



UNIVERSIDAD
INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

“PROPUESTA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO, PARA EL
AUTO-MANEJO DE LA ANSIEDAD, MEDIANTE LA TÉCNICA
COGNITIVO - CONDUCTUAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

C. HÉCTOR ALFONSO ELIZALDE GUTIÉRREZ
C. LUZ MARÍA MARTÍNEZ VERGARA

ASESORA: LIC. ANA LUISA SERNA URIBE



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Primeramente Agradezco a Dios por siempre estar conmigo y no dejarme sola en momentos difíciles, enviándome a Ángeles para que estuvieran a mi lado en especial a: Mamá Laura, Héctor (mi fiel compañero y amigo), la Dra. Corona (por su ayuda y sabiduría en la realización de los resultados), Josefina (por su apoyo en el taller de manejo de ansiedad), Samuel (mi viejo terapeuta, quien me sostuvo emocionalmente para lograr lo que ahora soy, además de las sugerencias y aportaciones realizadas a la tesis); y porque siempre estuvieron a mi lado colocando un granito de arena a este proyecto, por ello doy gracias a Dios por permitirme vivir esos momentos y conocer a estas lindas personas a quienes les doy las GRACIAS por todo lo que hicieron por mí.

A mi Familia

Les doy las gracias a mis padres por el apoyo y esfuerzo económico que realizaron para permitirme realizar uno de mis sueños el ser licenciada en Psicología; así mismo les agradezco la paciencia que tuvieron durante mi formación académica. A ti mamá te doy las gracias por la ayuda que me brindaste cuando trabajaba y estudiaba; a ti papá por ir cada noche por mí a la Universidad y por último a mis hermanos y a la peque por su comprensión y paciencia en no poder compartir mi tiempo con ustedes por tener que hacer cosas de la Universidad. Por ello mil GRACIAS.

A mí Ángel de la Guarda

Te doy las gracias a ti mí ángel maravilloso que me apoyo día a día en los últimos semestres, dándome cientos de consejos, palabras de aliento, con tu enorme cariño; pero sobretodo por los abrazos regalados, por escucharme y brindarme tu hombro cuando más lo necesite por enseñarme el valor de un abrazo, por tus bendiciones que recibía y por muchas cosas más, te doy las gracias a ti Mamá Laura y a pesar de la distancia te llevo siempre en mi mente y en mi corazón siempre.

A mi amigo

Por la paciencia, por escucharme, por el apoyo que me diste en el trascurso de la realización de la tesis, por las palabras de aliento que me dabas y por los desvelos, por las malpasadas que nos dábamos para lograr lo que ahora es una realidad, la terminación de la tesis. Gracias querido Amigo Héctor, fue un placer trabajar contigo.

DEDICATORIAS

A todas las personas e instituciones que ayudaron a formarme como profesionalista a desarrollar mis capacidades intelectuales y como persona:

A MI PADRES:

Gracias a su cariño, comprensión, educación y apoyo he sabido aprovechar las oportunidades que se me han presentado y sobre todo aprender a ser paciente, respetuoso y honesto en mi entorno. Gracias a la combinación de nobleza, fuerza empeño y dedicación que ustedes me han transmitido en su acompañamiento me considero una persona capaz de sobresalir y realizar mis proyectos y metas.

A MI HERMANA:

Gracias a su apoyo incondicional en todo momento a su cariño muy original que me demuestra cada momento de su vida, la alegría que me transmite es única e inigualable.

A LA FAMILIA GUTIÉRREZ VARELA:

Gracias a su cariño, interés y apoyo incondicional, su ayuda en los momentos más difíciles siempre están ahí, lo cual les estaré siempre agradecido.

A MI MEJOR AMIGA LUZ MARÍA:

Gracias amiga por ser parte de mi vida, ser parte fundamental de este trabajo, a tu amistad, siempre estás ahí para apoyarme y brindarme el mejor consejo que pueda haber, gracias por tus palabras de aliento y sobre todo por tu honestidad.

AL HOSPITAL JUAN N. NAVARRO:

Gracias por el aprendizaje que adquirí durante el año y medio que permanecí en este lugar, a las psicólogas que compartieron sus conocimientos y amistad, por todo el apoyo que recibí como colegas y sobre todo como persona.

INDICE

Introducción	1
<u>Capítulo I Ansiedad</u>	
1.1 Antecedentes Históricos del estudio del Trastorno	8
1.2 Sistemas de Clasificación	10
1.3 Teorías del Trastorno de Ansiedad	16
1.3.1 Teoría Biológica	16
1.3.2 Teoría Psicodinamica	16
1.3.3 Teoría Conductista	20
1.3.4 Teoría Cognitiva	22
1.4 Trastorno de Ansiedad, Definición y Clasificación, de los Trastorno de Ansiedad de acuerdo al CIE-10	25
<u>Capítulo II Tratamiento</u>	
2.1 Farmacoterapia	29
2.2 Psicoterapias	30
2.2.1 Técnica Cognitivo-Conductual	31
2.2.2 Técnica de Introspección	32
2.2.3 Técnicas Comportamentales	32
2.2.4 Técnicas Cognitivas	32
2.2.5 Técnica de Psicoterapia de Apoyo	33
2.2.6 Técnica psicodinamica	33
2.3 Técnica de Relajación	34
2.4 Tratamientos Eficaces	34
<u>Capítulo III Terapia Cognitivo – Conductual</u>	
3.1 Antecedentes históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual	39
3.2 Principios Básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual	46
3.3 Modelo Terapéutico	47
<u>Capítulo IV Talleres Psicoeducativos</u>	
4.1 Aportes de la Psicología de Grupo	55
4.2 Definición de un taller psicoeducativo	58
4.3 Tipos de talleres psicoeducativos	61
<u>Capítulo V Unidad de Medicina Familiar No. 14 (IMSS)</u>	
5.1 Antecedentes históricos del Instituto Mexicano del Seguro Social	64
5.2 Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	66
5.3 Antecedentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 14	69
5.4 Sistema de la Unidad de Medicina Familiar No. 14	69
5.5 PREVENIMSS.	72
5.6 Empresas PREVENIMSS	74

Capítulo VI Metodología

6.1 Planteamiento del Problema	76
6.2 Objetivo General	77
6.3 Objetivos Específicos	77
6.4 Hipótesis	77
6.5 Variables y Definiciones	78
6.5.1 Variables	78
6.5.2 Definiciones Conceptuales y Operacionales	78
6.5.2.1 Definición Conceptual de Taller Psicoeducativo	78
6.5.2.2 Definición Operacional de Taller Psicoeducativo	78
6.5.2.3 Definición Conceptual de Habilidades de Auto-Manejo	78
6.5.2.4 Definición Operacional de Habilidades de Ato-Manejo	78
6.5.2.5 Definición Conceptual de Niveles de Ansiedad	79
6.5.2.6 Definición Operacional de Niveles de Ansiedad	79
6.6 Población	79
6.7 Muestra	79
6.7.1 Criterios de Inclusión	79
6.7.2 Criterios de Exclusión	79
6.8 Muestreo	79
6.9 Estudio	80
6.10 Diseño de la investigación	80
6.11 Instrumentos	81
6.12 Escenario	81
6.13 Desarrollo	81
6.14 Análisis de Resultados	82

Capítulo VII Descripción de Resultados

7.1 Análisis de Resultados	92
----------------------------	----

Capítulo VIII Conclusiones y Sugerencias 95

Bibliografía	100
Anexos	104

Introducción.

¿Qué es la ansiedad?

Empezaremos mencionando que la mayoría de los autores manejan el término de ansiedad y de angustia como uno mismo, tal vez por su origen del [latín](#) *anxietas*, angustia, aflicción, sin embargo, el estudio de la ansiedad tiene una larga historia y ha sido uno de los temas más estudiados por su relevancia en la comprensión de la psicopatología de los adultos y de los niños.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Estableciéndose como una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales.

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

La mayor parte de las veces la ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible y lógico y que no requiere tratamiento; ahora bien, si la persona afectada no la soporta, si afecta significativamente a su vida o si le hace comportarse de forma anómala, es preciso tratar el problema, a través de diversas estrategias y tratamientos médicos y psicológicos, los cuales arrojarán resultados de acuerdo al tipo de especialista al que se recurra.

Dentro de los tratamientos psicológicos más efectivos se encuentra el implemento de las técnicas del modelo cognitivo conductual, debido a la intervención: educativa y de orientación, ya que su técnica se basa en el método inductivo; es decir, tratar creencias como hipótesis y revisar la información que proporcione la persona con respecto a su problemática. Algunas de estas técnicas fueron

elegidas para implementarlas en el taller, para desarrollar las habilidades en cada una de las personas que conformaron los grupos de trabajo.

Este modelo supone la existencia de *creencias fundamentales o básicas*, estructuras cognitivas relativamente estables y que guían el proceso del pensamiento, son actitudes suposiciones acerca de sí mismo y del mundo que dirige la percepción, interpretación y memoria de una persona acerca de los sucesos que vive; derivan de las experiencias pasadas y tienen la característica de ser rígidas, absolutistas, resistentes al cambio y asociarse con emociones extremas.

A su vez se establece una búsqueda de nuevas formas de intervención que nos permitan ir más allá del acercamiento clínico tradicional y nos posibiliten un trabajo de mayor impacto social y comunitario, cuyo fin no sea atacar el problema cuando ya se requiere cura, sino prevenirlo antes de que se inicie.

La prevención en salud mental a nivel grupal, se establece a través de impartición de “talleres” en los cuales se trabajan temáticas que se consideran relevantes, como son: la autoestima, las habilidades sociales, las relaciones familiares y otros.

Mediante este trabajo grupal se van gestando procesos de aprendizaje en los participantes, los cuales generalmente están relacionados con los objetivos del taller. Al establecer una intervención “psico-educativa”, no sólo se pretende generar cambios en los procesos psicológicos, sino también producir una experiencia de enseñanza-aprendizaje significativa, que favorezca estos cambios; y como parte de esta estrategia, en México y a nivel institucional; se han establecido programas de prevención como es el PREVENIMSS donde los trabajadores del IMSS acuden a las empresas aledañas para brindar información y orientación previniendo así futuras enfermedades. Dentro de este programa se incluyo el taller de manejo de ansiedad aplicado a los empleados de la empresa Confinet S.A. de C.V. los cuales se encuentran afiliados a la UMF14 y a dicho programa; por lo que se les brinda servicio medico prolongado tanto a nivel de

salud mental como de medicina familiar; por ello se propuso este taller de manejo de ansiedad, con el fin de disminuir la demanda de asistencia a la UMF14 y puedan brindar una mejor calidad de atención y por lo anterior se cuestiono lo siguiente:

¿Es posible que por medio de un taller psico-educativo y con una técnica cognitivo-conductual, se lleve a cabo el auto-manejo de síntomas en pacientes con Ansiedad y así disminuir el nivel de ansiedad?

La investigación se realizo con el fin de proponer alternativas de tratamiento a nivel grupal desde un enfoque cognitivo-conductual, así como aportar nuevas herramientas a la psicología para el manejo de ansiedad, desarrollando en los participantes habilidades para el control de la ansiedad, con el objetivo de enseñar al paciente a pensar de manera racional en situaciones que le generen ansiedad, así logrando la disminución de su sintomatología obteniendo un control de estas situaciones.

CAPITULO I. Ansiedad.

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: LA HUIDA O LA LUCHA.

La ansiedad se traduce, en un malestar que afecta a la vez al cuerpo, este malestar a menudo pasa inadvertido por el entorno.

Según los diccionarios, no hay diferencia entre **angustia** y **ansiedad**, ambos significarían en alemán **Angst**. Sin embargo el psiquiatra español J. J. López Ibar (1969) distingue estos dos conceptos de la siguiente manera:

Angustia: predominan síntomas físicos, la reacción del organismo es paralización motora y sobrecogimiento, el grado de nitidez del fenómeno se encuentra atenuado.

Ansiedad: predominan síntomas psíquicos (peligro inminente), reacción de sobresalto, búsqueda de soluciones, más eficaz que la angustia, fenómeno más nítido.

En el diccionario ideológico de Casares (Barcelona, 1954), nos encontramos con lo siguiente:

Angustia: aflicción, congoja.

Ansiedad: estado de desasosiego o agitación de ánimo

En el diccionario de Moliner (Madrid, 1971), leemos:

Angustia: Intranquilidad con padecimiento intenso, por ejemplo, por la presencia de un gran peligro o la amenaza de una desgracia.

Ansiedad: Estado del que se ansía; preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir.

En el diccionario de Martín Alonso (Madrid, 1968), registramos esto:

Angustia: Aflicción, congoja, mesticia, desconsuelo, tósigo, ahogo, agonía, agobio, amargura, ansia, consternación, tribulación, quebranto, tormento, cuita, sinsabor, pesadumbre, sufrimiento, melancolía, pasión de ánimo, añoranza, zozobra.

Ansiedad: Ansia, congoja, fatiga, inquietud, anhelo, afán, sed, ardor, agonía.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

La filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte.

Freud define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego. (Freud, 1964).

Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como “lo que impregna todo”, estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada.

(Franks, 1969), Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacitante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.).

El enfoque Cognitivo-Conductual menciona que cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando

una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

El concepto de angustia procede del término alemán angst y de la palabra germana eng. Ambos terminan de acercar los campos semánticos de uno y otro idioma; por lo tanto, dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro.

Lopez-Ibor (1969) menciona que la reacción del individuo ante la angustia es de paralización, donde predominan los síntomas físicos; además, el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado.

Klein considera que la angustia es una reacción directa del organismo frente a la coexistencia en su estructura de la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

Freud (1955) dice que la angustia es en parte fisiológica, ya que está provocada por una descarga incontrolada de la libido en el individuo; por lo tanto, la angustia real se desencadena por la percepción de un peligro externo que se asocia a un reflejo de autoconservación, así pues, se presenta como una cuestión completamente normal y comprensible.

Su sintomatología de la angustia es bastante extensa, mostrando síntomas de índole somática tales como taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, dispepsia, sensación de bolo esofágico, pesadez y sensación de hinchazón, frigidez, eyaculación precoz, enuresis, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo, mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros (Ayuso, 1988).

El enfoque conductual propone que la angustia es una conducta aprendida; por lo tanto, la teoría del aprendizaje afirma que los estímulos que anteceden a los no condicionados se convierten en condicionados, derivando esto en una respuesta condicionada. Esta respuesta condicionada sería la angustia en sí misma que, a su vez, estaría determinando una conducta de evitación. Un individuo con angustia es aquel que, a parte de haber aprendido a generalizar a

distintos ambientes su respuesta de angustia, la manifiesta de forma excesiva y constante, siendo de fácil aparición con alta frecuencia e intensidad.

En resumen, la angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación; para que ocurra ésta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

Más que una diferenciación entre angustia y ansiedad lo que pasa es que se va a utilizar un término u otro según desde qué corrientes se hable. Desde la investigación científica se habla de ansiedad. Y la corriente humanista utiliza angustia. Sin embargo a lo largo de la historia se ha mantenido que en la angustia predominan los síntomas físicos, mientras que en la ansiedad imperan los psicológicos, de manera que la primera tiene un efecto paralizante sobre el individuo, mientras que en la segunda se activa la reacción motora de sobresalto. No obstante, en la actualidad cuando se habla de ansiedad se alude tanto a síntomas físicos como psicológicos, La ansiedad es destacable al entenderla como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional; por último, la angustia forma una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica.

1.1. Antecedentes históricos del estudio del trastorno de ansiedad.

El estudio del trastorno de ansiedad parece ser derivada del miedo, el cual sería una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida (Klein, 1984).

La ansiedad consiste en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional normal, el término ansiedad sirve para referirnos a los síntomas de esa índole que se

presentan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas, y también a los síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas (Klerman, 1977).

Las manifestaciones ansiosas, en especial las paroxísticas, se hallan ya descritas por Hipócrates con el término de “histeria”, atribuyendo su causa a las migraciones del útero, que comprime los vasos aferentes al cerebro.

En 1870, Benedikt describe un cuadro agorafóbico, atribuyendo el núcleo del trastorno a la sensación vertiginosa, motivo por el cual lo denomina *Platzschwindel* “mareo en lugares públicos”.

En 1871, Westphal describe también tres casos de agorafobia, definiéndola como el miedo a la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista en múltiples situaciones (Lesser y Rubin, 1986; Mathews; 1981). Oppenheim (1892) menciona sobre la neurosis traumática (ansiedad como respuesta mórbida a un estrés grave), que será la *Schreckneurose* (Schreck equivale a la sensación de terror ante una situación inesperada) en la clasificación de Kraepelin de 1896 (Jablensky, 1985).

En 1860, Morel es el primero que identifica a las “fobias y otras neurosis” bajo el epígrafe de *délire émotif*. En 1896, Kraepelin, en la sexta edición de su libro, identifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales la XI, bajo el epígrafe “neurosis psicógenas” incluye la psicosis epiléptica, la psicosis histérica y la *Schreckneurose*. Siendo las primeras aproximaciones a la clasificación de los trastornos ansiosos y otros trastornos menores en psiquiatría (Jablensky, 1985).

Beard (1868) utiliza por primera vez el término “neurastenia”, reconociendo hasta cincuenta síntomas distintos integrantes del síndrome, que engloba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos.

Por su parte, cardiólogos e internistas se ocupan de las manifestaciones somáticas de la ansiedad, en especial de las cardíacas, que emergen sobre todo en tiempos de neurosis cardíaca de Osler (1905), el corazón de soldado y el síndrome de esfuerzo de Lewis (1919) o la astenia neurocirculatoria de Oppenheimer (1918).

En 1894, Freud define nosológicamente la “neurosis de ansiedad”, partiendo del concepto más amplio de neurastenia, que abarca todas las formas de ansiedad patológica, elevando la ansiedad, hasta entonces concebida como inespecífica y generalizada a un sinnúmero de trastornos, a la categoría de síndrome, aunque todavía concibiéndola como un todo unitario y como la base de sustentación del resto de la psicopatología (Gorman, 1984). Después de esta pérdida, el término neurastenia fue desapareciendo progresivamente.

1.2. Sistemas de clasificación.

Cabe mencionar que los sistemas de diagnóstico y clasificación en psiquiatría surgieron del pensamiento europeo del siglo XVII que estaba estructurado en términos de dualidad soma-psyque (procesos intrapsíquicos-comportamiento externo).

En 1952, siguiendo las innovaciones de Freud, aunque dividiendo ya el grupo general de neurosis de ansiedad, se aceptaba generalmente un esquema nosográfico:

1. Neurosis de ansiedad, en el cual, el conflicto interno no se transforma, ni se desplaza ni se simboliza, apareciendo sólo síntomas ansiosos. Incluye a pacientes estrictamente ansiosos, tanto los que presentan ataques paroxísticos de ansiedad como los que sufren oscilaciones en su sintomatología.
2. Histeria de ansiedad, en donde el sujeto utiliza mecanismos de defensa, como los de proyección y fijación, apareciendo, por tanto, otros

síntomas además de la propia ansiedad. Incluye fundamentalmente a los pacientes fóbicos.

Manteniendo este mismo enfoque e intentando lograr un consenso de todo el pensar psiquiátrico contemporáneo, el DSM-I 1952, utiliza la terminología de Mayer, en:

1. *Reacción de ansiedad, que equivale a la neurosis de ansiedad previa.*
2. *Reacción fóbica, que equivale a la histeria de ansiedad. Es la primera vez que se reconocen las fobias como una entidad diagnóstica independiente.*

Paralelamente apareció el Manual of the International Statistical Classification of Diseases (ICD-6) (1951), de la Organización Mundial de la Salud, que por primera vez incluía la patología psiquiátrica, pero que tuvo poca aceptación internacional.

Posteriormente, el DSM-II (1968) presenta una amplia subdivisión del concepto genérico de neurosis:

1. Neurosis de ansiedad, que equivale a la reacción de ansiedad del DSM-I.
2. Neurosis histérica.
3. Neurosis fóbica, que equivale a la reacción fóbica del DSM-I.
4. Neurosis obsesivo-compulsiva, que adquiere por primera vez su independencia nosográfica.
5. Neurosis depresiva.
6. Neurosis hipocondríaca.
7. Neurosis de despersonalización.
8. Neurosis neurasténica.

La separación de la neurosis fóbica y obsesivos responde fundamentalmente al hecho de la introducción con éxito de las técnicas conductistas en el tratamiento de estos trastornos, de forma diferente a lo que ocurre con el resto.

La psiquiatría europea se basaba en una serie de acuerdos tácitos, tales como que la ansiedad era un estado o respuesta afectiva, en relación con los trastornos depresivos, como los polos de un continuo (Bowen y Kohut, 1979), y que la ansiedad normal y patológica sólo se diferenciaban cuantitativa pero no cualitativamente.

Fueron los británicos los que empezaron a individualizar los trastornos ansiosos, sobre la base de los trabajos del grupo de Newcastle, que separaban ansiedad de depresión en función de la sintomatología actual, la historia familiar, la personalidad premórbida, el momento de inicio y la evolución (Gurney, 1972; Roth, 1972; Aspira, 1972; Kerr, 1974). Roy y Mountjoy (1982) proponen posteriores nosografías:

1. Depresión neurótica.
2. Depresión ansiosa.
3. Neurosis de ansiedad simple (ansiedad generalizada).
4. Agorafobia.
5. Neurosis fóbica social.
6. Síndrome de despersonalización primaria.
7. Psicosis ansiosa.

Mientras la escuela francesa mantiene la estructura de los cuatro grandes grupos de neurosis, la neurosis de ansiedad como neurosis indiferenciada y las neurosis fóbica, histérica conversiva y obsesiva como las altamente diferenciadas, en función a los mecanismos de defensa establecidos.

Marks (1969) propone por primera vez los miedos de los adultos, prestando especial interés a los miedos patológicos:

1. Miedos normales, leves, por ejemplo, a alturas, ascensores, oscuridad, aviones, arañas, ratones, serpientes, exámenes, supersticiones, etc.

2. Miedos anormales o fobias, entidades que a su vez se pueden diferenciar en función de datos clínicos, epidemiológicos, psicofisiológicos y de respuesta terapéutica en:

Clase I (miedos a estímulos externos): agorafobia/fobia social/fobia a animales/otras fobias específicas.

Clase II (miedos a estímulos internos): nosofobia/fobias obsesivas.

El DSM-III (1980) ha venido a representar un hito fundamental en la definición de los trastornos neuróticos, y en especial de los trastornos ansiosos. Como precedentes cabe destacar a López Ibor, quien en 1950, describe su “timopatía ansiosa”, distinguiendo así entre la angustia anímica o reactiva y la angustia vital o endógena, que sería la que constituiría la timopatía.

El DSM-III abandona definitivamente el término de “neurosis” por lo ambiguo y por prejuzgar etiologías todavía desconocidas, basándose en criterios meramente descriptivos cuando la etiología del trastorno es dudosa.

Las distintas neurosis en el DSM-II (1968) se transforman en diversos síndromes o trastornos que van a parar bajo varios epígrafes. Concretamente se agrupan las neurosis fóbica, de ansiedad y obsesiva en el capítulo de los trastornos ansiosos, a los que añade el estrés postraumático (por influencia de las consecuencias de la inmediata guerra del Vietnam), mientras que la neurosis depresiva, denominada en el DSM-III trastorno distímico, se integra en el grupo de los trastornos afectivos. Se mantienen la neurosis hipocondríaca y los trastornos histéricos bajo los epígrafes de trastornos conversivos y trastornos disociativos, de nueva creación. Por otra parte, aparecen los trastornos adaptativos con ánimo ansioso. La antigua neurosis de ansiedad se subdivide en un trastorno por angustia y un trastorno por ansiedad generalizada, que se diferencian entre sí fundamentalmente por la presencia o no de crisis de angustia espontáneas, adquiriendo éstas por primera vez primera carta de identidad propia.

De igual manera surge el ICD-9 que distingue entre estados de ansiedad (con episodios paroxísticos o no), estados fóbicos, reacción aguda al estrés, reacción adaptativa y trastorno mixto de la conducta y las emociones, así como

la disfunción fisiológica por factores mentales, donde se clasificaría, por ejemplo, la neurosis cardíaca, en vez de con los estados de ansiedad.

