



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER PARA MANEJAR EL ESTRÉS CON TÉCNICAS
COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EMPLEADOS DE LA CLÍNICA MEXICANA
DE AUTISMO Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO A.C.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

SANCHEZ GARCÍA SARAI
VALLEJO SILVA MARIA DE GUADALUPE

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. JOSE ALBERTO MONTAÑO
COMITÉ: LIC. GUADALUPE GREGOR LÓPEZ
LIC. ALFREDO VILLEGAS LÓPEZ
MTRA. JULIETA GARCIA PEREZ
MTRA. SILVIA MERCADO MARIN



MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Resumen.....	07
Introducción.....	08
Capítulo 1 TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL	
1.1 Teorías cognitivas tradicionales.....	12
1.2 Estrategias Cognitivo-conductuales para el manejo del estrés laboral.....	38
1.3 Respiración.....	39
1.4 Relajación Muscular Progresiva.....	40
1.5 Inoculación del estrés.....	44
1.6 Entrenamiento Asertivo.....	49
Capítulo 2 ESTRÉS Y ESTRÉS LABORAL	
2.1 Estrés.....	60
2.2 Estrés laboral.....	87
Capítulo 3 EL TRABAJO EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON AUTISMO	
3.1 Historia del Autismo en México.....	108
3.2 Etiología del Autismo.....	111
3.3 Clasificación Actual (Tipos de Autismo).....	114
3.4 Historia de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C.....	114
3.5 Objetivos de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C.....	114
3.6 Población a la que atiende y tipos de casos.....	115
Metodología.....	116
Resultados.....	122
Discusión.....	139
Conclusiones.....	144

Anexos

1.-"Descripción de las sesiones del taller".....	151
2.- "Material para las dinámicas"	159
3.-"Instrucciones de las técnicas"	164
4.- "Cronograma de trabajo".....	167
5.-"Promoción del Taller dentro de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C".....	168
5.- Escala de Desgaste Ocupacional EDO".....	171
Bibliografía.....	178

AGRADECIMIENTOS

"Al que es poderoso y puede hacer muchísimo más que todo lo que podamos imaginarnos o pedir, por el poder que obra eficazmente en nosotros"

Efesios 3:20

A mi Señor Jesucristo por concedernos la bendición de hacer este proyecto realidad.

Por este tiempo de victoria y tu presencia....Hoy damos honor a ti!

A mis padres: Guillermo Sánchez y Wilma García. Gracias por estar conmigo, por su apoyo incondicional y oraciones en esta etapa de mi vida. Este logro lo comparto con ustedes. Los amo!

A mis hermanos: Danita y Neftalí Sánchez, peques. gracias por formar parte de mi vida, y sus oraciones. Los amo!

A mis tíos: Eliuth García e Ignacio Navarro, gracias por sus consejos.

A mis abuelos: Inés Domínguez y Leonardo Hernández, gracias por su apoyo.

A mi amiga Guadalupe Vallejo, gracias por tu amistad y por estar conmigo nena ☺

Al prof. Alberto Montaña, mil gracias por tu paciencia, consejos y participación en este proyecto, de corazón: Gracias Beto!

Con cariño: Sarai

AGRADECIMIENTOS.

Corintios 2:14 "Mas a Dios gracias, el cual nos lleva siempre en triunfo en Cristo Jesús, y por medio de nosotros manifiesta en todo lugar el olor de su conocimiento."

A MI HERMOSO HIJO MATI:

POR QUE ESTE LOGRO ES TUYO, ERES LA MOTIVACION QUE NECESITO DIA CON DIA, CADA MAÑANA TU SONRISA ES LA QUE ME ACOMPAÑA EN MI MENTE PARA SEGUIR ADELANTE, TU AMOR ES LO MEJOR Y LO MAS SAGRADO QUE TENGO, RECUERDA MATI QUE BUSCO SER UN EJEMPLO EN TU VIDA Y QUE LOS LOGROS SON A BASE DE ESFUERZO Y DEDICACION, SI LO PUEDES IMAGINAR LO PUEDES LOGRAR, GRACIAS POR CAMBIAR MI MUNDO, DIOS TE BENDICE, TE AMO HIJO!!!

A MIS PADRES ESTELA E IGNACIO:

Sabiendo que jamás encontraré la forma de agradecer su constante apoyo y confianza, sólo espero que comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes, porque gracias a su cariño, apoyo y confianza he llegado a realizar dos de mis más grandes metas en la vida. La culminación de mi carrera profesional y el hacerlos sentirse orgullosos de esta persona que tanto los ama, por los esfuerzos realizados para que lograra terminar mi carrera profesional siendo para mí la mejor herencia
LOS AMO.

A MI MUÑEQUITA:

Porque eres el ser más maravilloso de todo el mundo, Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que siempre me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

MI PAPI:

Porque para mi eres el mejor padre del mundo al que siempre he admirado, Gracias por guiar mi vida con energía, comprensión pero sobre todo amor, esto ha hecho que sea la persona que soy.

A MI ESPOSO ENRIQUE:

Que has estado a mi lado con tu paciencia, dándome cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante y cumplir otra meta en mi vida.

A MIS HERMANOS LAURA Y ANDRES:

Gracias por todo el amor y apoyo que siempre me han brindado, por su ejemplo, consejos y exigencias que me impulsaron más día con día.

A YARUMI:

Grax x todo tu apoyo, cariño y amistad que siempre me has brindado y con el cual se que siempre contare.

A MI COMPAÑERA DE TESIS SARA:

Por hacer este camino mas fácil, pero sobre todo por ser mi amiga DTB...

A MI PROFESOR DE TESIS:

Alberto Montaña Álvarez por dirigir este proyecto, por tu paciencia, apoyo y conocimientos pero sobre todo por tu amistad Gracias.

GRACIAS ATTE: GUADALUPE.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirnos las puertas para poder forjarnos un mundo profesional.

A nuestro director de tesis Mtro. José Alberto Montaña por su apoyo, comprensión, paciencia, y apoyo en este proyecto.

A nuestros profesores el apoyo incondicional que recibimos:

Profa. Julieta García Pérez

Profa. Guadalupe Gregor López

Profa. Silvia Mercado

Prof. Alfredo Villegas López

Prof. Juan Martínez Berriozabal

A las participantes del taller que hicieron posible este proyecto porque sin ustedes no lo habiéríamos logrado gracias.

A la Clínica Mexica de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C. por darnos la oportunidad de la realización de este taller.

El estrés en la vida cotidiana y los estilos de vida, así como la manera de afrontar los problemas laborales y familiares, llevan a los individuos y sus sociedades a jugar un papel activo y responsable en las variables que afectan su salud.

(Uribe, 2010)

RESÚMEN

Los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios que trabajan con pacientes autistas han tenido como una de sus principales características el alto involucramiento y compromiso, además de una vida acelerada y altas demandas, esto provoca una inadecuada alimentación, escasa actividad física, y un alto grado de estrés lo cual genera la aparición de alteración y enfermedades.

El objetivo de la presente investigación fue desarrollar un taller de 5 sesiones con duración de 60 minutos, con el objetivo de que los empleados que laboran en la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo AC. logran un manejo del estrés mediante las técnicas cognitivo – conductuales para que así reduzcan sus diversos problemas que les ha ocasionado el estrés en su vida cotidiana y en su rendimiento laboral.

Para tal propósito se aplicó la escala de Desgaste Ocupacional (EDO). Los resultados mostraron la presencia del estrés laboral en los terapeutas en sus cuatro niveles: Desgaste ocupacional “Bajo sano” en 6 sujetos del total de la muestra, en nivel de Desgaste ocupacional “Regular Normal” en un sujeto solamente, en nivel de Desgaste ocupacional “Alto en peligro”, se observó que 7 sujetos del total de la muestra presentaron este rango de calificación. Y en nivel de Desgaste ocupacional “Muy alto quemado” se observó que solamente un sujeto calificó con este rango en el pre test. Por otra parte se encontró que los terapeutas y coterapeutas perciben un clima organizacional negativo provocando que estos estén insatisfechos laboralmente y que ambas condiciones tienen relación estadísticamente significativa con el estrés laboral. Dichos resultados permitieron aceptar los objetivos planeados. El tipo de investigación realizada fue cuasi experimental.

Palabras clave: Estrés laboral, Técnicas cognitivo – conductuales, Taller de estrés laboral.

INTRODUCCIÓN.

El estrés es un problema que atañe a todo el sistema del individuo, va desde cambios biológicos que se producen en el organismo hasta los Psicológicos. Los psicólogos industriales tienen la tarea de la prevención y atención para estrés laboral lo que constituye un gran reto, los criterios para contrarrestarlo podrían ser organizacionales y personales; Además de un manejo de las técnicas en equipo (psicólogo-empleado). La metodología de este taller se basará en personas que sufran estrés laboral dentro de una Clínica, el cual constará de 5 sesiones, con una duración de 60 minutos, el propósito estará en que los empleados de la Clínica logren un manejo de estrés mediante las técnicas cognitivo-conductuales, para que así reduzcan sus diversos problemas que les ha ocasionado el estrés en su vida cotidiana y en su rendimiento laboral.

Ya que es un mal cotidiano en la sociedad mexicana, lo padecen trabajadores de micro y macro empresas, se propone un taller para el manejo del estrés laboral mediante algunas técnicas del enfoque cognitivo-conductual; ya que estas técnicas son más prácticas y sus métodos lo reducen este problema en los individuos de una manera más rápida y a corto plazo, el tipo de nivel de los empleados al que se plantea es para, terapeutas, coterapeutas y empleados de niveles de mandos medios, ya que se puede considera que estos son los niveles donde más afecta el estrés en sus actividades diarias; dentro de la clínica se trabaja bajo presión al tratar con población autista, por lo que su responsabilidad es doble.

En la actualidad, la mayoría de las personas que vivimos en las grandes ciudades tenemos un ritmo de vida muy acelerado, estresante, lo cual tiene consecuencias negativas en la salud tales como hipertensión arterial, problemas gastrointestinales entre otros; incluso la manera tan acelerada de vivir nos lleva a tener sentimientos de soledad, tristeza o agresión. (Aragón y Silva, 2002).

El estrés se manifiesta en formas diferentes a la enfermedad y puede ser extremadamente costoso para la empresa u organización. Este problema puede empeorar cuando los empleados tratan de manejar el estrés a través de no trabajar tanto, ni tan duro, como aparentemente esperan sus directivos. (Taylor, 2006).

Selye en 1956 definió el *estrés* ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (Ortega, 1999).

La prevención y atención del estrés laboral constituyen un gran reto, los criterios para contrarrestarlo deberán ser organizacionales y personales. Los médicos de la salud en el trabajo y profesionales afines, deben vigilar a sus empleados y cuando sea posible a toda la organización con objeto de manejar el estrés laboral, aunque la participación del equipo de salud para efectuar cambios sustanciales con

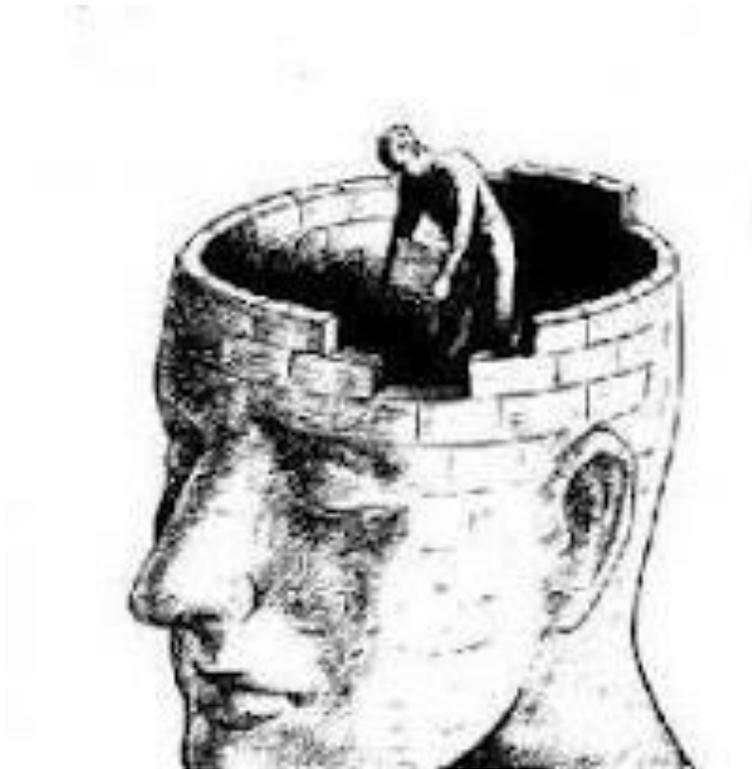
frecuencia es más difícil, pues los gerentes y capacitadores generalmente buscan resolver el problema de los trabajadores en forma individual, pero rechazan la intervención en el origen del problema cuando esto implica la necesidad de cambios en el lugar de trabajo. (Ortega, 1999).

La teoría para llevar a cabo este taller para el manejo del estrés laboral son la teoría cognitivo- conductual, la cual se plantea un acercamiento a la conducta y emociones del individuo. La reacción (o respuesta conductual) ante una situación (o estímulo) con relación a los objetivos de cada persona.



CAPITULO 1

TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL.



CAPITULO 1

TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Durante décadas el enfoque conductista fue el paradigma dominante dentro de la Psicología. El conductismo fue un fuerte desarrollo a nivel metodológico, pero el objeto de estudio se limitó en gran medida al estudio de la conducta observable. Los datos obtenidos entonces sobre este tipo de conductas eran contrastables y podían ser relacionados con datos obtenidos de la situación en la que se encontraba el sujeto. Se asumía el modelo funcional más simple en el que la conducta depende de las características de la situación.

La teoría cognitivo-conductual hoy en día es cada vez más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica. Es más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como la depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, estrés, etc. Así como sobre muchos problemas tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja, y otros.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Su brevedad.
- Centrado en el presente, en el problema y en su solución
- Su carácter preventivo de futuros trastornos
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta
- La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones.

Los terapeutas con orientación cognitiva utilizan una amplia variedad de estrategias, algunas puramente cognitivas y otras más conductuales, hasta el punto de que algunos autores señalan que la efectividad de las técnicas cognitivas, a veces cuestionada, también podría explicarse en base a principios no cognitivos.

En toda técnica cognitiva es importante llevar a cabo las siguientes tareas:

- explicación de los supuestos teóricos
- explicación de las fases y procedimientos de la técnica
- entrenamiento en auto-observación de pensamientos,
- evaluación de los mismos,
- experimentos de la vida real,
- reinterpretación de situaciones,
- explicación del diagnóstico,
- apoyo y refuerzo,
- exposición a situaciones reales e imaginarias,
- establecer un límite de tiempo
- hacer pronósticos de mejoras y empeoramientos,
- reformulación de problemas, etc

TEORIAS COGNITIVAS TRADICIONALES

De acuerdo a Semerari, (2002) a las primeras técnicas cognitivas, se les llamó técnicas de reestructuración cognitiva. De ahí que la etiqueta *reestructuración cognitiva* (cognitive-restructuring) la ponen por primera vez Mahoney y Arnkoff (1978) para integrar en una misma categoría la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), la terapia Cognitiva de Beck (1976) y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Maichenbaum (1977).

Según Mahoney (1988) estas técnicas cognitivas tendrían en común el intento de modificar directamente pensamientos específicos, creencias irracionales y otras variables cognitivas que mediarían sobre la activación o arousal emocional. Fueron las primeras aplicaciones al campo de la psicología clínica de los principios del nuevo paradigma cognitivo, que estaba en parte complementando y sustituyendo al paradigma conductista.

Terapia Racional Emotivo-Conductual del Dr. Albert Ellis

Hay tres aspectos psicológicos principales en el funcionamiento humano: pensamientos sentimientos y comportamiento. Estos están entrelazados e interrelacionados, ya que los cambios en uno, a menudo producirán cambios en los otros. Así, los individuos cambian su manera de pensar sobre un acontecimiento, se sentirán diferentes y podrán alterar la forma en la que reaccionan conductualmente. La teoría de la TRE, es tal vez única en este aspecto, ya que se orienta a la interacción emotivo-cognitiva.

Así el primer y más básico principio de la teoría racional-emotiva es que la cognición es el determinante más importante de las emociones humanas (Walen, S. R., Di Giuseppe, R. y Wessler, R. L.). **Nosotros sentimos lo que pensamos**, de esta forma los acontecimientos y las personas no nos hacen “sentir bien”, o “sentirnos mal”, lo hacemos nosotros mismos “cognitivamente”. De modo que los acontecimientos externos pasados o presentes contribuyen, pero no inducen directamente o “causan” emociones. Más bien, nuestros acontecimientos internos, nuestras percepciones y evaluaciones de las condiciones externas, son las fuentes más directas y poderosas de nuestras reacciones emocionales. Un segundo principio de la terapia racional-emotiva es que los estados emocionales disfuncionales y muchos aspectos de la psicopatología son el resultado de procesos de pensamiento disfuncional. Ellis propone algunas características de los pensamientos disfuncionales o creencias irracionales:

- Exageración
- Sobre simplificación
- Sobre generalización
- Falta de lógica

-Suposiciones no válidas

-Deducciones equivocadas e ideas absolutistas



Albert Ellis

Ellis a su vez dividió en cuatro categorías básicas las creencias irracionales comunes a nuestra cultura, que proponen como hipótesis para explicar gran parte de las perturbaciones emocionales:

1. Declaraciones terroristas: Las cuales exageran las consecuencias negativas de una situación
2. Debería, podría, tendría: Lo que refleja demandas poco realistas en acontecimientos o individuos
3. Declaraciones de evaluación: Lo que implica que algunos seres humanos son de menor valor que otros.
4. Declaraciones de necesidad: Las cuales son requerimientos arbitrarios para la felicidad o supervivencia. De esta forma una persona que esta “perturbada” empieza con un deseo, el cual se bloquea o frustra en alguna forma. El deseo en si mismo es inofensivo, pero la perturbación llega porque el deseo se extiende de una demanda nociva, raíz de la perturbación. Estas demandas u órdenes forman el núcleo de las creencias irracionales y son reconocidas por palabras como “debería”, “podría”, “tendría”, “necesito” y “tengo que”.

Un supuesto básico de la TRE (Teoría Racional Emotiva) es que “sentimos de acuerdo a como pensamos”, es decir que para romper con un problema emocional, empezamos con un análisis de pensamiento. Si la angustia es un producto del pensamiento deformado, la mejor forma de vencerla angustia es cambiar nuestro pensamiento. Otra suposición de la teoría racional-emotiva es que múltiples factores, incluyendo influencias genéticas y ambientales son antecedes etiológicos del pensamiento irracional y la psicopatología. La TRE parte también de la premisa de que todos los seres humanos tienen la tendencia a aprender fácilmente creencias irracionales. De esta forma la teoría racional-emotiva se enfoca más en el presente que en las influencias históricas del comportamiento. Otro supuesto teórico es que mientras las condiciones hereditarias y ambientales son importantes en la adquisición de la psicopatología,

no son el foco principal para entender cómo se mantienen. La gente mantiene su perturbación por auto-adoctrinamiento. La causa de la perturbación emocional es el apego actual a creencias irracionales, más que la forma en que se adquirieron. Otro principio de la teoría racional-emotiva, es que las creencias actuales pueden cambiarse, aunque este cambio no sea tan fácil. Los elementos de las creencias irracionales se cambian mediante esfuerzos persistentes y activos para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento y así reducir la aflicción emocional (Ellis, 2005).

En resumen los principios básicos de la teoría racional-emotiva, son los siguientes:

- 1.- La cognición es el determinante más importante de la emoción, aunque fácilmente el único.
- 2.- El pensamiento irracional a menudo produce estados emocionales, aunque difícilmente el único.
- 3.- Tenemos una tendencia natural a pensar irracionalmente y alterarnos nosotros mismos, lo cual se refuerza con el medio ambiente.
- 4.- Nosotros perpetuamos nuestra angustia emocional repropagandizándonos nosotros mismos con creencias irracionales.
- 5.- La forma más efectiva para reducir la aflicción emocional es cambiar nuestros pensamientos y nuestro comportamiento, una tarea lograda mediante la persistencia y práctica.
- 6.- El pensamiento racional nos lleva a reducir la frecuencia, intensidad y duración de la perturbación emocional y no a planear el afecto o tratar de lograr la ausencia del sentimiento. (Ellis, A., 2005)

ASERTIVIDAD	Expresar el desacuerdo, la objeción, con firmeza, corrección y determinación
POSICIONARSE	Reconocer, aceptar la situación y ante la adversidad, ¿qué hacer?
ACCIÓN	Establecer una estrategia y ejecutarla sin dilación
RESULTADO	Esperar que el resultado sea el deseado
CELEBRACIÓN	Si el resultado es el deseado, celebrarlo, recompensarse por el esfuerzo y el logro

Filosofía Racional Emotiva.

La aplicación de la teoría racional-emotiva se fundamenta en sólidas bases filosóficas, Ellis selecciono una frase de Epicteto, un filósofo estoico del siglo I.D.C., como punto de partida de la T.R.E.:

“Los hombres no se perturban por las cosas por las cosas, si no por el punto de vista que tienen de ellas”.

Esto quiere decir que nuestra concepción de las cosas es producto de nuestra percepción y evaluación y que a su vez se refleja nuestro sistema de valores individuales. En la filosofía tradicional emotiva al igual que otras filosofías se enfatiza:

1. La epistemología una teoría del conocimiento
2. La dialéctica, el arte de razonar
3. Un sistema de valores
4. Los principios éticos.

Definición de las conductas emociones/no adecuadas.

El término “racional” no tiene una definición absoluta, Ellis afirma que todos los seres humanos tienen: metas, propósitos, y valores fundamentales; particularmente el hecho de mantener vivos y mientras vivan intentar “ser felices” o “estar satisfechos”. Si los individuos eligen permanecer vivos, e intentan ser felices actúan “racionalmente” o se “auto-ayudan” cuando piensan, se emocionan o se comportan en cualquier forma que estimula el logro de estas metas; y **actúan “irracionalmente”** o en forma “auto-derrotista” cuando sabotean sus propias metas. De esta forma la conducta “racional”, “buena”, “razonable” o “moral” tiene sentido después de que los seres humanos hayan seleccionado ciertas metas o propósitos básicos.

“Si quiero sobrevivir feliz o eficientemente en un grupo social entonces es “racional” o “bueno” que me prepare y que trate de llevarme bien con muchos o la mayoría de los otros miembros de ese grupo. Pero si de verdad quiero terminar con mi vida o vivir felizmente como un ermitaño, entonces la “racionalidad” bien podría consistir en no sólo prepararme y no tratar de llevarme con los demás. (Ellis, A. 1990)

El ABC de la perturbación humana.

La TRE sostiene que la gente prácticamente nunca piensa, actúa o se comporta de una forma pura o monolítica. En cambio, cuando los individuos se “emocionan”, también piensan y actúan; cuando “actúan” también piensan y se emocionan; y cuando “piensan”, también se emocionan y actúan, definición que Ellis denomina como “emociones” y “sentimientos” de perturbación emocional, que son los concomitantes directos de los pensamientos, ideas o maquinaciones de la gente.



