolerancia a la frustración, excesiva demanda, y evaluación de las personas.
8. Conecta "B" y "C" (ayuda al cliente a ver que lo que él piensa, determina las reacciones indeseadas).
9. Ayuda al cliente a disputar creencias. Comenzar con preguntas (¿Dónde está la evidencia? ¿Por qué es cierto que...? ¿Dónde está escrito que...? etc.). Usa una explicación didáctica de porque algunas respuestas a esas preguntas son falsas. Aplica las tres estrategias de debate: lógica ("¿Por qué de esto se sigue esto?"); Empírica ("¿Dónde esta la evidencia?");

pragmática ("¿Qué efecto puede tener sobre nosotros de mantener esta creencia?"). Cambiar las creencias que estemos de acuerdo que son irracionales.

10. Asigna tareas para casa -"F" - para facilitar al cliente a establecer nuevas creencias racionales con la práctica. Identificar y tratar cualquier posible freno para completar las tareas.

5.1.2. Técnicas usadas en la Terapia racional emotiva

No existen técnicas únicas en la terapia racional emotiva - se usan mientras funcionen, asumiendo que la estrategia es compatible con la teoría de la terapia racional emotiva (el desarrollo del "eclecticismo selectivo" mencionado al principio de este artículo). De todas formas, se muestran unos ejemplos de procedimientos comunes usados en la terapia:

- Análisis durante las sesiones de los episodios específicos para enseñar al cliente a descubrir y disputar creencias irracionales (como se describe más abajo).
- Discusión o refutación.
- Imaginería
- Ejercicios experimentales (tanto en las sesiones como en tareas para casa), por ejemplo, rol-playing, tareas específicas, enfrentarse a situaciones temidas por inmersión, "ejercicios de ataque a la vergüenza" , etc.
- Lectura (autoindocctrinación)
- Anotar ejercicios de autoanálisis como tarea para casa.
- Escuchar cintas magnéticas de entrevistas con el cliente para escuchar en casa.

Probablemente la técnica más importante son las tareas para casa. Esto incluye lectura, ejercicios de autoayuda, y actividades experimentales. Las sesiones de terapia son realmente "sesiones de entrenamiento", y el cliente intenta mejorar entre las mismas como una forma de aprendizaje.

5.1.3. Aplicaciones de la Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva ha sido usada de forma exitosa para ayudar a la gente con un amplio rango de problemas clínicos y no clínicos, usando una variedad de modalidades.

5.1.4 Aspectos propios de la Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva tiene un número de características que son originales de abordar -he aquí una selección:

5.1.4.1. Abstención del auto evaluación

La terapia racional emotiva tiene un especial abordaje de uno de los temas terapéuticos comunes: la baja autoestima.

Muchos terapeutas intentan ayudar a la gente con baja autoestima capacitándoles a considerarse a sí mismos como seres humanos "valiosos". El terapeuta racional emotivo conductual tiene una visión totalmente diferente - enfrentando al cliente a desechar la idea de la autoestima totalmente. Esto es, desechar la práctica de intentar juzgarse como ser humano "valioso" (un concepto, incidentalmente, que implica que es posible ser "no valioso"); y conseguir librarse de la idea de que las personas necesitan "valor" o "estima".

En esta terapia el cliente tiende a 1) buscar la incondicional auto aceptación - independientemente de sus tratos o conductas o como le ven otras personas; 2) adquiere el conocimiento de que ellos simplemente existen - y eligen estar vivos, buscar el disfrute y evitar el dolor; y 3) En lugar de autoevaluarse a todo su ser, centrarse en evaluar sus acciones o relaciones (y los efectos de ellas) en términos de cómo estas ayudan a conseguir las metas del cliente.

5.1.4.2. Problemas secundarios

La terapia racional emotiva postula que los seres humanos frecuentemente desarrollan problemas sobre sus problemas, Creando estos problemas secundarios, complican sus dificultades emocionales y conductuales.

La culpa es un problema secundario típico: por ejemplo, las personas con problemas de ira pueden venirse abajo ellos mismos porque tienen problemas para controlar su rabia. Sufridores de ansiedad crónica, frecuentemente, se ponen más ansiosos sobre su ansiedad (el "miedo al miedo"). Los clientes en la terapia pueden estar desanimados porque no han solucionado sus problemas tan rápidamente como ellos piensan que "deberían" ser capaces.

Para que la terapia sea efectiva, estos problemas "secundarios" generalmente necesitan ser tratados con anterioridad, para que sean accesibles los problemas primarios.