Por su parte Sheehan (1980) propone el término de ansiedad endógena, caracterizada por ataques de ansiedad inesperados, frente a la ansiedad exógena y clasifica los trastornos según su gravedad, que sean crónicos o no y si hay ansiedad fóbica.

La ansiedad endógena estaría constituida por las tres cuartas partes de los trastornos por ansiedad generalizada, casi todos los síndromes de despersonalización, hipocondría, ansiedad infantil, trastorno por angustia y fobias no simples. La ansiedad exógena se nutriría de los trastornos adaptativos, fobias simples y una cuarta parte aproximadamente de los trastornos de ansiedad generalizada.

Esta clasificación del ICD-9, posteriormente fue sustituida por la **Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10)**.

La **lista de códigos CIE-10** es la décima versión de la [Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud](#); del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE es publicada por la [Organización Mundial de la Salud](#). Es usada mundialmente para las estadísticas sobre [morbilidad](#) y [mortalidad](#), los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la

clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC).

La lista CIE-10 tiene su origen en la «[Lista de causas de muerte](#)», cuya primera edición editó el [Instituto Internacional de Estadística](#) en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de [morbilidad](#). En este momento, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, [Australia](#) introdujo su primera edición, la «[CIE-10-AM](#)» en 1998; [Canadá](#) introdujo en el 2000 su versión, la «[CIE-10-CA](#)». [Alemania](#) también tiene su propia extensión, la «[CIE-10-GM](#)».

A su vez el DSM-III (1980) tiene el problema de la jerarquía diagnóstica, lo que contamina la investigación y tal vez la clínica, y es por eso que en la nueva versión revisada (APA, 1987) se han reducido los criterios de exclusión, permitiendo hacer varios diagnósticos simultáneamente, pudiendo reconocerse, por ejemplo, asociaciones tan evidentes como la depresión y el trastorno por angustia o la depresión y la ansiedad generalizada. Esta nueva versión (DSM-III-R) unifica todos los trastornos ansiosos en un grupo sin subdivisiones en el que define, en primer lugar, el trastorno por angustia, con variaciones en cuanto a los criterios diagnósticos en el sentido de admitir una sola crisis si va acompañada de ansiedad flotante durante un mes, reconocer la existencia y validez de las subcrisis y recomendar que se alcance el cenit de ansiedad en los primeros diez minutos para distinguir las crisis espontáneas de las fóbicas.

Posteriormente se establece el DSM-IV, en donde comparte el criterio diagnóstico con la CIE-10, en el cual se clasifica a la ansiedad en: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno

obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

1.3. Teorías del trastorno de ansiedad.

1.3.1. Teoría Biológica.

Dentro de la perspectiva biológica se considera que las perturbaciones en las emociones, la conducta y en los procesos cognoscitivos son causadas por anormalidades en el funcionamiento del cuerpo, menciona que los trastornos de ansiedad son uno de los grupos de trastornos psiquiátricos mejor estudiados en cuanto a su base biológica. “En los últimos 10 años se han producido grandes avances en la técnicas radiológicas y en los estudios genéticos, que han permitido elaborar modelos más completos de disfunción cerebral en los trastornos de ansiedad, así como empezar a identificar las vías comunes a los distintos tipos de trastornos de ansiedad, como la regulación anómala de la respuesta de miedo frente a distintos estímulos según el trastorno concreto.” (Hollander, 2004)

1.3.2. Teoría Psicodinámica.

Freud, menciona que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

La angustia, ha sido estudiada por Freud planteando hipótesis explicativas innovadoras, articuladas con el conjunto del programa psicoanalítico.

Para Freud, la funcionabilidad del individuo gira alrededor de la pulsión sexual que se establece en su infancia, caracterizando a cada uno de estos individuos con diversos rasgos de personalidad, estableciéndose una estructura psíquica, en la cual, la mayoría de las personas encuentran o desarrollan una reacción de conversión del conflicto psíquico, esta reacción es una alteración en el funcionamiento psíquico mejor conocido como angustia.

Por otra parte “Freud designa una angustia de masas, es decir, la fragmentación de la misma cuando pierde sus referentes identificatorios, alude también a la angustia de una persona que rebasa toda medida, lo que en cada sujeto representa la caída de la unidad primordial del yo sostenida por la identificación con el modelo”.

Esta angustia tiene como origen características de la vida sexual del individuo, en este sentido Freud, emplea dos términos distintos “síntoma e inhibición” (Hemmung). “Estos términos se desarrollan en caminos distintos, tomando en cuenta que la inhibición presenta una relación especial con la función y no significa necesariamente algo patológico. En cambio, el síntoma vale como signo de un proceso patológico. De todos modos, también una inhibición puede constituir un síntoma, y siendo así, acostumbramos hablar de inhibición cuando se trata de una simple disminución de la función, y de síntoma, cuando de una modificación extraordinaria de la misma o de una función nueva”(Freud, 1926)

El síntoma sería, pues, un signo y un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión. La represión parte del yo, que a veces por mandato del super-yo, rehúsa agregarse a una carga instintiva iniciada en el ello. Por medio de la represión logra el yo impedirle que la idea, vehículo del impulso prohibido, alcance a ser consciente. El análisis revela muchas veces que dicha representación ha continuado existiendo como formación inconsciente.

Entendiendo esto como una afección nerviosa que se debe tratar de una acumulación de excitación, la angustia en la que se basan los fenómenos no es susceptible de descarga psíquica.

“La angustia que surge en la represión no es creada de nuevo, sino reproducida como estado afectivo, según una imagen mnémica previa. Pero planteando la interrogación sobre la procedencia de esta angustia -o, en general, de los afectos-, abandonamos el terreno psicológico puro y penetramos en el campo limítrofe de la Fisiología. Los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica como precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos”(Freud, 1926).

Estos símbolos mnémicos podrían ser el resultado de la adquisición de un suceso significativo adquirido por alguno de los sentidos del sujeto, quedando inscrita en el aparato psíquico de manera simbólica.

“Para Freud, las impresiones tempranas no se rememoraban por que permanecían reprimidas debido a su carácter abrumador y traumático, a lo cual se da una negativa debido a que no hay registro de dichos eventos” (Freud, 1973)

Entendiéndose a lo mnémico como la parte en donde se busca la satisfacción pulsional a través de la fantasía, reactivándose de diversas formas, una de ellas dolorosa, permitiendo al sujeto situar en el pasado el incidente traumático y disminuir en el presente los componentes implícitos somáticos, emocionales y conductuales de esa impresión mnémica.

Estableciéndose como estos actos traumáticos aquellos en relación a lo percibido del objeto y lo que representa el objeto. Además de la ausencia de este o la pérdida de su representación, presentando una condición de satisfacción alucinatoria del deseo.

Implicando la percepción como la búsqueda del objeto antes hallado y perdido para siempre del que no podrá recuperar más que una marca engañosa. Esta distancia entre lo percibido por el sujeto y el objeto no puede ser llenada ni por la alucinación.

Freud plantea acontecimientos en donde ciertos elementos del pasado sólo pueden volver y tener acceso a la conciencia bajo la forma perceptiva-alucinatoria, estableciendo dos tópicas: 1^a lo alucinatorio estaba reducido a aquello en lo que desembocan los procesos primarios, el sueño o bien los fenómenos patológicos y considerado solamente en tanto que simple instrumento de la realización de deseo, con la 2^a tópica y la prioridad dada al proceso, lo alucinatorio ya no debe ser definido solamente en función del contenido del deseo”

Se podría entender a la alucinación como aquella en la cual la idealización o lo simbólico se exterioriza en la búsqueda de alguna satisfacción pulsional, en donde los sueños son el medio en cual se manifiestan los deseos inconscientes que en algún momento del proceso primario quedan inscritos o registrados a través de la percepción del sujeto para la constitución de las principales fantasías, como castración y escena primaria.

Incorporando un deseo por satisfacer inconscientemente, el cual buscará una salida o un medio para darle la satisfacción, esta podría ser placentera o displacentera.

De esta manera se puede deducir que la relación entre la angustia y el deseo, es aquella que encuentra su etiología desde formación del sujeto ya sea desde lo fisiológico (concepción) o desde la formación del aparato psíquico, ya que el sujeto se puede encontrar en la expectativa de la satisfacciones primarias (alimento, cuidado, atención, etc), y ante la demanda de estas y la procuración de las mismas ya hay la presencia de la angustia.

Es decir, el sujeto no sabe que hay otro, un objeto, no hay nada, sin embargo, establece necesidades que deben ser satisfechas, estas producen placer o displacer si son atendidas, ya que serán satisfechas de diversas formas, estas formas generarán angustia, esta angustia se reproducirá o se manifestará de forma corporal, generando un trauma, el cual quedará inscrito en el aparato psíquico y conforme el desarrollo, se irá articulando con otros aspectos mnémicos que tengan un estado de identificación con el trauma original.

1.3.3. Teoría Conductista.

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observado de las personas significativas al entorno.

Las corrientes conductistas mantienen que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales, con este modelo se puede decir que las crisis de ansiedad son respuestas condicionadas frente a situaciones que inducen temor, esta teoría plantea algunos problemas. En primer lugar, aunque determinadas situaciones traumáticas, como un episodio sintomático de una enfermedad tiroidea, una intoxicación por cocaína o un acontecimiento potencialmente mortal como una asfixia, se asocia a la aparición de un trastorno de angustia, en muchos casos no se consigue evocar ningún episodio de este tipo; por tanto aunque las teorías del aprendizaje tiene una sólida base en las investigaciones experimentales en animales, no parece que expliquen de forma adecuada por sí solas la patogenia de los trastornos de ansiedad humanos. Sin embargo, su acoplamiento con un mecanismo biológico que presenta una regulación anómala o una vulnerabilidad que puede guardar relación con el proceso de condicionamiento frente al miedo en el trastorno de angustia, como las alteraciones en la función de la amígdala o en los circuitos del miedo relacionados, quizá den origen a unas respuestas de ansiedad mas intensas que podrían persistir en tiempo.

Según los conductistas, muchas de nuestras reacciones emocionales automáticas se adquieren a través del proceso del condicionamiento clásico,

con el que asociamos una respuesta refleja con un estímulo no relacionado, estableciendo elementos o términos como el estímulo condicionado, estímulo incondicionado, respuesta condicionada.

Para explicar los trastornos psicológicos, el condicionamiento clásico considera la adquisición o el aprendizaje, a través del condicionamiento, de reacciones emocionales que interfieren con la habilidad de una persona para realizar tareas diarias, interviniendo la generalización de estímulos cuando una persona responde de la misma manera ante estímulos que tienen algunas propiedades en común. En contraste la discriminación es el proceso en que el aprendizaje se hace altamente específico a una situación dada.

La diferencia entre dos estímulos que poseen similitudes, pero esencialmente son diferentes, se denomina discriminación de estímulos.

Mientras que el condicionamiento operante es un proceso de aprendizaje en el que un individuo adquiere un conjunto de conductas a través del reforzamiento. En contraste con el condicionamiento clásico, el operante involucra el aprendizaje de conductas que no son automáticas. El sujeto que aprende trata de volverse hábil en la realización de conductas que lo conducirán a un resultado positivo, como la atención, un elogio o la satisfacción de una necesidad biológica.

Los principios del condicionamiento operante fueron desarrollados por B. F. Skinner, quien enfatiza que la conducta observable es la única materia adecuada para la psicología.

Estableciendo que el reforzar hace más fuerte una conducta, incrementando la posibilidad de que la conducta sea realizada nuevamente. Estos principios los clasifica, como aquellos que satisfacen una necesidad biológica (hambre, sed, alivio del dolor, sexo) se denominan reforzadores primarios, ya que son por sí mismos recompensantes. La conducta también está dirigida por reforzadores secundarios, los cuales derivan su valor de la asociación con reforzadores primarios.

En el condicionamiento operante, al igual que en el clásico, el reforzamiento puede tener un efecto placentero. Estableciendo un reforzamiento positivo y negativo, este último se puede confundir con el establecimiento de un castigo, sin embargo este último implica la aplicación de un estímulo aversivo, como un regaño, con la intención de reducir la frecuencia de la conducta que sigue del castigo. A su vez se establece el término de extinción, el cual describe la desaparición de una conducta, en ausencia del reforzamiento. De igual manera se establece el moldeamiento, como el proceso de reforzar conductas de creciente complejidad que semejan el resultado deseado.

1.3.4. Teoría Cognitiva.

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

Las distorsiones cognitivas características del trastorno de ansiedad tienen dos componentes principales. Uno es la interpretación de las sensaciones físicas de incomodidad asociadas a la crisis de angustia como peligrosas o catastróficas, de forma que el paciente cree que se va desmayar, morir o sufrir un infarto de miocardio. El segundo componente son los pensamientos irracionales de catástrofe ante las consecuencias de cara a la situación de experimentar una crisis de angustia, como temer quedar en ridículo, ser humillado o perder un trabajo o una relación. La teoría cognitiva plantea una relación con esquemas cognitivos, originados en la experiencia negativa del mundo como un lugar peligroso (Barlow, 1988) o inseguro y el establecimiento de vinculaciones precoces de tipo ansioso con cuidadores importantes (Cassidy, 1995). Un trabajo reciente ha resumido de una forma elocuente los

distintos procesos cognitivos que subyacen a los “orígenes y el mantenimiento del Trastorno de Ansiedad” (APA, mayo 2006).

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista E-R, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta.

La psicología cognitiva plantea la necesidad de adentrarnos en la intimidad del sujeto, en la privacidad de la mente, en los espacios secretos de la subjetividad, para tratar de responder del mejor modo posible a la pregunta acerca de cómo tiene lugar el conocimiento. ¿Cómo llegamos a conocer lo que conocemos? ¿Quién es el que conoce y por qué lo hace? ¿Qué tipos de conocimiento existen y qué relación hay entre ellos?

La psicología cognitiva es la respuesta a una revolución tecnológica, y su lenguaje, su estilo y sus modalidades constituyen la muestra más elocuente de la interrelación que a lo largo de la historia han tenido los desarrollos tecnológicos y los modelos de pensamiento.

El primer período de la psicología cognitiva estuvo marcado principalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de información. Los comportamientos habían llegado a poder ser descritos y explicados en términos del modo en que los seres humanos se comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida.

El segundo periodo o segunda revolución cognitiva se inició cuando se hizo fuerte la observación de que tal enfoque, válido para describir el funcionamiento de las máquinas, resultaba insuficiente para dar cuenta del manera como operan los seres humanos, ya que éstos, a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales si no

recursivas y por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan, están determinadas, absolutamente, por la dinámica de la esfera social.

Neisser(1976) y Riviere (1987), adelantaron nuevas maneras de explicar las operaciones de procesamiento, atendiendo a la capacidad autoprogramadora y anticipatoria que caracteriza la conducta de los seres humanos.

Desde otra perspectiva, científicos como Bandura(1977) avanzaron hacia la formulación de un modelo cognitivo-social, intentando así explicar la conducta en términos de interacciones entre ambiente, persona y cogniciones.

Por otra parte para Vigotsky (1989), los procesos psíquicos se dividían en elementales y superiores, estando los primeros sometidos a la regulación de las influencias medioambientales, mientras que los últimos constituían procesos organizativos que sólo podían tener lugar en el marco de la vida en sociedad, al mismo tiempo que daban lugar a la conformación de la conciencia por medio de la poderosa instrumentación del lenguaje.

A comienzos de los años 70, surgieron las primeras formulaciones de la terapia cognitiva. Dos autores han sido los primeros en hablar sobre esta nueva modalidad terapéutica: Aaron Beck y Albert Ellis.

La terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis, constituyeron nuevos desarrollos de la psicoterapia que apelaron a nociones cognitivas.

La psicología cognitiva emprendió el análisis de la conducta elaborando una serie de conceptos nuevos como esquemas, planes y guiones, con el propósito de proveer una representación de la manera de operar de la mente. Esto ha llevado a que autores como Kazdin (1984) sostuvieran que los principios de la psicología cognitiva tratan el significado de los eventos, con procesos subyacentes y modos de estructurar e interpretar la experiencia, que sirven para proveer el lugar donde la brecha entre los enfoques psicodinámico y conductual es menos amplia.

Más recientemente, un trabajo de Horowitz (1991) realza el papel de la psicología cognitiva como base para la provisión de un lenguaje común que facilite la integración de las psicoterapias.

Estos conceptos pueden rastrearse en la historia hasta encontrarlos tempranamente en la obra de Millar, Galanter y Pribram (1960), reapareciendo con posterioridad en innumerables publicaciones aparecidas a lo largo de las últimas dos décadas.

1.4. Trastorno de Ansiedad, definición y clasificación, de los trastornos de ansiedad de acuerdo al CIE-10.

La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

F40.2 Fobia específica

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

F40.1 Fobia social

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

F 42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

F43.0 Trastorno por estrés agudo

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

F41.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios

diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia».

La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual».

Capítulo II. Tratamiento.

Dada la naturaleza de la Ansiedad y sus relaciones con la adaptación a la vida, el tratamiento debe buscar como objetivo nuclear la ansiólisis, paso esencial para poder abordar otros objetivos más complejos, como la modificación de conductas patológicas, la reestructuración de la personalidad o la promoción de hábitos de vida más higiénicos y saludables.

Así pues, “el primer paso para un correcto abordaje de la Ansiedad es una valoración de su intensidad, de sus características diagnósticas, de su grado de interferencia y de la personalidad del individuo que la padece”.(Jesús G.Martín y José F. Rocañi,1999, pág.99). Téngase en cuenta que la mayor parte de las veces la Ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible y lógico y que no requiere tratamiento; ahora bien, si la persona afectada no la soporta, si afecta significativamente a su vida o si le hace comportarse de forma anómala, es preciso tratar el problema.

Pues bien, manteniendo estos principios básicos claros y presentes, los objetivos generales del tratamiento deben perseguir:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, desbloquear aquellos que no use por estar interferidos y aprender otros nuevos más adaptativos o útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de Ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.

- Limitar o anular la sintomatología de Ansiedad incapacitante, tanto la psíquica como la somática, aclarando especialmente el origen y las características de esta última.

Es evidente, que la mera administración de ansiolíticos es tan inapropiada como limitarse a dar buenos consejos y palmaditas en la espalda, ya que con ello no se mejoran ni se sustituyen las defensas y mecanismos de adaptación de la persona ni tampoco se resuelven las fuentes de estrés y los conflictos del paciente.

Así pues, para lograr los anteriores objetivos se precisa de la utilización de todos los recursos disponibles, que son esencialmente de tres tipos: psicoterapias, psicofármacos y otras medidas de abordaje de las causas concretas de la ansiedad.

2.1 Farmacoterapia

Los ansiolíticos son un tipo de fármacos que reducen los síntomas de ansiedad rápidamente, lo cuál resulta muy útil en el tratamiento del ataque de pánico, o las obsesiones. Ahora bien, con ellos no se aprende a controlar la ansiedad, por lo que, si se utilizan solos, no suelen curar el trastorno. Son útiles en caso de reacciones intensas, no controlables, pero hay que sustituirlos, poco a poco, por el autocontrol; de lo contrario, suelen degenerar en una adicción a este tipo de fármacos.

Con muchísima frecuencia, encontramos personas que llevan muchos años tomando ansiolíticos (siete años, diez años, por ejemplo), sin que hayan resuelto su problema de ansiedad y sin que puedan dejar de consumir estos fármacos.

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y revisado (cada mes, o dos meses) por un especialista en farmacología, por ejemplo, un psiquiatra. Debe evitarse la automedicación, o la auto-experimentación, o el abandono del fármaco por decisión propia, tampoco debe tomarse el fármaco en función de

nuestro estado de ánimo, o decidir las cantidades a tomar según nos encontremos, etc.

Este tratamiento farmacológico debe estar siempre acompañado por un tratamiento de tipo psicológico, el cual es conocido como Tratamiento Combinado; que debe incluir las técnicas ya mencionadas de entrenamiento en control de ansiedad.

2.2 Psicoterapias

Se entienden por tales todas las actuaciones médico-psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se maneje variables psicológicas o personales. Por ejemplo, el hecho de que un médico reciba a un enfermo y le tranquilice acerca de la sospecha de parecer algo grave no es una psicoterapia, aunque pueda tener efectos claramente ansiolíticos, y en este sentido pueda considerarse como una actitud psicoterapéutica correcta de disposición, clarificación, apoyo, etc.

Las primeras investigaciones sobre el éxito de las psicoterapias realizadas con anterioridad a 1952, hasta entonces de corte psicoanalítico, fueron revisadas en conjunto por Eysenck (1952/1980, 1992) en su famoso artículo "The effects of psychotherapy: an evaluation". En esta revisión, el psicoanálisis (inicialmente desarrollado por Freud y posteriormente por otras escuelas) no salió bien parado. En términos globales, su efectividad no superaba el 44 por ciento, y resultaba menos eficaz que el "no tratamiento". Era más probable que la gente mejorara sin ayuda que con la ayuda del tratamiento psicoanalítico (Eysenck, 1952/1980).

En un libro de compilación, Eysenck y Wilson (1980) reunieron un total de veintiún estudios en los que se ponían a prueba los aspectos troncales del edificio teórico del psicoanálisis, utilizando una metodología experimental. Se estudiaban los componentes centrales de la teoría freudiana, como el desarrollo psicosexual, los Complejos de Edipo y de castración, la represión, el humor y el simbolismo, la psicósomática y las neurosis, las psicosis y la psicoterapia (Eysenck y Wilson, 1980). "Los resultados obtenidos a través de

pruebas correctamente diseñadas como éstas y el balance final de la evidencia contra la teoría fueron desconsoladores para los psicoanalistas” (García, 2003).

“Las travesuras de orden metodológico y epistemológico que cometen a diario los émulos de Freud no son pocas ni resultan del todo inofensivas” (García, 2003).

2.2.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales

La psicología científica ha desarrollado un cuerpo importante de conocimientos utilizando el método científico. La aplicación de estos conocimientos empíricamente validados al área aplicada de la psicología clínica y de la salud ha permitido el desarrollo técnicas de tratamiento eficaces, que están siendo sometidas a prueba constantemente. Durante las primeras décadas (años 50 y 60) se desarrollaron las técnicas conductuales o de modificación de conducta. Más recientemente, este conjunto de procedimientos terapéuticos se han enriquecido con el desarrollo de las técnicas cognitivas. Hoy en día a este conjunto de tratamientos se les conoce como técnicas cognitivo-conductuales.

Por lo general, el tratamiento de los problemas más comunes (trastornos de ansiedad, depresión) mediante técnicas cognitivo-conductuales produce mejores resultados que el tratamiento farmacológico.

En los Trastornos de ansiedad “Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch (1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos de pánico que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, 55% para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo. Resultados semejantes aparecen en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y fobias sociales (Hollon y Beck, 1993). Hay un alto índice de éxito del 80%, en pacientes con ansiedad, que estaban libres de síntomas después de 1-2 años, a menudo acompañado de una mejora importante en otras dimensiones.” (Meichenbaum, 1997, p. 150).

2.2.2 Técnica de introspección

Dirigidas al autoconocimiento del individuo y al análisis de los mecanismos de actuación, defensa y adaptación que utiliza. En general se trata de técnicas derivadas del psicoanálisis, ya sea en sus estilos más puros y más encaminados hacia objetivos concretos u otras que incorporan dichos principios teóricos a técnicas de grupo y que permiten el manejo de un mayor número de pacientes y la potenciación entre ellos mismos de modelos de conductas más apropiados.

2.2.3 Técnicas comportamentales

Dirigidas a lograr cambios en comportamientos anormales o no adaptativos para evitar la aparición de Ansiedad y el control en determinadas situaciones, de modo que el paciente pueda enfrentarse a los problemas y resolverlos con más eficacia y menos sufrimientos; se somete al sujeto a un enfrentamiento directo con estímulos y situaciones temidas y se le enseña a controlar las respuestas de Ansiedad patológicas; también son útiles en fobias, agorafobias y obsesiones-compulsiones. El elemento esencial en todas ellas es la *aproximación* del individuo a las situaciones-estímulos, causantes del problema, es decir, oponerse a la evitación como mecanismo desadaptativo que no resuelve y a la larga complica los problemas.