Las personas se sienten “emocionalmente “perturbadas” o cuando constantemente actúan en una forma bastante “auto derrotista” luego de que algo desagradable o frustrante halla pasado en sus vidas. La TRE coloca esta su perturbación en un formato ABC. En el punto **A**, tienen **Experiencias Activadoras** de una naturaleza negativa. Traen a esta A algunas metas básicas como mantenerse vivos y felices en varias formas y se ven impedidos o bloqueados para lograr estas metas. Entonces se sienten y actúan en forma “perturbada” en el punto **C**, sus **Consecuencias emocionales y conductuales**.

Por ejemplo en el punto A fracasan en una tarea que consideran importante y son rechazados por alguien cuya aprobación desean especialmente; y especialmente y en el punto C se sienten lastimados y deprimidos y renuncian a intentarlo de nuevo y a ganar la aprobación de esta personas.

La TRE parte de la hipótesis de que por la forma en la cual la mayoría de los seres humanos piensan “naturalmente”, así también como por sus experiencias tempranas de aprendizaje (con sus padres, maestros, libros, etc.), concluyen que A (Activación del Sistema) “causa” o “crea” directamente sus Cs (Consecuencias emocionales y conductuales). Según la TRE, las reacciones en C pueden ser atribuidas más significativa y directamente o “causadas” por **B- el babaje de Creencias de la gente** acerca de lo que sucede en A y desarrollan Creencias evaluativas o conclusiones al respecto (y respecto a las metas o propósitos básicos que traen a A), y son en gran medida estas evaluaciones o conceptos lo que “hacen” que ellos sientan y actúen en una manera “emocionalmente” en C.

La mayoría de las personas, casi siempre creen o (se dicen) en una serie de **creencias racionales (Cr)** en B: ¡No me gusta fracasar ni que me desapruében. Ojala no me hubiera sucedido. Que desagradable y molesto!. Si tuviesen estas Creencias solamente (Cr) tenderían entonces a tener únicamente Consecuencias apropiadas: sentimientos de disgusto, arrepentimiento, tristeza y frustración y una determinación básica para superar estos sentimientos, regresando a sus Experiencias Activadoras de fracaso y rechazo para cambiarlos o evitarlos en el futuro.

Cuando tienen Consecuencias inapropiadas (depresión y aislamiento) en C, también se dicen y creen en una serie de **Creencias irracionales (Bi):**”Debo tener éxito en A y ser aceptado por la gente que me gusta. Qué horrible que no haya sido así. ¡No puedo soportar y ser rechazado! Qué persona tan carente soy por haber suscitado estos malos resultados!” Entonces por lo general las personas hacen poco para modificar estas desafortunadas **Experiencias Activadoras (As)**, incluso ayudan a que estas **As** sean aún peores.

El método elegante de la TRE.

Un aspecto único de la TRE, es su foco no solo en la estructura del ABC de la aflicción emocional. Sino también en la habilidad del cliente para alterarse a sí mismo por estar alterado. Frecuentemente, las emociones o comportamientos que se clasificarían bajo C, se convierten en nuevas A' es. (Walen, S., Di Giuseppe, R. y Wessler, R.). Esencialmente, los clientes se observan a sí mismos, comportándose de manera inepta y entonces se devalúan por esta ineptitud. Para ilustrarlo, tenemos el siguiente ejemplo:

Acontecimiento activante (A): La mamá del cliente se quejaba agriamente del comportamiento del cliente.

Creencia Racional (CR): “Yo desearía que ella no actuara así.”

Creencia Irracional (CI): “Ya que no me gusta, ella no debería actuar así y es una perra por hacerlo”.

Consecuencias Emotivo-conductuales (C): Siente ira contra su mamá y le grita.

El siguiente Acontecimiento Activante (A2): El enojo del cliente y los gritos

La siguiente Creencia Racional (CR2): “Desearía poder “mantenerme tranquilo”.

La siguiente Creencia Irracional (CR2): *Debería “ser capaz de mantener mi tranquilidad” y soy una perra por explotar así contra mi mama.”*

La siguiente Consecuencia (C2): Enojo consigo misma y sentimientos de vergüenza.

El debatir hace uso del método científico de desafiar y cuestionar las hipótesis inciertas o insostenibles que sostienen los pacientes cerca de ellos mismos, de los demás y acerca del mundo. Así los pacientes pueden fracasar en una tarea importante, ser rechazados por otros en el punto A (Experiencias Activadoras); pueden decirse varias creencias irracionales (Bi) en el punto B (ejemplo:

“Debo tener éxito en A y ser aceptado por la gente que me agrada. ¡Qué horrible que no sea así! No puedo soportar fracasar ni que me rechacen. Qué persona tan devaluada soy por haber provocado estos malos resultados “). Este ejemplo denota una persona que sufrirá Consecuencias inapropiada, entonces un terapeuta TRE empezaría con el debate: “¿Dónde está la evidencia de que debe usted de obtener éxito y ser aceptado por la gente que le agrada? Pruébeme que que es horrible si las cosas no son así. En qué forma no puede soportar fracasar y ser rechazado? Cómo es que el haber usado estos malos resultados hace que usted sea una persona sin ningún valor?. Con este tipo de debate activo y persistente se lleva a cabo hasta que los pacientes se contestan con las respuestas “correctas” y empíricamente validadas, y cuando las personas creen real y firmemente estas respuestas proceden a tener lo que Ellis denomino **E**, una serie de **Efectos cognitivos, emotivos y conductuales**. Cognitivamente E, consiste en las conclusiones o premisas nuevas o radicalmente cambiadas por parte de los pacientes “*No existe ninguna evidencia de que debo de tener éxito y debo ser aceptado por la gente que me agrada –aunque existe evidencia de que sería bastante más preferible o deseable que así fuera. No es horrible si fracaso y me rechazan es únicamente inconveniente y frustrante. Definitivamente puedo soportarlo, a pesar de que nunca me gustará fracasar ni que me rechacen. Por el hecho de fracasar no soy una persona sin ningún valor –sino que soy una persona que ha fracasado en este caso y que probablemente podría fracasar en el futuro.; y aún así, como tal, no soy un ser condenable y tengo derecho de obtener cualquier ventaja que se pueda presentar ahora o mañana.” (Ellis, A., 2005)*

Cuando un paciente llega a alcanzar este punto cognitivo o filosófico en el punto E, casi siempre tienden a sentirse arrepentidos y disgustados con lo que les ha sucedido en el punto A (sus Experiencias Activadoras)- y esto es un nuevo efecto cognitivo o E. Ellos tienden también a actuar esta nueva emoción apropiada y a hacer algo, si pueden, para cambiar la situación en “A” con el objetivo de mejorar su suerte y ser más felices en la vida- y este es su efecto conductual (Ec). La técnica cognitiva de debatir en la TRE, y de enseñar a los pacientes a debatir sus

creencias irracionales (Bi) cada vez que subsecuentan eventos desagradables en A y se angustian emocionalmente en Ci es el método de la TRE quizá más típico y más frecuente usarlo. Cuando este evento se utiliza exitosamente con pacientes perturbados, estos obtendrán los tipos de cambio cognitivo, emotivo y conductual más duraderos, más elegantes y profundos (Ellis A., 1990)

Hoy en día la TRE se ha convertido en parte importante e integral de las psicoterapias, a su vez en su forma “no elegante” se complementa significativamente con la reestructuración cognitiva, la terapia multimodal, la terapia semántica la terapia filosófica, y la terapia humanista-existencial, es bastante ecléctica y emplea un gran número de métodos de pensamiento, afectivos y conductuales. El **cambio elegante** en la TRE va mucho más allá de la eliminación de síntomas y se dirige hacia una disminución significativa (más que a una eliminación completa) de la perturbación del paciente, enfatiza una comprensión bien definida por parte de los pacientes de su conjunto de creencias irracionales (Bi), en especial de sus “debomanías” absolutistas, además de usar una amplia gama de métodos cognitivos, emotivos y conductuales , emplea en especial la reestructuración del Debate lógico, el análisis semántico y enseña a los pacientes a usar el método científico con el fin de eliminar sus creencias y comportamientos disfuncionales.

“Más que otra cosa es un cambio de actitudes o un cambio filosófico pero va de la mano con la determinación y acción consecuente para modificar las condiciones existentes hacia una mejoría o si no es posible, aceptarlas con un mínimo de lamentaciones. Este es un enfoque anti-terrorizante anti-demandante, anti-indulgente, y anti-quejumbroso y cuando realmente existe, lleva primero al mantenimiento firme de la eliminación de síntomas; segundo, al tenaz rechazo a crear más síntomas: y tercero hacia disfrutar de la vida de lo más que pueda el resto de su existencia. Esta es la meta principal de la TRE para la mayoría de los clientes, cuando se logra solo parcialmente, lo que ocurre frecuentemente es al menos la meta que el terapeuta espera que sus clientes se esfuercen por lograr. (Ellis, A., 2005)



Pensamiento y perturbación a causa de la **debomanias**:

Las terapia racional-emotiva supone que las formas más profundas y penetrantes del pensamiento torcido, Meehl (1952) se ha referido como “un desprendimiento cognitivo”, que conducen a Consecuencias auto-derrotistas son casi siempre la evaluación absolutista de exigencias y demandas y “debomanias” no calificadas. Ellis (2005) afirma que “Es natural y probablemente biológica la tendencia que tienen los seres humanos a desear que sus metas se vean logradas en el punto A, las Experiencias Activadoras que ocurren en sus vidas y estos deseos, siempre y cuando los humanos se aferren enérgicamente a ellos, rara vez lo harán que se vean envueltos en graves dificultades emocionales. Pero es también una tendencia suya natural y probablemente biológica insistir en que su metas tienen que ser, deben ser logradas en el punto A, y si tontamente continúan con este tipo de “debomanias”, también se ven envueltos invariablemente en graves problemas emocionales y conductuales.

Mientras que otros sistemas cognitivos de psicoterapia enfatizan distintos tipos de pensamiento irracional, como por ejemplo la generalización exagerada, la exageración, y la atribución, la TRE categoriza las principales creencias irracionales que la gente tiende a tener, que muy frecuentemente “causan” o “crean” disfunción en las consecuencias emocionales y conductuales bajo diez, once o doce títulos, indica tres ideas importantes, cada uno con sus derivados. (Ellis, A., 2005).

1.-Debo hacer las cosas bien y ganar aprobación por mis ejecuciones, de no ser así, soy una porquería de persona.

Derivados:

Debo tener el amor y ganar aprobación por mis ejecuciones, de no ser así, soy una porquería de persona.

Debo tener el amor y la aprobación sinceros, casi siempre de toda la gente que me es significativa

Debo demostrar que soy totalmente competente, adecuado y próspero, o que por lo menos tengo capacidad y talento para algo importante.

Mi miseria emocional deriva casi por completo de las presiones externas y de que tengo poca capacidad para cambiarlas o controlarlas, y a menos que estas presiones lleguen a cambiar, no podré evitar sentirme ansioso, deprimido, u hostil.

-Si ocurren eventos que me ponen en un peligro real o que amenazan mi vida, tengo que preocuparme excepcionalmente y angustiarme por ellos.

-Mi vida pasada ha influido en mí inmensamente y sigue siendo un factor muy importante, porque si algo en el pasado me afectó fuertemente hoy tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas; mi credulidad infantil y habilidad al condicionamiento aun prevalecen y no puedo superarlo y pensar por mí mismo.

-Debo tener un alto grado de orden o seguridad en el universo que me rodea para que me permita sentirme cómodo y poder funcionar adecuadamente.

-Necesito desesperadamente de otras personas, depender de ellas, porque siempre seré muy débil, y necesito también algún poder funcional adecuadamente.

-Necesito desesperadamente de otras personas para depender de ellas, porque siempre seré muy débil, y necesito también algún poder súper natural del cual pueda depender, especialmente en los momentos de crisis severas.

- Debo comprender la naturaleza o el secreto del universo para poder vivir feliz en él.

-Puedo y debería darme una evaluación global como un ser humano y sólo puedo evaluarme como bueno o valioso si funciono bien, si hago cosas que valen la pena y si tengo gente que por lo general me aprueba.

-Si me deprimó, me pongo ansioso, avergonzado o enojado, o si débilmente me rindo ante los sentimientos de perturbación que el agente y los eventos tienden a ocasionarme, funciono en una forma muy incompetente y vergonzosa. No debo hacer eso, y si lo hago soy totalmente débil, una porquería de persona.

-Las creencias sostenidas por autoridades respetadas o por mi sociedad, deben resultar correctas y no tengo derecho a cuestionarlas en teoría o acción; si lo hago, la gente tiene todo el derecho de condenarme y castigarme y no puedo soportar su desaprobación.

2.-Los demás deben tratarme considerablemente y amablemente, exactamente en la forma en la cual quiero que me traten; si no lo hacen, la sociedad y el universo deberá culparlos, condenarlos y castigarlos severamente por su inconsideración.

-Los demás deben tratar a todos en una forma justa; y si actúan injusta o no éticamente, son una porquería de personas, merecen una condena un castigo severo y el universo verá con seguridad que reciban este tipo de consecuencia.

-Si otras personas se comportan incompetentemente o estúpidamente, se convierten en completos idiotas y deben sentirse totalmente avergonzados de sí mismos.

-Si las personas tienen la capacidad para funcionar bien pero de hecho eligen rehuir y evadir las responsabilidades que deberían aceptar llevar a cabo, son una porquería y deberían de sentirse profundamente avergonzadas de sí mismas. Los seres humanos deben explotar todo el potencial que tienen para poder vivir una vida feliz y valiosa, si no lo hacen, tiene poco o ningún valor como seres humanos.

3.-Las condiciones bajo las cuales vivo deben ser de tal forma que yo pueda obtener prácticamente todo lo que quiera, comida rápida y fácilmente y no obtener nada que no quiera.

-Las cosas deben de ir de tal modo que yo quiero que vayan, porque necesito lo que quiero cuando no obtengo lo que prefiero, la vida resulta ser espantosa, horrible y terrible.

-Cuando en mi mundo existen peligros, gente o cosas amenazantes, debo preocuparme y angustiarme continuamente por ellos; en esta forma tendré el poder de controlarlos o cambiarlos.

-Encuentro más fácil evadir enfrentarme a muchas de las dificultades de la vida y a las propias responsabilidades, que emprender formas más compensadoras de auto-disciplina. Necesito tener una comodidad inmediata y no puedo pasar por un dolor presente para poder lograr una ganancia futura.

-La gente debería actuar mejor de cómo lo hace generalmente, y si no actúa bien y me crea dificultades innecesarias, es espantoso y horrible y no lo puedo soportar,

-Una vez que existen impedimentos en mi vida, ya sea por mis tendencias hereditarias, o por las influencias de mi medio ambiente pasado o presente, y si no puedo hacer prácticamente nada para cambiarlos; debo continuar sufriendo interminablemente a causa de estos impedimentos. Por lo tanto, la vida es difícilmente vale la pena.

-Si cambiar algunos elementos molestos o estorbosos que existen en mi o en mi vida resulta difícil, esa dificultad no debería existir. Encuentro muy difícil hacer cualquier cosa al respecto; más vale que no haga ningún esfuerzo o solo uno muy pequeño para cambiarlo.

-Las cosas como la justicia, la igualdad y la democracia tiene que prevalecer claramente; cuando no es así, no puedo soportarlo y la vida parece ser demasiado intolerable para seguir viviéndola.

-Debo encontrar soluciones correctas y prácticamente perfectas a mis problemas y a los demás; si no el encuentro, resultara en una catástrofe horrorosa.

-La gente y los eventos externos son los que prácticamente cusan toda mi infelicidad y tengo que seguir siendo una víctima desvalidada de las ansiedades, la depresión. Los sentimientos de inadecuación y la hostilidad, a menos que estas condiciones y la gente cambien y me permitan dejar de sentirme perturbado.

-Puesto que he podido nacer y mantenerme vivo, mi vida debe continuar para siempre, o por lo menos hasta que yo lo quiera. Encuentro totalmente injusto y horrible pensar en la posibilidad de morirme y no existir más.

-Mientras siga viviendo, mi vida tiene que tener algún significado o propósito inusual o especial; si no puedo crear ese significado o propósito por mí mismo, alguna fuerza sobrenatural o el universo deben proporcionármelo.

-Si no puedo soportar la incomodidad de sentirme ansioso, deprimido, culpable, avergonzado o cualquier otra molestia emocional; y si de verdad me llegara a volver loco y terminara en una institución mental, no soportaría jamás ese horror por eso tendría que matarme.

-Como las cosas han ido realmente mal por un tiempo razonablemente largo, y no ha existido ninguna garantía de que vayan a cambiar o que alguien vea por mi vida y haga que mejoren, simple y sencillamente no puedo soportar la idea de seguir viviendo y por eso tengo que considerar seriamente la posibilidad de matarme.

Las condiciones medio ambientales y las tendencias hereditarias biológicas contribuyen significativamente a las reacciones emocionales sanas y enfermas, por estas razones los seres humanos frecuentemente o usualmente tienden a actuar y reaccionar en ciertas formas perturbadas; pero también los seres humanos nacen y se crían con cierto elemento de alternativa de decisión "libre".

Las personas pueden observar sus sentimientos y conductas; pueden decidir comportarse en una forma de alguna forma distinta y pueden llevar a cabo esta decisión si también deciden seguirla con una acción concreta para cambiar su forma de ser. Ellis afirma que a pesar de que son totalmente responsables de sus propios sentimientos, también rara vez están simplemente "condicionados" o "hechos para" pensar, sentir y actuar en formas específicas, no se perturban en forma voluntaria, hasta cierto grado pueden elegir hacerlo y por lo tanto pueden elegir superar sus perturbación.

La TRE enfatiza tres formas principales que son derivado lógicos de la “debomania” irracional básica y que muy frecuentemente son “causantes” o “creadores” de las Consecuencias emocionales y conductuales disfuncionales:

1.- Horripintalismo (“es espantoso o terrible, u horrible que no esté haciendo las cosas tan bien como debía”)

2.- No puedo soportarlo: (No puedo soportar , no puedo tolerar las cosas que me están sucediendo, y que no deberían sucederme”).

3.-Autodevaluación: (“Soy una persona que no vale si no hago las cosas como debo hacerlas, y si no obtengo tanta aprobación como la que debo de obtener”) (Ellis, A., 2005)

Grieguer y Boyd mostraran en el siguiente subtema como todo esto se combina de distintas formas para producir los sentimientos inapropiados negativos de ansiedad, depresión y desesperanza, vergüenza y devaluación, e ira y hostilidad que contribuyen a la mayoría de las perturbaciones emocionales y conductuales.

Terapia Cognitiva del Dr. Aarón Beck

De acuerdo a Aron Beck (1964), durante el proceso de ayudar al paciente a identificar y corregir sus distorsiones, el terapeuta directa o indirectamente transmite ciertos principios al paciente. Las reacciones emocionales, las motivaciones, y la conducta abierta están reguladas por el pensamiento. Beck (1983) considera que con algo de entrenamiento puede aumentar su conciencia de nuestros pensamientos y aprender a señalar los incorrectos con un alto grado de regularidad. De esta manera es posible percibir un pensamiento, concentrarse en él y evaluarlo como uno puede identificar y reflexionar sobre una sensación (como el dolor) o un estímulo externo (como una manifestación verbal, por ejemplo). Así tenemos que todas las reacciones inadecuadas o excesivas llegan más allá de un cierto nivel de sufrimiento o incapacidad y las denominó perturbaciones emocionales. (Beck, 1983)

El sufrimiento provocado por las perturbaciones psiquiátricas está resumido en la reacción neurótica aguda. En su forma más notoria esta reacción se manifiesta por una variedad de experiencias intensas y desagradables: Los objetos familiares parecen ser extraños, distorsionados o irreales. El paciente tiene problemas para construir sus pensamientos o en seguir una línea congruente de pensamiento. La forma externa de esta perturbación ha sido denominada reacción catastrófica. La persona describe sus misteriosas experiencias de las siguientes maneras: “no siento que este realmente aquí”, “me siento diferente”, “Las cosas parecen ser diferentes”, al tratar de expresar la claridad de la experiencia , utiliza términos

como “siento que estoy perdiendo la cabeza”, “me estoy muriendo”, “me estoy quebrando”, “me estoy volviendo loco” (Beck, A., 1985).



Aaron Beck

Aunque estos sentimientos son aterradores son a menudo interpretados como un signo de que “se está volviendo loco”, están asociados generalmente con un grado de psicosis. Beck describe otra característica muy importante ya que el paciente se vuelve “sobre vigilante” de sus procesos internos, su atención se fija en percepciones, pensamientos y sentimientos, con el resultado de que estos procesos psicológicos se vuelven extremadamente vividos. Está además muy atento a ciertos signos de su ambiente y se olvida de otros tomando una “visión túnel” de su vida. De esta las personas analizan indiscriminadamente sucesos como señales de peligro y forma una visión deformada del mundo real aumentando sus niveles de ansiedad. La mala interpretación de situaciones constituyen lo que Beck denominó como una distorsión cognitiva que van de la ligera inexactitud a la mala interpretación.

El término “**pensamientos inadecuados**” se aplica a las ideas que interfieren con la habilidad que tienen las personas de enfrentarse a las experiencias vitales, que rompen de manera innecesaria la armonía interna y producen reacciones emocionales inadecuadas o excesivamente dolorosas. En terapia cognitiva el paciente se concentra en aquellos sentimientos o imágenes que producen tristeza, innecesaria o sufrimiento, o que conducen a **ideas auto derrotistas**. Al aplicar el término inadecuado es importante que el terapeuta sea cauteloso con imponer al paciente su propio sistema de valores. En la actual práctica clínica, el terapeuta esta forzado a hacer una distinción entre los pensamientos inadecuados y los realistas. Las distorsiones o características auto derrotistas son usualmente lo suficientemente obvias como para justificar el llamarlas inadecuadas. Beck propone un ejemplo:

“Un hombre deprimido por años luego de la muerte de su esposa, fue más allá de las consecuencias reales de la pérdida y estaba preocupado con ideas extremas

como, "es mi culpa que halla muerto" o "no puedo existir sin ella", o "nunca encontraré ninguna satisfacción". En forma similar, un estudiante con temor antes del examen pensó: "será el final para mi si fracaso; nunca podré enfrentar a mis amigos", o "terminare en el hampa". Luego del examen se dio cuenta de la naturaleza exagerada, irreal de esos pensamientos". (Beck, 1967).

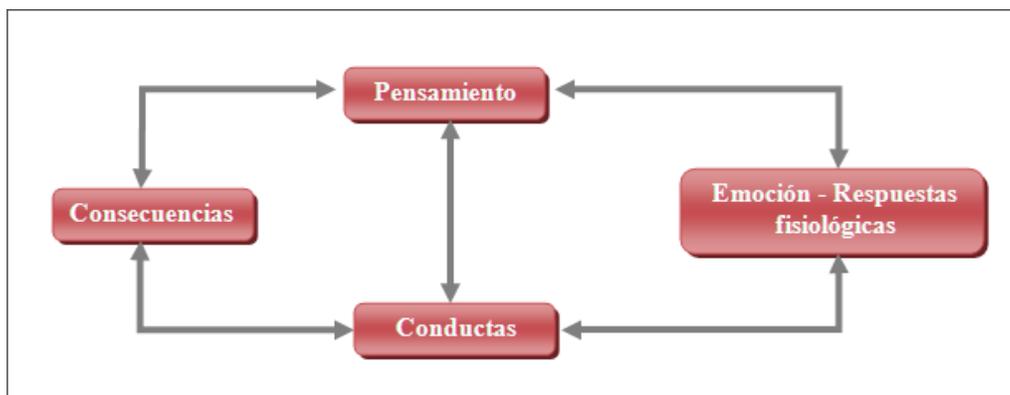
Ellis se refiere a este tipo de pensamientos inadecuados como "declaraciones internalizadas" o "auto declaraciones" (auto-lenguaje) y los describe al paciente como "cosas que usted dice de sí mismo". Maultsby (1968) lo definió también utilizando el término "platica consigo mismo" para denominar estos pensamientos. Tales explicaciones son de valor práctico cuando implican para el paciente que los pensamientos inadecuados son prácticos" porque refleja más adecuadamente la forma en que se experimentan esos pensamientos. La persona recibe entonces esos pensamientos como si surgieran por reflejo –sin previa reflexión o razonamiento y le parecen plausibles y válidos-. En terapia cognitiva el paciente es entrenado para terminar con este tipo de pensamientos, en casos más severos como la psicosis hay intervenciones psicofisiológicas como la intervención de drogas o terapia electro convulsiva que son necesarias para detener estos pensamientos automáticos.