5.1.4.3. Perturbación situacional versus perturbación del yo

Como se muestra arriba, la terapia racional emotiva sugiere que la evaluación global de "uno mismo" puede incluso conducir a perturbaciones emocionales. A esto nos referimos con la "perturbación del yo" un concepto que existe (en varias formas) probablemente en la mayoría de las orientaciones terapéuticas, en términos como "baja autoestima" y "pobre imagen personal" .

La terapia racional emotiva, no obstante, únicamente argumenta que hay otro tipo de perturbación de igual o mayor significación: "perturbación situacional", generalmente referida como "baja tolerancia a la frustración" (BTF), o "baja tolerancia a las situaciones desagradables". Este concepto explica porque las personas pueden sobre reaccionar a las experiencias desagradables de la vida, a la frustración, o a sus propios malos sentimientos (de esa manera se desarrollan problemas "secundarios"); o pueden sabotear su terapia porque consideran que consciente o inconscientemente lo perciben como un trabajo "demasiado duro".

5.2. Terapia Cognitiva Conductual (TCC):

Como hemos apuntado anteriormente, lo relevante de la terapia cognitivo conductual es el procedimiento terapéutico. En general este procedimiento tiene tres frases:

- Conceptualización de los problemas.
- Generar alternativas cognitivas-conductuales.
- Generalización de resultados y prevención de recaídas.

También los mismos principios de la terapia cognitivo conductual son aplicados a los obstáculos surgidos en la terapia como son:

5.2.1. Derivados de la relación:

- a) Problemas transferenciales y contratransferenciales.
- b) Adecuación del estilo terapéutico al tipo de paciente.

5.2.2. Derivados de las tareas para casa intercesiones:

- a) Problemas de comprensión de la tarea.
- b) Aplicación errónea en la tarea.
- c) Expectativas y evaluaciones erróneas sobre las tareas.

5.2.3. Derivados de la evaluación de los progresos terapéuticos:

a) Criterios de evolución irrealistas.

b) Falta de acuerdo sobre objetivos de intervención.

Por lo que el proceso terapéutico de la terapia cognitivo conductual en rasgos generales se desarrolla de la siguiente manera:

1) Trabajando en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas del paciente en un momento dado.

2) El terapeuta diferencia proceso y procedimientos. Se puede realizar cambios cognitivos mediante técnicas humanistas, psicodinámicas o conductistas, y otras intervenciones.

3) El uso de técnicas conductuales puede favorecer el cambio cognitivo; por ejemplo mediante la modificación de expectativas de auto eficacia y contraste de hipótesis ("pruebas de realidad", "refuerzo de predicciones").

4) La terapia cognitiva no consiste solamente en la detección y modificación de pensamientos automáticos, sino también en la detección y modificación de los significados personales (supuestos, esquemas) que hacen vulnerable al paciente.

De acuerdo a los procedimientos mencionados anteriormente de las terapias cognitivo conductual y racional emotiva, realizamos un análisis de comparación, semejanzas y diferencias de los procedimientos de cada una de las terapias, con la finalidad de determinar las diferencias aunque pequeñas, pero existentes en cada uno de los procedimientos de las terapias.

5.3. Comparación de los procedimientos terapéuticos (Terapia Cognitivo-Conductual / Terapia Racional Emotiva).

Terapia Racional Emotiva (ELLIS)	Terapia Cognitivo-Conductual (BECK)
Se enfoca a la solución del problema que de momento genera estrés al individuo.	Se centra en el presente, en el problema y en su solución.
Busca la resolución del problema a manera de lograr afrontar el estrés adecuadamente	Da un orden a los problemas que de momento afectan al individuo de tal manera que este lograr percibir cual es el que le genera mayor estrés.
En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones.	Generaliza la manera de resolver y afrontar el estrés, para así prevenir recaídas futuras.
Dentro del procedimiento se busca una participación activa tanto del terapeuta como del paciente, para la solución del estrés.	Se requiere de la cooperación activa del paciente y terapeuta para lograr avances favorables en el afrontamiento del estrés.
El proceso incluye tareas de autoayuda a realizar entre sesiones.	El proceso incluye tareas de autoayuda a realizar en casa.
Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad.	Se analizan las tareas realizadas en casa, para delimitar la solución del problema y poder así determinar que acción fue la más recomendable para afrontar el estrés.
Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.	Pese a lo breve y sencillo del método, se logran modificaciones importantes en la conducta a través del Aprendizaje de habilidades
El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para afrontar el estrés por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.	Genera alternativas en el cambio de ideas generando nuevas conductas, para afrontar el estrés.
A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.	Se realiza una reformulación y prescripción de las conductas modificadas.