Estas técnicas, si son correctamente aplicadas y aprendidas, permiten mejoras estables y mantienen la adaptación del sujeto, salvo en casos especialmente graves de trastornos obsesivos-compulsivos.

2.2.4 Técnicas cognitivas

Son una serie de técnicas psicológicas en las que hay que comenzar por dar información sobre el trastorno, su curación, etc. Se basan en el entrenamiento del individuo en técnicas que mejoran su capacidad de auto-observación y auto-corrección de sus pensamientos, su conducta y sus emociones.

Algunas entrenan al individuo a interpretar situaciones de una manera menos amenazante (menos ansiógena).

Otras entrenan a las personas en habilidades especiales, como la solución de problemas, la toma de decisiones, etc.

Otras técnicas cognitivas enseñan a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad, tendencias individuales que generan ansiedad, etc., para después enseñar a cambiar estas tendencias o procesos.

2.2.5 Técnica de Psicoterapia de Apoyo

Esta psicoterapia es brindada por profesionales sanitarios, médicos, enfermeras de atención primaria, etc. La ayuda debe brindada ser cuidadosa y sincera, incidir en el análisis de las situaciones concretas que acontezcan en las sucesivas visitas médicas y en el establecimiento de recomendaciones saludables.

2.2.6 Técnica Psicodinámica

Parece que en los trastornos de angustia participa un conflicto inconsciente e importante por separaciones durante la infancia, que permite que resurjan los síntomas de ansiedad en la vida adulta cada vez que se imagina o se siente próxima una separación. Además, se ha demostrado que el trastorno de personalidad simultáneo es el principal factor predictivo de un ajuste social inadecuado mantenido en los pacientes tratados por un trastorno de angustia, lo que indica que la psicoterapia psicodinámica puede ser un tratamiento complementario importante al menos en algunos casos de trastorno de angustia. Los clínicos de orientación psicodinámica coinciden en que no parece que los factores psicológicos sean prominentes en muchos pacientes con trastorno de angustia y destacan la importancia de realizar una valoración psicodinámica para determinar si un sujeto concreto se podría beneficiar del tratamiento de este tipo, además ha destacado que en los pacientes con una enfermedad de componente predominantemente biológico, la insistencia en la comprensión dinámica y la determinación de la responsabilidad de los síntomas puede no sólo resultar inútil, sino incluso perjudicial a largo plazo al contribuir a reducir la autoestima y reforzar las defensas masoquistas. Sin embargo, también está claro que se han publicado casos de pacientes que fueron

tratados con éxito de su angustia mediante terapia Psicodinámica o Psicoanálisis.

2.3 Técnicas de Relajación

Enseñan a las personas a relajarse, disminuir la activación fisiológica, soltar los músculos, respirar correctamente, imaginar, etc. Hay que practicarlas todos los días. Existen diversos tipos de técnicas de relajación: muscular progresiva, respiración, imaginación, etc., para lograr una disminución de la ansiedad psíquica y de la tensión muscular asociada.

Estas actividades son sencillas de aprender con un entrenamiento mínimo, y pueden ser practicadas como una especie de gimnasia mental. Se pueden utilizar tanto solas como asociadas a las técnicas anteriormente mencionadas, de tal manera que apoyen y refuercen los progresos que se vayan logrando en la terapia y permitan al sujeto enfrentarse a ellos con más seguridad.

2.4 Tratamientos eficaces

En la última década ha surgido un movimiento que promueve el desarrollo y difusión de técnicas que han sido validadas científicamente. A éstas se les llama “técnicas empíricamente validadas”. En medicina, unos años antes se había iniciado un movimiento pionero que buscaba tratamientos eficaces basados en la evidencia.

La División 12 de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos), que es la División de “Psicología Clínica”, desde 1993 ha puesto en marcha un Task Force (un Grupo de Trabajo) sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, et al; (1996) realizaron un listado de tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos mentales, entre los que se incluían los más frecuentes, como los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, adicciones, trastornos de la alimentación, etc. Este listado continúa actualizándose. (Véase Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, et al; 1998, Chambless y Hollon, 1998, Chambless y Ollendik, 2001). Aunque falta mucha investigación por realizar, el mayor esfuerzo realizado hasta ahora

corresponde sin duda a las técnicas cognitivo-conductuales. Más del 75% de las técnicas empíricamente validadas son de tipo cognitivo-conductual.

La revista [Psicothema](#) ha publicado un [número monográfico](#) (Psicothema, vol. 13, p. 419-427) sobre artículos de revisión acerca de tratamientos psicológicos eficaces (empíricamente validados) para diferentes trastornos:

- [trastorno de pánico](#)
- [agorafobia](#)
- [trastorno de ansiedad generalizada](#)
- [trastorno obsesivo compulsivo](#)
- [fobias específicas](#)
- [trastorno por estrés postraumático](#)
- [hipocondría](#)
- [trastornos del comportamiento alimentario](#)
- [trastornos de adicción](#)
- [disfunciones sexuales](#)
- [depresión](#)
- [trastorno bipolar](#)
- [trastornos de la personalidad](#)
- [esquizofrenia](#)

En el capítulo que cierra este número monográfico, se hace un balance muy positivo sobre el estado de la cuestión relativa a los tratamientos eficaces, o empíricamente validados: “Como se verá más adelante, hay un Cuadro de trastornos relativamente bien caracterizados para los que se puede decir con razonable fundamento qué tratamientos son eficaces, según las categorías de «bien establecidos», «probablemente eficaces» o «en fase experimental». De los catorce revisados, doce cuentan con tratamientos «bien establecidos» y los otros dos (trastornos de personalidad e hipocondría) con tratamientos «probablemente eficaces». No quiere decir que no haya otros tratamientos posibles, distintos de los que figuran en el Cuadro, pero tendrán que implicarse en investigaciones que permitan decir de ellos lo que cabe decir de los aquí presentados.” (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001, p. 524)

“En conjunto, y en principio, se revela un panorama positivo, al que no se puede por menos que saludar enfáticamente, tanto desde el punto de vista del cliente como del clínico y, en su caso, del tercer pagador. Habida cuenta, por lo demás, que se refiere en general a tratamientos de corta duración, en torno a quince sesiones, consistentes en programas más o menos estructurados.”
(Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001, p. 524).

Las tablas que se reproducen a continuación (1.1 y 1.2) han sido tomadas de este artículo. En ellas se resume el estado de la investigación sobre técnicas de tratamiento eficaces para los trastornos más frecuentes.

Tabla 1 (continuación)				
Clasificación de los Tratamientos Eficaces según los Trastornos				
<i>(Tipo 1: Tratamiento Bien Establecido; Tipo 2: Tratamiento Probablemente Establecido; Tipo 3: Tratamiento en Fase Experimental)</i>				
Trastornos Tratamientos	Tipo 1		Tipo 2	Tipo 3
	a	b		
<i>Eyacuación Precoz</i> Terapia Sexual Farmacoterapia	X	X		
<i>Inhibición Eyaculatoria</i> Terapia Sexual				X
<i>Deseo sexual hipoactivo femenino</i> Entrenamiento orgásmico Terapia Sexual y Marital Farmacoterapia			X X	X
<i>Trastorno Orgásmico femenino</i> Entrenamiento masturbatorio	X			
<i>Vaginismo</i> Desensibilización Sistemática	X			
Ansiedad Generalizada Terapia Cognitivo – Conductual Farmacoterapia Reestructuración Cognitiva Relajación Terapia Cognitivo – Conductual centrada en la preocupación Terapia no directiva Hipnosis adjunta a Terapia Cognitivo – Conductual	X	X	X X	X X X
Fobias Específicas Exposición Terapia Cognitivo – Conductual Realidad virtual	X	X		X
Agorafobia Exposición en vivo Terapia Cognitivo – Conductual Farmacoterapia	X	X X		
Trastorno de pánico Tratamiento para el Control del Pánico (Barlow) Programa de Terapia Cognitiva para el Pánico (Clark) Relajación Aplicada Exposición Farmacoterapia	X X		X X	
Trastorno por Estrés Post-traumático Terapia de exposición Terapia Cognitiva Manejo de la ansiedad Hipnoterapia Farmacoterapia		X X	X	X X
Depresión Programa de Actividades Agradables - Activación Conductual Entrenamiento Habilidades Sociales Curso de Afrontamiento de la Depresión (Lewinsohn) Terapia de Autocontrol de la Depresión Terapia de Solución de Problemas Terapia Conductual de Pareja Terapia Cognitiva de la Depresión Beck Terapia Interpersonal Farmacoterapia Psicoterapia Psicodinámica Terapia Sistémica	X	X X X		X X
Trastorno Bipolar Psicoeducación Terapia Marital y Familiar Terapia Cognitivo – Conductual Terapia Interpersonal y del Ritmo Social Farmacoterapia (Litio)	X	X X X		X

Tabla 1.2

Capítulo III. Terapia Cognitivo – Conductual.

3.1. Antecedentes históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de [psicoterapia](#) empleada para tratar la [depresión](#), [trastornos de ansiedad](#), [fobias](#), y otras formas de [trastornos psicológicos](#). Se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los [pensamientos irracionales](#). Resulta pertinente señalar que los creadores de este enfoque psicológico y terapéutico, para fundamentarlo, manifiestan haber apelado a antiguos tópicos de la escuela [estoica](#) de la filosofía griega.

Especialmente, a aquéllos en los que pensadores como [Epicteto](#) manifiestan, de modo terminante, que no son los "hechos" objetivos mismos los que perturban la dinámica del "alma", sino lo que "pensamos" -he aquí el principio cognitivo- en nuestro interior, en nuestra subjetividad, sobre esos hechos. De esta manera, el control de las reacciones de nuestra emotividad y conducta puede permanecer de continuo en nuestras manos. O dicho de otro modo más taxativo: somos -hasta cierto punto- como los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquicas, de nuestra dicha o de nuestra desdicha. La llamada [Terapia racional emotiva conductual](#), a su vez, siempre ha operado con los mismos principios.

La terapia de conducta, tiene un amplio pasado pero una corta historia. En su cuarta década como cuerpo de conocimiento formalmente desarrollado y sistematizado, podemos decir que las técnicas predominantes en la Terapia de Conducta son tan antiguas como la historia de la humanidad. Los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo se han utilizado durante miles de años de manera intuitiva, desprovista de proposiciones formales sobre los principios implicados.

Fue a finales de los años cincuenta cuando se registraron notables intentos para sistematizar estos principios. En cierto sentido, se podría considerar que tales intentos constituyeron el nacimiento de la Terapia de Conducta, tal como la conocemos hoy día.

La terapia conductual tiene muchos orígenes y ningún fundador o punto de partida únicos. Ningún país o escuela de pensamiento puede reivindicar en exclusiva el campo de la Terapia de Conducta y ninguna técnica puede hacer lo mismo.

London (1972) alega que la Terapia de Conducta se contempla mejor como un conjunto de técnicas, más que un enfoque. Sin embargo, es la metodología de la Terapia de Conducta como enfoque lo que define a la terapia conductual tal como la conocemos hoy en día. Existen en ella diferentes estrategias, técnicas y conceptos teóricos. Pero lo común a todos los que se llaman a sí mismos (terapeutas conductuales) es un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos que descansan en algún tipo de marco teórico de aprendizaje E-R (Estímulo-Respuesta), inmerso a su vez dentro de la metodología del científico comportamental.

Cuando la psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas a favor de la metodología científico-experimental, el terreno estaba preparado para que la Terapia de Conducta germinase.

En 1971, en el primer artículo dedicado exclusivamente a la Terapia de Conducta de la *Annual Review of Psychology*, Krasner reseñó quince áreas de investigación que concurrieron en los años cincuenta y sesenta para formar el núcleo de este nuevo enfoque.

Entre aquellas áreas se encontraban la psicología experimental, el condicionamiento clásico y el operante, los principios teóricos de aprendizaje de Hull y de Pavlov, la cada vez más madura disciplina de la psicología clínica y una creciente insatisfacción con la corriente psicodinámica, predominante en aquellos momentos en el campo de la salud mental.

Aunque el trabajo de Pavlov sobre el condicionamiento clásico, el de Watson sobre el conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre el condicionamiento operante constituyen las piedras angulares de la Terapia de conducta, hubo que esperar hasta los años sesenta para que, por las razones señaladas anteriormente, estos fundamentos conceptuales se encontraran preparados para sostener toda la estructura.

En el Reino Unido, la Terapia de conducta surgió de los esfuerzos de un pequeño grupo de personas para intentar desarrollar una alternativa más viable al entonces preponderante modo de intervención terapéutica en los denominados trastornos mentales.

Eysenck, en aquel entonces profesor de psicología en el instituto de Psiquiatría de la universidad de Londres, tenía un ambicioso y atrevido plan. El primer paso era que algo llamado “personalidad” tenía que descomponerse en un pequeño número de dimensiones, definidas operacionalmente, medibles factorialmente y exploradas experimentalmente. La idea esperanzadora consistía en que, al relacionar estas dimensiones con sus, hasta ese entonces sin identificar, determinantes fisiológicos, sería posible, en última instancia, desarrollar un amplio modelo de la actividad psicológica, el cual explicaría cada aspecto del funcionamiento humano – un encomiable intento de establecer la unificación en psicología, una búsqueda que no era desalentada por el hecho de que numerosos predecesores distinguidos lo habían intentado y habían fracasado. Considérese, por ejemplo, la búsqueda de los factores generales de inteligencia, por Spearman.

Para facilitar este ambicioso plan, Eysenck se rodeó de un selecto equipo de estudiantes de carrera y doctorado y juntos elaboraron proyectos individuales. El modelo guía era el de un estudiante amable, pero crítico, en vez de un discípulo ciego. La investigación siempre tuvo preferencia sobre la ideología, una perspectiva que caracterizó no sólo a los años de formación de la TC, sino también a los que le siguieron.

Se consideraron y descartaron muchos modelos y sólo la teoría del aprendizaje E-R, en particular el trabajo de Hull y Pavlov, parecía, en aquellos momentos, ofrecer esperanzas para el desarrollo de predicciones verificables y una base de datos para la intervención terapéutica. Y así fue, como nació en el Reino Unido el concepto de terapia de conducta.

Siguiendo con la historia, hay que señalar un hecho notable, como es el desarrollo de la psicoterapia por inhibición recíproca y de la técnica de la desensibilización sistemática, sin duda la primera terapia verbal viable ofrecida como alternativa a la psicoterapia tradicional (Wolpe, 1958). El hecho de que el laborioso procedimiento de Wolpe haya sido modificado muchas veces como consecuencia de estudios posteriores y el hecho de que su explicación teórica original, en términos del condicionamiento clásico y de la inhibición sheringtoniana, haya sido rechazada desde hace tiempo, no desmerece en absoluto el significado del importante logro de Wolpe.

Otros dos pioneros de África del Sur, que obtuvieron reconocimiento mundial, primero en los Estados Unidos y el Reino Unido y luego en los Estados Unidos y Canadá, fueron Lazarus y Rachman. Sin embargo, hay que señalar que Lazarus, aun reconociendo lealtad a una amplia tradición conductual, ya no se considera un terapeuta de conducta. Según afirmación propia, es un “terapeuta multimodal” (Lazarus, 1981).

Si la primera Terapia de Conducta que se desarrolló en Gran Bretaña se apoyaba, en gran medida, en el condicionamiento clásico, no se puede decir lo mismo sobre el desarrollo de la misma en los Estados Unidos. Quizás a causa de la creencia de que el ambiente se encuentra donde está para ser conquistado y de que hay pocos límites, si es que hay alguno, para hacerlo, el énfasis en las variables externas, en las influencias ambientales y en el condicionamiento operante ateoórico de Skinner, predominó en los EE UU y, hasta cierto punto, sigue predominando hoy en día. La tradición de Maudsley de las influencias genéticas y de los determinantes constitucionales, retrayéndolas al mismo Pavlov, a favor de un ambiente más bien simplista, que predominó en la Terapia Conductual norteamericana hasta la llegada de la

cognición, de la teoría de la interacción recíproca de Bandura (1982) y de los modelos más sofisticados que surgieron a finales de los años ochenta.

En lo que se refiere a la Terapia Racional-Emotiva (TRE), una terapia cognitivo-conductual, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). Por esta razón, la meta primordial de la Terapia Racional Emotiva es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc (Ellis y Becker, 1982).

La terapia racional-emotiva fue desarrollada como tal en 1955, en una conferencia dada por Albert Ellis en el congreso de la American Psychological Association (Grieger, 1985). EL modelo ABC para la terapia fue publicado por primera vez en 1958 y ampliado en 1984, como respuesta a una creciente necesidad de mayor colaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo (Bernard, 1980; Huber, 1985; Wessler, 1984).

En la formulación de la TRE intervinieron factores teóricos provenientes del amplio bagaje filosófico que poseía Ellis (Dryden, 1986) y también factores personales (Ellis, 1986), como la aplicación asimismo de las técnicas conductistas de John B. Watson.

La terapia cognitiva, desarrollada por Aaron T. Beck tiene una vida de casi cuatro décadas aproximadamente (Beck, 1970). Después de la publicación del libro *Cognitive therapy and the emotional disorders* “la terapia cognitiva y los trastornos emocionales”, en 1976, hubo un amplio reconocimiento con respecto a la novedad del tratamiento que se describía y al enfoque prometedor que representaba para todo un conjunto de problemas emocionales.

Después de este trabajo teórico, hubo una serie de estudios de investigación realizados al final de los años setenta y principios de los ochenta que

examinaron la eficacia de la terapia cognitiva (especialmente en el caso de la depresión). Estos estudios apoyaban claramente el potencial de la terapia cognitiva para mejorar satisfactoriamente los síntomas y los problemas de los pacientes y para estimular otros esfuerzos teóricos y de investigación.

La mayoría de los primeros estudios sobre la depresión utilizaron lo que se ha convertido en un libro estándar en el área, Beck, Rush, Shaw y Emery, *Cognitive therapy of depression*, 1979. Este libro es un manual de tratamiento muy detallado que describe no sólo los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva, sino también otras variables como la naturaleza y la conducta de un terapeuta cognitivo, la forma prototípica de estructurar un caso de terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de la técnica de tratamiento. El manual ha constituido la base para la mayoría de los estudios que han examinado la terapia cognitiva de la depresión (Dobson, 1989) y ha contribuido, con toda seguridad, a la estandarización de este enfoque de tratamiento a través de una serie de investigaciones (Dobson y Shaw, 1988).

Aunque la terapia cognitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, éste no es el único problema al que se ha aplicado la terapia cognitiva. En la primera formulación de la terapia cognitiva (Beck, 1976), Beck trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse con problemas como la ansiedad, la depresión, la ira, los problemas interpersonales, entre otros, y el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización.

Realmente, después de la depresión, los trastornos de ansiedad han recibido probablemente la mayor atención por parte de los teóricos y de los terapeutas cognitivos. Otras aplicaciones más recientes, y en algunos aspectos menos desarrolladas, de la terapia cognitiva incluyen los intentos de tratar con problemas tales como la soledad (Young, 1981), las disfunciones matrimoniales (Beck, 1988; Epstein, 1982), los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno límite de la personalidad; Freeman y Leaf, 1989; Murray, 1988; Pretzer, 1988) y los síntomas psicóticos (Anderson, Turesson, Skagerlind, Warburton, Gustavson, Perris, Johanson y Frederiksson, 1989).

A principios de los años 60, con la llegada de la terapia conductista se hizo patente la posibilidad de utilizarla en el contexto del tratamiento grupal. Generalmente los grupos se componían de miembros con problemas similares. Se podía reforzar con diferentes patrones de refuerzo dentro del propio grupo. Aprovechando la presencia de diversos modelos y fuentes de feedback del grupo, se podía llevar a cabo fácilmente un entrenamiento en habilidades sociales.

A finales de los años 60, el autor Rose (1967), apoyándose en ejemplos clínicos, mostró cómo se podían aplicar los principios conductistas relacionados con el refuerzo, al tratamiento grupal, al tiempo que se servía del grupo como un recurso más para la intervención.

Los años 70 fueron testigo de un cierto número de artículos que abordaban el entrenamiento asertivo en grupo (Fensterheim, 1972). Robert Liberman (1970) aportó investigaciones sobre diferentes estrategias conductuales para influir en la cohesividad y en la hostilidad de los miembros hacia el terapeuta.

A finales de los 70 y a principios de los 80 la terapia conductista comenzó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación; más tarde se añadieron los métodos de exposición a estímulos, como estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y moldeamiento, basados en los principios de la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1977).

La terapia de grupo conductista se empezó a denominar terapia grupal cognitivo-conductual. Del mismo modo que en los años 70 el entrenamiento en habilidades sociales era la forma más importante de terapia grupal, en los 80 y hasta el presente, el manejo del estrés y la agresividad se han convertido en los objetivos terapéuticos más importantes del enfoque grupal. Ambos objetivos utilizan la reestructuración cognitiva (Meichenbaum, 1977; Beck, 1976) y el entrenamiento para la relajación (Everly, Rosenfeld, 1981).

3.2. Principios Básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Los principios comunes y esenciales de la terapia conductual son los siguientes:

1. Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos procesos psicológicos que cualquiera de las demás conductas.
2. Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental. En sus inicios, la terapia conductual se apoyaba principalmente en los hallazgos de la teoría del aprendizaje E-R, pero en la actualidad, sus fundamentos empíricos son más amplios.
3. La terapia se dirige hacia la modificación de conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas otras de las aproximaciones terapéuticas. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada cliente.
4. Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del cliente. Este acento que se pone en el aquí y el ahora da por resultado una menor preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica, que por lo general tiene, el psicoanálisis.

Los diez principios básicos de la terapia cognitiva:

1. Es breve y de tiempo limitado (de 5 a 20 sesiones de 50 min.), desalienta la dependencia del paciente.
2. Requiere de una relación terapéutica estable.

3. Es un esfuerzo de colaboración entre pacientes y terapeuta.
4. Utiliza el método socrático de “descubrimiento guiado” (se diseñan una serie de preguntas que cuestionan y evalúan de manera objetiva y no defensiva. Los pensamientos y suposiciones del paciente: “¿cuál es la evidencia para creer esto?”).
5. Es estructurada y directiva.
6. Se orienta a problemas.
7. Se basa en el modelo educativo.
8. Su técnica descansa en el método inductivo: tratar creencias como hipótesis; revisar información disponible.
9. Gran importancia del trabajo para la casa.
10. Se basa en el método científico.

Metas finales de la terapia cognitiva-conductual:

- Reconocer y vigilar los pensamientos automáticos.
- Reconocer las conexiones entre: pensamiento-afecto-conducta.
- Examinar sistemáticamente la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos.
- Sustituir pensamientos prejuiciados por pensamientos más orientados a realidad.
- Aprender a identificar y modificar los esquemas que predisponen a distorsionar las experiencias.

3.3. Modelo Terapéutico.

Psicoterapia: *Es cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos que lleva a cabo una persona adiestrada a través de una relación interpersonal con un paciente, con el propósito de ayudarlo a remover o atenuar síntomas o patrones de conducta indeseables y mejorar sus relaciones consigo mismo y con los demás.*

Para A. Beck (1960) se podrá denominar terapia cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción es la *modificación de patrones erróneos de pensamiento*.

A. Freeman define la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo (promedio de 20 sesiones), que se caracteriza por ser activa y directiva y en la que paciente y terapeuta trabajan conjuntamente en ayudar al paciente a describir su pensamiento disfuncional (“automático” “irracional”), se busca también la capacidad de evaluar este pensamiento y su conducta en relación con la realidad y se diseñen tácticas más adaptativas tanto intra como interpersonales.

De las definiciones queda claro que la terapia cognitiva se centra en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación; en la directividad terapéutica más que en la pasividad; y en la colaboración más que en la confrontación.