Los pensamientos inadecuados son voluntariosos y por lo tanto el paciente puede eliminarlos voluntariamente o cambiarlos. De este modo la persona puede tener "pensamientos automáticos" como si surgieran por reflejo –sin previa reflexión o razonamiento- y le parecen plausibles o válidos. El paciente en terapia cognitiva puede ser entrenado para terminar con este tipo de pensamientos, los cuales aumentan de acuerdo a la gravedad de la perturbación. Estas representaciones consientes permiten comprender según Ellis y Beck, con un mínimo de inferencia las razones de muchos estados y trastornos emocionales de los pacientes y su duración.

En perturbaciones severas este tipo de pensamientos son generalmente sobresalientes y pueden ocupar el centro del campo ideacional, fenómeno que puede ser observado en casos severos o agudos como la ansiedad, depresión o estados paranoides. De esta manera el paciente con depresión no podría ejercer control voluntario sobre ideas repetitivas como "yo no soy bueno.", "mis entrañas se han ido", "todo lo malo me pasa a mi". Por otro lado pacientes obsesivos que no están aguda o severamente perturbados pueden estar muy consientes de ciertos tipos de declaraciones repetitivas este tipo de declaraciones incesantes son indicaciones diagnósticas de esta perturbación. Las personas pueden no darse cuenta de este tipo de pensamientos automáticos, hasta que son entrenadas para ello, cambian su atención a esos pensamientos, toman más conciencia de ellos y pueden especificar su contenido. Cuando los pensamientos automáticos están en el centro de la conciencia no hay problema para identificarlos, un procedimiento básico para ayudar al paciente a identificar sus pensamientos es entrenarlo a que observe la secuencia de eventos externos y sus reacciones hacia ellos.

Los pensamientos automáticos se caracterizan por Beck J. (2000):

1. Justifican su condición preconsciente y el esfuerzo de atención necesario para que sean completamente conscientes.
2. Se presentan en la mente de modo, justamente automático, no son vagos o mal formulados, sino específicos y discretos. Aparecen en forma de mensaje taquigrafiado en el que solo hay palabras esenciales.
3. No son el resultado de una deliberación razonamiento o reflexión sobre algún suceso o tema. No hay una secuencia lógica de pasos, tal como ocurre en el pensamiento dirigido a un objetivo o la solución de problemas. Son espontáneos, relativamente autónomos, ya que el paciente no hace esfuerzos por iniciarlos y en los casos severos, resulta muy difícil evitarlos o desviarlos.
4. El paciente tiende a ver estos pensamientos automáticos como plausibles o razonables, aunque pueden parecer irracionales a cualquier persona. El contenido de los pensamientos automáticos particularmente aquellos que son repetitivos y parecen ser más poderosos, es idiosincrático o muy personalizado, pero tiende a ser dogmático.
5. La fuerza y la gravedad de los mismos parece aumentar con la perturbación del paciente.



Un ejemplo de ello es el caso de una paciente que temía aburrir al terapeuta y que la rechazara. Producía pensamientos automáticos de contenido similar en la mayoría de las situaciones relacionales significativas. Cuando adquirió la habilidad para prestar atención a los pensamientos automáticos, la paciente relató que prácticamente en todas sus relaciones temía aburrir a los demás, considerando que era poco interesante y suponiendo que iba a ser rechazada (Samerari, 2003).

Estas recurrencias temáticas indican, según Beck y todos los autores cognitivistas, la existencia de reglas de inferencia y de estructuras de significado estables que engloban a los procesos de pensamiento y la actividad imaginativa. Los términos más usados para designar dichas estructuras son los de *modelo cognitivo* o *esquema cognitivo*. Por medio de los modelos y esquemas cognitivos podemos considerar diferenciar y codificar la información.

También constituyen la base para explicar porque dos personas conceptualizan una situación ocurrida de un modo diferente, o bien que una persona muestre coherencia en sus interpretaciones, pero conceptualice situaciones diferentes del mismo modo. El concepto de esquemas es por lo tanto, la base de las diferencias psicológicas de las semejanzas de la persona consigo misma. De esta manera Beck considera un *esquema disfuncional* por dos razones: porque distorsiona la realidad, provoca sufrimiento, es hipervalente en cuanto a que conduce a interpretaciones que tienden a prevalecer y que se diferencian mínimamente de los hechos. Además, los esquemas se consideran como reglas de inferencia implícita que dan lugar a falsos silogismos, los cuales gobiernan a su vez la producción de pensamientos automáticos. (Samerari, 2003).

Existen también convicciones irracionales correspondientes a un objetivo concebido en términos absolutos y dogmáticos. Retomando el ejemplo de la paciente anterior, sus convicciones irracionales podrían expresarse del modo siguiente: “Siempre tengo que parecer interesante a todas las personas que conozco para evitar la catastrófica posibilidad de ser rechazada por alguien”. Estas reglas tan absolutas deberían, por su carácter predominante ser fácilmente desechadas cuando las personas entran en contacto con la vida real, por lo que Beck supuso que lo que impide corregir las convicciones generadas en las personas por este tipo de esquemas disfuncionales son los errores sistemáticos de procedimiento en los procesos de valoración y de juicio que generalmente realizan (Beck J., 2007)

De esta manera este tipo de esquemas disfuncionales, se tratan de pensamientos erróneos formados a partir tendencias individuales en la interpretación de la realidad. Algunos de estos *pensamientos deformados* son (Beck, 1983):

- Inferencia arbitraria (sistema de respuestas): Se refiere al proceso por el cual las personas sacan conclusiones cuando falta evidencia, o existe evidencia en contra.
- Generalización excesiva: Se extrae una conclusión definitiva universal (siempre, nunca, todos, nadie, etc.) de un pequeño dato.
- Magnificación: Tendencia a exagerar la importancia de un pequeño suceso negativo. O por el contrario se minimiza la importancia de un evento positivo.

- Deficiencia cognitiva: Se olvida un aspecto importante de una situación de manera que fracasa al integrar o utilizar la información relevante derivada de la experiencia.
- La Personalización (Sistema de respuestas): Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar cualquier información consigo mismo aunque no exista ninguna base para hacer esta conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico (sistema de respuestas): Tendencia a casi todo en solo dos categorías (bueno-malo, agradable-horrible, etc.).

Las personas aplican reglas (fórmulas, ecuaciones y premisas) para regular sus propias vidas y para tratar de modificar la conducta de otra gente. Además etiquetan, interpretan y evalúan de acuerdo a series de reglas. Cuando esta serie de reglas se forman en términos absolutos son irreales o están utilizadas en forma inapropiada o excesiva producen frecuentemente desajustes emocionales y provocan cierto tipo de molestias: ansiedad, depresión, fobias, manías, estados paranoides y obsesión. Cuando las reglas producen dificultades son por definición inadecuadas. Ellis se refiere a tales reglas como "ideas irracionales". Beck afirma que deben de ser remodeladas para que sean más precisas y exactas, menos derrotistas y más flexibles. Cuando se descubre que son falsas, auto derrotistas o que no resultan, deben ser eliminadas por completo.

En tales casos el terapeuta y el paciente trabajan juntos para sustituirlas por reglas más realistas y adaptativas. Algunas de estas reglas son tan amplias que están completamente en oposición con la realidad o tienen resultados de largo alcance que interfieren con algunos objetivos vitales que el paciente valora mucho. Aún más crucial es el hecho de que hay personas que se deprimen al sobre-enfatizar estas reglas. Algunas de las actitudes que predisponen a la gente a la excesiva tristeza o la depresión son:

1. Para ser feliz tengo que tener éxito en todo lo que emprendo.
2. Par ser feliz debo ser aceptado (gustado, admirado) por toda la gente siempre
3. Si no estoy en la cima, soy un fracaso
4. Es maravilloso ser popular, famoso, rico; es terrible ser impopular, mediocre.
5. Si cometo un error quiero decir que soy un inepto.
6. Mi valor como persona depende de lo que los otros piensen de mi
7. No puedo vivir sin amor. Si mi esposa (novia, padre, hijo) no me quiere, no valgo nada.
8. Si alguien está en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto.
9. Si no saco ventaja de cada oportunidad para avanzar, lo lamentaré luego.
(Beck, 1983)

Este conjunto de reglas conducen con seguridad a la infelicidad. A su vez relacionadas con las reglas de placer-dolor está la serie de reglas llamadas la "tiranía de los debería" (Horney, 1950). Si una persona tiene la regla "Para ser feliz yo necesito ser amado por todos", él implementará probablemente esto con otra regla, "Yo debo hacer que todos me quieran". Los "deberías" y los "no deberías" tienen una cualidad esclavizante y tienen mucho en común con las conceptualizaciones de Freud sobre el superyó.

Algunos de los "debería" más comunes son:

1. Yo debo ser lo máximo de generosidad consideración, dignidad, coraje, desinterés.
- 2.-Yo debo ser el perfecto amante, amigo, padre, maestro, estudiante, esposo.
- 3.-Yo debo ser capaz de soportar cualquier desgracia con ecuanimidad.
- 4.-Yo debo ser capaz de encontrar una solución rápida a cada problema.
- 5.- Yo nunca debo de sentir herido, debo estar completamente feliz y sereno.
- 6.- Yo debería saber, comprender y prever todo
- 7.- Yo debo ser siempre espontáneo; siempre debo controlar mis sentimientos
- 8.- Yo debo estar seguro de mí mismo, nunca debo de herir a nadie.
- 9.-Yo nunca debo de cansarme o enfermarme nunca
- 10.- Yo debo estar siempre en la cima de la eficiencia. (Beck, A., 1983)

Ya que estos modos de interpretar la realidad se adquieren tempranamente generalmente se convierten en automáticos, condicionando la experiencia. En pacientes depresivos las interpretaciones que se encuentran se refieren a alguna pérdida, ya sea de una relación, de status o eficacia. Mientras que los pacientes ansiosos tienden a interpretar las situaciones como peligrosas (por pérdida, daño, enfermedad o muerte), esta percepción de peligro no es realista, las personas tienden a cometer cuatro tipos de errores clasificados de la siguiente forma:

1. Sobreestimación de la probabilidad de un suceso temido
2. Sobreestimación de la severidad de un suceso temido
- 3.-Infraestimación de los recursos de afrontamiento
4. Infraestimación de las posibilidades de ayuda a otros

Resumiendo se puede concluir que la terapia cognitiva de Beck se caracteriza por:

1. Está basada sobre un modelo cognitivo de trastornos emocionales.
2. Está basada en un modelo educacional
3. Es breve y es limitada de tiempo
4. Se trata de un esfuerzo colaborativo
5. El terapeuta usa fundamentalmente el diálogo socrático
6. Se trata de una técnica estructurada y orientada al problema
7. Es necesaria una adecuada relación paciente-terapeuta
8. Los trabajos para casa son un aspecto esencial de esta técnica.

De acuerdo a Beck (2007), esta terapia cognitiva se estructura fundamentalmente en dos fases:

1. Identificación de pensamientos negativos y,
2. Modificación de pensamientos negativos

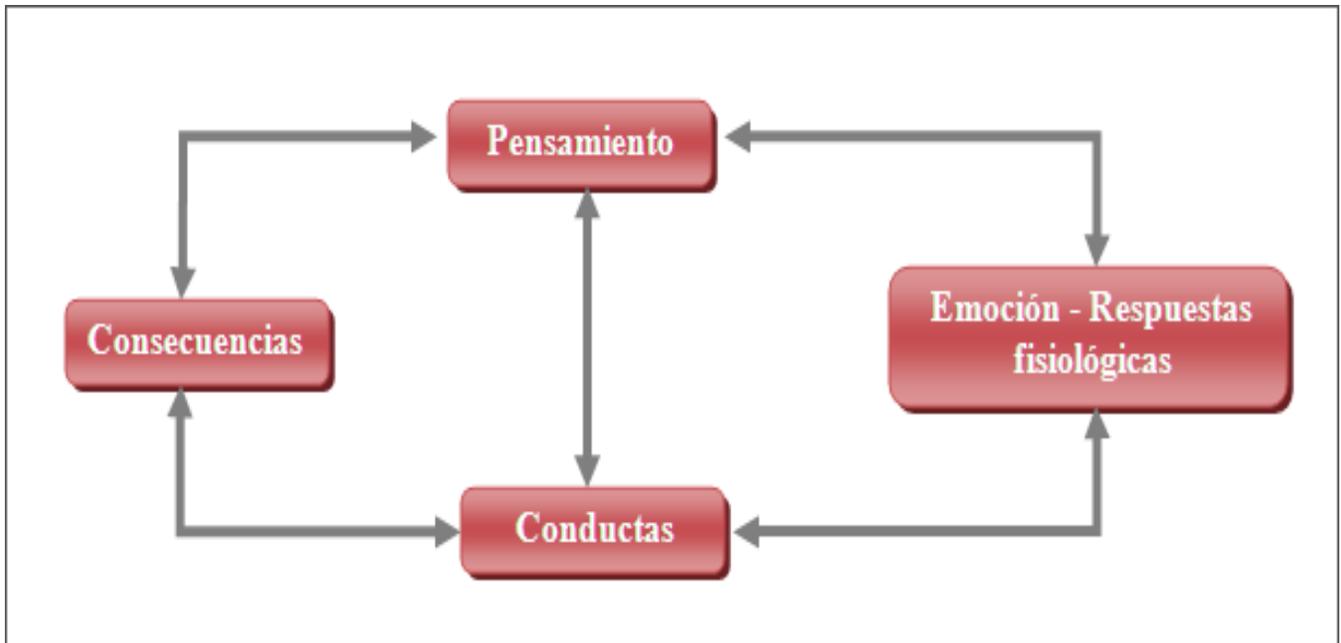
En la primera fase (identificación de pensamientos negativos) se usan diversas estrategias para entrenar al paciente en esta habilidad: (Treviño, J., y González, M. 2012)

1. Discusión de experiencias emocionales recientes
2. Escribir los pensamientos
3. Revivir una experiencia emocional a través de la imaginación
4. Role-playing
5. Exposición
6. Cambios en el estado de ánimo durante la sesión
7. Determinación del significado de una situación

En la segunda fase (modificación de los pensamientos negativos), las estrategias que se usan son:

1. Demostración de la relación entre pensamiento y emoción.
2. Dar información sobre la ansiedad.
3. Tareas distractoras.
4. Llenado de actividades.
5. Registro diario de pensamientos disfuncionales.
6. Experimentos conductuales.
7. Modificación de creencias o supuestos.

En palabras de Beck, "...la evidencia disponible sugiere que la terapia cognitiva es un enfoque prometedor para el tratamiento de ansiedad, especialmente en trastornos no fóbicos. Sin embargo, una evaluación final sobre la efectividad de este enfoque debe esperar a la publicación de estudios a gran escala, bien conducidos y controlados". (Beck, 1999)



La reestructuración sistemática de Golfried y Golfried.

Se trata de una técnica que define su objetivo como “enseñar a las personas a pensar bien”. Esta reestructuración cognitiva consta de cuatro fases:

- 1.-Información general sobre el papel de las cogniciones.
- 2.-Identificación de las creencias irracionales
- 3.- Reconocimiento de la relación entre las cogniciones y emociones desadaptativas en las situaciones problema.
- 4.-Modificación de las cogniciones en presencia de la situación problema.
(Treviño, 2012)

En la primera fase se utilizan las creencias más comunes de las que propuso Ellis en la TRE. El terapeuta pide que examine y encuentre “sus creencias irracionales”. En la tercera fase el paciente hace una lista de las situaciones que le crean tensión y escribe los pensamientos que esa situación le provoca. Se discute con el paciente la relación entre las interpretaciones, los pensamientos y la tensión, para ello se discute la racionalidad de las interpretaciones que se hacen de la situación y se analizan las consecuencias anticipatorias negativas. En la fase de las modificaciones de las cogniciones se tiene que romper con el automatismo entre la situación y anticipación y entre cognición y tensión. Se utiliza un método muy parecido a la desensibilización sistemática en donde el paciente se imagina las

situaciones que gradualmente le van produciendo más ansiedad; en lugar de utilizar la relajación se usa la reestructuración cognitiva, cuando aparecen signos de la tensión se analizan los pensamientos que la generan y se reconstruye cognitivamente la situación. Esta técnica ha resultado ser muy útil en pacientes con problemas de ansiedad.

La técnica de auto instrucciones de Meichenbaum.

Ellis (1980) habla de la auto charla o diálogo interno del paciente consigo mismo, Meichenbaum definió las instrucciones como una serie de afirmaciones para nosotros mismos, en las que nos decimos lo que hemos de pensar y creer e incluso comportarnos. Por medio de este monólogo, en base a pensamientos concretos que podemos controlar, influimos en nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se trata por lo tanto de una técnica de auto-relación verbal de la conducta. El entrenamiento en auto instrucciones supone una reestructuración cognitiva y se aprende mediante el modelado y ensayo de la conducta. El *procedimiento* que se sigue en esta técnica es la siguiente:

- 1.-El terapeuta ejecuta una tarea sencilla y se habla en sí mismo en voz alta.
- 2.-El paciente imita la conducta del terapeuta, dirigido por las verbalizaciones de éste que actúan como guía externa.
- 3.- El paciente verbaliza en voz alta las instrucciones mientras ejecuta la tarea.
4. El paciente verbaliza subvocalmente las instrucciones mientras ejecuta la tarea.

En el caso uno, cuando el terapeuta ejecuta la tarea, las verbalizaciones tienen como fin especificar o definir la tarea como fin especificar o definir la tarea que se está realizando:

- el criterio para realizar la tarea
- el plan a seguir y
- los pasos que se necesitan

Pero además, el terapeuta está modelando las habilidades necesarias para una correcta ejecución.

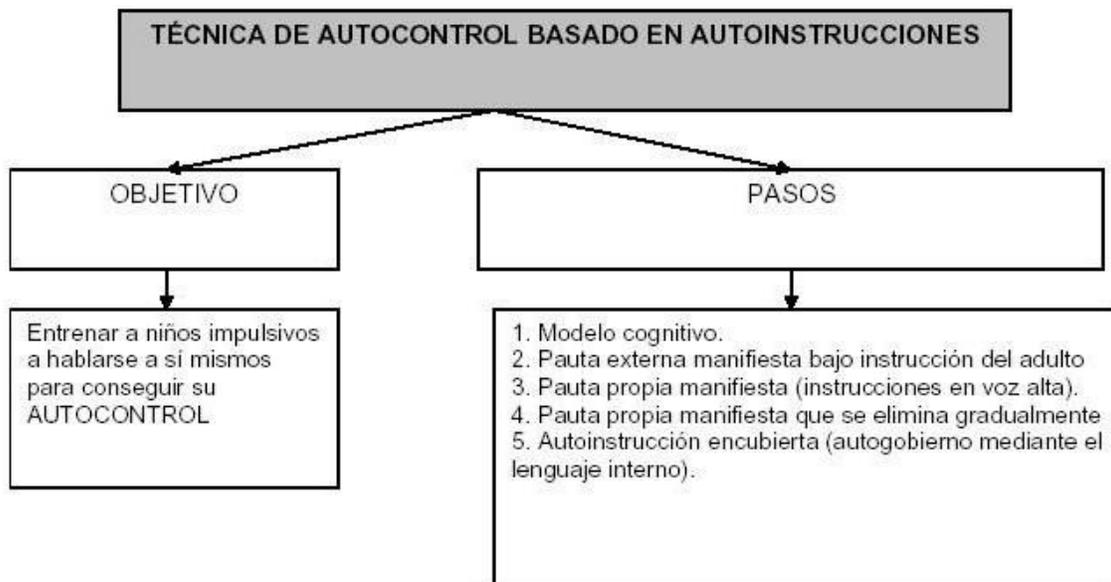
- 1.-Definir el problema antes de empezar a trabajar
- 2.- Dirigir la propia atención a la tarea y utilizar la autobernalización como guía.
- 3.- Darse auto-refuerzo tras la realización correcta de los diferentes pasos y al finalizar la tarea.

4.-Reaccionar adaptativamente a los propios errores.

En la técnica de auto instrucciones, el terapeuta se puede equivocar voluntariamente, lo que le permite modelar las reacciones adecuadas por medio de un error y verbalizar las instrucciones que el paciente debe de aprender a darse cuenta en dicha situación.

El adiestramiento en auto instrucciones está diseñado para fomentar una actitud de resolución de problemas y engendrar estrategias cognitivas específicas que los pacientes que tiene que usar en diferentes momentos (valoración de la situación, afrontamiento, manejo de ansiedad, autorrefuerzo, etc.). Y en diferentes situaciones.

Esta técnica se utiliza sola presenta problemas de generalización de habilidades aprendidas en otras situaciones y problemas de mantenimiento. Por ello se suele usar dentro de otras técnicas (como la inoculación del estrés) o en combinación con técnicas de resolución de problemas o de manejo de ansiedad. No existe ninguna diferencia entre esta técnica y la aserción encubierta. En ambos casos se suele usar la detención de pensamiento para dejar de producir pensamientos automáticos que generan emociones negativas y en seguida se utilizan las instrucciones o las aserciones encubiertas, dirigidas al problema o a generar emociones positivas, a afrontar la situación, a auto reforzarse, etc. (Cano-Videl, 2002)



El entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla y Golfried

En general se puede afirmar que cuando nos encontramos con un problema que produce ansiedad suele haber una percepción de peligro que no es realista, si no que se suelen cometer cuatro tipos de errores o sesgos:

- Sobreestimación de la probabilidad de que ocurra el problema.
- sobreestimación de la severidad del problema
- infraestimación de los recursos de afrontamiento
- infraestimación de las posibilidades de ayuda de otros (Samerari, A. ,2000)

Par llevar a cabo una reestructuración de problemas muchas veces podremos aplicar las instrucciones dadas para la reestructuración de una situación. En otras ocasiones habrá que llevar a cabo un entrenamiento específico en solución de problemas y toma de decisiones. Por ejemplo, cuando hay uno o dos tipos de problemas que se suelen repetir en diferentes ocasiones.