5.4. Semejanzas en el desarrollo de ambas psicoterapias (Terapia Cognitivo-Conductual / Terapia Racional Emotiva):

- 1- Relación entre pensamiento-afecto-conducta.
- 2- Papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico.
- 3- Relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades.
- 4- Relevancia de las tareas de intercesión.
- 5- Relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella.

5.5. Diferencias notorias entre ambos procedimientos terapéuticos (Terapias Cognitivo-Conductual / Racional Emotiva):

Terapia Racional Emotiva (ELLIS)	Terapia Cognitivo-Conductual (BECK)
1. Las creencias disfuncionales se convierten en el punto de partida de la terapia.	1. Las creencias disfuncionales se trabajan como último punto en la terapia, ya que se enfoca al manejo de las distorsiones cognitivas.
2. Se utiliza, sobretodo ,el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)	2. Se utiliza sobretodo, el método de verificación de hipótesis, en base a la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)
3. La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales	3. La dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente, y no las inducidas por el terapeuta, aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas, para reunir datos sobre ellas
4. Énfasis filosófico y humanista, junto con el científico	4. Énfasis científico, aunque no antihumanista
5. Relevancia de la auto aceptación frente a la autovaloración	5. auto evaluación realista frente a la distorsionada
6. Conceptos de "ansiedad del ego" y "ansiedad perturbadora"	6. Conceptos de "Supuestos primarios" y "Supuestos secundarios" o derivados

Terapia Racional Emotiva (ELLIS)	Terapia Cognitivo-Conductual (BECK)
7. Concepto de "síntoma secundario" o "perturbación por la perturbación primaria"	7. Carece de síntomas primarios o secundarios, ya que se enfoca a modificar la conducta a manera que pueda afrontar el estrés de momento.
8. Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas	8. Trabaja las emociones que perturban al sujeto y su base cognitiva.

Debido a que existe cierta similitud en el desarrollo de sus respectivos procedimientos terapéuticos, ambas psicoterapias son consideradas útiles para su aplicación en los factores de vulnerabilidad que hacen que el trastorno se mantenga por un largo tiempo.

Sin embargo la terapia racional emotiva es considerada la más adecuada para afrontar el estrés debido a que se enfoca al sentir del individuo desde sus creencias buscando la manera de modificarlas sin que esto genere ansiedad ó algún otro trastorno ideológico, ya que se genera un debate racional para contrarrestar la validez de las creencias disfuncionales del individuo buscando así una aceptación y valoración adecuada.

De tal manera que le permita sentirse seguro y capaz de usar sus propios medios para afrontar el estrés generado por un determinado problema.

CONCLUSIONES

Como ya se mencionó, el estrés es una enfermedad actual, a la cual apenas se le está dando la atención que merece. Lamentablemente este padecimiento no ha sido atendido como se debe, por lo que consideramos una obligación personal hacer algo por nosotros mismos.

Ya que es mejor prevenir las enfermedades que curarlas, debemos prestar mayor atención a los cambios generados por el estrés en nuestro organismo, para así poder contrarrestarlos a través de actividades de relajación y distracción, evitando justamente las ideas irracionales que nos llevan al precipicio del estrés y la ansiedad sin control, que minimizan los efectos devastadores en nuestro organismo.

Con lo cual concluimos el análisis comparativo expuesto a lo largo de este trabajo de investigación, que la mejor forma de afrontar el estrés es a través de las psicoterapias y que la más completa y convencional para el afrontamiento del estrés es la terapia racional emotiva, esto debido a que el procedimiento psicoterapéutico de esta terapia utiliza el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales e ideas irracionales, además de ser altamente didáctico a través de tareas de autoayuda y el uso de sus propios medios para afrontar el estrés, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sí mismo, sin tener que recurrir al terapeuta cada vez que se encuentre ante situaciones estresantes.

PROPUESTA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS COMO UNA MEDIDA DE PREVENCIÓN.

Aunque en ocasiones es necesario utilizar en conjunto con la terapia algún ansiolítico, es más recomendable como tratamiento el cambiar los hábitos del paciente y enseñarle a manejar sus pensamientos, por lo que recomendamos que acuda con un psicólogo que conozca estas técnicas y de alguna manera pueda brindarle los pasos necesarios para mejorar y tener bajo control las situaciones estresantes, de manera que no causen mayor daño en el individuo.