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas? ¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

Estableciendo que los aprendizajes y experiencias tempranas o predisposiciones genéticas contribuyen a los problemas actuales, además de las creencias, actitudes, expectativas y pensamientos.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los

comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962).

El modelo supone la existencia de esquemas que son también conocidos como **creencias fundamentales o básicas**, estructuras cognitivas relativamente estables y que guían el proceso de pensamientos, son actitudes suposiciones acerca de sí mismo y del mundo que guían la percepción, interpretación y memoria de una persona acerca de los sucesos que vive; derivan las experiencias pasadas y tienen la características de ser rígidas, absolutistas, resistentes al cambio y asociarse con emociones extremas.

Las creencias.

A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo.

Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”.

Esto es el procesamiento erróneo de la información y que da por resultado el **pensamiento automático** cuyas características son:

- Poco Razonables.
- Disfuncionales.
- Poco repetitivos.
- Pocos específicos.
- Poco discretos e idiosincrásicos.

Aunque plausibles a los ojos del paciente y que generan un estado de ánimo o afecto disfórico, desagradable, intenso y ante el cual se genera una conducta desadaptativa.

La relación lineal entre esquema-pensamiento automático-afecto-conducta es importante para este modelo. (Fig. 1.3)

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

Las creencias disfuncionales pueden ser “desaprendidas” y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. Esto es muy importante para los terapeutas cognitivos.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia.

El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y más tarde son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992).

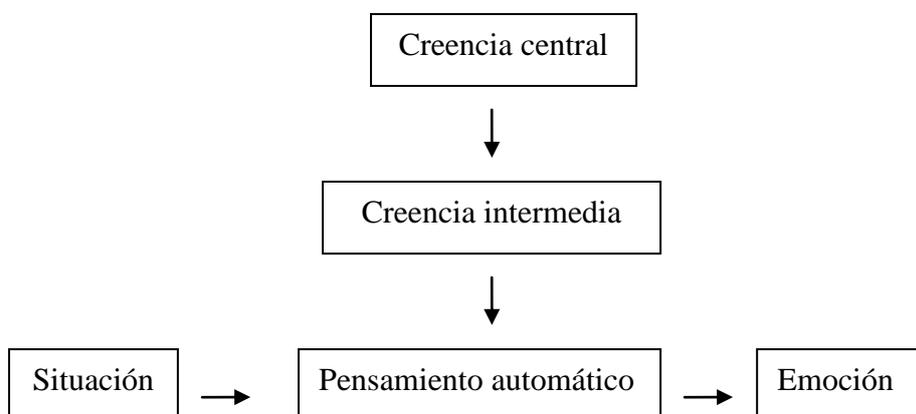


Fig.1.3. Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas.

En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones.

En un paso ulterior, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas.

Distorsiones Cognitivas.

- a) Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar determinada conclusión en la ausencia de evidencia que la apoye o aún, cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- b) Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído de su contexto, ignorando otros datos más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- c) Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión, a partir de hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas como no relacionadas.
- d) Maximación y minimización: Consiste en exagerar o disminuir la magnitud de un evento.
- e) Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe una base para hacer tal conexión.
- f) Pensamiento absolutista (Dicotómico): Es la tendencia a clasificar todas las experiencias en categorías extremas y opuestas: Impecable o sucio; sano o pecador.

Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del paciente para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que está atravesando, comprender cómo se siente y percibir el mundo a través de sus ojos. Las conductas, las percepciones, los pensamientos y emociones del paciente se harán comprensibles a partir de su historia y su conjunto de creencias.

El terapeuta junto con su paciente examina los objetivos de la terapia, el destino final.

A veces los desvíos pueden provocar cambios en el plan original. A medida que el terapeuta adquiere experiencias y habilidad en la conceptualización, logra completar los detalles relevantes y su eficiencia y efectividad se acrecientan.

La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y se va profundizando en cada nuevo encuentro. El terapeuta se plantea hipótesis respecto del paciente, basándose en los datos que él le aporta. Estas hipótesis se confirman, se descartan o se modifican según esos nuevos datos. La conceptualización es fluida pero, en algunos momentos estratégicos, el terapeuta debe controlar con el paciente las hipótesis y su formulación.

Generalmente, sí la conceptualización es adecuada, el paciente confirma que le “suena correcto” y que el cuadro que el terapeuta le está presentando concuerda con sus propia percepción.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la [reestructuración cognitiva](#), la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados [distorsiones cognitivas](#) tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el consultante, y se formula un

plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como tríada cognitiva. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape, también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea.

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo.

Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de una depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la convicción del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto de proponga.

Capítulo IV Talleres Psicoeducativos

Tradicionalmente la denominación “taller” ha sido utilizada para una diversidad de actividades en el ámbito de la educación no formal, esto entendiendo lo “no-formal” como la posibilidad de trabajar con diversos grupos de la población de forma intencionada, diferenciada y específica, con objetivos explícitos de enseñanza-aprendizaje, pero que no están directamente dirigidos a la provisión de grados propios de un sistema educativo reglado, como la educación pre-escolar, básica, media y superior. Esto no significa que no pueda darse dentro de un sistema reglado, pero su fin no sería obtener el grado académico, sino fortalecer otras habilidades, actitudes y estrategias en los participantes (Hamadache, 1995); especialmente en la educación de adultos o educación popular, sobre todo a partir del marco epistemológico de Paulo Freire (1990).

Desde ahí se extendió su utilización a diversos contextos, como por ejemplo talleres de desarrollo emocional y social en la escuela básica o secundaria, talleres comunitarios, talleres de formación de líderes, talleres de desarrollo personal para la tercera edad, talleres de prevención de la violencia intrafamiliar con mujeres, talleres de prevención de drogas o de sexualidad con jóvenes, talleres de preparación para el mundo del trabajo para jóvenes y talleres de prevención en salud mental en Centros Comunitarios de Salud Mental.

4.1 Aportes de la Psicología de Grupos

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia de grupo se ha difundido enormemente por todo el mundo. Ésta fue iniciada por Pratt en 1905, al introducir el sistema de clases colectivas a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su régimen, dentro de un clima de cooperación. Las clases o sesiones constaban de una breve conferencia del terapeuta, quien disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis, a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas o

discutían el tema con el médico. En vista de los buenos resultados que daba este método, Pratt escribió en 1906 un trabajo preliminar que amplió en los años subsecuentes. El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoya en dos pilares. Por un lado, activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo; y por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada. En el decenio de 1940 a 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, surge la psicoterapia de grupo como respuesta a las necesidades psicológicas que tenían los soldados, quienes regresaban de combatir.

Los primeros terapeutas de grupo incorporaban sus habilidades en terapia individual y las aplicaban en los grupos, ya que se daban cuenta que éstas tenían un efecto curativo especial en los pacientes que recibían el tratamiento. En decenios posteriores, la psicoterapia de grupo comenzó a tener gran auge por las posibilidades que brindaba a los pacientes de que experimentaran afecto, mejoraran su auto imagen y aprendieran más acerca de la pertenencia; finalmente en los últimos años esta técnica psicoterapéutica se está aplicando ampliamente en el ambiente hospitalario, por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico y al alcance de más pacientes.

El grupo permite ver en acción, en la situación presente como ve, vive, siente y se conduce cada uno. Su identidad mucho más allá de lo que cada uno puede contar de si mismo. Sin embargo, a su vez el grupo tiene vida propia, es un sistema con normas y leyes, que facilita algunas situaciones y dificulta otras. Son muchos los factores que lo regulan, factores que dependen unos de otros. Hay un determinado lugar donde se reúne. Este tiene sus características. No es igual un lugar alfombrado, agradable, que un lugar frío, demasiado grande o demasiado pequeño. Es diferente el tipo de relación que establecerá entre los miembros, el tipo de intimidad, el tipo de contenido que se generará. Frecuencia y duración del grupo es otro factor, sesiones más largas llevan a más intimidad, más cortas a la búsqueda de resolución de problemas más concretos.

Edad, personalidad de los integrantes y el conductor, homogeneidad o heterogeneidad de los miembros, temas, formas de abordarlo, grados de compromiso, todos estos elementos influirán en el curso del desarrollo que ira adquiriendo el grupo con el que estamos trabajando (Loew, 1988).

El grupo es definido no como una suma de miembros, sino como una estructura que emerge de la interacción de los individuos y que induce a cambios en ellos. El grupo es un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado. A través de la internalización recíproca se proponen realizar una tarea. Durante este proceso se produce un dinámico interjuego de roles y la construcción de un “nosotros” (García, 1997).

Tal como dice Pichón Riviere (1979), esta internalización recíproca o la mutua representación interna, es uno de los organizadores del grupo como estructura, es decir es un rasgo esencial y constitutivo del grupo, que le otorga a la multiplicidad de miembros que lo conforman, una unidad, una coherencia interna y una interdependencia. Esto se daría especialmente en grupos pequeños, “cara a cara”. A partir de esto se conforman roles, entendidos como modelos organizados de conducta relativos a una cierta posición del individuo en una red de interacción ligado a expectativas propias y de los otros.

Entre los miembros de un grupo se da una interacción psicosocial que genera fenómenos como la atracción, repulsión y tensión. Esto determina un movimiento, una dinámica, que proyecta el grupo hacia delante, como si tuviera la facultad de crear su propio movimiento.

Un grupo primario es definido como aquel en que los miembros interaccionan directamente, cara a cara, son conscientes de la existencia del grupo y de su pertenencia a él y de la presencia de los otros miembros. Las personas se hallan ligadas por lazos emocionales, cálidos, íntimos y personales.

El grupo secundario, es aquel en el cual se mantienen relaciones frías, impersonales, más formales. El grupo, en este caso, no es un fin en si mismo,

sino un medio para lograr otros fines. Las relaciones se establecen más bien a través de comunicaciones indirectas, es el caso de empresas, instituciones, barrios, clubes, pueblos o ciudades.

Las características de un grupo son:

- Es una asociación definible, es decir una colección de personas identificables por nombre o tipo.
- Los miembros tienen conciencia de grupo, tienen una percepción colectiva de unidad, una identificación conciente de unos con otros.
- Los miembros tienen un sentido de participación con los mismos propósitos.
- Se observa una dependencia recíproca en la satisfacción de necesidades, se necesitan mutuamente para lograr sus propósitos.
- Se da una acción recíproca a través de la comunicación de unos con otros.
- El grupo puede comportarse como un organismo unitario. (Cirigliano, 1966)

4.2 Definición de un taller psicoeducativo

Se entiende la palabra “taller”, como una opción pedagógica alternativa a un curso o seminario, como una modalidad opuesta a una enseñanza de tipo expositiva o memorística. La palabra taller proviene del francés “atelier” que significa estudio, obrador, obraje y sus inicios se remontan a la Edad Media a partir de los gremios de artesanos, en que se veía el taller como un lugar de trabajo y aprendizaje.

Considerando este marco algunas características constitutivas de un taller son:

- Una opción por trabajar en pequeños grupos.
- Una valoración por la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de los propios aprendizajes.
- Una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Una intencionalidad operativa, es decir que los aprendizajes adquiridos tengan una influencia en la acción de los propios sujetos.

Es así como un taller es definido como una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, esto desde un rol protagónico de los participantes en el proceso de aprendizaje que allí se produce.

De esta forma el proceso de conocimiento es asumido por el grupo, el que cuenta con una coordinación de carácter cooperativo, que favorece la democracia grupal. Este aprendizaje no se relaciona necesariamente con temáticas estrictamente instruccionales, como aprender ciencias o matemáticas, tal como se hace en la educación formal, sino con la posibilidad de vivir una situación de enseñanza-aprendizaje diferente, que prioriza el aprendizaje de actitudes, valores, habilidades, conductas y destrezas relevantes para el desarrollo psicosocial de las personas.

Esto entendiéndolo aprender como un proceso que lleva a las personas a inquirir, indagar, investigar la realidad. El taller se convierte en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación. En definitiva el taller es un camino con alternativas metodológicas diversas, que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Es un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización (García, 1997).

Por lo tanto, un taller psicoeducativo, puede ser definido como un tipo específico de intervención psicoeducativa, que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones. Esto considerando los siguientes elementos:

- Parte de la práctica, o sea de lo que la gente sabe, vive y siente, lo cual constituye temas a desarrollar durante el taller.
- Desarrolla un proceso de teorización sobre esta práctica, como un proceso sistemático, ordenado y progresivo, a partir de la experiencia de los participantes, la cual se va transformando, mejorando y resolviendo a medida que transcurre el taller.

- Permite socializar el conocimiento individual, enriqueciéndolo y potenciando el conocimiento colectivo. (CIDE, 1987).

Los talleres en general se desarrollan en base a una metodología activo-participativa, en la cual se produce una relación educativa facilitadora, se parte del principio de acción-reflexión-acción, se potencia el aprendizaje colectivo y se rescata el principio del aprender haciendo (Martínez, 1991).

Una característica básica de los talleres es que responden a uno o más objetivos que le otorgan sentido y dirigen su proceso.

Por otra parte, debe considerarse la diferencia entre un taller psicoeducativo y la psicoterapia grupal, pues lo que define un taller es que sus objetivos tienden a ser específicos, medibles y están especificados antes del inicio del taller, siendo iguales para todo el grupo, lo cual no significa que no se respeten los ritmos individuales. Una terapia grupal, en cambio, tiene objetivos relacionados con las problemáticas de los diferentes integrantes del grupo, lo cual tiene que ver con aspectos de la dinámica de la personalidad y del yo de los participantes. Sus fines son más terapéuticos y curativos. En los talleres, sus fines suelen ser preventivos.

Ambos tienden a coincidir, sin embargo, en el hecho de que son grupos “jerarquizados”, es decir se reúnen en torno a un profesional que funciona como psicoterapeuta o conductor del taller, respectivamente. De hecho en la psicoterapia grupal la relación terapeuta-paciente resulta central.

Los talleres, sin embargo, pueden ser inicialmente igualitarios, en términos de constituirse en un grupo de personas que se unen para hacer frente a un problema común. Se autoproveen de apoyo emocional y social al compartir las experiencias e intercambiar recursos, a estos grupos de les suele llamar también grupos de autoayuda. Sin embargo, sólo podremos hablar de que constituyen un taller cuando alguien emerge como conductor del grupo, el cual suele ocupar una posición de jerarquía dentro del grupo. Esto no implica que asuma una posición directiva, sino que adquiere la función de conducir el grupo

desde un paradigma eminentemente participativo y democrático (Ayestarán, 1996).

En general, lo constituyen grupos pequeños (6 –20 participantes), conducidos por un líder que ejerce el rol de facilitador del grupo, quien es el responsable de velar porque se logren los objetivos para los cuales el grupo se ha conformado.

Los grupos son pequeños cuando resulta posible que las relaciones interpersonales se den sin intermediarios, a partir de relaciones personalizadas, “cara a cara” (Martínez, 1991).

Resulta importante respetar este número de participantes, pues los talleres requieren de una mayor cohesión e interacción en el grupo, en el cual exista seguridad y confianza, las relaciones sean más estrechas y amistosas, se llegue más fácilmente al consenso y los miembros dispongan de más oportunidades y tiempo para intervenir. En los grupos grandes suelen darse las características opuestas a las citadas, por lo cual aparece la necesidad, muchas veces espontánea, de configurar subgrupos.

4.3 Tipos de talleres psicoeducativos

Existen diferentes variables que permiten diferenciar a los talleres psicoeducativos.

Una de ellas es el número de participantes, lo cual permite hablar de grupos pequeños o grupos grandes, aunque no debe olvidarse que ojala se constituyeran con grupos pequeños.

Otra variable es el tipo de conducción del líder, pudiéndose diferenciar entre talleres de tipo directivos o más democráticos, aunque debieran tender hacia el segundo tipo.

También pueden distinguirse por el tipo de cambio que propician en los participantes, existiendo talleres más conductuales, o actitudinales, por

ejemplo, aunque suelen integrarse diferentes tipos de cambio. Lo importante es que queden especificados en los objetivos del taller. Esto suele relacionarse con diferentes perspectivas sobre el proceso de enseñanza aprendizaje.

Por ejemplo, las perspectivas conductuales enfatizarán el cambio conductual, las cognitivistas el cambio en el pensamiento (cambio en las ideas, percepciones, actitudes, teorías implícitas, creencias, visiones), la humanista el cambio en la experiencia (cambio en los afectos, en la significabilidad dada a ciertas experiencias, en las motivaciones), la sistémica el cambio en las relaciones (relaciones entre pares, relaciones familiares, relaciones con la autoridad) y las histórico-culturales el cambio cultural y social.

Otro punto relevante, es si admiten a los participantes integrarse una vez iniciado el taller, o si requieren de un número definido de participantes desde la primera sesión. En el primer caso se habla de talleres abiertos, en el segundo, de talleres cerrados.

Respecto al número de sesiones hay talleres cortos (3 – 8 sesiones) y talleres más largos (9 sesiones o más). También se diferencian según la recurrencia de las sesiones, pues algunos realizan periódicamente las sesiones una vez por semana, otros realizan sesiones seguidas al principio, luego con menor frecuencia y hay otros que se dan con menor periodicidad, por ejemplo una vez al mes.

Capítulo V Unidad de Medicina Familiar No. 14 (IMSS)

La UMF14 (Unidad de Medicina Familiar), se encuentra localizada en la 2ª sección de la colonia Moctezuma; entidad que corresponde a la jurisdicción de la Delegación Venustiano Carranza. Al norte colinda con la calle Norte 3, al Sur con la Avenida Ignacio Zaragoza, al Oeste con la calle 23 y al Este con la Avenida Boulevard Puerto Aéreo.

El área de influencia de la UMF 14, esta integrada dentro de la delegación política Venustiano Carranza. La delegación Venustiano Carranza tiene una extensión territorial de 33.42 kilómetros cuadrados, y dentro de ella se encuentra el aeropuerto internacional de la ciudad de México, con una extensión territorial de 8 Kilómetros cuadrados. Del total de la población de todas las 16 delegaciones políticas, le corresponden a la Delegación Venustiano Carranza el 7º lugar con 5.38% de población.

En la población usuaria a la unidad existe un 0.46% de variación en relación al año anterior, lo que nos representa un crecimiento mínimo de población derechohabiente en la unidad.

La tasa de natalidad para 2003 fue de 18.23, siendo menor que el año anterior en un 1.98% con tasa de 20.21. Durante el 2003 hubo 1855 nacidos vivos registrados, por lo que respecta a los datos preliminares del censo que se manejaron en el diagnóstico de salud del año anterior, había un error mínimo de 22 habitantes en la población total del municipio Venustiano Carranza, la cual es de 519,628. La población adscrita a la Unidad en diciembre de 2003 fue de 108914. Con una población adscrita a médico familiar de 85557. (www.imss.gob.mx).

La UMF 14 pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social ésta; es una institución ejemplar construida gracias al esfuerzo continuo de varias generaciones. Son cientos de miles los mexicanos que han contribuido a acrecentar la seguridad social en México; esfuerzo que han sabido coordinar e impulsar mexicanos distinguidos cada quien acorde con su momento histórico.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México; es sin duda, una de las instituciones más queridas por los MEXICANOS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social opera en el Distrito Federal a través de delegaciones. La Delegación Norte, se ubica en la Av. Instituto Politécnico Nacional No.1521, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C. P. 07760 a la cual pertenece la UMF14. En el caso de la Delegación Norte diariamente se otorgan un promedio de 20 mil consultas médicas por lo cual los trabajadores mexicanos consideran al IMSS como una de las conquistas definitivas después de muchos años de luchas sociales y como un [patrimonio](#) al que no están dispuestos a renunciar. (www.imss.gob.mx).

La [Misión](#) del Instituto Mexicano del [Seguro Social](#) es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la [vejez](#) o [la muerte](#); así como garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, también el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por [el Estado](#).

Con el concurso de todos, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido, es y seguirá siendo uno de los grandes logros del México contemporáneo.

5.1 Antecedentes históricos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social fundando por Víctor Manuel Zertuche y Miguel Ángel Huerta, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patronos y del Gobierno Federal.

(www.imss.gob.mx).

En un principio el Seguro Social protegía solo al trabajador, como un avance en relación con otras instituciones extranjeras, a partir de 1949, los beneficios se extendieron a los familiares, excepto en la atención necesaria por contingencias laborales. Los primeros tiempos no fueron fáciles porque había resistencia de ciertas organizaciones que se creían afectadas en sus intereses y se tubo bastantes problemas; sin embargo, el Seguro Social fue acreditándose; por lo tanto hubo que responder de inmediato a la demanda de atención, incluso contratar servicios de particulares.

Para entonces el movimiento obrero, convencido de las bondades del Seguro Social, se constituyó en uno de sus principales defensores, situación que se ha mantenido hasta la fecha.

De igual forma el Seguro Social se convirtió en eficaz vehículo para demostrar, en los hechos, entonces como ahora, el compromiso social de los empresarios del país.

Fue necesario, apresurar la construcción de clínicas y hospitales propios. En la avenida Reforma, una de las más bellas y simbólicas de la capital, se inauguró en 1950 su edificio central, que para la época era grande y moderno. Una de las obras de mayor trascendencia para el IMSS fue la construcción, en 1952, del primer centro hospitalario, conocido como "La Raza".

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-Coplamar, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El Programa recibió un renovado impulso a partir del año 2002 al denominársele como "IMSS-Oportunidades".

El Programa IMSS-Oportunidades, financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país.

El 6 de abril de 1943 se funda el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), que hoy en día constituye la organización sindical más grande del apartado A del Artículo 123 Constitucional.

Hoy el IMSS enfrenta nuevamente condiciones difíciles que amenazan su viabilidad. La Administración está haciendo su parte para modernizar y eficientar al Instituto, para incrementar sus ingresos y reducir gastos no prioritarios. En este esfuerzo cuenta con la comprensión y el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, con el que hoy en día existe una relación basada en el respeto y la confianza a partir del diálogo, la conciliación y la corresponsabilidad con la seguridad social. (www.imss.gob.mx).

5.2 Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social

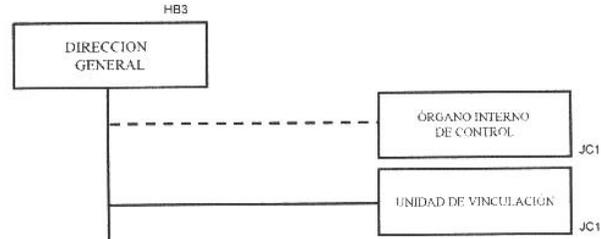
El IMSS es una institución Nacional, la cual cuenta con una diversidad de estructuras arquitectónicas en toda la República Mexicana siendo así la más grande de América Latina. (Figura 1.4).

En el Distrito Federal el IMSS , cuenta con: 4 almacenes, 2 Bancos de Sangre, 2 centros de Capacitación, 1 Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, 4 Centros de Seguridad Social, 1 Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 4 Consultorías de Atención y Orientación al Derechohabiente, 6 Consultorías de Atención y Orientación Patronal, Una coordinación Regional de Abastecimiento, 3 Delegaciones, Una Delegación de IMSS oportunidades, Una dirección General, Una Escuela de Enfermería, 2 Farmacias, 147 Guarderías, 25 Hospitales, 3 Oficinas Auxiliares, 2 Plantas de Lavado, 6 instalaciones del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), 10 Subdelegaciones, 10 Teatros, 80 Terminales de Atención y Orientación al Derechohabiente, 6 Tiendas, Una Unidad de Congresos, 12 Unidades de Medicina de Alta Especialidad, 4 Unidades Deportivas, 43 Unidades Médicas Familiares y 1 Velatorio. (www.imss.gob.mx).