Para plantear la solución de un problema que preocupa debemos contar en primer lugar con que se va a generar ansiedad y en segundo lugar con que es difícil ser concreto y objetivo en la búsqueda de una solución. Por ello conviene ser sistemático y seguir un procedimiento reglado, con las siguientes fases (Samerari, A., 2000):

- 1.-Definición del problema. De manera clara, específica, operativa sin mezclar con otros problemas etc.
- 2.-Listado de todas las posibles soluciones.
- 3.-Listado de ventajas e inconvenientes de cada una de las posibles soluciones.
- 4.-Evaluación de las ventajas e inconvenientes de cada una de las posibles soluciones.
- 5.-Selección de la alternativa menos mala.
- 6.-No volver atrás nunca en el proceso, si no se quiere caer de nuevo en la ansiedad, darle vueltas a las cosas sin llegar a decidir, etc.

Imaginación Racional Emotiva (IRE) de Maultsby

La Imaginación Racional Emotiva (IRE) fue creada por Maxie C. Maultsby en 1971 y es una de las técnicas más eficaces de las utilizadas en psicología. Un requisito para practicarla es el debate exitoso de las ideas irracionales de las personas, y la reconstrucción de ideas racionales para reemplazar estas, así como sentimientos apropiados que sean congruentes con las ideas irracionales del paciente. Una vez que se ha logrado esto, se les enseña a los pacientes:

- 1.- A relajarse a través de la respiración profunda
- 2.-Mientras están relajados, volver a crear eventos de la situación problemática con la mayor precisión posible.
- 3.-Imaginarse a sí mismos pensando **únicamente** ideas racionales
- 4.-Imaginarse así mismos sintiéndose emocionalmente congruentes con sus pensamientos racionales.

Después de hacerlos realizar esto una o dos veces en la sesión con el fin de asegurarse de que hayan comprendido como hacerlo, se les imparte instrucciones de hacer la IRE en casa durante por lo menos diez minutos diarios.

Maultsby (1984) nos advierte estar alertas pues al practicar esta técnica por primera vez suele suceder que los pacientes practican que por primera vez la IRE, en ocasiones en vez de sentirse más angustiados, se angustian más.

El sugiere, que esto a menudo significa que las auto-aseveraciones del paciente no son realmente racionales, si no que son aseveraciones irracionales encubiertas. Para evitarlo, lo mejor es analizar con ellos el razonamiento que existe detrás de los pensamientos que utilizó el paciente en la IRE y verificar si estos son realmente racionales, probablemente significará que todavía están apegados a sus ideas viejas y que requieren de trabajo terapéutico o debate adicional, entonces el terapeuta tendría que cambiar de estrategia temporalmente y volver a introducir las técnicas de la IRE.

Según Maultsby hay un problema que inquieta a los pacientes que utilizan la IRE y es el tener imágenes y pensamientos vagos, poco claros o impactantes. Algunas personas son buenas para traer a su mente imágenes, mientras que otras no, en el caso de los pacientes que lo hacen deficientemente, el terapeuta tendrá que alentarlos simplemente a percibir sus esfuerzos y/o se les enseñara a imaginar mediante una variedad de técnicas de auto-conciencia.

La reeducación emocional

Ya sea que estemos aprendiendo hábitos físicos o nuevos hábitos emocionales, usamos el cerebro de la misma forma, comprender las fases y los procedimientos de cualquier aprendizaje nos ayudara a entender las etapas y los procesos del nuevo aprendizaje emocional. Maultsby señala que el nuevo aprendizaje ocurre en cuatro etapas:

Primera: La neo corteza (la parte de pensamiento del cerebro) da un insight intelectual en la acción que va a ser aprendida, y un mapa mental de ella.

Segunda: La neo corteza utiliza el mapa mental para dirigir al sujeto a la práctica correcta de la nueva acción.

Tercera: Mientras el sujeto está practicando la neo corteza provoca que el sistema límbico (la parte de las emociones en el cerebro) haga que la nueva acción le “haga sentir”.

Cuarta: Con el insight intelectual, más la práctica constante, el sujeto convierte la nueva acción en un rasgo de personalidad permanente. (Maultsby, 1984)

El insight corresponde al sentimiento emocional correcto para lo que esta aprendiendo el sujeto de que se sienta bien “cuando está actuando bien” y se obtiene de dos formas:

a) Haciendo practica real; y

b) Haciendo práctica mental llamada imaginación emotiva.

Más concretamente Maultsby formulo los cinco pasos de la reeducación emocional:

1. Insight intelectual con un mapa mental
2. Practica correcta
3. Disonancia cognitiva (Parte inevitable de la reeducación de todos los hábitos: mentales, físicos y emocionales)
4. Insight emocional
5. Insight emocional más practica constante que causen que el individuo forme un rasgo de personalidad permanente. (Maultsby, 1984)

La reeducación racional-emotiva es la última área de habilidades en la TRE y conduce directamente a la terminación de la terapia, Grieguer y Boyd, J.(1980) afirmaron que después del insight y el procedimiento terapéutico, la reeducación racional-emotiva sirve para inculcar o habituar ideas nuevas y racionales. Es el punto óptimo donde a través de una reeducación emotivo-conductual los pacientes alcanzan el cambio elegante, filosófico lo cual es la meta principal de la TRE.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA MANEJAR EL ESTRÉS LABORAL.

Las técnicas cognitivas son idóneas para resolver problemas de prevención, mantenimiento y generalización. La prevención de problemas futuros relacionados con el estrés puede llevarse a cabo mediante la implementación de nuevas habilidades cognitivas que doten al individuo de una mayor capacidad para afrontar cualquier tipo de problemas. A su vez, el mantenimiento de los logros terapéuticos ya obtenidos se va a conseguir mejor si el individuo abstrae un conocimiento general sobre lo aprendido, que le lleva a afrontar los problemas futuros de manera similar a como resolvió otros problemas del pasado. Finalmente, algo similar sucede al tener en cuenta la generalización de las soluciones alcanzadas en un contexto determinado a otros Contextos nuevos.

Si tomamos un modelo amplio de estrés y ansiedad, las labores de prevención se pueden realizar a dos niveles:

1. Reducir las experiencias traumáticas o los niveles de estrés en el ambiente.
2. Incrementar la resistencia al estrés o las habilidades de manejo de ansiedad, o llevar a cabo una reestructuración cognitiva para establecer una relación realista (adaptativa) entre la intensidad del estímulo estresante, su grado de peligrosidad, su probabilidad de ocurrencia, etc. y la reacción al mismo.

Las intervenciones en el nivel ambiental deberían ir dirigidas a remover los obstáculos, modificar las normas y costumbres, cambiar las actitudes culturales y los estereotipos que fomentan la ansiedad innecesaria. (Treviño, J., y González, M. 2012).

Las intervenciones en el nivel individual pueden abordarse desde diferentes programas:

1. Programas de entrenamiento en afrontamiento de situaciones.
2. Inoculación de estrés.
3. Programas de fomento del apoyo social.
4. Reestructuración cognitiva y modificación valoración de situaciones.

En general se informa al individuo que la ansiedad y el estrés dependen de muchos factores, tanto situacionales como personales, por lo que son muchas las variables sobre las que se puede incidir para prevenir o reducir la ansiedad y el estrés.

La efectividad de la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales para disminuir el estrés utilizadas para el trabajo de reducir los síntomas psicossomáticos, los pensamientos automáticos negativos, la indefensión, los autoreproches, el auto concepto negativo y la inadecuada adaptación de los individuos en la organización. (Treviño, J., y González, M. 2012). Cabría señalar algunas técnicas mediante el enfoque psicológico cognitivo-conductual:

RESPIRACION.

Uno de los procedimientos que se tienen a la mano para controlar el estrés, es la respiración profunda. Es posible que lo que provoco el estrés no se vea tan complicado después de unas cuantas respiraciones profundas, lo que permitirá experimentar tranquilidad y mayor dominio de la situación. Cuando se inhala de manera profunda y se exhala lentamente se experimenta un estado de relajamiento. Cuando nos sentimos estresados tendemos a respirar de forma rápida no profunda y descontrolada (Barriga, L., Gómez, P., 2006). Los ejercicios de respiración sirven para tratar el insomnio, los mareos, el equilibrio, fumar y comer demasiado, dolores de cabeza, depresiones, sobreexcitación, miedo al público, nerviosismo de los artistas durante la espera antes de reanudar una presentación, dificultades para concentrarse, mala memoria y creatividad bloqueada (García, 2005). Producen también relajación y como tales se suelen emplear pues son sencillos de aprender, efectivos y se pueden aplicar en cualquier situación.

El practicar ejercicios de respiración específicos ayuda a las personas a relajarse y deshacerse de la tensión que acumulan durante el día. Nuestras vidas diarias pesan sobre nosotros causando un estado de constante excitación, incluso sin que haya ningún motivo. Esto puede ocasionar problemas emocionales entre ellos, irritabilidad, enojo, y depresión junto con síntomas físicos como dolor de cabeza y estómago. La respiración que relaja puede mejorar estos síntomas. Estos métodos también pueden ayudar a calmar estos síntomas antes de ir a dormir. De esta manera obtienes se obtiene un sueño de mejor calidad que facilita el descanso.

El primer paso es encontrar una buena posición para estar al realizar los ejercicios. Muchas técnicas sugieren posiciones diferentes entre ellas: inclinada (en el estómago), descansando en la espalda, sentado con piernas cruzadas, sentado en los pies con las rodillas hacia delante, o parado. No importa las sugerencias, se necesita estar en una posición confortable. Si no se está cómodo, sin importar como respire, el sujeto no podrá relajarse. Se puede intentar cambiar de postura periódicamente a lo largo de los ejercicios de respiración; de hecho algunas técnicas lo recomiendan.

El siguiente paso es utilizar la técnica respiratoria adecuada. Naturalmente tendemos a hacer pequeñas respiraciones. Los ejercicios de respiración significan tomar respiraciones más largas, profundas y completas. Este tipo de respiración cambia el porcentaje de dióxido de carbono en nuestro sistema, relajándonos. Para lograr este tipo de respiración, el sujeto necesita estar seguro de respirar

moviendo el estómago dentro y fuera (hacia y lejos de la columna vertebral). Necesita estar seguro que los hombros estén relajados; si estos se mueven arriba y abajo la respiración es muy superficial. Una respiración profunda bien hecha mueve hacia fuera el estómago, pecho y clavícula.

La respiración adecuada es profunda y muy lenta. Es mejor permitir cerca de 4 a 6 segundos por cada inhalación y por cada exhalación; es más importante enfocarse más en la técnica que en el tiempo. Se tiene que respirar profundo e inhalar por la nariz, y exhala por la boca. Una técnica de yoga común es apretar la garganta cuando se exhale para que suene como si se estuviera susurrando.

Se debe intentar mantener toda la atención en la respiración. La finalidad de los ejercicios de respiración es liberar la mente del estrés, y no enfocarse en él. Probablemente la persona que practique estos ejercicios notará que la mente divaga; cuando esto sucede se tiene que tratar de regresar inmediatamente la mente a la respiración. Una vez que ya tenga más experiencia entonces le será más fácil enfocarse en la respiración y relajarse en lugar de pensar en los problemas diarios.

Puede que también encuentre útil practicar ejercicios de visualización mientras respira profundamente. Debe imaginar cada músculo del cuerpo y enfocarse en que estos se sientan relajados. Una vez que una parte del cuerpo este relajado, debe iniciar con otra. O también se puede enfocar en el estrés que físicamente sale del cuerpo a través de los dedos de las manos y los pies.

RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA.

La relajación muscular progresiva es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en los primeros años de 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Jacobson entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad. También descubrió que el procedimiento de relajación es efectivo contra la úlcera, insomnio, y la hipertensión.

Las técnicas de relajación al principio de siglo eran utilizadas sólo en el ámbito clínico, pero actualmente es una técnica que la pueden llevar a cabo todas las personas. La técnica de Jacobson todavía es popular entre los modernos fisioterapeutas.

Debido a la importancia que actualmente se le otorga a la tensión, “estrés” como causante de diversos desequilibrios que a su vez también repercuten en el ámbito laboral, vida cotidiana, etc., ha hecho que aumente el interés por estas técnicas.

Las técnicas de relajación muscular progresiva son un conjunto de ejercicios mediante los cuales se tensan y relajan los distintos grupos musculares del cuerpo para poder de esta manera redescubrir cuándo nuestros músculos están en tensión y aplicar entonces el procedimiento.

Nos menciona Kirsta (1986) que el éxito de la relajación depende de:

Reconocer y relajar la tensión muscular.

Practicar diariamente en casa.

Aplicar la relajación en la vida cotidiana.

Convertirla en un hábito.

Las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez aumenta la sensación subjetiva de la ansiedad. Esta técnica reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad (Davis, 1985).

La Relajación Muscular Progresiva es una estrategia basada en principios de que la relajación es lo opuesto a la ansiedad. Jacobson (1939) desarrolló esta técnica entrenando a los pacientes a tensar y relajar varios pares de músculos a través del cuerpo de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos y piernas) (Reynoso y Seligson, 2005).

La relajación actúa directamente sobre el individuo en lo que se refiere al control de los estresores, lo que permite aumentar la capacidad de responder de forma anticipada a estos eventos. De cualquier manera para hacer frente al estrés. La relajación tiene 2 ventajas inmediatas. La primera es que tan pronto un individuo comience a practicar técnicas de relajación se dará cuenta de cuáles son las partes del cuerpo más propensas a la rigidez y el dolor. Esto le ayudará a mantenerse alerta respecto a los factores que podrían incrementar la tensión; un reporte, una junta, etc. En segundo lugar, se sentirá mucho mejor si emplea solo 5 min relajando los músculos de la cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos, y piernas liberándose de un dolor de cabeza hasta sentirse tranquilo y renovado, Krista (1986) considera que 20 minutos de relajación profunda pueden relajar y

reanimar la mente y cuerpo en la misma medida que si se hubiera dormido durante 2 horas.

Las técnicas de relajación se han utilizado mucho para reducir los altos niveles de estrés y el dolor crónico. La utilización de las técnicas de relajación permiten que la persona ejerza control sobre las respuestas corporales a la tensión y la ansiedad, el dolor o fomentar la salud.





INOCULACION DEL ESTRÉS.

La inoculación de estrés es un programa de habilidades de enfrentamiento creado por Donald Meichenbaum, es de naturaleza reeducacional porque enfatiza la enseñanza de una serie de auto instrucciones para enfrentar sucesos que producen estrés, en vez de intentar inicialmente modificar las ideas o filosofías que crean el estrés, esta técnica ha sido modificada aplicada en pacientes que padecen de dolor físico, temor a viajar en avión, ansiedad por pruebas (Meichenbaum, 1972) y problemas de la ira. Incluye tres fases:

Fase educacional: El terapeuta intenta lograr dos cosas (1) enseñarle al paciente que su forma deficiente de manejar el estrés es causada por sus pensamientos, y que un cambio exitoso sería el resultado del aprendizaje de nuevos pensamientos que les ayudarían en las situaciones de estrés; (2) mostrar a los clientes que sus reacciones ante estrés más que ser una reacción masiva son resultado de una serie de cuatro etapas y que podrían aprender auto-aseveraciones efectivas para contrarrestar cada etapa. Podrían aprender a prepararse para un factor de estrés; confrontar o manejarlo; enfrentarse positivamente cuando estuvieran agobiados por sentimientos negativos; y reforzarse por enfrentar.

Segunda fase de la inoculación de estrés: La Fase de ensayo se les ayuda a los pacientes a desarrollar una serie de auto-aseveraciones adaptativas que les ayudarían a resolver o a manejar cada una de las cuatro etapas de la reacción de estrés. Los auto-aseveración aprendidas les ayudan a los pacientes en la siguiente forma:

- 1.-Evaluar en una forma realista las dificultades y el estrés que encierra una situación, y a controlar los pensamientos e imágenes negativas que tienen con respecto al estrés.
- 2.-Motivarse para manejar y confrontar el factor de estrés en una forma racional.
- 3.- Manejar los temores que surgen durante la experiencia de enfrentarse con la situación de estrés.
- 4.- Reforzarse por enfrentar la situación, ejemplo:

Auto aseveraciones para manejar la ira y la ansiedad Meichenbaum (1972).

I. IRA

A) Prepararse para un factor de estrés.

*Esto me va a angustiar pero sé cómo manejarlo
Puedo manejar la situación. Sé como regular mi ira
Si me voy a encontrar angustiado, sabré que hacer
No hay ninguna necesidad de un pleito
Intenta no tomarlo con demasiada seriedad
Esta podría ser una situación de prueba pero creo en mi mismo
Es momento para unas cuantas inhalaciones profundas de relajación.
Siéntete cómodo, relajado y tranquilo*

Tómalo con calma. Recuerda conservar tu sentido del humor.

B) Confrontar/manejar el factor de estrés.

Mantente calmado. Sigue relajándote

Siempre y cuando mantenga la calma estoy bajo control

Déjate llevar por la corriente: no pierdas la compostura

Piensa en lo que quieres obtener de esto

No necesitas probar nada acerca de ti mismo

No tiene caso enojarse

No le des importancia de la que tengas que darle

No voy a dejar que me afecte

Busca lo positivo. No supongas lo peor no te precipites en sacar conclusiones.

Realmente es una vergüenza que ella tenga que actuar así

Parece tan irritable, debe ser terriblemente infeliz

Si empiezo a enojarme, solo estaré dándome de topes contra la pared. Así que más vale que me relaje

No hay necesidad de dudar de mí mismo. Lo que él dice no tiene importancia

Estoy a la cabeza de esta situación y está bajo control.

c) Enfrentar la Excitación

Mis músculos están empezando a sentirse tensos

Es el momento para relajarme y tomar las cosas con calma

El angustiarme no va a ayudar

No vale la pena enojarse tanto

Dejaré que él haga el ridículo

Estoy en mi derecho de estar molesto, pero voy a mantener la calma.

Es hora de respirar profundamente

Tomemos el asunto punto por punto

Mi ira es una señal de lo que debo hacer. Es el momento de darme instrucciones

No voy a dejar que me manipulen pero tampoco me voy a alocar

Intenta razonarlo. Trátense con respeto.

Intentemos un enfoque cooperativo. Quizá los dos tengamos razón.

Lo negativo conduce a más negativo. Trabaja constructivamente

El probablemente quisiera verme realmente enfadado. Bueno lo voy a decepcionar.

No puedo esperar que la gente actúe como yo quiera.

d) Cuando el conflicto está resuelto, o el enfrentamiento es exitoso

Lo maneje bastante bien. Funciono

No fue tan difícil como lo pensé

Pudo haber sido mucho peor

Pude haberme angustiado mucho más de lo que ameritaba

De hecho lo maneje sin enfadarme

Mi orgullo definitivamente puede causar que me meta en problemas, pero cuando no tomo las cosas con demasiada seriedad, me va mejor

Me supongo que he estado angustiándome demasiado tiempo cuando ni siquiera ha sido necesario

Estoy haciendo esto cada vez mejor.

II. ANSIEDAD

A) Prepararse para un factor de estrés

Que tengo que hacer?

Puedes desarrollar un plan de trabajo para manejarlo

Solo piensa qué puedo hacer al respecto

Esto es mejor que ponerme ansioso

Nada de auto aseveraciones negativas: sólo piensa racionalmente

No te preocupes; preocuparte no te ayudara

Quizá pienso que la ansiedad es un anhelo de confrontar el agente del estrés.

B) Confrontar/Manejar el factor de estrés

Me voy a sugestionar –puedo enfrentarme al desafío-

Puedo convencerme para hacerlo, puedo razonar y alejar mi temor

Paso por paso; puedo manejar la situación

No pienses en el temor; solo piensa en lo que tengas que hacer

Mantente en lo tuyo

Esta ansiedad es lo que dijo el doctor que iba yo a sentir.

Esta tensión puede ser un aliado; una señal para enfrentarme

Relájate; estoy controlado. Respira profundamente

Ah, es bueno

c) Enfrentarse con la sensación de estar abrumado.

Cuando aparezca el miedo, detente

Concéntrate en el presente, que es lo que tengo que hacer?

Contar del cero al 10 y observar cómo cambia el miedo

Debo esperar que mi temor aumente

No intentes eliminar el miedo totalmente; sólo mantenlo manejable.

d) Reforzarse

Funcionó: lo logré

Espera que le cuente a mi terapeuta (o al grupo de terapia) acerca de esto.

No fue tan malo como esperaba

Le di al miedo más importancia del que tenía

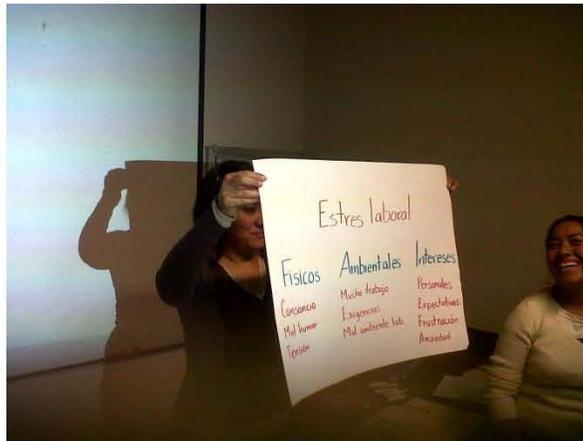
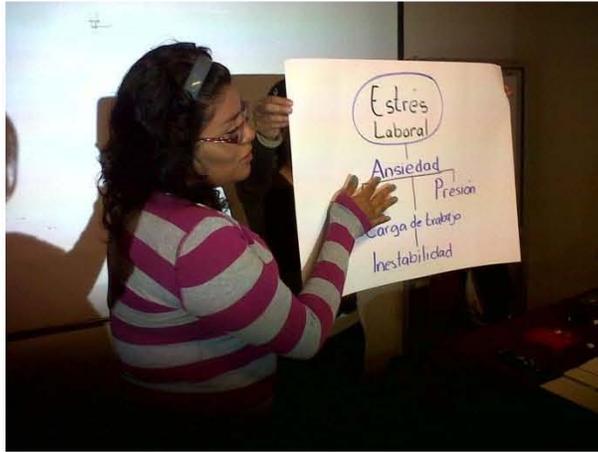
Mis malditas ideas-ese es el problema. Cuando las controlo, controlo el miedo

Esto va mejorando cada vez que utilizo los procedimientos

Puedo sentirme contento con el progreso que estoy haciendo

Lo logré.







ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. En términos simples, abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos, el odio y el resentimiento, pero a menudo los padecimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio (Rimm y Masters, 1974).

El entrenamiento asertivo beneficia al paciente de 2 maneras significativas:

- 1) Comportarse de manera más asertiva generará en el individuo un sentimiento de bienestar, ya que tal clase de respuesta reduce el estrés:
- 2) Al responder de manera asertiva la persona estará en mejores condiciones de lograr recompensas tanto sociales como materiales, lo que propiciará que viva más tranquilo (Reynoso y Seligson, 2005).

El entrenamiento asertivo (una técnica de la terapia de conducta) Las primeras referencias a la problemática del entrenamiento asertivo, aun cuando no se le daba esta denominación, la encontramos en los trabajos de A. Salter; quien en su libro titulado *Terapia Reflejo Condicionada* publicado en 1949, se refería a los efectos negativos del condicionamiento emocional y presentaba en dicha obra un

modelo contentivo de una serie de procedimientos para el tratamiento de dicho trastorno.