En base a la terapia racional emotiva sugerimos las siguientes recomendaciones como una forma de prevenir los efectos negativos del estrés:

1. Aprende a observar tu cuerpo: identifica tus estresores y los síntomas que te den señales de estrés.
2. Descubre tus estilos de afrontamiento e identifica aquellos que te funcionan, desecha los que no son adecuados. Aprender de los errores ayuda a crecer.
3. Practica cada una de las técnicas que se mencionaron y elige la que más se ajuste a tus necesidades e intégrala a tu estilo de vida.
4. Confía en las personas. Comenta tus problemas y no escondas tus emociones y tus pensamientos.
5. Organiza tu tiempo y recuerda dedicar un espacio especial para ti.

De igual manera sugerimos unos sencillos pasos para reducir la cantidad de estrés:

- A) Haz una rutina
- B) Descansa
- C) Reduce compromisos sociales
- D) Posterga cambios en tu ambiente
- E) Reduce el número de horas de trabajo
- F) Reduce azúcares de tu dieta
- G) Di no con mayor frecuencia
- H) Realiza ejercicios
- I) Evita los calmantes

BIBLIOGRAFÍA.

1. Eco, H. (2001) *Como se hace una tesis*, Barcelona; Editorial Gedisa.
2. Schemelkes, C. (2002) *Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación TESIS*; México; Editorial Oxford.
3. Amutio, A. (1998) *Nuevas perspectivas sobre la relajación*; México.
4. Burns, B. (2005) *Como sobrevivir a un estrés insoportable*, [http / www . teachhealth. com](http://www.teachhealth.com).
5. Ellis, A. (1975) *Razón y emoción en psicoterapia*; Editorial D.D.B. Bilbao.
6. Adam.(2006) *Enciclopedia médica en español; Estrés y Ansiedad*; [http//www. adam. Com. Urac / edrewihtm](http://www.adam.Com.Urac/edrewihtm).
7. Erdelyi, M. (1987) *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*; Editorial Labor Universitaria.
8. Farre, M. (2004) *Enciclopedia de la Psicología*; Barcelona; Editorial Océano.
9. Villegas, M (1990) *Constructivismo y psicoterapia.*; Barcelona; Editorial P.P.U.
10. Fernández. R (1987) *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*; Madrid; Editorial Pirámide.
11. Frankl. V (1950) *Psicoanálisis y existencialismo*; México; Editorial Fondo de cultura económica.
12. García, B. (1997) *Calidad de Vida*; México.
13. Hombrados, M. (1997) *Estrés y Salud*; Valencia; Editorial Promolibro;
14. Bisquerra R. (1990) *Métodos de Investigación Educativa*. España: CEAC
15. Lazarus. A (1983): *Multimodal therapy*; Editorial Mc Graw-Hill Book Company.
16. Linn, J. (1989) *Psicoterapias contemporáneas*; Bilbao; Editorial D.D.B.
17. Maldonado. A (1990) *Seminario de terapia cognitiva.. Granada. (Apuntes)*. IASAM.

18. Martin. B (1978) *Angustia y trastornos neuróticos*; Barcelona; Editorial Herder.
19. Meichenbaum. D (1989): *Terapias cognitivas-conductuales.*; Bilbao; Editorial D.D.B.
20. Olguín A. (2003) *Tesis Psicología de la salud estrés y hábitos negativos*; Edo. México; UNAM Psicología.
21. Omar, G. *Las estrategias de Doping y sus interrelaciones con los niveles biológico-psicológico*; México; Editorial Lumen.
22. Ortega, M. (1940) *Ideas y creencias.*; Madrid; Editorial Alianza.
23. Raimy (1988) *Conceptos erróneos y terapia cognitiva.*; Barcelona, Editorial Paidós.
24. Setioncis, M. (1993) *Indicadores sociales de calidad de vida*; México; Editorial siglo XXI.
25. Torrabade, P. (1997) *Como prevenir el estrés*; Editorial Serbal.
26. *Tratamiento de trastornos de pánico*; [http / www / psicoterapia integral. com. / articulo estrés. Contenido.](http://www/psicoterapiaintegral.com/)
27. Vallejo, J. (1991) *Introducción a la sicopatología y la psiquiatría*; México, Salvat Editores.
28. Viamonte, M. (1993) *Al encuentro de la salud felicidad y longevidad*; Editorial Trillas.
29. Winowki, S. (2004); *Las bases Médicas del Estrés, Depresión, Angustia, Insomnio y Drogadicción*; [http//es. Wikipedia.org/ wiki / com.mx.](http://es.Wikipedia.org/wiki/com.mx)