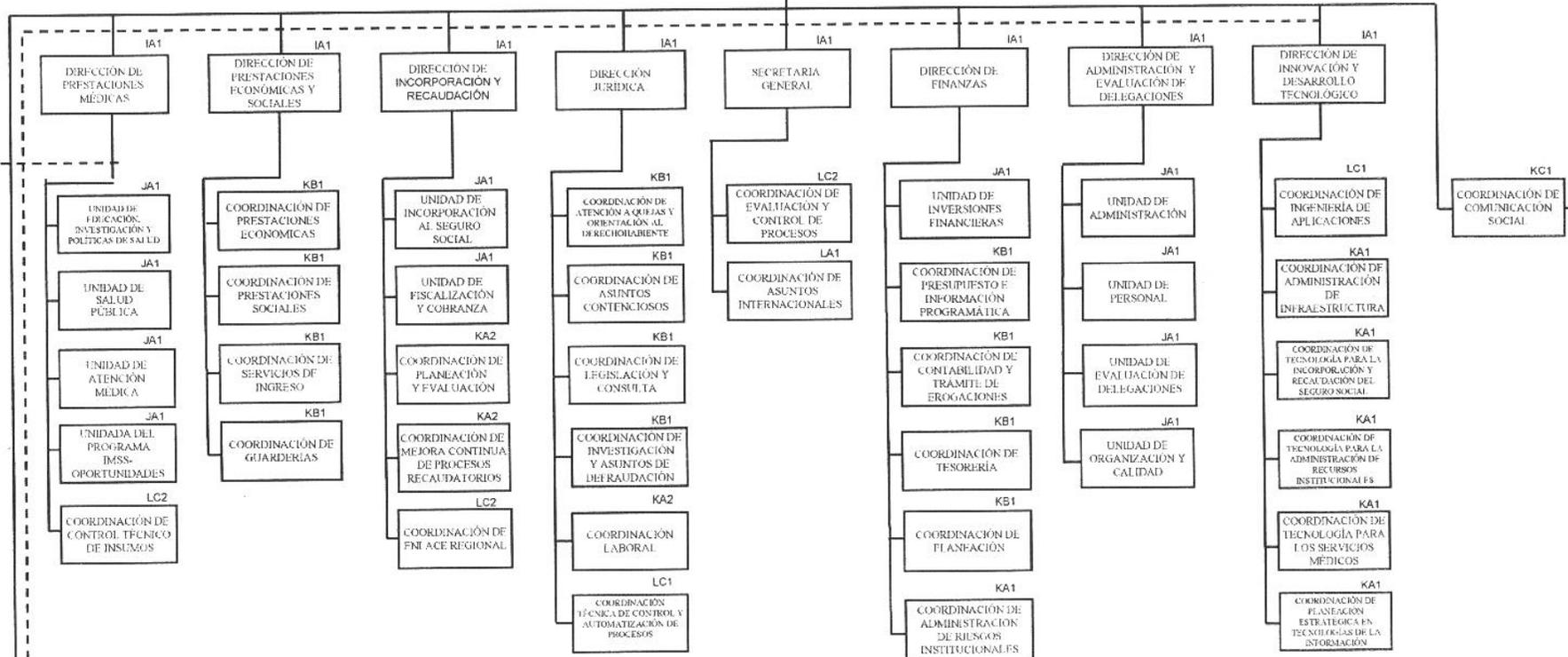


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

I



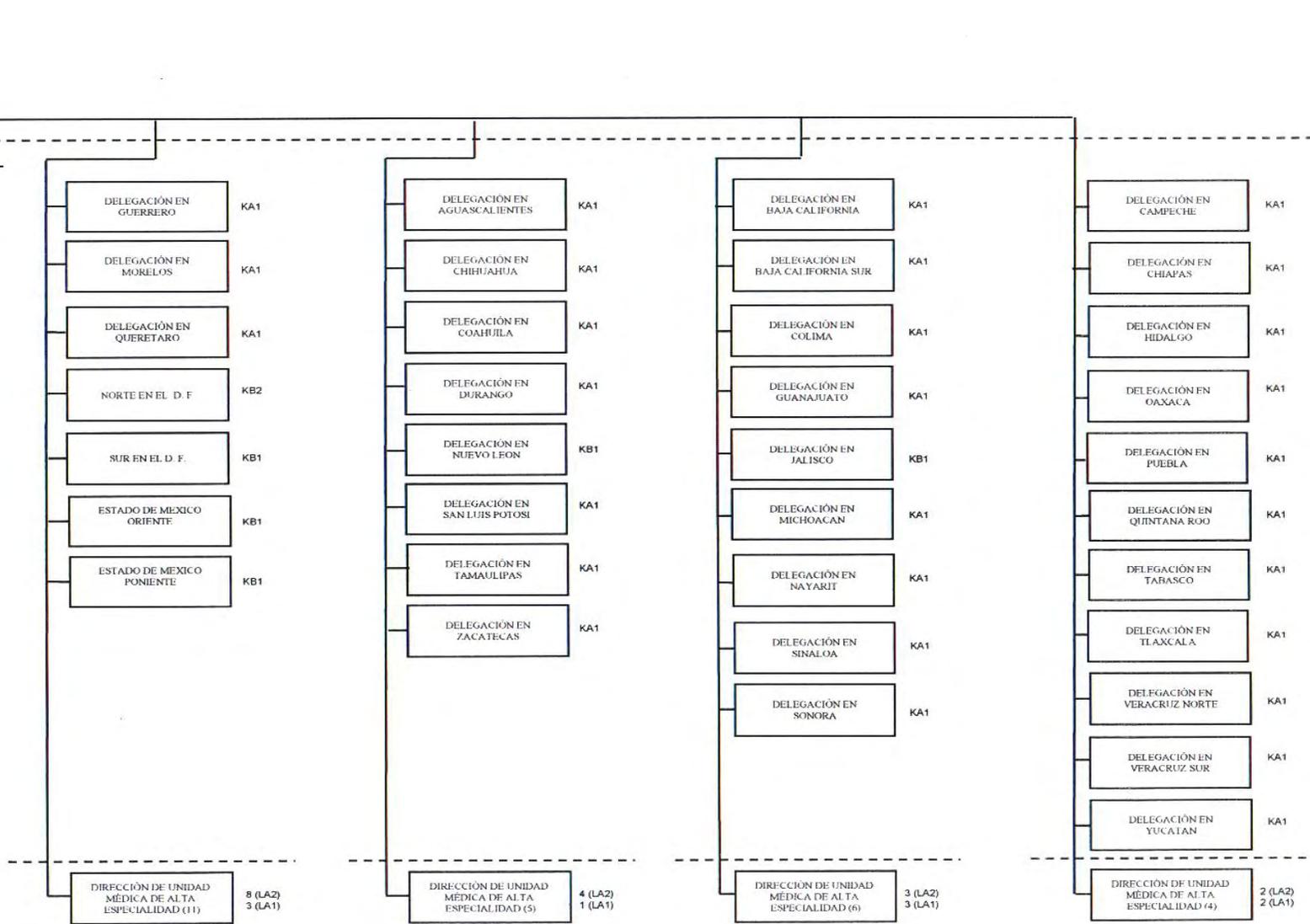
II



III

Figura 1.4

III



5.3 Antecedentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 14

Cuenta con una superficie territorial de 4,800 m² una superficie construida de 4,773.76 m². Está construida por dos niveles, Planta Baja y un Primer Piso.

La remodelación se dio a partir del año de 1992, con una primera etapa que contempla fachada principal, área de Gobierno y Medicina Preventiva, con cambio arquitectónico moderno tanto en presentación como en estructura, adicionando a la Unidad, dos aulas, sala de lectura y auditorio.

En 1995 se da por terminada la remodelación con el cumplimiento del 100% de reestructuración; quedando pendiente de remodelar laboratorio, Rx, consultorios de estomatología y salud en el trabajo. Que significan el 20% de la remodelación.

5.4 Sistema de la Unidad de Medicina Familiar No. 14

La Unidad de Medicina Familiar No. 14 cuenta, con una población de 388 trabajadores, predominando el sexo femenino con 255 mujeres y 133 hombres. Encontrándose en el grupo etario de 30 a 39 años la mayoría de los trabajadores. En los demás grupos etarios hay una proporción menor, que también se refleja en la pirámide de población trabajadora.

El porcentaje de variación anual de la población usuaria en 2003, subió ligeramente de 1.08 en 2001 a 1.02 para el 2004, el promedio de población adscrita a Médico Familiar fue de 2200 a diciembre de 2003, habiendo un promedio de beneficiarios por asegurado de 1.17.

La Unidad cuenta con 20 consultorios con población adscrita a médico familiar, 2 consultorios de atención continua, 1 consultorio de salud reproductiva y materno infantil con el módulo de vasectomía sin bisturí, 4 consultorios de salud comunitaria, 3 consultorios de salud mental, 2 consultorios de salud en el trabajo, 4 consultorios de estomatología, Educación Médica e Investigación,

laboratorio, Rx., Farmacia, control de prestaciones, Archivo clínico e informática.

Se otorgan un promedio de 18 000 consultas Mensuales, con tiempo de espera en la consulta externa 7 minutos para el paciente citado y 25 minutos para el paciente espontáneo promedio. Con horarios de atención en consulta externa y atención continúa de 8 a.m. – 14 hrs. turno matutino y de 14 hrs. a 20 hrs. para el turno vespertino de lunes a viernes de cada semana. La referencia de atención a segundo nivel se hace al Hospital General de zona Troncoso que corresponde a la Delegación número 4 sureste del IMSS. (Diagnostico Situacional de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 14. 2005.)



Organigrama de la UMF 14
Figura 1.5

5.5 PREVENIMSS

Dentro del proceso de mejora de atención médica, el Instituto ha diseñado e implantado la estrategia de **Programas Integrados de Salud**, más conocida como **PREVENIMSS** y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo. (www.imss.gob.mx).

Para dar respuesta a la problemática antes mencionada, el Instituto diseñó la estrategia **PREVENIMSS** durante 2001, y la implementó y puso en operación durante 2002. Se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas como: salud pública, salud reproductiva, salud en el trabajo, orientación e información, que se da de manera organizada por grupos de edad.

Los Programas Integrados de Salud, se reconocen como una estrategia de prestación de servicios, que tienen como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas como promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva; estimulando de esta forma la cultura del auto cuidado.

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondientes, fueron diseñados con fundamentos de índole demográfica, biológica, epidemiológica, y operativa; los enfoques de los programas van orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de 5 grupos heterogéneos siendo: niños menores (0 a 9 años) y le corresponde la cartilla verde; adolescentes de 10 a 19 años con cartilla azul; hombres de 20 a 59 años cartilla gris y mujeres de 20 a 59 años

cartilla roja y por último los adultos mayores con más de 59 años, a este grupo de edad le corresponde la cartilla dorada.

En los menores de 0 a 9 años, se da la educación a la madre en el desarrollo psicomotor, estimulación temprana, prevención de muerte súbita y prevención de accidentes y violencia, así mismo se integra a la madre a grupos de ayuda como violencia familiar, se da la vigilancia, en el proceso de crecimiento del menor informando al tutor de los servicios que brinda el programa PREVENIMSS, donde se aplican vacunas, vitaminas, hierro, etc.

En el caso de los adolescentes, se les proporciona una incorporación a protocolo de educación para la salud, se vigila la nutrición, salud bucal, aplicación de fluor; aplicación de vacunas, identificación de enfermedades y promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos y otorgamiento de preservativos para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

A los hombres de 20 a 59 años de edad, vigilancia de nutrición, salud bucal, identificación de enfermedades por medio de la medición de glucosa en sangre y medición de presión arterial; detección de tuberculosis pulmonar y otorgamiento de métodos anticonceptivos.

En las mujeres de este mismo grupo de edad, también se lleva una vigilancia de la nutrición, administración de suplementos nutricionales como para la prevención de anemia, durante el embarazo; administración de ácido fólico para prevenir deformaciones en la formación del cerebro y columna vertebral del niño y la mamá, vacunación, salud bucal, identificación oportuna de enfermedades como examen clínico de mama a partir de los 25 años de edad, mastografía a partir de los 50 años de edad, prueba de papanicolau a partir de los 25 años; medición de glucosa y medición de presión arterial; promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos, vigilancia de embarazo y atención de embarazo, vida de climaterio y menopausia a base de tratamientos hormonales a partir de los 45 años en adelante.

5.6 Empresas con Acciones PREVENIMSS

Las acciones anteriormente mencionadas están diseñadas para todas aquellas personas afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social y que acuden a las Unidades de Medicina Familiar que les corresponde, sin embargo como una estrategia más de PREVENIMSS personal de la institución acude a empresas aledañas a cada Unidad de Medicina Familiar, en el caso de la UMF 14 esta designada a brindar servicios de prevención a las siguientes empresas:

Luz y Fuerza Suc. Moctezuma Es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que distribuye y comercializa energía eléctrica en la zona Central de México. Es una empresa paraestatal que tiene como función proporcionar el servicio de energía eléctrica a los hogares y empresas que están dentro de su área de cobertura, con el objeto de promover el desarrollo económico y social de la región. Sus funciones esenciales de luz y fuerza del centro. Es generar, transmitir, transformar, distribuir y comercializar energía eléctrica que tenga por objeto la prestación del servicio público, en su área de atención en la zona central del país, comprendida por el Distrito Federal, y parcialmente por los Estados de México, Morelos, Hidalgo y Puebla, así como ejercer las funciones que determinen la Ley del Servicio Público de Energía Eléctrica y sus Reglamentos, con base en las políticas y prioridades que derivan del Plan Nacional de Desarrollo y que se establece en el programa sectorial de la Dependencia Coordinadora del Sector Energético y que asume la Junta de Gobierno del Organismo. (www.lfc.gom.mx). Esta sucursal se encuentra ubicada en José J. Jasso No. 38 col. Moctezuma Primera Sección Del. Venustiano Carranza C.P. 15500.

Trabajadores de UMF14 ; La UMF 14 pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social con una población de 388 trabajadores, predominando el sexo femenino con 255 mujeres y 133 hombres. Encontrándose en el grupo etario de 30 a 39 años la mayoría de los trabajadores. Se otorgan un promedio de 18 000 consultas Mensuales, con tiempo de espera en la consulta externa 7 minutos para el paciente citado y 25 minutos para el paciente espontáneo promedio. Con horarios de atención en consulta externa y atención continúa de

8 a.m. – 14 hrs. turno matutino y de 14 hrs. a 20 hrs. para el turno vespertino de lunes a viernes de cada semana. Su ubicación es Boulevard Aeropuerto No. 88 col. Santa Cruz Aviación C.P 15540 Del. Venustiano Carranza

Guardería 001 IMSS y Guardería 002 IMSS; Ubicadas en Calle principal No. 21 entre Ingacio Zaragoza y Norte 3, Col. Moctezuma 1ra. Secc. y Av. Capitán Carlos León González, Col. Peñón de los Baños. Del. Venustiano Carranza. Se encargan de Brindar servicio a las madres trabajadoras aseguradas, ofreciendo un espacio educativo-formativo para sus hijos en la primera infancia, mientras ellas desarrollan sus labores durante la jornada de trabajo. Proporciona a los hijos de madres trabajadoras aseguradas, padres viudos o divorciados al que judicialmente se le hubiere confiado la custodia de sus hijos, pudiéndose extender a los asegurados que por su resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, siempre y cuando estén vigentes en sus derechos ante el IMSS, todos aquellos elementos que favorezcan su desarrollo integral a través de la practica de acciones de alto nivel educativo, nutrición, preservación y fomento de la salud así como satisfacer la demanda mediante la ampliación de cobertura.

Confinet S.A de C.V (Empresa donde se llevo a cabo la investigación); Se encuentra ubicada en Aviación Militar 48 Sta. Cruz Aviación Del. Venustiano Carranza C. P. 15540, la cual se dedica a la confección, diseño y distribución de ropa de bebe a nivel nacional, cuenta con un total de 330 mujeres y 345 hombres entre 20 y 59 años de edad.

Servicios Aeroportuarios de la Ciudad de México, Av. Capitán Carlos León González, col. Peñón de los Baños. Del. Venustiano Carranza.

Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México. Av. Capitán Carlos León González, col. Peñón de los Baños. Del. Venustiano Carranza. Dedicado al transporte aéreo de personas y carga, a destinos nacionales e internacionales.

Capítulo VI. Metodología.

6.1 Planteamiento del Problema

En la Unidad de Medicina Familiar No. 14. Diariamente acuden un gran número de pacientes a los diversos servicios médicos, en específico a salud mental y medicina familiar con ciertos grados de ansiedad; generando así mayor demanda y creando citas esporádicas en las Unidades de Medicina Familiar.

Para dar respuesta a la problemática antes mencionada, el Instituto diseñó la estrategia **PREVENIMSS** que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes; se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas como: salud pública, salud reproductiva, salud en el trabajo, orientación e información, que se da de manera organizada por grupos de edad así disminuyendo la asistencia frecuente de pacientes a estas unidades.

Como parte de esta estrategia; trabajadores del IMSS acuden a las empresas aledañas a esta unidad para brindar información y orientación previniendo así futuras enfermedades. Dentro del programa PREVENIMSS se incluyó el taller de manejo de ansiedad aplicado a los empleados de la empresa Confinet S.A. de C.V. los cuales se encuentran afiliados a la UMF14 y se les brinda servicio médico prolongado tanto a nivel de salud mental como de medicina familiar; por lo cual se propone trabajar con grupos psicoeducativos, para prevenir alteraciones mentales crónicas y disminuir la asistencia frecuente a salud mental de manera individual en la UMF 14; obteniendo resultados a corto plazo y con un mayor número de personas, por ello se cuestiona lo siguiente:

¿Es posible que por medio de un taller psicoeducativo y con una técnica cognitivo-conductual, se lleve a cabo el auto-manejo de síntomas en pacientes con Ansiedad y así disminuir el nivel de ansiedad?

6.2 Objetivo General

Desarrollar en el paciente con Ansiedad habilidades para el auto-manejo de su sintomatología, por medio de un taller psicoeducativo con la Técnica Cognitivo-Conductual.

6.3 Objetivos Específicos

- ✓ Elaborar un programa de actividades para llevarlo a cabo en el taller de manejo de Ansiedad.
- ✓ Elaborar un cuestionario que evalúe las habilidades de auto manejo que posean los participantes antes de la aplicación del taller y después de este.
- ✓ Aplicar el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado versión español del STAI **IDARE** para medir el nivel de ansiedad en los participantes.
- ✓ Aplicar un Taller Psicoeducativo, con una intervención cognitivo conductual, para que los participantes desarrollen habilidades de auto-manejo y así disminuir los niveles de ansiedad.
- ✓ Realizar una post-evaluación para verificar el impacto del taller en los participantes.

6.4 Hipótesis

Hi: El paciente con Ansiedad desarrollará habilidades de auto-manejo de su sintomatología, a través del taller Psicoeducativo mediante la intervención cognitivo-conductual para disminuir el nivel de ansiedad.

Ho: El paciente con Ansiedad no desarrollará habilidades de auto-manejo de su sintomatología, a través del taller Psicoeducativo mediante la intervención cognitivo-conductual para disminuir el nivel de ansiedad.

6.5 Variables y Definiciones

6.5.1 Variables

V.I. Taller Psicoeducativo.

V.D.1. Habilidades de auto manejo.

V.D.2. Niveles de Ansiedad.

6.5.2 Definiciones Conceptuales y Operacionales

6.5.2.1 Definición Conceptual de Taller Psicoeducativo.

Se define como la Intervención que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones. (Hamadache, 1995).

6.5.2.2 Definición Operacional de Taller Psicoeducativo.

El taller que se aplicó se llevó a cabo de manera teórica y práctica; compuesto por dos grupos debido al escenario reducido y 10 sesiones con una duración de 1 hr. por cada grupo haciendo un total de 2 hrs. por sesión, dos veces por semana, donde se realizó una preevaluación, una intervención cognitivo – conductual (taller) y una post-evaluación.

6.5.2.3 Definición Conceptual de Habilidades de Auto-Manejo.

Son las destrezas que el individuo adquiere en forma independiente o apoyándose en guías o manuales para llevar a cabo alguna actividad. (Weinstein y Mayer 1986).

6.5.2.4 Definición Operacional de Habilidades de Auto-Manejo.

Para la evaluación de habilidades se elaboró un cuestionario con 9 reactivos basado en el contenido del programa del taller (Anexo 1) el cual especifica técnicas cognitivo -conductuales que se considera se deben tener para el manejo de ansiedad, este instrumento evaluó las habilidades de auto manejo que los participantes poseían antes del taller aplicado y las habilidades que adquirieron después de éste.

6.5.2.5 Definición Conceptual de Niveles de Ansiedad.

Es el Grado de Intensidad y Frecuencia, de síntomas de ansiedad que el individuo experimenta (Spielberg, Charles Donald, 1927).

6.5.2.6 Definición Operacional de Niveles de Ansiedad.

La medición de los niveles de ansiedad en los participantes se midió a partir de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado versión Español del STAI IDARE. El cual se clasifica en seis niveles; Ansiedad Baja (20-30 pts.), Ansiedad Baja Transitoria (32-43 pts.), Ansiedad Media (44-55 pts.), Ansiedad Alta (56-67 pts.) y Ansiedad Muy Alta (68-80 pts.); los puntajes anteriores dependerá de la intensidad con que presente la ansiedad en el individuo. (

6.6 Población

Todos los trabajadores de la Empresa Confinit S.A. de C.V. Grupo Creysi S.A de C.V. La cual es una Empresa Afiliada a la Unidad de Medicina Familiar Número 14 y al Programa PREVENIMSS.

6.7 Muestra

6.7.1. Criterios de Inclusión

19 empleados de la Empresa Confinit S.A de C.V. Grupo Creysi S.A de C.V. que ocupaban puestos administrativos y/o jefes de departamentos operativos; hombres y mujeres que oscilan en edades 20 a los 55 años de edad.

6.7.8. Criterios de Exclusión.

19 empleados que no pertenecieran a la Empresa Confinit S.A. de C.V.

Trabajadores con puestos operativos.

Empleados de edad menor o mayor al rango de edad solicitada (20 a 55 años de edad).

6.8 Muestreo

El presente taller que se aplicó tuvo un muestreo de conveniencia el cual consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas

características sean similares a las de la población objetivo. En este caso se solicitó que los participantes fueran de ambos sexos, de 20 a 55 años de edad y que pertenecieran al departamento administrativo o que fuesen jefes de departamentos operativos de la Empresa Confinet S.A. de C.V. Grupo Creysi S.A de C.V.

6.9 Estudio

El estudio con el que se realizó la investigación fue prueba-postprueba con un solo grupo, el cual consiste en aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento. La aplicación de este diseño al taller de auto-manejo de ansiedad se dio, mediante la preprueba de los instrumentos de evaluación (Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado y el cuestionario de habilidades que evaluaba el auto-manejo de ansiedad); posteriormente se implementa el taller de auto-manejo de ansiedad, finalizando con una prueba posterior aplicando los instrumentos de evaluación anteriormente mencionados.

6.10 Diseño de la Investigación

El diseño con el que se trabajó fue Cuasiexperimental; donde se manipula deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes, solamente que difieren de los experimentos “verdaderos” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. El Cuasiexperimento es una derivación de los estudios experimentales, en donde los sujetos no son asignados al azar a los grupos ni emparejados; sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento, son grupos intactos. Este diseño carece de un control experimental absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización ya sea en la selección aleatoria de los sujetos o en la asignación de los mismos a los grupos, siempre incluyen una preprueba para comparar el impacto que tiene la intervención en el grupo aplicando una prueba posterior (diseño ABA). Cabe mencionar que desde la literatura clásica sobre experimentos, se reconoce como cuasiexperimento a un diseño que no tiene grupo control (Campbell y Stanley, 1966).

6.11 Instrumentos

Taller se llevó a cabo de manera teórica y práctica; compuesto por dos grupos debido al escenario reducido y 10 sesiones con una duración de 1 hr. por cada grupo haciendo un total de 2 hrs. por sesión, dos veces por semana, donde se realizó una preevaluación, una intervención cognitivo – conductual (taller) y una post-evaluación. (Anexo 3)

Cuestionario de 19 reactivos, el cual especifica técnicas cognitivo - conductuales que se considera se deben tener para el manejo de ansiedad, este instrumento evaluó las habilidades de auto manejo que los participantes poseían antes del taller aplicado y las habilidades que adquirieron después de éste. (Anexo 1)

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) el cual está constituido por dos escalas de auto aplicación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo y 2) la denominada Ansiedad-Estado. La primera consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente y la segunda también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado; ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella. (Anexo 2).