El término asertividad fue acuñado por J. Wolpe, quien basado en los trabajos de Salter, empleó por primera vez el término en su libro *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*, publicado en 1958. Wolpe establece la relación entre asertividad y ansiedad, planteando que el comportamiento asertivo actúa como inhibidor de la respuesta de ansiedad y que bajo ciertas condiciones, la ansiedad condicionada puede inhibir la expresión del comportamiento asertivo. A partir de los trabajos de Wolpe, el tema de la asertividad cobra un gran auge y muy pronto los aportes de otros autores: Wolpe y Lazarus, Alberti y Emmons, McFall y Maeston, Rathus, Galassi y otros dan legitimidad a la existencia de un área dentro de la psicología y de la psicoterapia dedicada al estudio de la asertividad.

En la actualidad la asertividad suele confundirse o vincularse como parte principal de la temática del desarrollo de habilidades sociales y del modelo de la competencia social empleados en programas de Psicología Comunitaria y de la Psicología de la Salud.

Las mujeres suelen tener más dificultades que los hombres para ser asertivas, debido, en parte, a que la asertividad se confunde con la agresividad y ésta no forma parte del papel femenino, aunque, en ese caso, no es asertividad. Las mujeres se socializan en la pasividad y en otros muchos rasgos similares por ser contrarios a la asertividad. A menudo, las mujeres se preocupan por mantener relaciones armoniosas con otros y temen que mostrarse asertivas provoque fricciones. El problema consiste en que mantener siempre a raya los propios sentimientos tiene un coste: la sensación de frustración, ineficacia o daño. Algunos terapeutas creen que la depresión puede derivarse de la falta de aserción

A pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas en torno al terna de la asertividad, el concepto mismo sigue siendo, posiblemente, uno de los conceptos más polémicos en el campo de la psicología y de la psicoterapias en cuanto a sus elementos constitutivos y al alcance que por distintos autores se brinda al término, lo que podemos observar en las definiciones y caracterizaciones que a continuación presentaremos.

Para Salter, la asertividad estaba vinculada con lo capacidad del individuo para expresar sus emociones (personalidad excitatoria), mientras que la falta de asertividad la vinculaba con la inhibición o dificultad para la expresión de las emociones (personalidad inhibitoria).

Wolpe (1979) define la asertividad como la expresión apropiada de cualquier emoción diferente de la ansiedad; con relación a otra persona.

Wolpe y Lazarus ven la asertividad como toda expresión aceptable de derechos y sentimientos.

Lazarus, posteriormente a la conceptualización realizada con Wolpe, brinda la siguiente definición de asertividad: hábito de libertad emocional que implica la capacidad para proporcionar información acerca de uno mismo de manera madura y honesta.

Para Alberti y Emmons, se ve como toda conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de los demás.

Versen y Bellach, ven el comportamiento asertivo como una conducta necesaria para enfrentar situaciones problemáticas e implica elementos tales como: hablar de los propios sentimientos, expresión de sentimientos negativos, defender los propios derechos y rehusar demandas poco razonables de parte de los otros.

Lang y Jacobowski, consideran el comportamiento asertivo como la defensa de los derechos personales y la expresión de los propios pensamientos, sentimientos y creencias de manera abierta, honesta y apropiada y teniendo en consideración el no violar los derechos de las otras personas.

En las definiciones y caracterizaciones anteriores, podemos observar que conjuntamente con algunos elementos que son más o menos aceptados por la mayoría de los autores, hay otros comportamientos implicados en las definiciones que se corresponden de manera muy particular con la posición teórica de la cual se parte en relación con la asertividad. En general los factores que se vinculan con la asertividad son:

- 1.- Expresión de sentimientos positivos y negativos.
- 2.-Defensa de derechos personales.
- 3.-Expresión de opiniones contrarias.
- 4.-Dar y recibir cumplido.
- 5.-Pedir favores y ayuda.
- 6.-Ofrecer favores y ayuda.
- 7.-iniciar, mantener y terminar conversaciones.
- 8.-Resistir presiones.

Las diferencias existentes en cuanto a la definición y caracterización de la asertividad no ha impedido, la multiplicación de una abundante producción de modelos y estrategias para el tratamiento de la asertividad. Esta riqueza de estrategias y modelos ofrece múltiples opciones para el entrenamiento en actividad, por otra parte, constituye una dificultad a la hora de evaluar la efectividad de dicha práctica y también para los desarrollos teóricos e investigativos sobre la temática, pues ante la falta de uniformidad investigadores y terapeutas se ven obligados a referir sus resultados al modelo o estrategia empleados en cuestión y no al entrenamiento asertivo en general.

A partir de lo dicho, creemos conveniente acercarnos a una definición general de lo que representa el entrenamiento asertivo antes de entrar en la consideración de los distintos modelos que, se han elaborado para su ejecución.

El entrenamiento asertivo, constituye una de las formas para manejar las dificultades que se presentan en la comunicación interpersonal por falta de habilidades para expresar los sentimientos con respecto a sí mismo y a los demás. A través del entrenamiento, la persona adquiere la habilidad para expresar de forma más eficaz sus opiniones, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada.

El entrenamiento también capacita al individuo para identificar y actuar sobre aquellos factores tales como: ansiedad, temor, sentimientos de culpabilidad, ideas irracionales, valores o creencias que en alguna forma dificultan o inhiben la expresión de la asertividad.

Para la eliminación de los déficit en asertividad, se han diseñado diversos programas de entrenamiento, los cuales en una u otra medida responden, o se ajustan, a los factores etiológicos aceptados como causantes de la inasertividad. Hay cuatro modelos explicativos principales:

1) Un primer modelo enfatiza los aspectos del aprendizaje. Así la falta de aprendizaje de los componentes esenciales para poder expresar un comportamiento asertivo, es planteado como la causa de la inasertividad. La persona carece de las habilidades correspondientes porque no las ha desarrollado o las ha aprendido de manera inadecuada.

Las estrategias terapéuticas que se utilizan para eliminar los déficits planteados por este modelo son: ensayo conductual, modelaje, práctica de respuestas e instrucciones del terapeuta, retroalimentación y refuerzo social.

2) Un segundo modelo es el de Inhibición de la respuesta. En el mismo se plantea que el individuo tiene las habilidades necesarias para brindar una respuesta

asertiva, pero que esta se encuentra bloqueada, inhibida o distorsionada por ansiedad condicionada a las situaciones sociales (ansiedad social o interpersonal).

En esta situación, las técnicas terapéuticas que se emplean van dirigidas específicamente a la reducción y control de la ansiedad, por ejemplo el procedimiento de desensibilización progresiva o sistemática de J. Wolpe.

3) Un tercer modelo, variante del anterior, es el de la inhibición mediatizada. Este modelo plantea, básicamente, la existencia de una inhibición mediatizada por diversos factores cognitivos tales como: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas, expectativas y creencias irracionales, auto verbalizaciones negativas, auto instrucciones inadecuadas, patrones perfeccionistas de evaluación, expectativas negativas en relación con las consecuencias de la expresión de una respuesta asertiva, y otras.

4) Por último, tenemos el modelo de fallas en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento asertivo resulta apropiado (conocimiento de la respuesta adecuada y de cómo y cuándo debe emitirse), esto es, la percepción social de lo oportuno y conveniente de determinado comportamiento que en algunos casos, y en relación con el comportamiento asertivo, falla o falta en el individuo.

En este caso, las técnicas que se emplean como componente del programa de tratamiento son: técnica de modelaje, instrucción y retroalimentación. Diversas investigaciones han puesto en evidencia que variables tales como: sexo, edad, valores sociales, factores situacionales vinculados a la expresión de la asertividad: si es en público o en privado, con personas conocidas o con desconocidos, familiares o amigos, pueden afectar la expresión de la respuesta asertiva. Por otra parte, los diversos componentes que se adjudican al concepto: expresión de afectos, confrontación, expresar negativas, y otros, hacen que éste no pueda ser considerado como alguno unitario, sino más bien de una forma multivariada; por lo que consideramos que ninguno de los modelos presentados anteriormente puede por sí sola explicar los diversos y complejos factores que están presentes en los casos en que existen déficit en la expresión de la asertividad y que cualquier programa de tratamiento elaborado sobre la base única de uno de estos modelos, resultará limitado.

A. Salter (1949) con el objetivo de mejorar la expresión de la asertividad en sus pacientes, empleaba un procedimiento que estaba basado en los siguientes elementos: hablar sobre los propios sentimientos, la expresión de desacuerdos (contradecir y enfrentarse), el uso del abre yo como forma para que el sujeto se responsabilizara con sus sentimientos, pensamientos y emociones; alabar y

asentir cuando esto fuera adecuado; improvisar (realizar acciones de forma espontánea). Salter hacía énfasis en que el paciente atendiera de forma particular el aquí y ahora, es decir a los sentimientos, pensamientos, comportamientos presentes; empleaba tareas terapéuticas en vivo (enfrentar situaciones problemáticas en la realidad); empleaba también la relajación e imágenes agradables como medios para enfrentar la ansiedad o para fomentar una conducta deseada.

J. M. Smith. (1983) Presenta un método para el entrenamiento asertivo basado en los cuatro elementos siguientes

1. Descripción y aplicación razonada del comportamiento en cuestión.
2. Demostración o modelaje.
3. Ensayo conductual.
4. Retroalimentación.

Empleaba igualmente las asignaciones de tareas para que el individuo ensayara en la realidad las habilidades asertivas que estaba adquiriendo, y garantizar de esta manera la generalización de estas habilidades en la vida real.

J. Wolpe (1958) En los casos de ansiedad condicionada que interfiere la expresión de comportamientos asertivos, en situaciones interpersonales, plantea la utilización de su método de terapia contra condicionamiento o inhibición recíproca conocido como Desensibilización Progresiva o Sistemática. El método en cuestión consta de las siguientes etapas:

1. Entrenamiento en relajación profunda.
2. Construcción de una jerarquía de estímulos o situaciones que provocan ansiedad.
- 3.3. Desensibilización propiamente dicha: el sujeto selecciona una de las situaciones que le provocan ansiedad y trata de revivirla lo más nítidamente posible, a nivel imaginativo, cuando la ansiedad aparece, el sujeto se relaja y sigue pensando en la situación. El procedimiento se repite hasta que el sujeto sea capaz de pensar en la situación sin que esto le provoque ansiedad. Después se sigue con la próxima situación.
4. Prueba de generalización en vivo. El sujeto se enfrenta, en la realidad, a la situación evocadora de ansiedad.

En este método, la respuesta de relajación se emplea como una vía para inhibir la respuesta de ansiedad (contra condicionamiento), la cual se supone se extinga cuando ante repetidas exposiciones, primera a nivel de la imaginación y después en vivo, a la situación problemática evocadora de ansiedad, ésta acaba por no hacerse presente.

Richard M. Fister (1981) Considera el uso del entrenamiento asertivo como vía para facilitar la expresión de conductas apropiadas socialmente. Utiliza como método fundamental la dramatización, llevando a cabo una representación de las situaciones del problema que son llevadas a escenas dramáticas de acuerdo con las descripciones que el paciente ha brindado sobre la situación.

Fister registra en video las actuaciones y las utiliza como vía de retroalimentación. Este autor, propone como estrategia el ir trabajando de manera paulatina los distintos componentes que están presentes en la respuesta asertiva: tono de voz, contacto visual, postura, gestos, entre otros, antes de llevar a la práctica la representación de comportamientos más complejos como un todo.

Sharon A. Bower (1981) A propuesto un modelo que además de ser empleado en el entrenamiento de la asertividad, puede utilizarse también para la solución de múltiples problemas en las relaciones interpersonales. El método en cuestión se identifica con las siglas DESC, que significan (en inglés):

D = Descripción. Una vez que se ha identificado la situación problemática, se le pide al paciente que trate de describirla lo más claramente posible; si se desea, se puede emplear la dramatización para la presentación de la situación.

E = Expresión. El segundo paso es la expresión de los sentimientos que aparecen asociados a dicha situación o comportamiento.

S=Especificación. Se especifica la forma en la que se desea que cambie la situación. Si es un comportamiento presente en otra persona, entonces se debe especificar en qué sentido deseamos que este comportamiento cambie.

C =Consecuencias. Las consecuencias esperadas deben ser también especificadas, esto es, qué sucede si el paso anterior se cumple o no se cumple.

Con todos los elementos anteriores, se construye un guión el cual será después representado mediante una dramatización. Este método es también conocido como técnica del guión dramatizado.

Alan E. Kazdin (1981) Propone un método para el desarrollo de las habilidades asertivas a través del modelado encubierto: el sujeto debe imaginarse un modelo que está desarrollando determinada actuación. Para Kazdin, la conducta asertiva se expresa a través de elementos tales como: la defensa de los derechos propios; rehusar cumplir exigencias que consideramos inaceptables, hacer a otros peticiones justas y demandas razonables, mantener, por lo general, abiertamente los sentimientos propios (positivos y negativos).

Lange y Jakubowski (1983) El modelo para el entrenamiento asertivo propuesto por estos autores, combina procedimientos cognitivos y conductuales, es un modelo concebido para valorar los aspectos cognitivos y conductuales de los déficits en asertividad en situaciones concretas y para utilizar aquellos procedimientos cognitivos y conductuales que parezcan ser los más apropiadas para los pacientes en cuestión. El modelo consta de las cuatro etapas siguientes:

- 1- El desarrollo de un sistema de creencias en el cual se refleja el respeto de los derechos asertivos propios y de los derechos de los demás.
- 2- Establecimiento de una clara distinción entre los comportamientos asertivos, no asertivos y agresivos.
- 3- La reestructuración cognitiva en los casos concretos
- 4- El ensayo conductual de las respuestas asertivas en situaciones específicas.

Los autores también plantean tareas asertivas para que los sujetos realicen fuera del marco del entrenamiento.

Actualmente en nuestro país resultan mínimas el número de investigaciones y el desarrollo de modelos para la realización del entrenamiento asertivo, para lo que es conveniente, dada la frecuencia de la falta de asertividad en los sujetos que requieren de la ayuda psicoterapéutica, impulsar más investigaciones y el desarrollo de procedimientos para efectuar el tratamiento en asertividad, a personas que requieran del mismo.





CAPITULO 2

ESTRÉS Y ESTRÉS LABORAL



CAPITULO 2

ESTRÉS Y ESTRÉS LABORAL

Hablar de estrés implica tomar acciones, Fontana (1992) lo define como una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo, normalmente se puede hablar de un equilibrio deseable dentro de cada individuo, entre la intensidad de inteligencia y la capacidad de responder, si aquella está por debajo de ésta quizá nos sintamos aburridos y desalentados, lo cual puede producir problemas psicológicos y físicos tanto dañinos como los producidos por el estrés. Por lo tanto, si la exigencia se encuentra por encima de nuestra capacidad para afrontar, podemos sentirnos muy tensos y finalmente muy abrumados, cuando dicha tensión tiene lugar podemos intentar reducir la demanda hasta que alcancen los niveles de la exigencia e incrementar las capacidades. Hasta que se logre un grado aceptable de armonía para ambas de esta manera el primer paso para tomar las medidas contra el estrés es la movilización, es decir, tomar las acciones para realizar algo, tomando la decisión de actuar lo que sigue es identificar qué es lo que está causando el estrés, que se necesita hacer para resolver las situaciones que lo provocan y que impide hacerlo.

La palabra estrés etimológicamente tiene su origen en las palabras latinas *strictus* (estrechamiento) y *stringere*, que significa en un sentido derivado de la palabra, provocar tensión. Este término se usa por primera vez probablemente alrededor del siglo XV y a partir de entonces, durante muchos años, se emplearon en textos en inglés numerosas variantes de la misma, como stress, stresse, strest, e inclusive straisse. Baccaro (1994) afirma que estas palabras reflejan constricción de los músculos y la respiración experimentadas por la gente bajo el efecto del estrés, sin embargo éste término ha sido utilizado para situaciones adversas difíciles

En la época primitiva, el hombre vivía en cavernas, se escondía en las selvas, enfrentaba animales salvajes, mataba hombres y fieras en brutales luchas para sobrevivir, de esta forma se dice que ya padecía tensión nerviosa, amenazado por el instinto más poderoso de la naturaleza: el instinto de conservación. Es importante destacar que las manifestaciones del estrés en el hombre primitivo eran esparcidas en el tiempo, como ya se mencionó antes, cuando huían por algún motivo o luchaban por el alimento; había largos periodos de relajación. En el mundo actual lo que ocurre entre las personas es la no existencia de esos periodos, las personas de comunidades pequeñas también tienen estrés, no en las dimensiones grandes como en las ciudades, capitales y centros urbanos, pero tienen otras razones: las preocupaciones, las tensiones cotidianas, la inestabilidad económica del mercado y el desempleo. (Baccaro, 1994).

Fontana (1995) lo define como una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo, se puede hablar de un equilibrio deseable dentro de cada

individuo, entre la intensidad de inteligencia y la capacidad de responder. Si aquella está por debajo de esta quizá nos sintamos aburridos y desalentados, lo cual puede producir problemas psicológicos, y físicos que dañan nuestra salud. Por lo tanto si la exigencia se encuentra por encima de nuestra capacidad para afrontar, podemos sentirnos muy tensos y finalmente muy abrumados, cuando dicha tensión tiene lugar podemos intentar reducir la demanda hasta que alcancen los niveles de la exigencia e incrementar las capacidades. Hasta que se logre un grado aceptable de armonía para ambas.

Concepto de Estrés

Según Urquidí L. y Rodríguez J. (2010) existen tres definiciones del estrés basadas en los estímulos, en la respuesta y basados en los estímulos-respuesta.

La definición basada en los estímulos. Indica que el estrés es la fuerza de un estímulo que actúa sobre el individuo y que genera una respuesta de tensión, en el cual la tensión es sinónima de presión o en sentido físico de deformación, esta definición pasa por alto las diferencias individuales de las personas en cuanto a características físicas, motivaciones y lo cultural.

La definición basada en la respuesta. Considera el estrés como una respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un sujeto ante un estresor ambiental, el estresor puede consistir en un evento externo en situación potencialmente nociva. Desde el punto de vista la respuesta del estrés aparece como una acción generalizada a diferentes factores del medio sean estos positivos o negativos, es decir no se distinguen las características cualitativas y cuantitativas de las variantes del medio que afectan al sujeto.

Definición basada en el estímulo-respuesta Constituye una combinación de las dos definiciones anteriores, Ivancevich y Mattenson (1989) citado en Hernández, R., Rodríguez, M., (2004), manifiestan que el estrés es una respuesta adaptativa, medida por las características individuales y por los procesos psicológicos, la cual es consecuencia de alguna acción de una situación o de un evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas, por lo que el estrés aparece cuando un estímulo amenazante aumenta la activación del organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación, para mitigarlo. Lo que provoca un desequilibrio entre el y las exigencias provenientes del medio ambiente.

De esta manera, el estrés ha sido definido por varios autores como un estímulo negativo el cual amenaza las capacidades del individuo. También se le denomina diestrés, mientras que existe otro tipo de estrés que pone a prueba las habilidades de afrontamiento, pero no las transforma, es el denominado estrés positivo ó eustrés que se experimenta como placer, excitación, aprendizaje, como por ejemplo el placer sexual etc. Por lo que el estrés es una respuesta de carácter psicofisiológica, vital para el ser humano pero cuando excede sus limitaciones es negativa para la salud física e integridad mental del individuo.

Factores que provocan el estrés

Hablar de los factores que provocan el estrés implica pensar que han ido evolucionando conforme el tiempo debido a los avances que hoy en día están a la vanguardia de la vida cotidiana de las personas. Fontana (1995) habla de dos tipos de estresores: los “naturales” que se relacionan principalmente con la supervivencia física del ser humano como la necesidad de alimento, de abrigo, de seguridad y de una pareja para procrear; y los que materialmente tienen que ver con los mecanismos básicos de supervivencia y bastante más con el éxito social; con la generación de niveles de vida cada vez más altos; con la satisfacción de las expectativas de vida de nosotros y de los demás, considerando estos últimos como estresores “artificiales”.

Cada persona es diferente, por lo tanto no reaccionara igual que las demás ante una situación bajo presión, el estrés puede ser entendido como una respuesta personal y resultado negativo de un desequilibrio entre la presión y la capacidad de un sujeto para enfrentarla, entonces un sujeto que esté preparado para afrontar el estrés generará en su vida una serie de beneficios adicionales tomando control de la situación y mejorando su autoestima ya que posee la habilidad de afrontamiento para el manejo eficaz de la presión. (Williams y Cooper, 2004)



Para Baccaro (1994) las personas padecen de estrés con el simple hecho de viajar, de igual forma algunas situaciones como ganar la lotería conllevaran a las personas a un estrés del mismo nivel que tiene la pérdida de empleo, solamente que es llamado algo “positivo”.

Uno de los caminos para evitar estos problemas está basado en una alimentación adecuada, rica en productos naturales, legumbres crudas, frutas, sal y azúcar con cierta moderación, nunca ingerir vitaminas sin receta médica, sustituir las carnes

rojas por las blancas, pues son de más bajo nivel de colesterol, además de evitar ciertos alimentos, como el café, los fritos y los condimentados.

Cruz y Vargas (2001) concluyen que actualmente existe una gran incidencia de trastornos y síntomas de estrés y ansiedad, de esta forma los trastornos afectivos en forma de ansiedad representan más del 25% de los casos nuevos atendidos cada año en los centros de salud mental. La ansiedad generalmente esta correlacionada con la depresión y constituyen, entre las dos cerca del 50% de la actividad total de dichos centros.

Para Rollo May, (1982, citado en Amutio 1988) consideran la ansiedad, junto con la depresión y la agresividad como los tres principales ingredientes del estrés. La ansiedad en si es considerada como mero sentimiento subjetivo que acompaña al estrés puesto que acompaña otros sentimientos negativos: como la intranquilidad, la agresividad, e incluso la depresión. La ansiedad es como el individuo se relaciona con el estrés, lo acepta, y lo interpreta.

Historia del estrés.

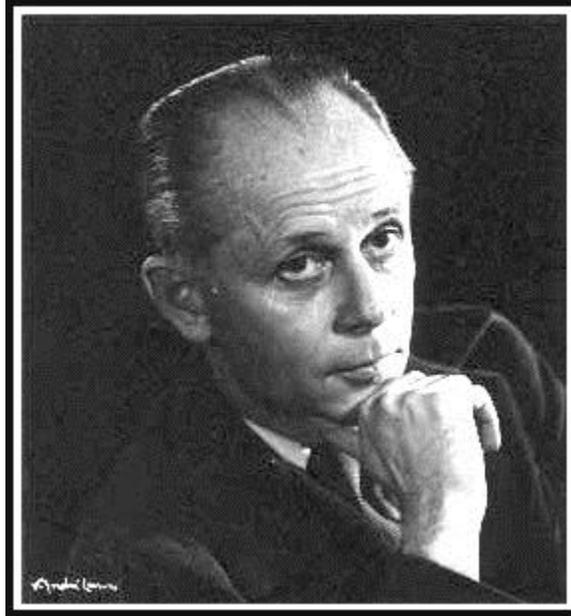
El estrés es un fenómeno tan antiguo como la historia de la humanidad. Desde épocas prehistóricas, ya se hablaba de estrés, pues tanto el hombre como la mujer experimentan un sentimiento común que denotaba un agotamiento el cual resultaba de la exposición prolongada al frío, al calor, a la pérdida de la sangre o cualquier tipo de enfermedad y posiblemente descubrieron que la respuesta a un esfuerzo extenuante y prolongado se presentaba por etapas: Primero experimentaban una situación ardua, luego se acostumbraba a ella y por último no podían tolerarla.

Lazarous (1986) afirma que la palabra estrés es anterior a su uso sistemático ya que fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad, o aflicción en el campo de la física como una fuerza externa, afirmando que el estrés actúa como una fuerza generada en el interior del cuerpo como la consecuencia de la acción que tiende a distorsionarlo (Hocke citado en Lazarous, 1986),

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense *Hans Selye* 1926 endocrinólogo de la Universidad de Montreal, a quien frecuentemente se le llama el padre del concepto del estrés (Merín, 1995).

Desde ese entonces “estrés” se ha convertido en una palabra famosa que pretende expresar una carga o tensión teñida de una cierta colaboración patológica, “debía servir como común denominador de todas las reacciones de acomodación del cuerpo” o “como reacción atípica del cuerpo a cada exigencia que le sea planteada, estrés es el estado que se manifiesta como un síndrome

específico compuesto por todas las variaciones no específicas provocadas dentro de un sistema biológico” (Selye, citado en Lazarous 1986).



Hans Selye (1926)

En 1926 Selye cuando estudiaba medicina en Praga, observó que sus pacientes, sin importar cual fuera la enfermedad que padeciesen, manifestaban un “síndrome de estar enfermo sencillamente”, es decir mal aspecto, dolores indefinidos, trastornos digestivos, falta de apetito o fiebre), diez años más tarde volvió a recobrar esta investigación con ratas y se dio cuenta de que estas al ser sometidas a un proceso de agentes diversos, pasaban por tres procesos:

1. Un considerable aumento en el tamaño de las cápsulas suprarrenales,
2. Reducción intensa de los órganos linfáticos
3. Úlceras en el estómago y duodeno

En el año de 1932 Canon consideraba al estrés como una perturbación de la homeostasis ante una situación de frío, falta de oxígeno, descenso de glucemia entre, otros, desde entonces esos indicadores se constituyeron en parámetros objetivos que permitían la medición del estrés (Valdez, 1985).

En 1936 Canon y Selye, definen el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que el organismo tiene ante cualquier estímulo nocivo, en el que se encontraba una segregación de hormonas en los sistemas bioquímicos como el incremento de la adrenalina, noradrenalina y cortisol entre otros, por lo que estos

autores denominan a la reacción como el Síndrome General de Adaptación. (SAG).

Según Selye 1950 el Síndrome General de Adaptación consta de tres etapas:

- A. Reacción de alarma que es producida por una situación angustiosa, en la que ocurre la gran mayoría de cambios fisiológicos.
- B. Estadio de resistencia que se instala cuando la exposición ha dicho agente se prolonga. Existe poca capacidad de adaptación del organismo debido a que la resistencia emplea energía que en un momento dado es necesaria para otras funciones vitales.
- C. Estadio de agotamiento, en el que existe la posibilidad de que aparezcan los signos de reacción de alarma, pero si en este proceso de adaptación al agente se agotan los recursos de defensa del organismo hay posibilidades de provocar hasta la muerte.

El punto de vista similar al de Selye es el de Wolff en 1953 quien considera al estrés como una interacción del organismo con los estímulos o circunstancias nocivas (Ortega 1999).

Desde el punto de vista de la Sociología, el término tensión “Strain” es el más usado para significar las causas de desorden o desorganización social, que son análogos al punto de vista que Wolff tiene sobre estrés. Los motines, las revueltas, la criminalidad, los suicidios y los trastornos mentales son vistos como consecuencia del estrés o de tensión en el ámbito social.

El campo de la sociología también tiene aportaciones al concepto con los puntos de vista de los sociólogos Marx, Weber, y Durkeim quienes escribieron externamente sobre alineación, hasta los autores contemporáneos quienes deciden usar el concepto *strain* en lugar de estrés, utilizándolo para describir formas de torsión o de desorganización. Del mismo modo Wolff considero estrés en los sujetos como un estado perturbado del cuerpo.

La palabra alineación se remonta a los escritos de Durkeim en 1893 como una condición de anomía que aparece cuando el individuo experimenta una falta o la pérdida de normas adecuadas que guíen sus esfuerzos para alcanzar las metas socialmente predeterminadas.

En la psicología, el concepto de estrés estuvo implícito como marco organizativo del pensamiento sobre la psicopatología, especialmente en Freud, pero el empleaba el término ansiedad y no estrés.

Por otro lado, en la vertiente psicológica, el estrés fue entendido como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, de hecho es Freud y autores orientados hacia las teorías psicodinámicas quienes empiezan a sustituir el término ansiedad por estrés.

Freud 1939 fue quien dio a la ansiedad un papel central en psicopatología, vinculando el estrés como ansiedad secundaria a conflictos que sirvió como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidos como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa. Pone énfasis en la ansiedad dentro de la patología diciendo que los síntomas patológicos son el resultado del bloque o retraso de la descarga instintiva de la gratificación, posteriormente la ansiedad producida por el conflicto sirve como señal de peligro y desata un mecanismo de defensa.

Según Román (2003) autores como Dollard y Miller (1959) definieron el estrés como una clásica respuesta condicionada que lleva a la aparición de hábitos inútiles de reducción de la ansiedad.

En Estados Unidos se estudiaron las consecuencias psicológicas y fisiológicas del estrés que sufrían los soldados en el combate, producidas en la guerra de Corea y Vietnam en 1950 obtenidos en los postulados de Selye. Los hallazgos más importantes son que las diferencias individuales juegan un papel importante en la reacción de cada individuo hacia un factor estresante igual o parecido. Esto dio paso al desarrollo de terapias conductuales para el tratamiento y prevención de enfermedades, así como la alternativa para reducir el estrés ocupacional y aumentar la productividad en las industrias (Cruz), 2001

Posteriormente, en 1956 aparecen Hull y Spence con su teoría del aprendizaje por reforzamiento, en donde la ansiedad era considerada como una clásica respuesta condicionada, que llevaba a la aparición de hábitos inútiles de reducción de la ansiedad (Cruz, 2001). De hecho en la primera mitad del siglo XX, este concepto de ansiedad tuvo una gran influencia en las investigaciones y en el pensamiento en el campo de la psicología. En consecuencia, durante la Segunda Guerra Mundial el estrés tuvo un efecto movilizador en las teorías e investigaciones sobre estrés.

Es con el trabajo de Grinker y Spiegel titulado *“Men Under Stress”* donde se habla sobre las primeras aplicaciones psicológicas del estrés, debido a que a los

militares les interesaba conocer el efecto sobre el rendimiento en el combate. Este podía aumentar la vulnerabilidad de los soldados a las lesiones o incluso a la muerte, y debilitar sobre todo el potencial de acción efectivo de combate de un grupo.

La guerra de Vietnam también contribuyó a la investigación sobre el estrés en el combate y sus consecuencias psicológicas y fisiológicas, bajo la influencia de la obra de Selye. Los trabajos que se publicaron en esta época fueron relacionados sobre el impacto de las bombas sobre el ánimo (Freud y Burlingham, 1943; Janis, 1951); sobre la manipulación en las prisiones militares (Biderman y Zimmer, 1961); la supervivencia en tiempos de guerra (Von Greyerz, 1962) y sobre los campos de concentración Cohen (Bettelheim, 1960; 1953; Dimisdale, 1980). En 1966 el interés por el estrés en sí mismo se desplaza en cierta medida hacia el afrontamiento, aquí se fue aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Más tarde aparece la medicina psicosomática, donde se fundamenta con pocos datos la idea de que varios tipos de enfermedad tales como úlceras y colitis, podían explicarse sobre la base de formas especiales de procesos “psicodinámicos” hasta llegar a identificar una personalidad ulcerosa, una personalidad “colítica”, una personalidad “migrañosa”. Etc.

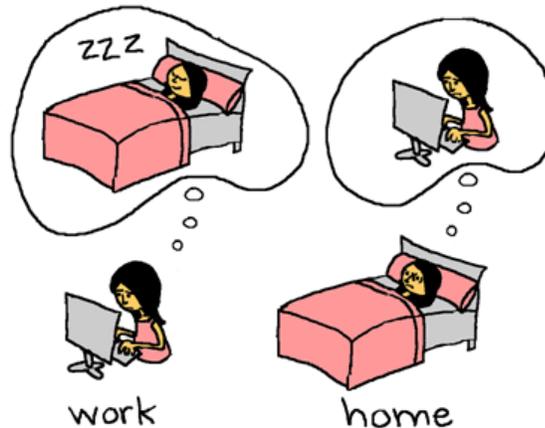
En la década de 1960, se fue aceptando progresivamente la idea de que el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana y que dependiendo de su afrontamiento, se establecerían las diferencias en cuanto a la adaptación lograda como resultado final.

Frankenhaeuser 1989, en su modelo biopsicosocial, incluye la interacción en el ambiente, demandas ambientales, ayuda social, las apreciaciones cognoscitivas del individuo de acuerdo a sus valores, aptitudes, patrones de personalidad, experiencia y genética, configurados por las influencias sociales. Este conjunto de elementos permitió a Frankenhaeuser señalar que las respuestas al estrés son moderadas por los sistemas sociales de soporte, tales como: la familia, los círculos sociales y de la pareja, los cuales ayudan a que el individuo se enfrente a situaciones estresantes. Modulando el impacto total en la persona, en su salud, bienestar y eficiencia (Román,2003).

Según Wheaton y Sandin existen cinco características que definen a un estresor:

- 1.-El estresor debe de implicar amenaza o demanda
- 2.- El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de “elasticidad” de dicho organismo

- 3.- El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que indefinidamente produciría daño en el individuo.
- 4.- Ser consciente del daño potencial del estresor no es necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas.
- 5.- Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por el contrario.



Etapas y Reacciones del estrés

El estrés ha sido entendido:

1. Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales etc.)
2. Como estímulo (capaz de provocar una reacción al estrés).
3. Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

Cuando se dice que una persona está estresada o que tiene estrés, a lo que tiene referencia generalmente es a un estado de ánimo interno que se produce como consecuencia del enfrentamiento de una serie de demandas ambientales, que superan la capacidad de hacerle frente afectando todo sus recursos biopsicosociales. A partir de esto, al estrés se le ha caracterizado como una reacción centrada en el ambiente atribuyéndolo a los condicionantes ambientales, es decir a los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes y que producen sentimientos de tensión.

Schroeder y Costa en 1985 entienden el estrés como una respuesta centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Se entiende pues como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta la persona. La tercera aproximación describe el estrés como un proceso que incluye los estresores y las tensiones, teniendo presente la interacción entre las personas y el medio, de manera que cada uno de los polos afecta y es afectado por el otro siendo así el estrés un proceso en el cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas,

emocionales y conductuales. De esta manera Lazarous afirma que el estrés ha sido concebido no solo en relación a las demandas planteadas por el entorno o a los cambios producidos por el organismo, sino con respecto a la interacción establecida entre exigencias contextuales y determinadas variables moduladoras que van a determinar como la persona percibe sus respuestas potenciales ante demandas específicas (Riquelme, Buendía, Rodríguez 1993)

Lazarous y Folkman (1956) enfatizan a la **evaluación cognoscitiva del estrés** como un proceso psicológico de naturaleza “interna” en el cual se evalúan dos factores: la medida en la que el estresor amenaza al sujeto y los recursos de este que están disponibles para enfrentarse al suceso. Estos dan lugar a la distinción entre lo que se conoce como evaluación primaria y secundaria. Lazarous indica en relación con la *primera evaluación* como irrelevante donde el encuentro con el estresor no implica valor, necesidad o compromiso. Aquí las evaluaciones positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas esto es si preservan o no el bienestar o si parecen conseguirlo, entre las evaluaciones estresantes que hace el sujeto, afirma que se encuentran aquellas que significan daño/ pérdida, amenaza o desafío, por otra parte la *evaluación secundaria* incluye la capacidad de enfrentamiento, es decir los esfuerzos conductuales y cognoscitivos para dirigir, controlar las demandas ambientales e internas así como las conflictos que exceden los recursos disponibles. (Vinacci y Alvaran, 2004)

De esta forma la percepción de un evento como estresante puede involucrar amenazas a la autoestima, el bienestar físico; a las metas y compromisos laborales; tensión financiera; posibilidad de perder el afecto de alguien significativo; pérdida del respeto propio; parecer una persona sin principios éticos; perder la aprobación y el respeto de los demás (Folkman, Lazarous, Dunkel-Schetter, DeLonguis y Gruen, 1986). Si se valora un evento como estresante y las demandas ambientales sobrepasan los recursos con los que el individuo cuenta para enfrentarlas, se presentarán entonces comportamientos no ajustativos (evitación, aislamiento o uso de sustancias tóxicas, entre otros), problemas emocionales de diferente tipo e intensidad y alteraciones de corte biológico.

Según Urquidi (2010) las consecuencias del estrés tienen repercusiones individuales el ausentismo, la baja productividad y el abandono del trabajo que son algunos de los efectos que aquejan a las organizaciones, de problemas derivados de la salud, derivados del estrés ocupacional pueden generar gastos económicos que oscilan entre 10% y 20% del Producto Interno Bruto. (Urquidi y Rodríguez, 2010)

Fuentes de estrés en general

La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés, no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas que son producidos

por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios.

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas y no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debamos adaptarnos representa una señal de estrés, cuando una persona piensa en hechos estresantes, generalmente suele traer a su mente sucesos negativos como daño, enfermedad o muerte de un ser querido, sin tener en cuenta que un hecho positivo puede resultar igualmente estresante, por ejemplo cambiar de casa o ascender en un trabajo, traen consigo el estrés de un nuevo estatus y de nuevas responsabilidades (Fontana, 1995).

Nuestras experiencias estresoras provienen de fuentes básicas como nuestro entorno, nuestro cuerpo y pensamientos, el mundo exterior constantemente nos bombardea con demandas de adaptación viéndonos obligados a soportar el ruido, las aglomeraciones, las exigencias que representan las relaciones interpersonales, los horarios rígidos, las normas de conducta y muchas más amenazas a nuestra seguridad y autoestima.

Manolete (2010) considera que hay una fuente de estrés fisiológica, los momentos difíciles representan la adolescencia, el envejecimiento, la enfermedad, los accidentes, las restricciones de la dieta, los trastornos del sueño, todas son circunstancias que afectan al organismo. De esta forma las amenazas que provienen del ambiente producen en el cuerpo humano unos cambios que son estresantes por sí mismos, de esta manera nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros viene determinada de una actitud innata de lucha o huida heredada. Así a través de un proceso de selección natural poseemos dentro de nuestra estructura bioquímica la tendencia innata a prepararnos para luchar o para huir siempre que nos sintamos amenazados.

Algunos síntomas de estrés en las personas pueden estar traducidos en una serie de cambios físicos observables, así por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo, por otro lado las frecuencias cardíaca y hacia el tronco aumentan, y como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco, las extremidades, sobre todo las manos y los pies se perciben fríos y sudorosos.

El modo de pensar de las personas es otra fuente de estrés, Martínez considera que el modo de interpretar y de catalogar nuestras experiencias y el modo de ver del futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

Laboralmente hablando puede ocurrir que una mirada agría del jefe se interprete como reprobatoria de nuestro trabajo y provocar por tanto ansiedad, ira, o bien entenderse como un signo de cansancio y de preocupación por problemas de índole personal y no resultar motivo de temor, de esta forma pensar sobre los problemas provoca tensión en el organismo, lo cual crea a su vez la sensación subjetiva de intranquilidad que provoca todavía pensamientos más ansiosos,

cerrándose de esta manera el círculo. No se puede escapar de todas las situaciones estresantes que hay en nuestra vida, ni evitar completamente nuestra respuesta innata a las amenazas, pero si podemos aprender a contrarrestar nuestras reacciones habituales de estrés aprendiendo a relajarnos.

Lazarous y Cohen (1977) hablan de acontecimientos inductores de estrés, que están fuera de cualquier tipo de control y que afectan a un determinado número de personas, como por ejemplo los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre tales como guerras, encarcelamientos, el desarraigo, una readaptación consiguiente, la muerte de un ser querido, o también los divorcios, dar a luz, participar en un examen importante, de hecho cualquier cambio ya sea positivo o negativo puede tener un efecto estresante. Incluso también hay pequeños estresores como algunos “ajetresos diarios”, mencionando aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado como por ejemplo convivir con un fumador desconsiderado, tener que soportar excesivas responsabilidades, sentirse solo; reñir con nuestra pareja.

Por su parte Troch (1982) afirma que en general hay dos tipos de estresores, físicos y mentales y que estos frecuentemente se interrelacionan entre sí, por ejemplo, el ruido es simultáneamente, las más de las veces, un estresor físico y social.

a)ESTRESORES FISICOS: Cualquier tipo de actividad corporal, correr, nadar, partir leña, jugar futbol, escalar una montaña, todas estas actividades causan estrés ya que el organismo debe de tener a disposición mayor cantidad de energía para realizar ese esfuerzo deportivo exigido. En segundo lugar el organismo se encuentra sometido a condicionamientos físicos que nos obligan, de vez en cuando, a una reacción de estrés. Ejemplo de ello es el calor elevado de los empleados en una fábrica, los estímulos ópticos, el frío, las heridas mecánicas, etc. En tercer lugar pueden ponerse en marcha en el cuerpo procesos que deben de ser respondidos con el estrés. Así por ejemplo las bacterias, los virus, las sustancias tóxicas o sensaciones de dolor exigen una reacción general de acomodación del cuerpo.

b) ESTRESORES MENTALES. Los estresores mentales corresponden a cualquier desafío del espíritu, tanto la tarea profesional que es “un rompecabezas” como la lectura de un libro especializado o el juego de ajedrez que obliga a concentrar totalmente la atención. Por desgracia “la persona humana está programada de tal manera que tiene que reaccionar constantemente con estrés a las situaciones de ansiedad, a los desengaños, conflictos y dificultades de tomar una decisión, a la coacción a la angostura de espacio o a la presión del tiempo. (Troch 1982). Todos estos factores nacen de la organización de la vida laboral, del

mundo de la vivienda, de las posibilidades de gozar de tiempo libre, del tráfico, de los medios de comunicación social, los cuales derivan naturalmente de la convivencia familiar así como de las relaciones sociales o falta de ellas.

Consecuencias del Estrés

Merín (1995) dice que el estrés, además de producir ansiedad puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer. La conducta más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad. Los síntomas más frecuentes serán:

1. A nivel cognitivo subjetivo: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse.
2. A nivel fisiológico: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas.
3. A nivel motor u observable: evitación de situaciones temidas, fumar, comer, o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse) ir de un lado a otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado).
4. Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son agotamiento físico, falta de rendimiento.

Hay ciertos niveles de estrés que parecen ser psicológicamente benéficos, agregan interés a la vida, nos ponen alertas, nos ayudan a pensar más rápido, a trabajar de modo más intenso y nos alientan a sentirnos útiles con un propósito definido para nuestra vida y objetivos precisos por alcanzar. Sin embargo, cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos agotan nuestra energía psicológica, deterioran nuestro desempeño y a menudo nos dejan con un sentimiento de inutilidad y subestima, con escasos propósitos y objetivos inalcanzables. Fontana (1992) menciona los efectos del estrés excesivamente a nivel cognitivo, emocional y conductual.

De acuerdo con Fontana (1992) los Efectos Cognocitivos del Estres se dividen en tres:

La primera se refiere a los efectos cognocitivos.

a) Decremento del periodo de la concentración y atención: dificultades para mantener la concentración, disminución de la capacidad de observación.

b) Aumento de la distractibilidad: Frecuentemente se pierde el hilo de lo que se está pensando o diciendo, incluso a media frase.

c) Deterioro de la Memoria a Largo Plazo: El periodo de la memoria se reduce. Disminuyen el recuerdo y el reconocimiento aun de material familiar.

d) La velocidad de respuesta se vuelve impredecible: La velocidad real de respuesta se reduce, por lo tanto es fácil tomar decisiones apresuradas en la organización

e) Aumento de la frecuencia de errores: Las decisiones se vuelven inciertas, además los errores en las tareas cognoscitivas y de manipulación son más frecuentes.

f) Deterioro en la capacidad de organización y de la planeación a corto plazo: La persona no puede evaluar con precisión las condiciones existentes ni ver sus consecuencias.

g) Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento: La prueba de realidad es menos eficaz, se pierde objetividad y capacidad de crítica, los patrones de pensamiento se vuelven confusos e irracionales.

En segundo lugar estan Emocionales:

a) Aumento de la tensión física y psicológica: Disminuye la capacidad para relajar el tono muscular, sentirse bien y detener las preocupaciones y la ansiedad.

b) Aumento de la hipocondría: Desaparece la sensación de salud y bienestar

c) Aparecen cambios en los rangos de personalidad: Las personas pulcras y cuidadosas pueden volverse desaseadas y descuidadas; las personas preocupadas en indiferentes y las personas permisivas en autoritarias.

d) Aumento de los problemas de personalidad existentes: Empeoran la ansiedad, la sobre sensibilidad, la defensividad, y la hostilidad excesiva.

e) Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales: Se debilitan los códigos de conducta y control de los impulsos sexuales.

f) Aparecen depresión e impotencia: El ánimo se deprime, y surge una sensación de impotencia para influir en los acontecimientos o en los propios sentimientos acerca de ellos y de uno mismo. Aparecen sentimientos de incompetencia y de auto desvaloración.

Y finalmente los Efectos Conductuales Generales:

a) Aumento de los problemas del habla: aumentan la tartamudez, el farfulleo y la vacilación existentes

b) Disminución del interés y el entusiasmo: Los objetivos y las metas vitales se olvidan, se dejan de lado los pasatiempos, es probable que la persona se deshaga de pertenencias estimadas.

c) Aumento del ausentismo: Los retardos, excusas inventadas y enfermedades causadas por el estrés vienen a formar parte del individuo que está sometido a presión laboral.

d) Aumento del consumo de drogas: Evidente el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y otras drogas prescritas e ilegales.

e) Descenso de los niveles de energía: Los niveles de energía caen o pueden fluctuar de manera considerable de un día a otro sin razón evidente.

f) Alteración de los patrones del sueño: La persona tiene dificultades para dormir o para permanecer dormido por más de cuatro horas seguidas.

g) Aumento del cinismo con los clientes y colegas: aparece la tendencia a culpar a los demás.

h) Se ignora a la nueva información: Se rechaza los nuevos reglamentos o cambios aunque potencialmente sean muy útiles.

i) Las responsabilidades se depositan en los demás: Aumenta la tendencia a trazar nuevos límites, excluyendo a las obligaciones de nuestra propia esfera de actividades.

j) Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial: se adoptan soluciones provisionales y a corto plazo. Se abandonan los intentos de comprender profundamente o de hacer un seguimiento. Se desiste en algunas áreas.