6.12 Escenario

Para la realización del taller psicoeducativo de manejo de ansiedad se utilizó como escenario la Empresa Confinit S.A. de C.V grupo Creysi, ubicada en Aviación Militar 48 Sta. Cruz Aviación Fracc. 4002 Delg. Venustiano Carranza, México D.F. Contó con un Aula reducida, con 25 butacas las cuales se pudieron manipular dentro del espacio, con iluminación y ventilación inapropiada para realizar el taller, se contó con un pizarrón con sus respectivos marcadores y con una grabadora.

6.13 Desarrollo

Como primer paso se programó una reunión con la Jefa de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 y con la responsable del departamento de

medicina preventiva, con la finalidad de solicitar apoyo para realizar la aplicación del taller psicoeducativo para el automanejo de ansiedad en la población de pacientes correspondientes al área de salud mental en esa unidad, se presentó el proyecto explicando los objetivos y lineamientos, sin embargo nos refieren que la asistencia de los pacientes a los grupos ya establecidos es escasa; por lo cual nos hacen la sugerencia de llevar a cabo el taller con el personal de la empresa Confint S.A de C.V. la cual se encuentra afiliada a la UMF 14 y al programa PREVENIMSS. Accediendo a la sugerencia realizada, se lleva a cabo una entrevista con la Jefa de Recursos Humanos de dicha empresa, con el objetivo de exponer el contenido del taller y la finalidad de realizarlo en ese lugar; estableciendo la forma de trabajo a través de cartas descriptivas (Anexo 3), las cuales narran la estructura de cada sesión, así como los instrumentos de medición y valoración empleados en la preevaluación y el la postevaluación (Anexo 1 y 2).

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos, el primero con estadística no paramétrica y el segundo con la descripción de cada sesión (Anexo 4); y la interpretación de los resultados cuantitativos.

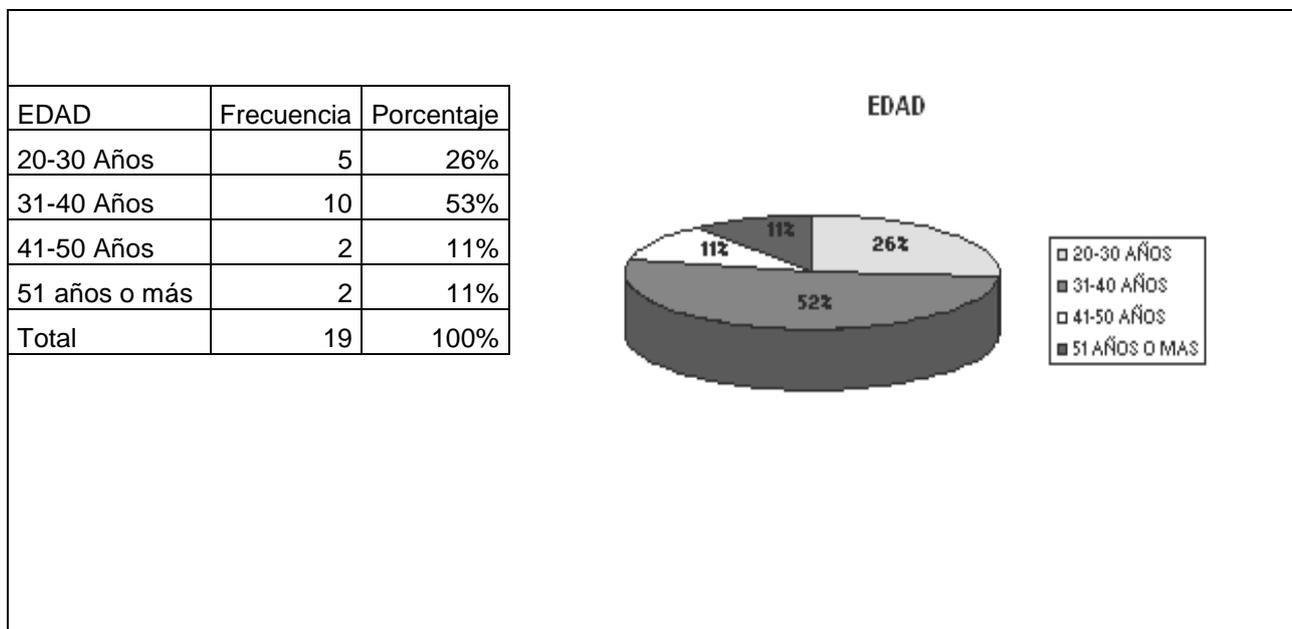
Por último se elaboraron las conclusiones y sugerencias pertinentes.

6.14 Análisis de Resultados

El análisis de resultados de este taller se llevo acabo de manera cuantitativa y cualitativa, la primera en la recolección y análisis de datos cuantitativos de las variables, aplicando una prueba no paramétrica (Chi cuadrada); empleada para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, para ello se requirió del programa estadístico SPSS versión 11.0. De manera cualitativa se dio por los registros observados en cada una de las sesiones del taller (Anexo 3) y la descripción de los resultados cuantitativos; ya que este tipo de investigación trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relación y su estructura dinámica por medio de registros narrativos, y por la observación.

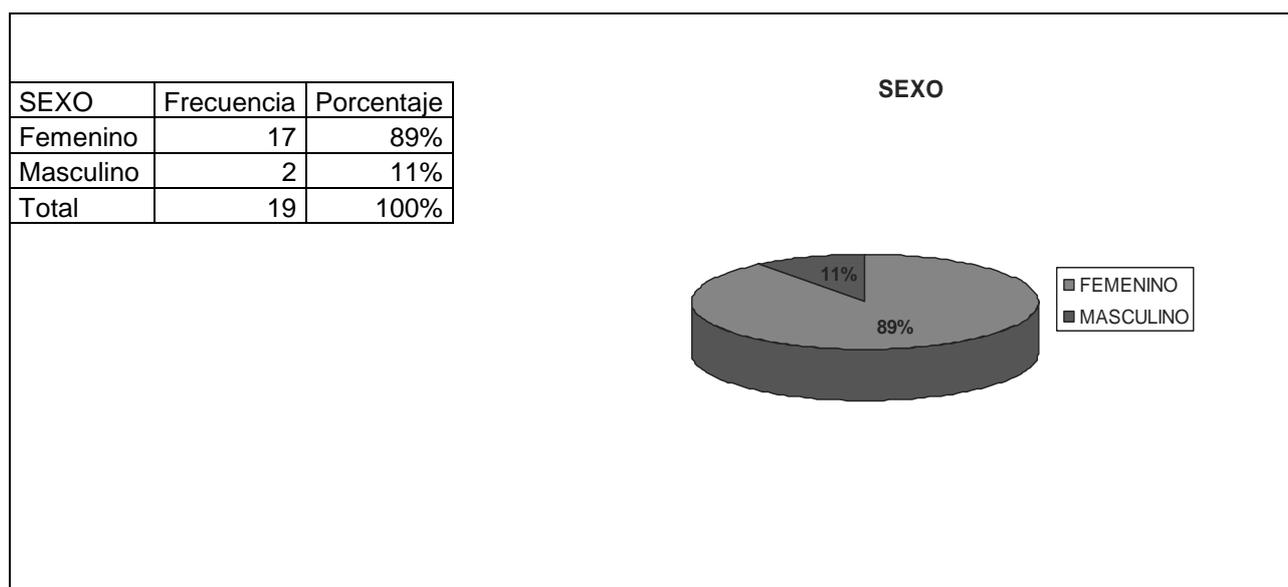
Capítulo VII. Descripción de Resultados

Edad



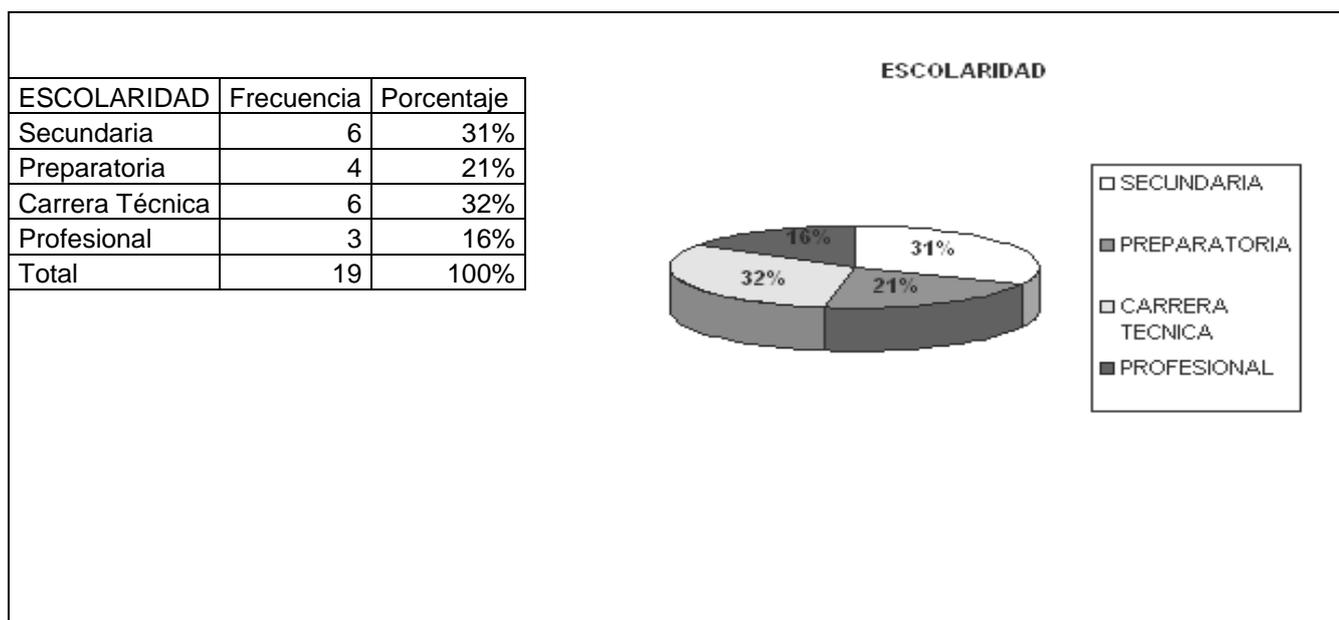
Gráfica 1.1. Muestra que de un grupo de 19 participantes; el 53% de la población a la que se le aplicó el taller psicoeducativo de manejo de ansiedad, contó con una edad prevaeciente de 31 a 41 años y con una frecuencia inferior de 41-50 años de edad y de 51 años o más, contando con un porcentaje de 10.5%.

Sexo



Gráfica 1.2. Se observa que dentro del taller psicoeducativo de manejo de ansiedad, prevaleció el sexo femenino con un 89% y con una población menor, el sexo masculino con un 11%, en un grupo de 19 personas.

Escolaridad



Gráfica 1.3. Muestra la preparación académica de los participantes que asistieron al taller psicoeducativo; observando que el 32% contó con una carrera técnica y un 16% con una carrera profesional, por lo que un gran número de la población participante cuenta con una escolaridad de secundaria y carrera técnica.

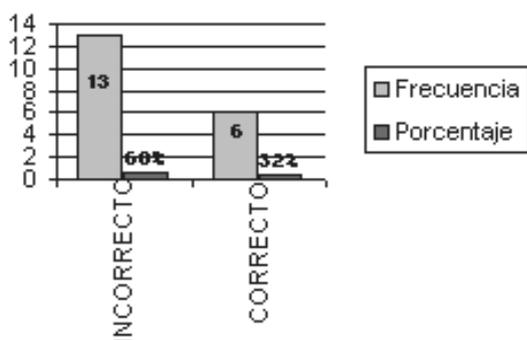
Comparación de Reactivos del Cuestionario de Habilidades

Reactivo 1: ¿Qué es la Ansiedad?

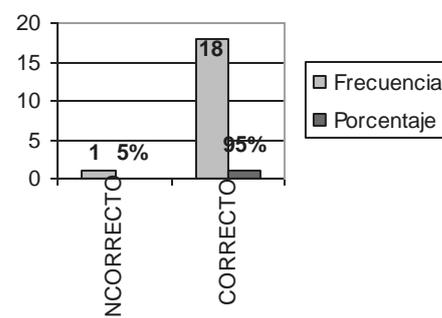
REACTIVO 1	Frecuencia	Porcentaje
INCORRECTO	13	68%
CORRECTO	6	32%
Total	19	100%

REACTIVO 1	Frecuencia	Porcentaje
INCORRECTO	1	5%
CORRECTO	18	95%
Total	19	100%

Pre-evaluación del Reactivo 1

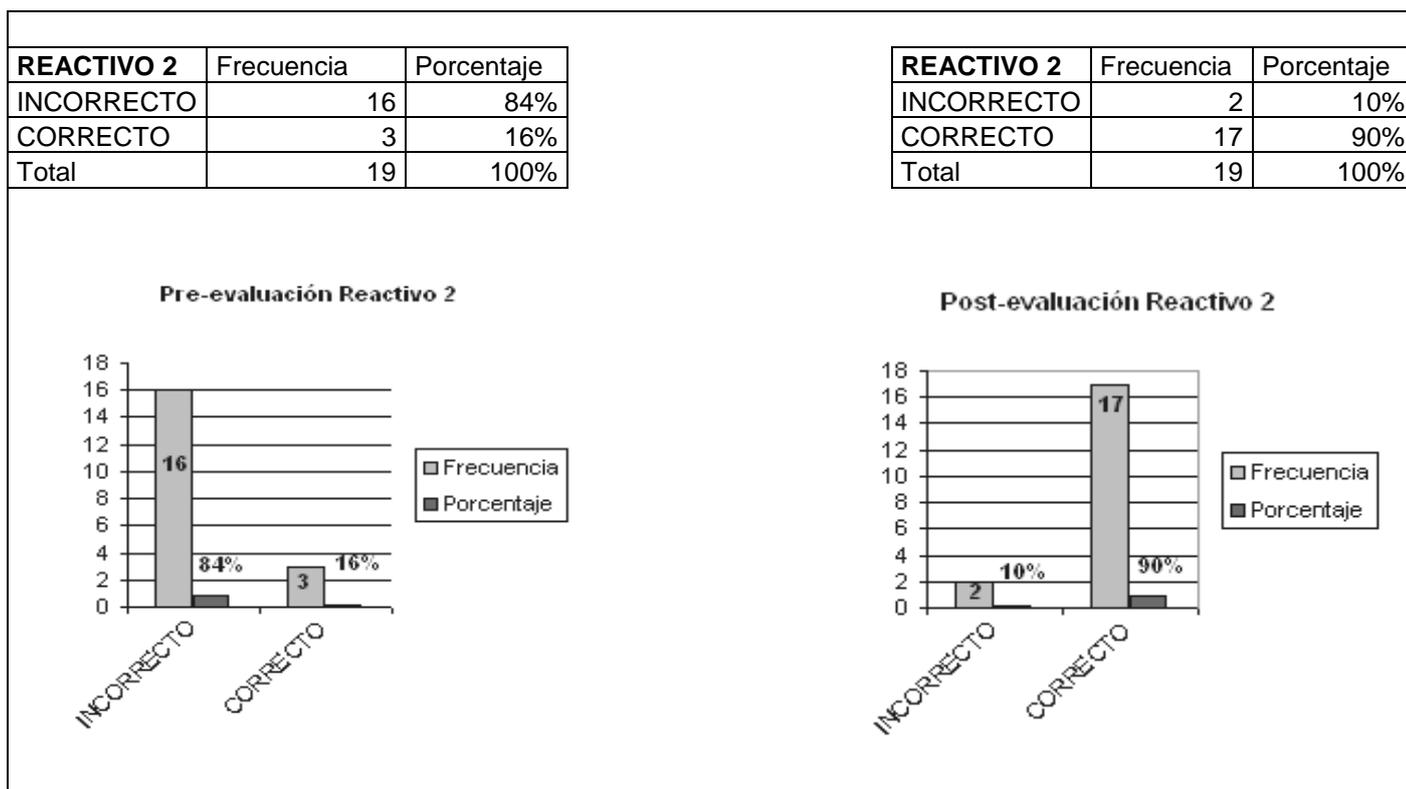


Post-evaluación Reactivo 1



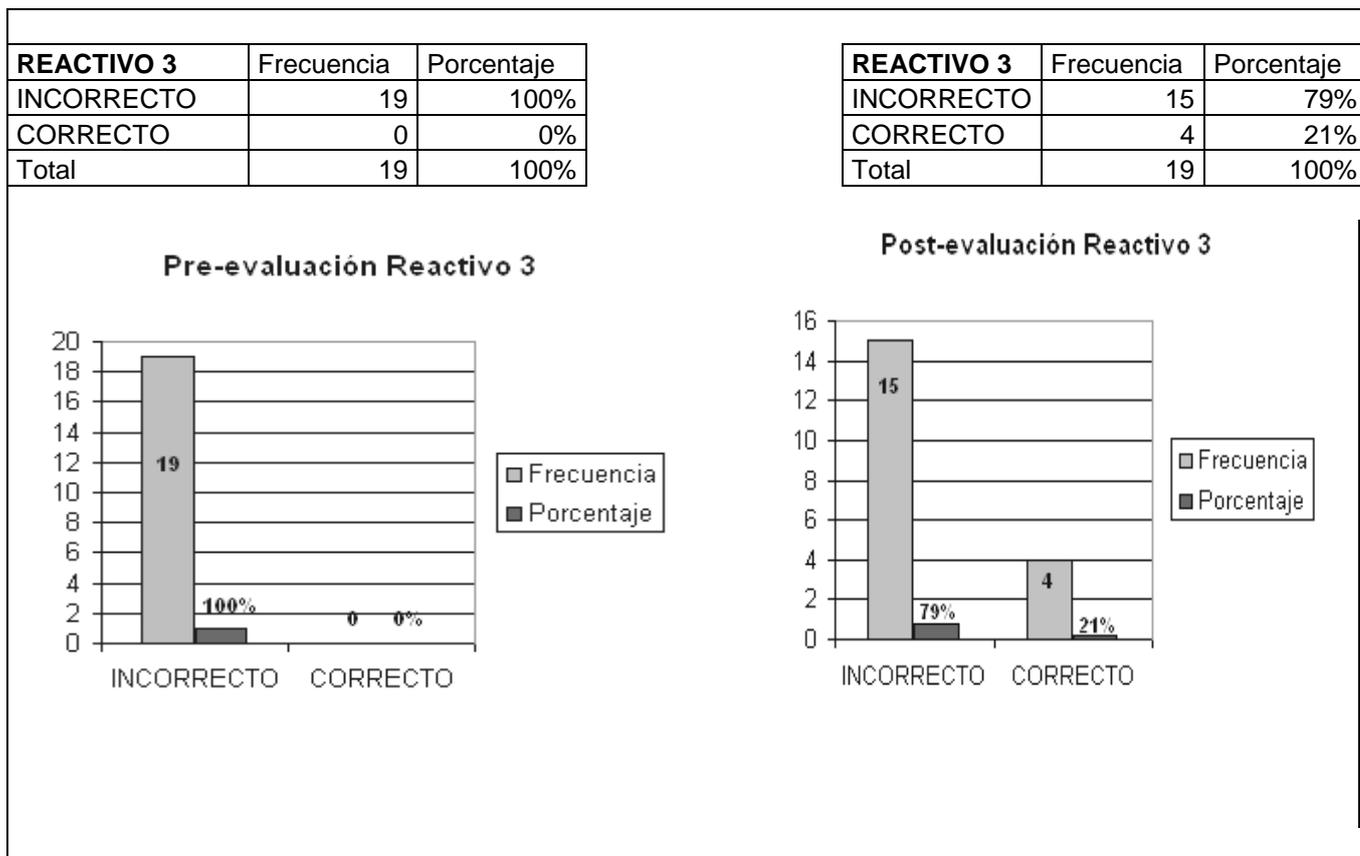
Gráfica 1.4. Muestra la diferencia significativa de la Pre-evaluación y la post-evaluación del reactivo 1 del cuestionario de habilidades (Anexo 1). Donde se observa que el 60% de los participantes contestaron incorrectamente al reactivo en la Pre-evaluación; por lo que no contaban con el conocimiento adecuado al reactivo. Sin embargo en la Post-evaluación se observa que el 5% de los participantes contestaron incorrectamente, por lo cual el 95 % contestó correctamente el reactivo por lo tanto adquiriendo exitosamente la habilidad.

Reactivo 2: ¿Sabe identificar su Ansiedad?



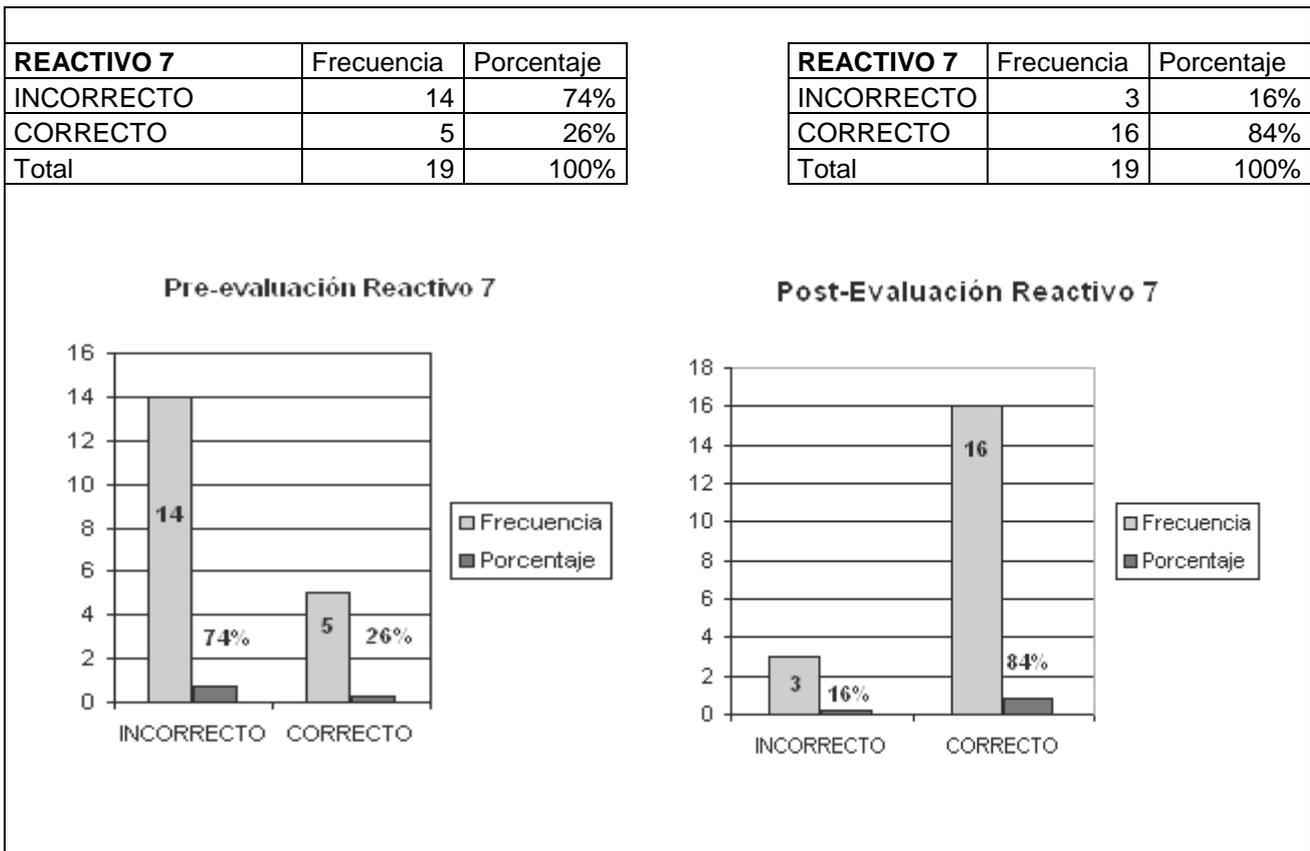
Gráfica 1.5. Muestra que en un grupo de 19 personas el 84% de los participantes contestaron incorrectamente al reactivo 2 en la Pre-evaluación; el cual hace referencia a la identificación de la ansiedad (Anexo 1). Posteriormente al llevar a cabo la Post-evaluación se observa que el 90% de los participantes adquirieron el conocimiento referido por el reactivo 2, contestando correctamente a este 17 participantes de 19.