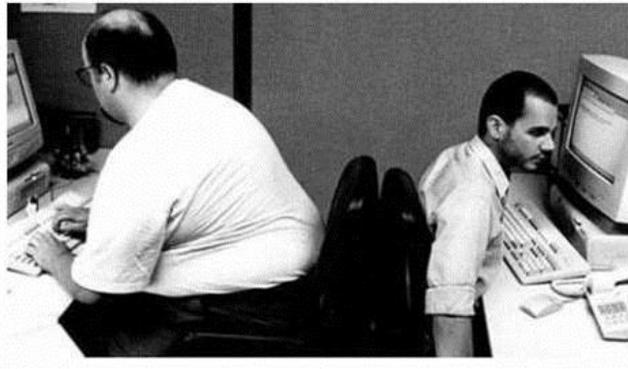
k) Aparecen patrones de conducta excéntricos: Surgen manierismos extraños; conducta impredecible y nada característica.

l) Pueden hacerse amenazas de suicidio: se dicen frases como acabar con todo o es inútil continuar

Estresores Laborales

Moscoso (2010) señala que los estresores laborales influyen en la forma de afrontar los problemas. Con respecto a los empleados de ambos géneros se ha visto que las mujeres suelen ser más consientes, impresionables, responsables, sensibles, disciplinadas, integradas y más ansiosas que los hombres. Estos últimos suelen ser más estables, dominantes, agresivos, impulsivos, atrevidos, individualistas, y desinhibidos que las mujeres. Los mecanismos de defensa ante el estrés son marcadamente diferentes en los dos géneros. Los varones cuando están preocupados no hablan de sus problemas. Las mujeres cuando están preocupadas buscan ayuda en alguien en quien confían, comentando con detalle sus problemas las lleva a comunicar sus sentimientos

Acostúmbrese a trabajar bajo presión



La ventaja que tiene trabajar con problemas en las organizaciones es que se puede comprender que los niveles similares de presión afectan de diversas maneras a los trabajadores, de ahí que se puede comenzar a manejar la presión de manera individual o grupal y saber cómo reaccionaran los empleados a diferentes presiones. Así como también quien está en probabilidad de enfrentar el estrés, en consecuencia se podrá cambiar la presión de cada individuo a fin de obtener el mejor desempeño laboral de cada uno.

Selye (1956) afirmó que el estrés es un modelo de reacción muy antiguo, filogenético, sin el que no podemos vivir. “El estrés es nuestro compañero inseparable mientras vivimos, a veces su apego nos pone nerviosos, no obstante a él debemos todo progreso personal y gracias a él logramos subir peldaños, cada vez más elevados, de desarrollo espiritual y corporal. Selye llama al estrés en este

sentido eustress, el cual ejerce en el organismo una función protectora y pertenece a sus “fuerzas protectoras”.

Existen dos tipos de estrés y estos son el estrés positivo o eustrés este es esencialmente en el estímulo de la motivación y la conciencia, proporcionando la estimulación necesaria para enfrentar situaciones de reto. La tensión y la excitación son necesarias para disfrutar muchos aspectos de la vida, sin ellas la existencia sería demasiado monótona. El estrés también proporciona el sentido de urgencia y alerta necesario para sobrevivir al enfrentar situaciones que constituyen una amenaza, como cruzar una avenida muy transitada o conducir en condiciones climáticas bastante malas; y el estrés negativo o diestrés este es un estrés muy prolongado y que si no es atendido puede tener un efecto dañino en la salud mental, física, y espiritual, produce trastornos o enfermedades, disminuye el rendimiento laboral del individuo. Si se deja sin resolver, los sentimientos de enojo, frustración, miedo y depresión generados por el estrés negativo pueden detonar una variedad de enfermedades. Se estima que el estrés es la causa más común de la salud deficiente en esta sociedad moderna abarcando el 80% de todas las visitas a los médicos, es un factor contribuyente en las condiciones negativas relativamente menores como dolores de cabeza, problemas digestivos, padecimientos de la piel, insomnio y úlceras aunque también juega un papel muy importante dentro de las principales causas de muerte (Emirick, 2000).

Cambios fisiológicos del estrés en el organismo

Retomando lo anterior, dentro de toda la gama de reacciones que origina el estrés dentro del individuo, cabe destacar que para la respuesta de pelea o huida se libera dentro del cuerpo una gran cantidad de sustancias químicas y hormonas que movilizan recursos, a fin de aumentar al máximo la probabilidad de supervivencia a corto plazo, esto produce una amplia gama de efectos que incluyen:

- Aumento de la frecuencia cardiaca
- incremento en la frecuencia respiratoria
- Elevación del suministro de sangre al cerebro
- Dilatación de las pupilas
- Sequedad de la boca
- Sudoración
- Reducción del suministro de sangre a los órganos menos vitales (Báccaro, 1994).

Una vez contemplada la amenaza, ya sea real o imaginaria, se responde ante ella como si fuera de naturaleza física, aumenta la frecuencia cardíaca para acelerar el suministro de sangre a los músculos, las pupilas se dilatan para incrementar la cantidad de luz que entra en los ojos y se contraen los vasos sanguíneos para desviar la sangre de los órganos menos vitales los músculos que nos ayudarán a pelear o a escapar. Una vez que ha pasado la amenaza, el sistema nervioso dispara a otro conjunto de cambios físicos y hormonales para regresar a la fisiología y bioquímica le funcionamiento normal.

La siguiente lista muestra algunos de los síntomas físicos y conductuales del proceso de estrés.

FISICOS.

-Patrones alterados de sueño; por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano.

-Agotamiento

-Letargo

-Dificultades para respirar, vértigos, mareos

-Indigestión, acidez

-Nauseas

-Alteraciones intestinales; como, diarrea, estreñimiento

-Dolores de cabeza

-Pérdida de deseo sexual

-Tensión muscular

-Espasmos musculares

CONDUCTUALES

-Irritabilidad

-Agresión

-Ansiedad y temor

-Capacidad deficiente para tomar decisiones

-Incapacidad por establecer prioridades

- Dificultad de afrontamiento
- Cambios y valoraciones del estado de ánimo
- Dificultades del estado de ánimo
- Deterioro de la memoria reciente
- Sentimientos de fracaso
- Falta de un sentimiento de valía personal
- Aislamiento (Báccaro, 1994)

REACCIÓN FISIOLÓGICA DEL ESTRÉS.

La investigación de los cambios interiores dieron la base científica del estrés. Su descubrimiento se inicia, como ya lo mencionamos, con la investigación fisiológica de Cannon y Selye. Conviene reconocer que sin esta investigación experimental no es posible descubrir algo que permaneció oculto por siglos y que hoy explica lo que era inexplicable.

Actualmente comprendemos que estos cambios internos de los medios sanguíneos son los que producen la respuesta externa, que en última instancia es la razón de ser de los cambios adaptativo defensivos del estrés facilitados por la descarga hormonal.

De esta forma el estrés mirado por dentro nos muestra a la maravilla del ser viviente cuya admirable organización le permite manejar exitosamente una variedad increíble de cambios neuroendocrinos. Estos cambios ocurren regulados por el sistema nervioso que modifica la sangre llamada por C. Bernard como “medio interno”, definido como el medio líquido que baña en sus regiones terminales a todas las células del cuerpo.

Respuesta fisiológica del estrés

La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que dan pie a la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

El eje hipofisopararrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el

sistema endocrino y el sistema nervioso, la hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula.

El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos (figura 1).

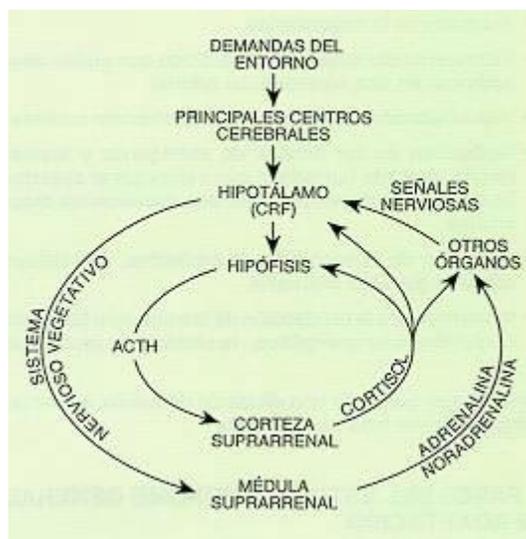


Fig. 1: Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisopararrenal

Eje hipofisopararrenal

Se activa tanto con las agresiones físicas como con las psíquicas y, al activarse, el hipotálamo segrega la hormona CRF (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de la hormona adenocorticotropa (ACTH). Esta secreción incide sobre la corteza de las glándulas suprarrenales, dando lugar a la producción de corticoides que pasan al torrente circulatorio y producen múltiple incidencia orgánica, como se verá más adelante. Los corticoides que se liberan debido a la ACTH son:

- Los **glucocorticoides**: El más importante es el cortisol que facilita la excreción de agua y el mantenimiento de la presión arterial; afecta a los procesos infecciosos y produce una degradación de las proteínas intracelulares. Tiene, asimismo, una acción hiperglucemiante (aumenta la concentración de glucosa en sangre) y se produce un aumento de calcio y de fosfatos liberados por los riñones, y de lípidos.
- Los **andrógenos**: Son las hormonas que estimulan el desarrollo de las características secundarias masculinas y estimulan el aumento tanto de la fuerza como de la masa muscular.

Sistema nervioso vegetativo

Este sistema mantiene la homeostasis del organismo. La activación simpática origina la secreción de catecolaminas, que son:

- La adrenalina segregada por parte de la médula suprarrenal, especialmente en casos de estrés psíquico y de ansiedad.

- La noradrenalina segregada por las terminaciones nerviosas simpáticas, aumentando su concentración principalmente en el estrés de tipo físico, en situaciones de alto riesgo o de agresividad.

Estas hormonas son las encargadas de poner el cuerpo en estado de alerta preparándolo para luchar o huir. Son las que permiten enlazar el fenómeno del estrés con los fenómenos psicofisiológicos de la emoción. Ambas intervienen en los siguientes procesos:

- Dilatación de las pupilas.
- Dilatación bronquial.
- Movilización de los ácidos grasos, pudiendo dar lugar a un incremento de lípidos en sangre (posible arterioesclerosis).
- Aumento de la coagulación.
- Incremento del rendimiento cardíaco que puede desembocar en una hipertensión arterial.
- Vasodilatación muscular y vasoconstricción cutánea.
- Reducción de los niveles de estrógenos y testosterona, que son hormonas que estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas.
- Inhibición de la secreción de prolactina, que influye sobre la glándula mamaria.
- Incremento de la producción de tiroxina, que favorece el metabolismo energético, la síntesis de proteínas, etc.

Vemos pues que, ante una situación de estrés, existe un compromiso de todo el organismo.

Fases del estrés: Síndrome General de Adaptación

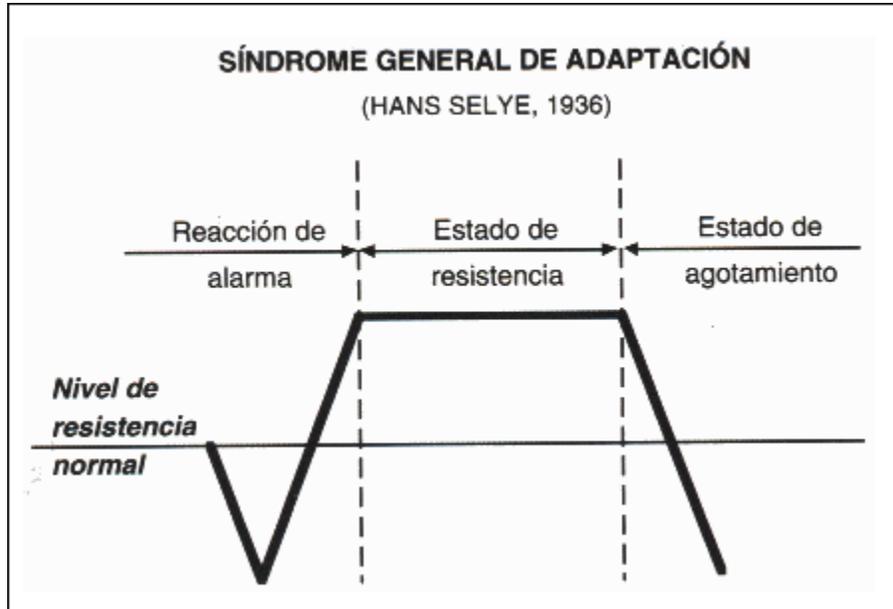


Fig. 2: Síndrome General de Adaptación (Hans Selye, 1936)

En este proceso de adaptación por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento.

Fase de alarma

Ante la aparición de un peligro o estresor se produce una reacción de alarma durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal. Es muy importante resaltar que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo (coping). Esta primera fase supone la activación del eje hipofisoadrenal; existe una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad:

- Se produce una movilización de las defensas del organismo.
- Aumenta la frecuencia cardíaca.
- Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos.
- Se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción.

- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Se produce una dilatación de las pupilas
- Aumenta la coagulación de la sangre.
- Aumenta el número de linfocitos (células de defensa).

Fase de resistencia o adaptación

En ella el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo y se producen las siguientes reacciones:

- Los niveles de corticoesteroides se normalizan.
- Tiene lugar una desaparición de la sintomatología.

Fase de agotamiento

Ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento que conlleva lo siguiente:

- Se produce una alteración tisular.
- Aparece la patología llamada psicósomática.

Respuestas del organismo: consecuencias biológicas del estrés

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial -en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa- o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad. En el cuadro 1 se exponen varias de las alteraciones que se producen en algunos parámetros.

Modelo biopsicosocial

Este modelo relaciona una situación determinada y como se vive esta situación, con las consecuencias fisiológicas expuestas hasta ahora y nos proporciona una estrategia para localizar factores ambientales estresantes y analizar sus consecuencias en el aspecto individual.

Hemos visto que cualquier situación que reconocemos (proceso cognitivo) da señales de la corteza cerebral al hipotálamo y, vía el sistema nervioso vegetativo (automático), a la médula de las glándulas suprarrenales, que responden liberando adrenalina y noradrenalina, que son las llamadas hormonas del estrés; estas hormonas movilizan nuestro cuerpo y nos hacen luchar o abandonar (fight or flight).

Cuando la situación produce sentimientos de diestrés o desamparo, el cerebro envía también mensajes al córtex de los suprarrenales, que segrega otra hormona del estrés: el cortisol, que juega un papel importante en el sistema inmunológico.

Esto es más complejo e incluye la liberación de ACTH de la glándula pituitaria. Según la percepción que se tenga de las demandas de trabajo, la respuesta del organismo será diferente; ya Selye distinguía entre reacciones agradables o eutres y desagradables o distress.

Las reacciones fisiológicas dependerán de la percepción que se tenga de las demandas de trabajo, la respuesta del organismo será diferente en cada caso; por ejemplo, las tareas exigentes pero controlables inducirían esfuerzo pero sin distrés. A nivel fisiológico se traduce en un aumento de las catecolaminas y la supresión activa de la secreción de cortisol.

Los estudios actuales se centran en dos dimensiones que son, por un lado, el nivel de actividad o pasividad que implica la tarea, y por otro, la dimensión afectiva según el estado de humor sea positivo o negativo; en cada caso se producen una serie de reacciones cuyo resultado es el afrontamiento (coping) de la situación no deseada o el vencimiento ante la misma.

Los estudios experimentales basados en esta teoría han permitido identificar dos características específicas de los procesos de trabajo, en función de la percepción que se tenga del trabajo o de la actitud ante el mismo: positiva (eutrés) o negativa (distrés) y en relación al contenido de la tarea: actividad o pasividad.

La combinación de ambas variables conduce a la identificación de algunas de las características específicas de los procesos de trabajo que promueven determinadas actitudes y que se relacionan con las respuestas neuroendocrinas y son las siguientes (figura 3):



Fig. 3: Relación entre procesos de trabajo y respuestas neuroendocrinas

- **Esfuerzo y eutrés:** En este grupo se puede incluir a las personas que desarrollan un tipo de trabajo de gran control personal, creatividad, y muy dedicados a su trabajo. En estos casos se produce un aumento de la secreción de catecolaminas, y el cortisol se halla muy bajo o inexistente.
- Se encuentran en este grupo, por ejemplo, los empresarios, los artistas, los científicos, los artesanos, etc., pues en este tipo de profesiones se suelen realizar trabajos con un alto grado de autocontrol y autonomía. Parece ser que, el hecho de que el cortisol esté bajo hace decrecer el riesgo de sufrir un ataque cardíaco.
- **No esfuerzo y eutrés:** En este caso, la no actividad se acepta como algo positivo, dándose un descanso de cuerpo y mente. El nivel de las hormonas está bajo.
- **Esfuerzo y diestrés:** Esta situación se da en aquellos trabajos que implican elevadas exigencias de producción, pero en los que la persona tiene un bajo control de la situación. Es común en los trabajos repetitivos, y en los trabajos en cadena. El esfuerzo va acompañado de un aumento de la secreción de las catecolaminas que, a su vez, provoca efectos negativos, lo que tiende a aumentar la secreción de ambas hormonas: catecolaminas y cortisol.
- **Poco esfuerzo y distrés:** Personas sin empleo y en trabajos muy coercitivos, en los que la persona tiene muy poca o ninguna autonomía. Se acompaña de una liberación de hormonas del estrés, en particular de cortisol.

Para resumir todo ello, podríamos decir que el aumento de catecolaminas es debido a la exigencia de tener que rendir y el descenso de cortisol significa poder afrontar la situación.

ESTRÉS LABORAL

Causas del Estrés laboral

El estrés ocurre cuando las presiones se combinan de un modo que sobrepasan la capacidad del individuo para manejarlas. Cuando se habla de estrés en las organizaciones los costos humanos y comerciales son muy grandes. Para Fontana lo más importante para vencerlo es tomar acciones, la movilización será el primer paso que conllevara a decidirnos a tomar acciones para controlar el estrés y este es complementado conociendo los factores que lo están causando, es decir comenzar a hacer una lista de lo que nos está presionando con preguntas como (¿Cuáles son mis estresores?, ¿Qué necesita hacerse acerca de ellos? y ¿Qué me impide hacerlo?), hasta entrar acción y comenzar a actuar para trabajar sobre esos estresores y beneficiar la salud. (Fontana, 1992).

El estrés daña a las personas, individuos y a sus organizaciones, puede afectar a individuos de todas las profesiones y edades, sin importar sexo, nacionalidad, antecedentes educativos o rol. Se estima que durante un año, el estrés relacionado con el trabajo afecta a cuando menos un tercio de la fuerza laboral, lo cual representa para las organizaciones un costo de miles de millones de pesos al año debido a la falta de productividad y ausentismo por enfermedad. Por lo tanto el estrés laboral debe de atenderse desde una manera estructurada y eficaz como parte de una estrategia general para mejorar el bienestar en el trabajo. (Williams, S.; Cooper, L.; (2004))

La mayoría de los directivos y gerentes dentro de las organizaciones seguramente sabrán que existe cierta cantidad de estrés entre su personal, son capaces de decir de donde piensan que proviene y quizá incluso puedan expresar cómo consideran que afecta a su eficiencia, productividad y ventaja competitiva, sin embargo, tener presente este problema no es suficiente para empezar el proceso de controlarlo.

Diferentes personas reaccionaran ante el mismo suceso de muchas maneras distintas con resultados diversos, algunos de los cuales pueden ser benéficos mientras que otros sumamente dañinos. Por ejemplo un empleado podrá manifestar su estrés como dolor de cabeza y al siguiente día como alteraciones estomacales o una noche de insomnio. Hoy día muchas organizaciones acuden a diferentes alternativas para dar solución a este problema como la orientación psicológica (counselling) y los cursos de manejo del estrés para su personal.

Esto puede ayudar a algunos empleados a controlar sus síntomas pero rara vez se atienden en realidad los factores que lo causaron y estos continuaran dañando al individuo y a la organización. Se puede identificar una variedad de aspectos que

se sabe que influirán en los niveles de estrés y que ocurren en diferentes combinaciones para cada empleado. Es posible demostrar que si se eliminan algunas de estas presiones, las personas mejorarán en general. Lesley y Cooper recomiendan que será necesario recolectar entre el personal evidencias que permitan identificar los problemas clave, la primera tarea será derribar la barrera de la ignorancia y ayudar tanto a los gerentes como al personal a darse cuenta que el estrés en el trabajo es manejable y que no tiene que soportarse.

Uno de los primeros pasos en una estrategia eficaz para el manejo del estrés consiste en llegar a una comprensión común de lo que se quiere decir con el término estrés, muchos investigadores hablan del estrés de muchas maneras: mencionan estresantes, presiones, demandas y hablan sobre estrés bueno y malo, eustrés (estrés malo en contraposición con estrés bueno) y angustia. El estrés en si es una respuesta personal y es el resultado negativo de un desequilibrio entre la presión y la capacidad de la persona para afrontarlo, es la manera en que la gente se siente cuando es demasiado; es el nudo en el estómago, la tensión en los hombros, la incapacidad para dormir, los problemas de conducta y así sucesivamente, éstos son los signos físicos, mentales y sociales de que ya no es capaz de afrontar la situación.

Cruz (2001) afirma que las preguntas que generalmente se harán las personas con estrés laboral serán:

-¿Por qué estoy haciendo más trabajo?

-¿Por qué me siento tenso?

-¿Por qué no logro terminar nada?

-¿Por qué siempre estoy irritable?

Puede ser que este tipo de individuos tengan demasiado trabajo y que no estén logrando ningún avance, de modo que la carga de trabajo nunca disminuye y el empleado, exhausto mental y físicamente, se encuentra al límite del colapso, puede ser que estén sufriendo los síntomas del estrés y no estén conscientes de que en realidad están teniendo dificultades de afrontamiento, tal vez reconozcan que se sienten presionados todo el tiempo, estén irritables, tengan dificultades para concentrarse y falta de energía o confianza, pero encuentran relación entre los síntomas y el desequilibrio que existe entre la presión a la que están sometidos y su capacidad para afrontarla.



Para Cruz (2001), el indicador más fuerte de que algo está mal es un cambio en el modo en que se comportan las personas, la conducta o los hábitos, por lo tanto, los signos serán la manifestación externa del estrés.

La siguiente lista puede indicar que alguien está sufriendo de estrés.

Apariencia personal alterada

- falta de cuidado personal
- aspecto deplorable
- aparición de cansancio
- actitud, nerviosismo, temor
- aspecto agitado

HABITOS ALTERADOS

- Comer, beber, fumar más
- aumento de ausencias
- Mayor propensión de accidentes

CONDUCTA ALTERADA

- Irritabilidad
- agresión
- cambios repentinos en el estado de animo
- concentración deficiente
- capacidad deficiente para tomar decisiones

-desempeño reducido

El aumento en la rotación del personal, ausencias por enfermedad, baja productividad y altas tasas de accidentes y errores son, todos, indicadores evidentes de estrés en el trabajo, estos signos organizacionales de que no todo está bien son fáciles de observar que los signos de estrés en el individuo. Entre las causas que originan según la clasificación propuesta por Fontana se encuentran:

a) **PROBLEMAS ORGANIZATIVOS:** Una organización general deficiente puede significar demoras frustrantes antes de tomar decisiones en asuntos cruciales dentro de la organización.

b) **RESPALDO INSUFICIENTE:** La escasez del personal de puestos clave dentro de las empresas, puede hacer que el sujeto realice tareas que están por debajo de su nivel de entrenamiento y competencia, y las cuales le quitan tiempo al trabajo que está realizando. Este tipo de experiencias en la vida laboral es acumulativo, no solo interfieren en la eficiencia en el trabajo, sino que dejan a los individuos con el sentimiento de que sus habilidades profesionales están subvaluadas. De esta manera las personas que tienen una sola función afirman que la constante necesidad de atender actividades secundarias les provoca una sensación extrema de frustración y cólera, muchas de las cuales no pueden desahogar con aquellas que son en realidad responsables de sus apuros.

c) **HORAS EXTRAS SIN CONTACTOS SOCIALES:** En los centros laborales trabajar horas extras es cansado y estresante en sí mismo. El cuerpo humano tiene un ritmo natural conocido como ritmo circadiano que indica que hay un tiempo para dormir, un tiempo para trabajar y un momento en el cual nuestro metabolismo está en la cúspide hasta un momento en el cual está en su punto más bajo. Hay diversas maneras de romper con el ciclo natural de los ritmos circadianos innatos como por ejemplo cambiar de trabajo o las fluctuaciones abruptas de un día a otro, trabajar horas extras, este tipo de factores incitan al estrés tanto fisiológico como psicológico. No menos importante es tener en cuenta que privarse de contactos sociales interfiere en el desarrollo de relaciones personales y de los pasatiempos de los cuales depende mucho el alivio del estrés.

d) **PROSPECTOS DE POSICIÓN, SALARIO Y PROMOCIÓN ESCASOS.** Para la mayoría de los profesionistas una parte de su identidad está estrechamente ligada con su trabajo. En la actualidad según Fontana (1992) muchas de las personas con los trabajos más responsables en la sociedad obtienen las recompensas más bajas y tienen que laborar en las condiciones de trabajo más inadecuadas. De esta manera, un buen salario y condiciones de trabajo adecuados no solo son

valiosos en si mismos, también actúan como prueba tangible de que las personas directivas en las empresas valoran el trabajo de sus empleados.