Reactivo 3: ¿Sabe identificar la situación, el sentimiento y la conducta que le genera ansiedad?



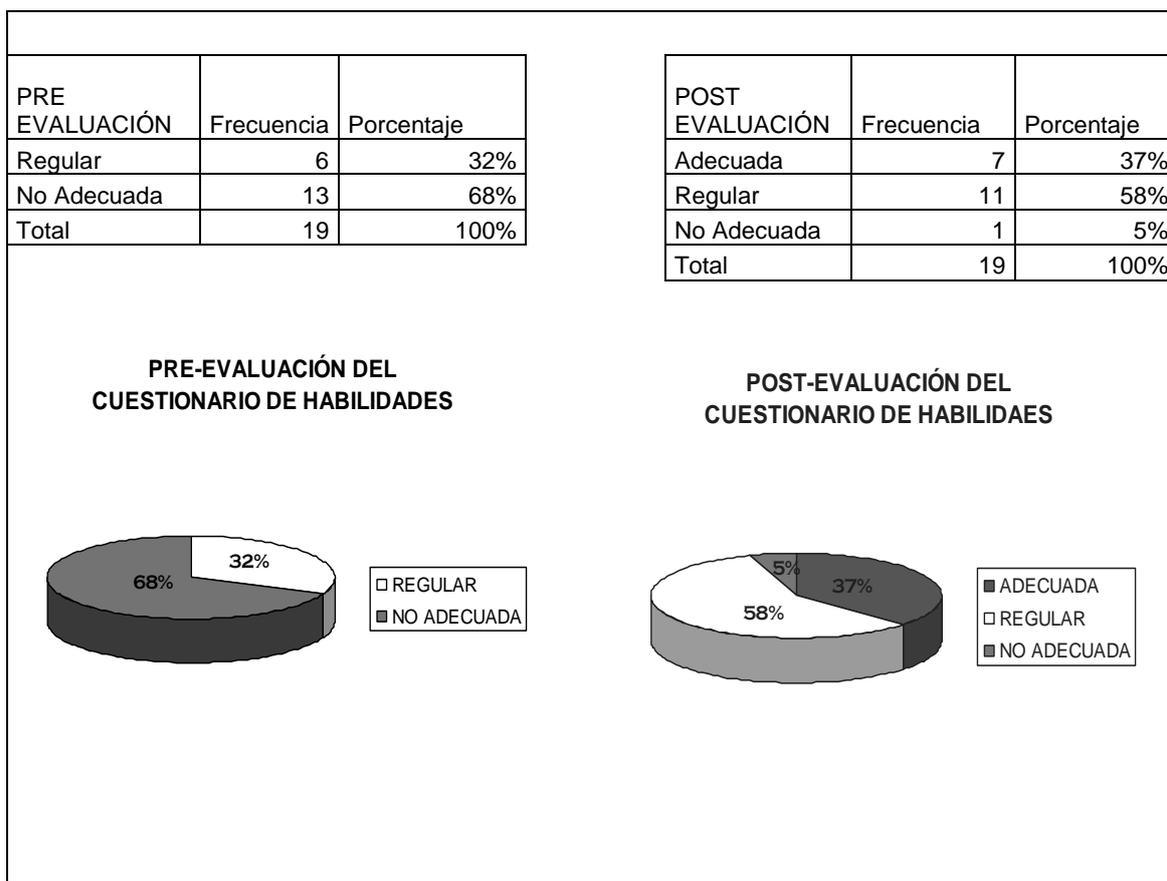
Gráfica 1.6. Se observa que en un grupo de 19 personas el 100% de la población contestó incorrectamente al reactivo 3 (Anexo 1); en la Pre-evaluación. Observando en la Post-evaluación que solo el 21 % de los participantes sabían identificar la situación, el sentimiento y la conducta que les generaba ansiedad; contestando correctamente 4 de ellos, por lo que en este reactivo se muestra una adquisición de habilidades regular.

Reactivo 7: ¿Normalmente resuelve sus problemas cotidianos?



Gráfica 1.7. Muestra que el 26% de la población resolvía sus problemas cotidianos en la Pre-evaluación y el 74% no los resolvía. Sin embargo se observa que al realizar la Post-evaluación aumenta la acertividad en los participantes contestando correctamente un 84% de los participantes así; solo el 16% de la población no consiguió resolver sus problemas cotidianos después de la aplicación del taller.

Comparación General del Cuestionario de Habilidades



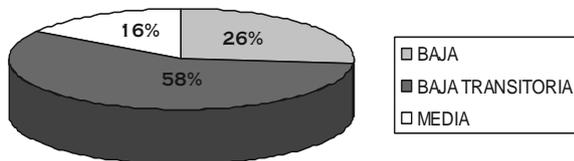
Gráfica 1.8. Muestra diferencias entre la pre-evaluación y la post-evaluación del cuestionario de habilidades elaborado. Donde se observa que no existen habilidades de auto-manejo de ansiedad adecuadas dentro de la pre-evaluación; contando con un 68% de habilidades de auto manejo de ansiedad no adecuadas. Sin embargo en la post-evaluación, se observa la adquisición de habilidades para el auto-manejo de ansiedad con un 37% de habilidades adecuadas, así mismo se observa la disminución significativa de habilidades no adecuadas de un 68% a un 5% en la post-evaluación.

Comparación del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado

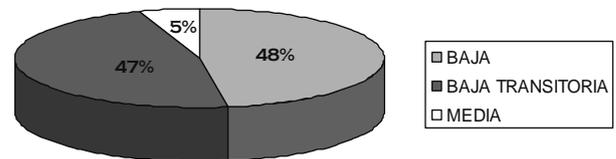
Rasgo (SXR)

PRE-EVALUACIÓN RASGO	Frecuencia	Porcentaje	POST-EVALUACION RASGO	Frecuencia	Porcentaje
BAJA	5	26%	BAJA	9	48%
BAJA TRANSITORIA	11	58%	BAJA TRANSITORIA	9	47%
MEDIA	3	16%	MEDIA	1	5%
Total	19	100%	Total	19	100%

PRE-EVALUACIÓN SXR



POST-EVALUACIÓN SXR



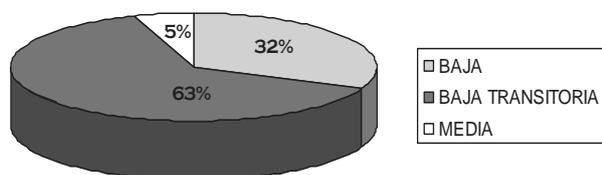
Gráfica 1.9. Se observa la comparación de la pre-evaluación y la post-evaluación de los niveles de ansiedad, en el criterio de rasgo. Donde se muestra que de un 16% de ansiedad media en la pre-evaluación, disminuye a un 5% en la post-evaluación y de un 58% de ansiedad baja transitoria en la pre-evaluación, disminuyó a un 47% en la post-evaluación. Lo cual implica una disminución importante en los niveles de ansiedad.

Estado (SXE)

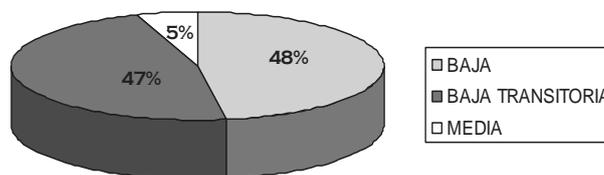
PRE-EVALUACION ESTADO	Frecuencia	Porcentaje
BAJA	6	32 %
BAJA TRANSITORIA	12	63%
MEDIA	1	5%
Total	19	100%

POST-EVALUACION ESTADO	Frecuencia	Porcentaje
BAJA	9	48%
BAJA TRANSITORIA	9	47%
MEDIA	1	5%
Total	19	100%

PRE-EVALUACIÓN SXE



POST-EVALUACIÓN SXE



Gráfica 1.10. Se muestra la disminución de los niveles de ansiedad en la evaluación de estado; donde se observa una prevalencia en ansiedad media, se da un 63% de ansiedad baja transitoria disminuyendo a un 47%. Por lo cual la ansiedad baja, aumenta en la post-evaluación; es decir que de una ansiedad baja transitoria en la pre-evaluación pasa a una ansiedad baja en la post-evaluación, así disminuyendo los niveles de ansiedad.

Valores del Cálculo de Chi-Cuadrado

	Valor Obtenido en el cálculo de chi- Cuadrado
IDARE SXR	.060
IDARE SXE	.153
Cuestionario de Habilidades	.032

Tabla 1.3.

Tabla 1.3. Cuando el valor calculado es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula, con lo cual podemos concluir que si existe una relación entre las variables; por el contrario si el valor calculado es mayor que 0.05 no se rechaza la hipótesis nula aceptando que no existe ninguna relación entre las variables.

7.1 Análisis de Resultados

La muestra estuvo constituida por 19 participantes, prevaleciendo el sexo femenino con un 89.5%; con una edad que oscila entre los 31-40 años de edad promedio en los participantes; con una preparación académica que va desde secundaria con un 31%, preparatoria 21%, carrera técnica 32% y carrera profesional 16%, prevaleciendo en la población una escolaridad de secundaria y carrera técnica (Grafica 1.1, 1.2 y 1.3).

Con el fin de alcanzar el objetivo de la investigación, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y se elaboró un cuestionario para conocer las habilidades de auto-manejo de ansiedad que poseían los participantes antes de implementar el taller; y después de éste con un enfoque cognitivo conductual (Gráfica 1.4,1.5,1.6,1.7,); en la pre-evaluación de este cuestionario se observa que el 32% de la población contaba con habilidades regulares obteniendo una frecuencia de 6, el resto de los participantes se ubicaron en habilidades no adecuadas con un 68% con una frecuencia de 13, lo cual implica que ningún participante contaba con habilidades adecuadas; sin embargo al realizar una

post-evaluación se observa una diferencia significativa al obtener un aumento de 58% con frecuencia de 11 en habilidades regulares, y una disminución importante en habilidades no adecuadas con un 5% con una frecuencia de 1; así mismo se da la adquisición de habilidades adecuadas con un 37% con una frecuencia de 7, por lo que se muestra que los participantes adquirieron habilidades de auto-manejo de ansiedad con un enfoque cognitivo conductual. (Gráfica 1.8).

De acuerdo al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se llevo a cabo con el mismo método que el cuestionario de habilidades, es decir una pre-evaluación en la valoración de rasgo y estado y una post- evaluación del mismo. En la pre-evaluación de Rasgo (SXR) se observa que un 26% de los participantes obtuvieron un nivel de ansiedad baja, un 58% de la población se colocó en un nivel de ansiedad baja transitoria y un 16% de ansiedad media; en la post-evaluación se observa una disminución importante en ansiedad media obteniendo un 5%, en el nivel de ansiedad baja transitoria disminuyó a un 47% y aumentó el nivel de ansiedad baja de un 26% en la pre-evaluación a un 47% en la post-evaluación, lo que significa que se dió una disminución importante en la ansiedad Rasgo. (Gráfica 1.5).

Con lo que respecta a la evaluación Estado (SXE), en la pre-evaluación se obtiene un 32% de ansiedad baja en los participantes, 63% en ansiedad baja transitoria y un 5% de ansiedad media, al comparar estos resultados con la post-evaluación se muestra una disminución significativa en ansiedad baja transitoria con un 47% y un aumento en ansiedad baja de 32% en la pre-evaluación, a un 48% en la post-evaluación; manteniéndose el 5% en ansiedad media; se piensa que un factor de prevalencia de ansiedad media se debe a la no asistencia frecuente de este participante al taller debido a situaciones laborales en donde le era imposible dejar su puesto sin personal. (Gráfica 1.6) (Anexo 4).

Cabe mencionar que aparentemente en el grupo se obtuvo una mejoría con una diferencia significativa entre la pre-evaluación y la post-evaluación en ambos instrumentos con respecto a frecuencia y porcentaje; sin embargo al

aplicar una prueba estadística (Chi cuadrada); no se observan estas diferencias en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Tabla 1.3.); donde se muestra una $p > 0.060$ en Rasgo y una $p > 0.153$ en Estado, por lo tanto no se da una diferencia importante entre la preevaluación y la postevaluación ya que para que se de una diferencia significativa el valor de p debe ser menor de 0.05, y por lo que se observa los valores obtenidos rebasan esta puntuación, por ello no es significativa la diferencia; probablemente se deba a la no asistencia frecuente al taller, al ritmo y forma con que se desempeñan el trabajo en la empresa; es decir el puesto que tiene cada uno de los participantes y la responsabilidad que representa éste y que en ocasiones era imposible abandonar su departamento de trabajo (Anexo 4), así mismo es una empresa que realizar entregas de producto en horas establecidas con cantidades exactas a los distribuidores de manera frecuente, por lo que generalmente los participantes manifiestan niveles de ansiedad media y baja transitoria debido a esta presión laboral, por lo cual no hay una disminución de ansiedad significativa al aplicar una prueba estadística. Con lo que respecta al cuestionario de habilidades; estadísticamente se observa una diferencia importante entre la pre-evaluación y la post-evaluación por lo que los participantes adquirieron exitosamente las habilidades de auto-manejo de ansiedad que se les presentaron en el transcurso del taller, obteniendo un p de 0.032, por lo que se muestra una diferencia significativa con una $p < 0.05$ (Tabla 1.3); rechazando así la hipótesis nula.

Capítulo VIII. Conclusiones y Sugerencias.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, es la reacción de tensión sin causa aparente más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias, la reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

La ansiedad consiste en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional normal, el término ansiedad sirve para referirnos a los síntomas de esa índole que se presentan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas, y también a los síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas.

A su vez, la ansiedad es vista como respuesta adaptativa y dentro del taller se establecieron respuestas que dependieron de gran manera de la situación laboral que atraviesan las personas que participaron en éste, ya que una de las situaciones que influyó mucho en el grupo fue la asistencia, al depender de la carga de trabajo que tuviera en los días que se llevó a cabo el taller (martes y jueves). Siendo un número no mayor de cinco personas quienes establecieron constancia en la asistencia al grupo psicoeducativo.

Con base a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que la intervención de un enfoque cognitivo-conductual aplicado a nivel grupal es capaz de lograr un aprendizaje de habilidades de auto-manejo de ansiedad y disminuir los niveles de ansiedad en algunos empleados administrativos de la empresa Confinet S.A. de C.V. sin importar sexo, escolaridad, edad y/o niveles de ansiedad, que presentaron los participantes que asistieron al taller de

manejo de ansiedad en un espacio de 2 meses, equivalente a 10 sesiones en donde 2 de ellas fueron de evaluación.

Cabe mencionar que en los participantes se logró reducir los niveles de ansiedad con respecto a frecuencia y porcentaje de manera significativa, sin embargo al llevar estos datos a una prueba estadística no se observa esta diferencia importante; se llegó a la conclusión que estos resultados obtenidos se debió a los diversos factores que se presentaron como: la no asistencia frecuente al taller por cuestiones laborales, la apatía de algunos participantes al realizar las tareas asignadas con respecto al taller, por lo cual no aplicaban lo que aprendían; por ello se cree que no se obtuvo diferencia significativa estadísticamente con respecto a los niveles de ansiedad, sin embargo al hablar de la adquisición de habilidades para el auto-manejo de ansiedad (objetivo principal de la investigación); la mayor parte de los participantes adquirieron exitosamente las habilidades de auto-manejo de ansiedad, lo cual se observa de manera estadística y porcentual. En resumen los participantes disminuyeron sus niveles de ansiedad de forma impórtate mas no significativa estadísticamente, sin embargo el resultado de la adquisición de las habilidades fue favorable y significativo.

Es importante mencionar que los resultados hubiesen sido mejores si el taller se hubiera implementado por mayor tiempo, al igual que si se hubiera llevado a cabo un seguimiento de lo aprendido en el taller, aplicando los instrumentos de evaluación y medición meses después del término de este, por lo que no se observa un impacto importante del taller en los trabajadores de la Empresa Confinit S.A. de C.V. ya que la post-evaluación que se realizó fue inmediata al termino del taller; sin embargo no se pudo llevar a cabo lo anterior por el acuerdo que se había establecido con la empresa.

Es primordial señalar que durante el transcurso de la aplicación del taller de manejo de ansiedad se observaron cambios significativos en el aprendizaje de la mayoría de los participantes por lo tanto su conducta era diferente cuando se presentaban ante la situación que les generaba ansiedad, refiriendo los participantes: seguridad, mayor participación, interés en las técnicas realizadas,

extroversión de algunos participantes y expresión de ideas; así mismo es elemental mencionar que los participantes que detectaron el origen de la ansiedad con la Triada Cognitiva comenzaron a disminuir su ansiedad, principalmente este cambio cognitivo-conductual se observó en 5 personas donde al inicio del taller se mostraron cooperadores y empáticos por lo cual su asistencia al taller fue constante y participativa realizando las tareas, por lo que sus cambios fueron notorios. En conclusión se puede decir que los cambios de conducta y pensamiento serán significativos siempre y cuando los participantes acudan frecuentemente al grupo y realicen las tareas asignadas en el taller.

Por otro lado es importante mencionar que en México, no se le presta la atención debida y el interés a la salud mental; ya que programas como lo es PREVENIMSS están enfocados a prestar atención preventiva a todos los aspectos físicos y fisiológicos, dejando fuera los aspectos mentales a pesar de que éstos pudieran ser factores detonantes de las enfermedades que el programa de PREVENIMSS ataca y en ocasiones teniendo resultados exitosos, así previniendo alguna alteración mayor; el mismo resultado se obtendría con la salud mental, si se realizara un programa especial para el área de salud mental, previniendo alteraciones mentales crónicas como los Trastornos o bien la Psicosis.

El taller que se propuso y se llevó a cabo es una alternativa para integrarla a un programa de prevención a la salud mental, ya que la modalidad grupal permite trabajar con un mayor número de personas, tiene como ventaja trabajar de 10 a 15 sesiones, se invierten pocos recursos económicos por parte de las instituciones y por lo cual disminuye la asistencia frecuente a las Unidades de Medicina Familiar; por ello es una opción para disminuir la demanda en las instituciones medicas y puede mejorar la calidad de atención en éstas. A hora bien trabajar con un enfoque Cognitivo- Conductual a nivel de Salud mental genera cambios significativos ya que ha sido uno de los tratamientos más eficaces dentro de los trastornos mentales mas comunes como: los Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Animo, Adicciones, Trastorno de Alimentación etc.. (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, et. al. 1998). Por lo que este enfoque ayudó a los participantes a la adquisición de habilidades de

auto manejo de ansiedad, permitiendo a éstos sentirse mejor emocionalmente, seguros y capaces de manejar sus síntomas de ansiedad ante situaciones que les generen ansiedad de manera independiente sin tener la necesidad de tener enfrente a un instructor que le diga que hacer y como actuar ante estas situaciones de ansiedad; por lo tanto se puede decir que el taller se llevo a cabo de manera exitosa cumpliendo el objetivo de la investigación, creando en los participantes habilidades de auto manejo de ansiedad y generando alternativas de prevención para PREVENIMSS.

Sugerencias

A lo largo de la investigación se presentaron algunas limitaciones que fueron factores para no obtener diferencias significativas estadísticamente en la aplicación del taller por lo cual se hacen las siguientes sugerencias para mejorar investigaciones posteriores.

1.- Que el grupo al que se aplique el taller, no cuente con niveles jerárquicos a nivel laboral; ya que los participantes se les dificultará expresar sus pensamientos y emociones, por temor a represalias de los subordinados.

2.-Que se aplique una prueba piloto al cuestionario de habilidades que se diseño para evaluar las habilidades de auto-manejo de ansiedad con las que contaban los participantes antes y después del taller; para que éste sea un instrumento de medición de ansiedad, ya que el cuestionario que se aplicó solo fue con fines de evaluación.

3.-Se sugiere implementar programas específicos para disminuir la ansiedad Rasgo y Estado; ya que el programa que se llevo a cabo en el taller fue para el auto-manejo de la sintomatología general de la ansiedad.

4.- Se propone dar incentivos durante el transcurso del taller, con el objetivo de motivar a los participantes a que asistan de manera frecuente a éste y realicen las tareas encomendadas.

5.- Se sugiere que el taller cuente con más de 10 sesiones de aplicación, para que los participantes no solo aprendan las habilidades sino que también las lleven a cabo, así mismo será importante llevar a cabo un seguimiento de lo aprendido, es decir aplicar los instrumentos de medición y evaluación un mes después de la aplicación del taller, con el fin de verificar el impacto del mismo.

6.- Por último se sugiere al programa PREVENIMSS llevar a cabo acciones dirigidas hacia la salud mental para prevenir enfermedades mentales severas, ya que se observa mayor ímpetu e interés con lo que respecta a la salud Física.

7.- Se propone al programa PREVENIMSS trabajar en forma grupal y con talleres psicoeducativos ya que ayuda a disminuir la demanda de pacientes a las Unidades de Medicina Familiar, se da una inversión menor en tiempo y en recursos económicos trabajando en esta modalidad.

Bibliografía

- 1.- ARTHUR M. Nezu, Chistine Maguth NEzu, Elizabeth Lombardo. “Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas”. México, Manual Moderno 2006.
- 2.- AYETARAN, S. (1996). “El grupo como construcción social”. Barcelona: Plural
- 3.- BATALLA, Cristina, BAÑOS, Rosa María. “Fobia social: avances en la psicopatología del trastorno de ansiedad social”. Barcelona: Paidós c. 2003.
- 4.-BECK A. T. (1980). “Cognitive Therapy and the emocional Disorders”. Nueva York: International University Press
- 5.-BECK S, Judith. “Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización”. Barcelona: Gediza 2000. Prólogo A. Beck.
- 6.-BOBES GARCÍA, Julio. “T. A. G.”. Barcelona psiquiatría 2002.
Bocat S. Guma (1991). Modelo combinado de Terapia Conductual. México.
- 7.-Bocat S. Guma (1991). “Modelo combinado de Terapia Conductual”. México.
- 8.-BOTELLA, C. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico”. *Psicothema*, 13, 465-478.
- 9.-CAPAFONS, A. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada”. *Psicotema*, 13, 442-446.
- 10.-CAUTELA, Joseph R, GRODEN, June. “Técnicas de relajación: manual práctico para adultos/niños y educación especial”. Barcelona 1995.
- 11.- CABALLO, Vicente E. “Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta”. Ed. Siglo XXI. Tercera edición 1995.
12. CABALLO, Vicente E. “Técnicas cognitivas y de auto control”. Ed. Siglo XXI. Tercera edición 1995.
- 13.-CHAMBLESS, D.L., Sanderson, W.C., Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, et al. (1996). “An update on empirically validated therapies. The Clinical Psychologist”. 49, 5-19.
- 14.-CIDE (1987). “Técnicas participativas para la educación popular”. Santiago: CIDE
- 15.-CIRIGLIANO, G., Villaverde, A. (1966). “Dinámica de grupos y educación”.
- 16.-Buenos Aires: Humanitas

- 17.-CODERCH Juan. (1991). "Psiquiatría Dinámica". Barcelona: Herder
- 18.- CUELI J. (1990). "Teoría de la Personalidad". México: Trillas
- 19.-DOMINGUEZ Trejo, Benjamín. "Manual para el taller teórico/práctico del manejo de estrés". México 2002.
- 20.-EYSENCK, H. J. (1952). "The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology". 16(5), 319-324.
- 21.-FREIRE, P. (1990). "La naturaleza política de la educación". Barcelona: Paidós
- 22.-García, D. (1997). "El grupo: métodos y técnicas participativas". Buenos Aires: Espacio
- 23.-GOLDFRIED, Marvin R. "De la terapia cognitivo=conductual a la psicoterapia de integración" 1996.
- 24.- Goldman, Howard H. (2001). "Psiquiatría General". México: Manual Moderno
- 25.-GONZÁLEZ N. José J. (1999). "Psicoterapia de Grupos". México: Manual Moderno
- 26.- GONZÁLEZ N. José J., Monroy Anameli. (1999). "Dinámica de Grupos Técnicas y Tácticas". México: Pax México
- 27.-HAMADACHE, A. (1995). "Relaciones entre la educación formal y la no-formal".
- 28.-HAYNAL A., Willy P. (1980). "Manual de Medicina Psicosomática". Barcelona: Toray-Masson,s.a.
- 29.-HOLLADER Eric, Simeon Daphne. (2004). "Guía de Trastornos de Ansiedad". Madrid, España: Elsevier
- 30.-HOLLANDER, Eric, 1957. "Guía de trastornos de ansiedad". Madrid: Elsevier, c 2004.
- 31.- DE LA GANDARA Martín Jesús, CARLOS Fuertes Rocañi José. "Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento". Madrid, 1999.
- 32.-KAPLAN, Harold I. SADOCK, Benjamin J. "Terapia de grupo". Ed. Medica Panamericana. 3ª. Edición. España 1996.
- 33.- LAWRENCE C. Kolb. (1992). "Psiquiatría Clínica Moderna". México: La prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.

- 34.-LYDDON, William J. JONES JR, John V. “Terapias cognitivas con fundamento empírico”. Ed. Manual Moderno. México 2002.
- 35.-LOEW, V., Figueira, G. (1988). “Juegos en dinámica de grupo”. Buenos Aires: Club de Estudio.
- 36.- LUENGO B. Domingo. (2003). 2 Vencer la Ansiedad: Una Guía para Pacientes y Terapeutas”. Barcelona: Paidós
- 37.-“Manual Diseño y Conducción de Proyectos de Investigación en sistema de salud Volumen II”. Coordinación de Investigación Médica IMSS. 1998.
- 38.-MARTÍNEZ, H. (1991). “Dinámica de grupos y técnicas participativas”. Santiago: PIIE
- 39.-MEICHENBAUM, D. (1997). “El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual.” En I. Caro (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós
- 40.-Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) “Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud CIE-10”
- 41.- Renato. D. Alarcón, Guido Mazzotti (2005). “Metodología Teórica y Psiquiatría”. Manual Moderno
- 42.- SIERRA Juan Carlos, ORTEGA Virgilio y ZUBEIDAT Ihab .“REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA” / V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR. 2003
- 43.-ROBERTO Hernández Sampieri. CARIOS Fernandez Collado. PILLAR Baptista Lucio. “Metodología de la Investigación”. Mc Graw Hill. 2000
- 44.-SAFRAN, Jeremy D. “El proceso interpersonal en la terapia cognitiva”. Barcelona, 1994. Paidós.
- 45.-SEMERARI, Antonio. “Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva”. México Barcelona. Paidós c. 2002.
- 46.-SOLLOA G. Luz M. “Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento”. Ed. Trillas. México 2006.
- 47.-SPIELBERG, Charles Donald, 1927. “STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: manual”. Madrid: TEA, 2002.
- 48.-SUIAN, Richard M. “Entrenamiento de manejo de ansiedad: una terapia de conducta”. Tr. Susana Gasbeña. Bilbao: Desclea de Brouwer, c. 1993.
- 49.-TRULL J. Timothy, PHARES E. Jerry. “Psicología clínica”. Ed. Thomson Sexta edición. México 2003.

- 50.-Vallejo Pareja, M. A. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo”. *Psicothema*, 13, 419-427.
- 51.-W. Linford Rees 1974. “Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo”.
- 52.-WILSON, R. Raid. “¡No al pánico!: como controlar los ataques de angustia”. Santiago de Chile: Cuatro vientos, c. 2002.
- 53.-<http://psicologia.academia.cl/documento3.doc> VISTO EL DIA 29 DE FEB 2008-01-29 A LAS 10:57 PM
- 54.[http://www.clinicadeansiedad.com/02/43/Ansiedad_Generalizada_\(TAG\):_Criterios_Diagnosticos_según_las_Clasificaciones_Internacionales.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/43/Ansiedad_Generalizada_(TAG):_Criterios_Diagnosticos_según_las_Clasificaciones_Internacionales.htm)
- 55.-<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/anxiety.html>
- 56.-http://www.ucm.es/info/seas/ta/trat_efi.htm visto el 29 de marzo de 2008 11:01 pm.
- 57.- <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/rojtm1.htm>
- 58.-. <http://www.la-ansiedad.com/>
- 59.- http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_24.htm
- 60.- <http://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>
61. - <http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml>
- 62.- http://www.dre-learning.com.mx/mdli/parte_4.htm
- 63.- http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitiva

**A
N
E
X
O
S**

ANEXO 1

Cuestionario de Manejo de Habilidades.

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Lea con atención las siguientes preguntas; circule y conteste la afirmación que más le describa.

1. Sabe ¿Qué es la ansiedad?

a) Si b) No

¿Qué

es? _____

2. ¿Sabe identificar su ansiedad?

a) Si b) No

¿Cómo?

3. ¿Sabe identificar la situación, el sentimiento y la conducta que le genera ansiedad?

a) Si b) No

¿Cómo?

4. ¿Por lo general se pone muy ansioso?

a) Si b) No

¿Qué

hace? _____

5. Cuando se siente ansioso ¿Qué hace para disminuir su ansiedad?

6. ¿Piensa negativamente cuando esta en una situación que le genera ansiedad?

a) Si b) No

¿Qué piensa?

7. ¿Normalmente resuelve sus problemas cotidianos?

a) Si b) No

¿Cómo?

8. ¿Lleva o realiza un control de sus actividades?

a) Si b) No

¿Cómo?

9. ¿Llevaría a cabo indicaciones que sirvan para disminuir su ansiedad?

a) Si b) No



UNIVERSIDAD INSURGENTES BIBLIOTECA IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupador(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

© R. 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0101

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXI

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

Sesión I
(Martes 08-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinit S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes conocerán a grandes rasgos el contenido del taller y su forma de trabajo.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Bienvenida 1.1 Presentación de los ponentes. 1.2 Presentación de los participantes.	Los participantes conocerán los nombres de los integrantes del grupo, así rompiendo el hielo.	Los ponentes se presentaran de manera individual y los participantes por medio de una técnica.	Una madeja de Estambre.	Bola de Estambre	Ambos ponentes llevaran a cabo el tema.
II. Aplicación de Instrumentos que miden la ansiedad y habilidades. 2.1 IDARE 2.2 Cuestionario de Habilidades para el manejo de ansiedad.	Los ponentes identificarán los niveles de ansiedad, las habilidades con que cuentan.	El ponente mencionará las instrucciones de cada instrumento, así como el objetivo de cada uno.	*Cuestionario de Habilidades. *IDARE	Aplicación Grupal	Ponente: Héctor A. Duración: 45 min.
III. Encuadre 3.1 Duración del Taller. 3.2 Compromiso con el taller. 3.3 Forma de Trabajo. 3.4 Objetivo del Taller. 3.5 Expectativas del curso	Los participantes identificarán la forma de trabajo y el objetivo del taller.	El ponente expondrá de manera verbal la temática del taller.	Pizarrón. Plumones.	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 15 min.

Sesión II (Jueves 10-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad Mediante la Técnica Cognitivo-Conductual

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes identificarán la situación que les genera ansiedad y los síntomas que presentan ante esta.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Entrega de material.	Los participantes reafirmaran la información proporcionada la sesión pasada.	El ponente expresara de manera verbal la forma en como se utilizará el material.	-Hojas Blancas -Fólder -Tarjetas Bibliográficas	----- ----- ---	Ponente: Héctor Duración: 7 min.
II. Trastorno de Ansiedad. 2.1 Definición 2.2 Clasificación. 2.3 Sintomatología.	Los participantes identificarán los síntomas del Trastorno de Ansiedad.	Se dará una exposición del tema. Los participantes anotarán los síntomas que presentan y los compartirán al grupo.	-Hojas de Rotafolio -Plumones -Pizarrón	Exposición	Ponente: Luz Ma. Duración: 30 min.
III. Situación que Genera Ansiedad. 3.1 Definición 3.2 Ejemplificación	Los participantes ejemplificarán una situación que les pudiera generar ansiedad.	Exposición y ejemplificación de los ponentes.	-Hojas Rotafolio -Plumones -Pizarrón	----- -----	Ponente: Héctor Duración: 15 min.
IV. Tarea 4.1 Identificación de una situación que genere ansiedad. 4.2 Identificación de los síntomas que genera la ansiedad.	Los participantes analizarán la situación que les genera ansiedad y los síntomas que presentan.	Exposición verbal de los ponentes, instrucciones de la tarea y aclaración de dudas.	-Hojas Rotafolio -Plumones -Pizarrón	----- -----	Ponente: Luz Ma. Duración: 7 min.

Sesión III
(Martes 15-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes aplicarán la Triada Cognitiva a la Situación que les genera ansiedad.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones
I. Revisión de Tarea.	Los participantes describirán la situación que les genera ansiedad y los síntomas que presentan.	De manera verbal los participantes describirán la tarea asignada.	----- ----	Exposición	Ponente: Luz Ma. Duración: 10 min.
II. Modelo Cognitivo Conductual 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Pensamiento Automático. 2.4 Tríada Cognitiva.	Los participantes entenderán en que consiste el modelo cognitivo-conductual.	Exposición de los Ponentes.	Pizarrón. Plumones.	----- ---	Ponente: Héctor Duración: 30 min.
III. Tríada Cognitiva. 3.1 Empleo de la tríada cognitiva a la situación identificada.	Los participantes aplicarán la tríada cognitiva.	El ponente mencionará las instrucciones de la práctica.	-Pizarrón. - Plumones. -Hojas de rotafolio.	----- ---	Ponente: Luz Ma. Duración: 15 min.
IV. Tarea 4.1 Identificar un problema que genera ansiedad, identificar el pensamiento automático y los síntomas.	Los participantes reafirmaran la información proporcionada durante la sesión.	El ponente explicara la tarea a realizar y aclarara dudas.	-Pizarrón. - Plumones.	----- ---	Ponente: Héctor Duración: 5 min.

Sesión IV
(Martes 17-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confini S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes emplearán la técnica de resolución de problemas a situaciones particulares.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Revisión de Tarea.	Los participantes explicarán el problema que le genera ansiedad, el pensamiento automático y los síntomas.	De manera individual los participantes expondrán su caso.	-----	Exposición	Ponente: Héctor Duración: 20 min.
II. Resolución de Problemas 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes entenderán y aplicarán la resolución de problemas.	Los ponentes llevarán a cabo una exposición del tema. Los participantes realizarán un diagrama de cómo resolver problemas.	Pizarrón. Plumones Borrador Hojas de Rotafolio.	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 30 min.
III. Tarea 3.1 Los participantes identificarán tres problemas dando sus posibles resoluciones.	Los participantes confirmarán la información proporcionada en la sesión.	Los ponentes explicarán la tarea y aclarará dudas.	-Pizarrón. Plumones -Hojas de rotafolio.	-----	Ponente: Héctor Duración: 10 min.

Sesión V
(Martes 22-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes identificarán las actividades que les producen placer, la idoneidad con que las llevan a cabo y el control que tienen de ellas.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones
I. Revisión de Tarea.	Los participantes explicarán la tarea asignada.	De manera verbal y escrita los participantes explicarán su tarea.	_____	Exposición Individual	Ponente: Luz Ma. Duración: 15 min.
II. Control y Programación de las Actividades. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes entenderán el control y programación de las actividades.	Los ponentes expondrán el tema. Los participantes realizarán un cuadro de control de actividades en hojas de rotafolio.	Pizarrón. Plumones. Borrador Hojas de Rotafolio.	-----	Ponente: Héctor Duración: 35 min.
III. Tarea 3.1 Los participantes colocarán en el cuadro de actividades las acciones que realizan durante 6 días.	Los participantes registrarán las actividades que realizarán diariamente..	Los ponentes explicarán la tarea y aclarará dudas.	-Pizarrón. -Plumones. -Hojas de rotafolio.	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 10 min.

Sesión VI
(Martes 17-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confini S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes conocerán y aplicarán la técnica de tarjeta de apoyo a problemas específicos.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Revisión de Tarea. Identificar la tarea que genera mas placer. Identificar la frecuencia con que se realizan las actividades.	Los participantes analizarán que actividades les generan placer y con que frecuencia las realizan.	Los cuadros de actividades de cada uno de los participantes se colocara frente a los demás, para que identifiquen cada uno de ellos las actividades que les generen placer y la frecuencia con que las realizan.	Plumones Hojas de Rotafolio	Exposición	Ponente: Héctor Duración: 25 min.
II. Tarjetas de Apoyo. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes entenderán y aplicarán la Técnica de las Tarjetas de apoyo.	Los ponentes darán una breve explicación del tema realizando una práctica para la reafirmación del tema aclarando dudas.	Pizarrón. Plumones. Borrador	-----	Ponente: Luz Ma. <hr/> Duración: 25 min.
III. Tarea 3.1 Los participantes realizarán 3 tarjetas de apoyo para situaciones que les generen ansiedad.	Los participantes diseñaran tarjetas de apoyo	Los ponentes explicarán la tarea y aclarará dudas.	Pizarrón. Plumones.	-----	Ponente: Héctor <hr/> Duración: 10 min.

Sesión VII
(Jueves 24-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes aplicarán la técnica de dramatización a una situación que le genere ansiedad.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Revisión de Tarea.	Los participantes identificarán el pensamiento automático y darán una posible solución.	Los participantes expondrán sus tarjetas.	Plumones Pizarrón	Exposición	Ponente: Luz Ma. Duración: 25 min.
II. Dramatización. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes aplicarán la técnica de dramatización.	Los ponentes explicarán el tema y se llevará a cabo una práctica de la técnica. Se formarán equipos para llevar a cabo la dramatización de las situaciones que le generen ansiedad.	Pizarrón. Plumones. Borrador	-----	Ponente: Héctor. Duración: 25 min.
III. Tarea.	Los participantes aplicarán la técnica a su situación que dramatizaron.	Los ponentes explicarán la tarea y aclarará dudas. Los participantes se enfrentaran a la situación real llevando a cabo la técnica.	Pizarrón. Plumones.	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 10 min.

Sesión VIII
(Martes 29-04-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinif S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes identificarán las acciones positivas que realizan cotidianamente.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Revisión de Tarea.	Los participantes describirán la tarea asignada.	Los participantes comentarán la tarea. Los ponentes realizaran los comentarios necesarios.	Plumones Pizarrón	Exposición	Ponente: Héctor Duración: 20 min.
II. Comparaciones funcionales y listaste de afirmaciones personales. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes aplicarán la técnica de comparaciones funcionales y listado de afirmaciones personales.	Los ponentes darán una breve exposición del tema así como ejemplos que reafirmen el contenido para posteriormente llevar a cabo la práctica.	Pizarrón. Plumones. Borrador	-----	Ponente: Héctor Duración: 30 min.
III. Tarea.	Los participantes reafirmarán la información expuesta en la sesión.	Los participantes enlistarán acciones o actividades que realizan de manera positiva.	Pizarrón. Plumones.	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 10 min.

Sesión IX
(Martes 06-05-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participante conocerán la Técnica de relajación.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Revisión de Tarea.	Los participantes describirán la tarea asignada.	Los participantes mencionarán su lista de afirmaciones. Los ponentes harán los comentarios respectivos.	-----	Exposición individual	Ponente: Luz Ma. Duración: 15 min.
II. Técnica de Relajación. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes conocerán la técnica de relajación.	Los ponentes darán una breve exposición del tema así como aplicarán al grupo la técnica de relajación.	Pizarrón. Plumones. Borrador DVD TV ó Grabadora	-----	Ponente: Luz Ma. Duración: 35 min.
III. Comentario de la Técnica de relajación y conclusiones.	Los participantes identificarán dudas que tengan a cerca de la técnica de relajación.	Los ponentes pedirán a los participantes que formen un círculo y realicen sus comentarios.	-----	-----	Ponente: Héctor Duración: 10 min.

Sesión X
(Jueves 08-05-08)

Nombre del Curso: Manejo de Ansiedad.

Empresa donde se llevara a cabo: Confinet S.A. de C.V. (Baby – Crazy)

Duración: 10 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los ponentes evaluarán el desempeño del taller.

Tema	Obj. Especifico	Estrategia	Material	Técnica Grupal	Observaciones.
I. Aplicación de instrumentos IDARE. Cuestionario de Habilidades	Los Ponentes identificarán los niveles de ansiedad y las habilidades que obtuvieron durante el taller.	Los ponentes darán las instrucciones de cómo resolver los instrumentos e indicaciones finales.	Pizarrón Plumones Formato de IDARE Cuestionario de Habilidades	Aplicación Grupal	Ponente: Luz Ma. Duración: 40 min.
II. Cierre del Curso	Los ponentes realizarán comentarios a cerca del taller.	Los ponentes darán una breve conclusión o cierre del curso. Los participantes formarán un círculo y realizarán sus comentarios. Los ponentes darán constancias a los participantes.	Constancias	Exposición Grupal	Ponente: Héctor. Duración: 25 min.

ANEXO 4

Notas del taller de manejo de ansiedad.

Sesión I

Martes 08-04-08

En el primer día del taller se realizó la presentación por parte de los ponentes del taller hacia el personal de la empresa en donde se realiza el taller así como del personal hacia los ponentes, trabajando únicamente con el segundo grupo que inicialmente estaba compuesto de 12 personas, asistiendo a esta sesión solamente 10 de ellas, en las cuales se percibió intranquilidad al momento de aplicarles los cuestionarios, a su vez en el transcurso de dicha aplicación establecieron distracción y poca concentración. Este día no se trabajó con el primer grupo debido a motivos laborales por parte del personal que comprende dicho grupo.

Al final de la sesión del taller se le preguntó a los participantes las expectativas que tenían con respecto al taller, a lo cual mencionaron: el canalizar el exceso de energía, identificar la ansiedad y el saber manejar sus impulsos.

Sesión II

Jueves 10-04-08

Segundo día del taller, se conoce y trabaja con el primer grupo, el cual al diseñar el taller se acordó dividir al personal en dos grupos, a este le corresponderían un total de 13 personas, sin embargo en este primer día de trabajo asistieron únicamente 9 de ellas, debido a la entrega de mercancía en el horario establecido para el taller por lo cual les fue imposible acudir al resto de los participantes, sin embargo a las personas que acudieron se les aplicó los instrumentos de evaluación, percibiendo una conducta de atención y concentración a las indicaciones de los ponentes del taller, se muestra mayor cooperación. Se les pregunta las expectativas que tienen del taller, las cuales son: conocer e identificar la ansiedad, manejar el stress, que les sea útil dentro de su ámbito laboral.

En este segundo día de trabajo, se lleva a cabo la segunda sesión con la asistencia de 12 participantes correspondientes al segundo grupo, la cual consiste en la exposición de la definición, clasificación y sintomatología de la ansiedad, en esta sesión se aclararon algunas dudas manifestadas por los participantes, estos asociaban vivencias personales con lo expuesto en la sesión.

En este grupo se presentó una situación peculiar, ya que de las personas de nuevo ingreso al grupo una de ellas es sordomudo, por lo que se dificultó la aplicación de los instrumentos, sin embargo se optó por prestarle atención de manera individual en esta sesión, posteriormente se buscó una estrategia para trabajar con esta persona la cual consistió en un lenguaje escrito, es decir por parte de los ponentes se le proporcionó las sesiones de forma escrita y anticipada de tal manera que si tuviera alguna duda la manifestara por escrito a los ponentes.

Sesión III

Martes 15-04-08

Tercer día de trabajo del taller, el número de participantes en los dos grupos es menor en relación a los días anteriores, esto se debió a que algunos de ellos se encontraban realizando sus actividades laborales correspondientes a su área. Sin embargo las personas presentes mostraron en los dos grupos, disponibilidad al percibirlos concentrados atentos a la temática del taller con respecto al tema del modelo cognitivo-conductual.

Sesión IV

Jueves 17-04-08

Sesión 4 del taller, se comienza con la revisión de tarea, la cual consistía en la identificación del problema que le genera ansiedad a cada uno de los individuos, a su vez distinguir el pensamiento automático a lo cual hay poca participación de las personas, sin embargo conforme pasó el tiempo las personas fueron adquiriendo confianza y comenzaron a tener mayor participación. La asistencia de los participantes fue moderada.

Sesión V

Martes 22-04-08

Sesión 5 del taller, asisten la mayor parte de las personas que conforman los dos grupos, habiendo mayor participación por parte del segundo grupo, sin embargo hay mayor disposición y seriedad por parte del primer grupo ya que en el segundo grupo había distracción entre los miembros de dicho grupo al momento de realizar la dinámica del control y programación de sus actividades.

Sesión VI

Jueves 24-04-08

Sesión seis del taller, la asistencia del personal disminuye debido a situaciones de trabajo en algunos casos, en especial en el segundo grupo ya que debido al fin de mes la carga de trabajo es mayor y se tiene que entregar tanto reportes y entrega de producción por parte de algunas de las personas que asisten al taller. Con respecto al personal que asiste, este es cooperador en la sesión sin embargo al revisar las tareas que se dejaron en anteriores sesiones es muy poca la realización de estas, se percibe poco interés de llevar a cabo las tareas y las actividades fuera del taller.

Sesión VII

Martes 28-04-08

Séptima sesión del taller, en la cual dentro del primer grupo la asistencia vuelve a ser numerosa ya que participan tres personas que en la mayor parte del taller no fueron consistentes, esta sesión se realiza con la finalidad de actuar alguna problemática específica que se haya presentado dentro de la empresa con el personal, a lo cual es una de las personas de este grupo quien se dispone a explicar una situación en especial, por lo cual se recurre a seis personas para la actuación de la escena, notando buena participación, tanto de ellos como de

los espectadores que no participaron en la escenificación, al finalizar esta, se realizaron los comentarios pertinentes por cada uno de los participantes de este grupo, recabando buenos resultados al comentar lo más objetivo en relación de la escena con la percepción de los espectadores comentando su versión de los hechos. Dentro del segundo grupo la asistencia es mínima al presentarse puntualmente cinco personas y dos un poco más tarde sin embargo una de ellas no concluyó la sesión, por cuestiones laborales; así pues dentro de la dinámica de dramatización, el grupo tuvo un poco de problemas en la organización de la escenificación, sin embargo llevaron la dinámica lo mejor posible, siendo una participación muy concreta y pocos comentarios entre ellos.

Sesión VIII

Jueves 08-05-08

En ambos grupos la asistencia al taller fue mínima debido a labores de trabajo donde comentaban los asistentes que tenían producción y les era imposible asistir al taller, sin embargo los pocos participantes que acudieron mostraron interés por la sesión donde se llevo a cabo la exposición de tarjetas de apoyo; a lo que los participantes realizaron sus propias tarjetas con entusiasmo.

Sesión IX

Martes 12-05-08

Novena sesión, en la cual la asistencia del personal es considerable con respecto a sesiones anteriores, ya que acuden 8 personas por grupo a esta sesión en donde al principio de esta se perciben participativos y con la disponibilidad de realizar la dinámica de relajación, notando un cambio al inicio, durante y al finalizar esta sesión en la mayor parte de los participantes, habiendo algunos casos en donde se noto un poco de distracción y concentración; así mismo se presentaron situaciones donde los participantes quedaron dormidos.

Sesión X.

Jueves 15-05-08

Última sesión del taller en la cual se da el cierre del mismo, al realizar la aplicación pos-test de la medición de los niveles de ansiedad, en la cual asisten la mayoría de las personas que conformaron ambos grupos, inclusive personas que asistieron a muy pocas sesiones y otras que solamente estaban programadas sin embargo nunca se presentaron, al terminar la aplicación de los cuestionarios, se llevaron a cabo las conclusiones de las personas que participaron en el taller, manifestando buenos comentarios hacia el taller, al manifestar que de alguna manera les sirvió el taller, y de igual manera las conclusiones de los ponentes y la devolución de resultados de los cuestionarios aplicados en el inicio del taller hacia las personas.