Los prospectos de promoción agregan más a esta sensación de pertenecer a una profesión valorada, pero también sirven como objetivos a largo plazo. Sin dichos objetivos muchas personas sienten el estrés causado por la frustración de sus ambiciones, se vuelven agudamente conscientes del paso del tiempo, de su propio estancamiento y, al final de cuentas, de su desesperación.

e) RITUALES Y PROCESAMIENTOS INNECESARIOS: Los empleados sienten que gastan mucho más tiempo escribiendo informes y elaborando estadísticas del que utilizan para hacer su trabajo real. Surgen frustraciones iguales por reuniones excesivas, de esta forma en muchas organizaciones profesionales y empresariales, los individuos se quejan amargamente de la proliferación de comités y reuniones de trabajo mal organizadas que les causan grandes pérdidas de tiempo, además de la mala dirección de la gerencia ocasionando que las personas desperdicien su tiempo con irrelevancias o que queden atrapadas en discusiones acaloradas.

f) INCERTIDUMBRE E INSEGURIDAD. La incertidumbre aparece en los primeros lugares de la lista de estresores de muchas personas en ambientes de negocios familiares y profesionales. Laboralmente la incertidumbre puede tomar forma de cambios frecuentes en la política de la empresa, de modo que los individuos nunca saben exactamente en donde están. Planear hacia el futuro se vuelve tan difícil y tan pronto se resignan las personas, a una serie de procedimientos y una serie de decisiones, se les pide que cambien su pensamiento y se conforman con algo bastante distinto. En otros casos, causa incertidumbre el conservar o no el empleo. La moral se derrumba rápidamente bajo esta clase de estrés, mientras el individuo intenta con dificultad adaptarse y readaptarse a cada fase del ciclo abatimiento-salvación- abatimiento al saber si sigue conservando su trabajo o no. Otra forma de incertidumbre se debe a los cambios de área, demasiada rutina y previsibilidad puede hacer monótono un trabajo pero la mayoría de los individuos necesitan un mínimo generoso de esas cosas para sentirse seguros. Aun los asensos de trabajo pueden elevar los niveles de estrés.

g) CONFLICTO DE FUNCIONES: Este tipo de estresor se debe a que no se tiene bien delimitadas desde donde comienzan las funciones de un puesto hasta donde terminan, las especificaciones de trabajo confusas vuelven vulnerables a los trabajadores, si no hacemos nada se nos dice que debimos haber actuado, si mostramos iniciativa y actuamos somos acusados de exceder nuestras responsabilidades o de tratar de socavar a los colegas o quitarles su merito. Las especificaciones confusas de las funciones también hacen difícil asignar

prioridades a nuestras diversas tareas y distribuir cantidades apropiadas de tiempo a cada una de ellas, dos factores que son fuentes de estrés.

h) **EXPECTATIVAS PERSONALES ELEVADAS E IRREALIZABLES (Perfeccionismo):** Para Fontana, las expectativas personales elevadas e irrealizables son una de las causas principales del estrés excesivo, si constantemente esperamos demasiado de nosotros mismos nos forzaremos demasiado y siempre estaremos inconformes con los resultados.

Las expectativas personales a menudo están vinculadas con las especificaciones confusas de las funciones y los conflictos de funciones en las organizaciones. El resultado de dicha falta de objetividad es que las personas nunca están satisfechas con su desempeño y nunca pueden relajarse con el sentimiento de un trabajo bien hecho. Al no reconocer las limitaciones y restricciones dentro de las cuales todos tenemos que trabajar, los individuos se ven impedidos para desarrollar criterios precisos por medio de los cuales puedan medir el éxito o el fracaso de sus esfuerzos, por lo que no pueden desempeñar bien el trabajo como bien podrían hacerlo.

i) **INCAPACIDAD PARA INFLUIR EN LA TOMA DE DECISIONES:** Existen personas a las cuales no les gusta tomar decisiones, incapaces de delegar funciones. No creen en su potencial y prefieren tener superiores o protocolos inflexibles gobernando sus vidas, eliminando, por consiguiente, cualquier necesidad de autodeterminación. Pero la mayor parte del tiempo y para la mayoría de las personas, un grado de opinión acerca de su propia vida disminuye los niveles de su potencial. Laboralmente la mayoría de los individuos disfrutan el sentir que tienen poder para influir en los acontecimientos y saber que las preferencias personales y sus ideas para mejorar en el trabajo son escuchadas, en caso contrario el sentimiento de impotencia que se genera produce niveles elevados de frustración.

j) **AISLAMIENTO DEL APOYO DE LOS COLEGAS:** Este es un problema particular en ocupaciones en las que pasamos la mayor parte de nuestro tiempo con clientes y muy poco en compañía de los compañeros de trabajo. Muchas personas aseguran que el aislamiento también causa presiones adicionales dentro del trabajo mismo. Esto significa que nadie está familiarizado apropiadamente con los detalles de los casos que se manejan o de las tareas profesionales particulares que estamos llevando a cabo.

k) **TRABAJO EXCESIVO Y PRESIONES DE TIEMPO.** Para Fontana, es muy poco el personal de las organizaciones que se desempeña al máximo cuando esta bajo presiones constantes. Dentro de las presiones los sujetos necesitan “un respiro”

en la constante lucha por cumplir los plazos de entrega de proyectos o tareas, algunas otras personas necesitan incentivos para trabajar bajo presiones y con programas fijos, pero muy pocos necesitan que esto suceda todo el tiempo.

l) COMUNICACIÓN DEFICIENTE. No importa como trabajen las personas juntas como individuos. Con frecuencia se asegura que los canales de comunicación deficiente son una fuente importante de estrés en las organizaciones. Nadie parece tener bien en claro quién debería decir qué, ni cuando necesitan que se les diga. Una de las consecuencias más comunes de una comunicación deficiente en la organización es que las personas que sin poseer hechos precisos son incapaces de transmitir detalles importantes a las esferas relevantes; asisten a las juntas informados inadecuadamente y por lo general quedan con una sensación de que tienen poco control sobre los acontecimientos.

m) FALTA DE VARIEDAD: La libertad también se alcanza a través de cierta variedad dentro del marco de lo que estamos haciendo. La mente humana requiere de los estímulos de experiencias frescas de vez en cuando para permanecer concentrada y creativa. Muchos puestos profesionales conllevan esta variedad la menor parte del tiempo. En general algunos puestos pueden llevar a la monotonía, algunas personas confiesan tener pánico cuando se dirigen al trabajo ya que saben que los acontecimientos de cada mañana serán los mismos hasta seguir el mismo patrón, intentando racionalizar su pánico las personas tienden a decir que la uniformidad de ciertos aspectos de su trabajo les recuerda agudamente el paso del tiempo. Se ven a sí mismos realizando lo mismo en el mismo momento de años siguientes y el que sigue y el que sigue y por los años previsible por venir.

n) LIDERAZGO INADECUADO: Las personas varían en el grado de en que desean un liderazgo fuerte, y por supuesto los líderes varían en sus estilos, desde el democrático e incluso el liberal. Pero un liderazgo débil e inadecuado o un estilo de liderazgo que es inapropiado para las necesidades de las personas de menor jerarquía, crea un vacío de poder. En la mayor parte de las organizaciones existe la posibilidad de que los compañeros de trabajo entren en conflicto como resultado del liderazgo inadecuado, de las diferencias de personalidad y de muchas otras variables ya discutidas, tales como la delimitación de las funciones y el exceso de trabajo.

o) INCAPACIDAD PARA TERMINAR UNA TAREA. La incapacidad para terminar una tarea puede estar ocasionada por diversos factores como: presiones de tiempo, escasa organización general en los niveles superiores tales como presiones de tiempo o una comunicación deficientes. Se obtiene mucha satisfacción laboral cuando se ve determinado un producto al final de nuestra

jornada. El cambio realizado de una tarea a otra antes de que ninguna esté propiamente finalizada reduce mucho esta satisfacción y conduce a sentimientos de frustración y amargura.

p) **ENTRAMAMIENTO INSUFICIENTE.**- Como las exigencias y la complejidad de los trabajos más ejecutivos y profesionales aumenta, es posible que las personas que tienen esos puestos consideren que están limitadas en cuanto a las habilidades profesionales que necesitan para desempeñarse en ellos. Sienten que han tenido entrenamiento insuficiente para muchas de las tareas que se les encomienda llegando a pensar que dicho entrenamiento no es posible en alguna manera. Las empresas hoy día requieren de individuos multifuncionales, un estresor adicional será que la cantidad de conocimiento requerido sólo para permanecer en un puesto está alcanzando proporciones asombrosas en la mayor parte de las profesiones.

q) **INCAPACIDAD PARA AYUDAR O ACTUAR CON EFICACIA.** A todas las personas les agrada sentir que tienen habilidades para solucionar los problemas que encuentran en su trabajo. Cuando recurrimos a todas las habilidades y aun así fallamos en producir el efecto deseado, hay una sensación de impotencia, de fracaso profesional. La incapacidad para ayudar también puede hacer que surjan, particularmente en quienes poseen un sentido muy fuerte de la vocación, sentimientos de fracaso personal, etc.

Baccaro afirma que en el ambiente de trabajo no es posible eliminar todos estos factores que causan el estrés en los empleados, pero es importante reconocerlos y saber tratar cada uno de ellos, ya que el estrés además de disminuir mucho la productividad y la eficiencia, contribuye a la aparición de enfermedades que, muchas veces pueden alejar al individuo de sus actividades. (Baccaro, 1994). Los factores que provocan esto en la vida laboral del empleado serán:

1. **Ambigüedad de la función:** esto ocurre cuando un empleado no tiene las tareas de su cargo bien definidas, y acaba por tener que ejecutar trabajos para los cuales no está preparado.
2. **Conflictos de la función:** ocurren cuando un mismo empleado recibe órdenes opuestas o conflictivas, por ejemplo: el jefe de una instrucción y el jefe de su jefe le da otra para que sea ejecutada en la misma hora y el mismo día.
3. **Sobrecarga cualitativa en el trabajo:** cuando se le exige al empleado mayor calidad en su trabajo, es bueno recordar que esta sobre carga ocurre solo cuando el individuo no consigue aumentar la calidad en su trabajo.
4. **Sobrecarga cuantitativa:** se refiere al aumento excesivo en la cantidad de trabajo.

5. Malas relaciones interpersonales: cuando la relación con los compañeros de trabajo o con los jefes no es buena, genera un clima tenso y hostil en el ambiente de trabajo.
6. Baja participación en el trabajo: ocurre cuando el empleado no tiene la oportunidad de exponer su punto de vista ni de participar en las decisiones que se toman respecto del trabajo; es el caso de los empleados que solo cumplen órdenes, sin tener la oportunidad de cuestionar o discutir con respecto de su trabajo.
7. Progreso de su carrera: la falta de perspectiva de ascenso profesional también puede ser generadora de estrés.
8. Conflicto con otras funciones: ocurre cuando el trabajo genera conflictos con la familia, por ejemplo la mujer tiene que trabajar y no tiene con quien dejar a sus hijos.
9. Inseguridad en la dirección.
10. Órdenes confusas, recibidas del gerente
11. Despido del gerente, que es la pérdida de algo muy importante, principalmente si él no sabe el motivo
12. Traiciones "cuando un gerente correcto percibe la falta de fidelidad de uno o más subordinados, especialmente si es oculta y solapada.



Consecuencias del estrés laboral

Existen condiciones laborales que resultan ser demasiado estresantes para el individuo, quien puede manifestarlo o

en alguna de las siguientes situaciones:

-Ausentismos o retardos constantes

-Muy pocas relaciones laborales, poca cooperación o disposición para el cambio, conformismo, indisciplina, falta de creatividad.

-Baja productividad: Un trabajador o empleado que trabaja a disgusto. Cansado desmotivado, tenso, rinde al mínimo de sus esfuerzos y capacidades.

-Se eleva el índice de accidentes por causas humanas.

-Aumenta la rotación de personal.

-Antagonismo e insatisfacción en el trabajo.

-Problemas derivados de la comunicación informal.

-Conflictos generados de las mañas dinámicas interpersonales y de los grupos de trabajo.

Por otra parte, Cruz menciona que el verdadero gasto para la organización es mucho mayor para los costos directos, es necesario ver debajo de la superficie porque en muchos sentidos, el estrés en el trabajo ocasiona el mayor daño en términos comerciales cuando es más difícil de ver. Las consecuencias del estrés laboral en las organizaciones son los siguientes:

1. ABSENTISMO POR ENFERMEDAD: La conducta normal de asistencia es asistir, no faltar. Las empresas no aceptan la relación entre estrés laboral y el absentismo por enfermedad, es probable que los empleados se tomen días de ausencia o sufran de un exceso de compromiso que de una falta de él. Muchos de ellos no van a trabajar porque no pueden enfrentar otro día, querrían hacerlo pero no creen que puedan afrontar la experiencia, no encuentran una buena razón para ir a trabajar, no obtienen nada de su trabajo excepto el dinero, en algunos casos nunca regresan a trabajar. El estrés esta en posibilidades de ser el motivo principal de ausencias por enfermedad, siendo un factor en muchos otros padecimientos físicos, entre los cuales se encuentran trastornos de la piel, enfermedades músculo esqueléticas y trastornos gastrointestinales. Con frecuencia los individuos que sufren de estrés, se toman muchos días por enfermedad. Las empresas tienen cierta culpa al no tener la capacidad de atender a las necesidades más básicas en el lugar de trabajo como apoyo, influencia y control, estos factores son un enorme contribuyente del estrés laboral y una de las razones clave por la que este se correlaciona en tanta medida con el absentismo.

2. ROTACION DE PERSONAL.

Las tasas elevadas de rotación de personal son uno de los signos organizacionales más claros del estrés, las personas que se enferman por su trabajo, que no pueden afrontar las presiones de su labor o que la consideran insatisfactoria, se irán si pueden encontrar un trabajo mejor. El costo directo del desgaste es elevado y todo aquel que deja una empresa y a quien la organización

no quiere perder representa un gasto significativamente mayor en relación con aquel que debe ser reclutado para ocupar su puesto. Se deben de tomar en cuenta el importe de las oportunidades perdidas, reducción en niveles de servicio y entrenamiento de un suplente, por ende las organizaciones derraman cientos de miles de pesos en programas de reclutamiento y entrenamiento solo para ver que toda su inversión se desperdicia a medida que el personal renuncia a la vacante.

Todavía es más costoso, en palabras de Cruz (2001), cuando se toma en cuenta el papel de la pérdida de capital humano o intelectual, el verdadero valor de mercado del conocimiento que los empleados se llevan, es decir “cuando los buenos empleados se van”, en palabras de Thomas Stewart (citado por Cruz, 2001). Por otro lado la presión laboral puede ser un poderoso estímulo que aliente a crecimiento personal y conduce a la realización del trabajo de las personas, la presión que es adecuada para el individuo fomenta su crecimiento personal y realización en el rol y a un fuerte compromiso con la organización.

3. ACCIDENTES: Son otra consecuencia fácil de medir del estrés en el trabajo. El costo directo de un accidente en el trabajo es directo, el tiempo que requiere para manejarlo, la ausencia del trabajo, daño realizado a la planta, maquinaria y mercancías, indemnizaciones y carga correspondiente del seguro. Si el accidente se denomina “error humano” existen fuertes argumentos que apoyan la perspectiva de que una proporción significativa de este se debe al estrés, por lo tanto este problema explica la incapacidad para observar prácticas de seguridad laboral porque un empleado no ha tenido tiempo de hacer el trabajo de manera apropiada.

d) IMPORTANCIA DE LOS COSTOS INVISIBLES: En algunas organizaciones los costos indirectos del estrés como la baja calidad o productividad pueden proporcionar un mejor entendimiento acerca de la frecuencia de las enfermedades relacionadas con algunos de los costos directos más obvios (como la rotación del personal). El estrés en el trabajo se mostrará en algún lado. Las diferencias en la toma de decisiones y la pérdida de concentración tendrán un efecto en todos los aspectos del trabajo y habrá consecuencias.



4. BIENESTAR. MOTIVACION Y DESEMPEÑO.

Marín afirma que algunas personas se enferman por su trabajo, otras se sienten realizadas con él, el número de individuos en los extremos es pequeño, con una mayoría que se encuentra en algún sitio intermedio. La presión cuando es apropiada para la capacidad de afrontamiento de un sujeto puede ser un estímulo importante para el crecimiento y desarrollo personales, por tanto aumenta las probabilidades de que las personas se sientan realizadas por su trabajo. Por el contrario cuando la presión se convierte en estrés, la progresión gira rápidamente de la satisfacción hacia la mala salud.

5.- CREATIVIDAD E INNOVACIÓN: Uno de los costos menos observables pero más peligrosos para la empresa es la pérdida de la creatividad e innovación en los trabajadores. Se necesita que todo el personal, no solo los gerentes sean innovadores y creativos en su enfoque para impulsar las mejoras en productos y servicios que fomentan el éxito en el mercado.

Uno de los ejemplos más claros del efecto de la presión sobre el desempeño es el impacto de la creatividad e innovación, se sabe que cierto grado de presión puede ser estimulante y puede actuar como inspiración para llegar a discernimientos creativos significativos. A las personas puede ocurrírseles soluciones originales e innovadoras cuando se les coloca en una situación difícil, cuando algo se rompe o cuando el límite de tiempo esta solo a unos cuantos minutos y es necesario encontrar una respuesta. Se va hacia una zona diferente donde fluyen las ideas y se rompe la barrera que paraliza e incapacita a actuar. Ese es el vínculo posible entre presión y estrés: un estímulo breve que libera energía creativa.

Cuando la presión conduce al estrés, las demandas hechas superan la capacidad para afrontarlas. Esta es la fase donde los cuerpos y las mentes ya no prosperan con la presión si no que empiezan a embotarse. El empleado se siente cansado e indolente, sus niveles de energía son bajos y a veces piensa que todo requiere demasiado esfuerzo. En este estado piensa de manera excesiva en los problemas, se enfoca en sus debilidades y le es casi imposible pensar claramente sobre cualquier cosa. No existe creatividad e innovación, no hay espacio para el pensamiento original.

Tal es la situación que se observa en muchas organizaciones donde el estrés es endémico; existe muy poca creatividad, a las personas les desagrada el cambio y las ideas se ignoran o se devalúan. Esta falta de creatividad e innovación tiene un impacto importante sobre la eficacia de la organización. El costo del estrés en función de la creatividad y la innovación reducida no es un problema sólo para las personas que trabajan en investigación y desarrollo o en diseño; afecta a todo empleado en el negocio cuyas ideas pueden hacer la diferencia en eficiencia y éxito organizacional, y esos son todos los miembros de la organización.

6.- VENTAJA COMPETITIVA.

Hablar del daño que ocasiona el estrés a la creatividad y la innovación se vincula con el impacto sobre la ventaja competitiva, en un mundo donde el conocimiento es muy importante y las organizaciones comienzan a dar un valor económico al capital intelectual del negocio es claro que una fuerza laboral estresada no puede constituir personal competitivo.

Es cada vez más frecuente que las empresas se distingan de sus competidores por la calidad de servicio. Esto es evidente en si mismo pero a pesar de esto, las compañías han sido lentas para reconocer el impacto que tiene un empleado estresado sobre la experiencia general de los clientes. Los empleados que por cualquier razón se sienten abrumados y poco reconocidos no pueden proporcionar la misma calidad de servicio que aquellos que se sienten apreciados apoyados y realizados por su trabajo. La retribución esta a la vista ya que la ventaja competitiva vive o muere según el bienestar de la fuerza de trabajo.

7.- DIFERENCIAS EN LA TOMA DE DECISIONES: La pérdida de creatividad e innovación no es la única manera en la que el estrés laboral entorpece la mente, la reacción de estrés causa que las personas duden de sus capacidades y que no se percaten lo suficiente de lo que pasa a su alrededor. Esto puede conducir a errores en la toma de decisiones. La pelea y huida no son las únicas reacciones ante una amenaza: también es posible congelarse. El congelamiento en la

respuesta ante una amenaza puede asumir muchas formas; el individuo puede quedarse inmobilizado, incapaz de hacer cualquier cosa, incluso pensar.

También se ve cuando uno se enfrenta con una decisión difícil, quizás una que requiere algo tan sencillo como una respuesta de sí o no, y se desmorona por su incapacidad para elegir. A medida que aumenta la complejidad de la tecnología en el trabajo y existe una tendencia creciente a alentar la autonomía y el criterio individual, se requiere que un número cada vez mayor de personas ocupen mucho más tiempo en tomar decisiones. El estrés importa en este contexto debido a que cuando la presión supera la capacidad de afrontamiento de los individuos, se deteriora la capacidad de toma de decisiones.



Como se ha visto la reacción inmediata ante una amenaza puede agudizar las facultades críticas pero eso pronto se convierte en sobrecarga o disociación psicológica. Se puede estar abrumado con pensamientos, ideas y opciones que se pierde la capacidad para discriminar y está bajo presión de tener un desempeño de hacer algo, de modo que se toma una decisión sin realmente pensar las consecuencias o darle a la decisión el tiempo que requiere.

Bajo estas circunstancias, no es sorprendente que se cometa errores. La persona se distrae, se reduce su capacidad de atención, se frustra pero tiene que tomar una decisión antes de que pueda continuar con el siguiente trabajo urgente. Cuando el sujeto esta ante esta situación, es capaz de tomar una mala decisión, la que sea. Para otros empleados el proceso es diferente, tienen demasiadas decisiones que tomar, demasiada información que absorber, demasiadas personas con quien hablar, ya no se preocupan por pensar en tal situación, no les importa el resultado y pierden el tiempo lo más que pueden.

8.- ERRORES: La gente a menudo comete errores, pero la gente que esta estresada más. El error como se ha visto puede conducir a un accidente o perdida de producción, a calidad inaceptable o a una estrategia fundamentalmente defectuosa para toda la organización, cuando lo errores se cometen a ese nivel, entonces podría ser que los costos asociados no se vean de inmediato.

9.- CALIDAD: El impacto del estrés sobre la calidad es fácil de observar. La combinación de falta de participación, deficiencias en la toma de decisiones y una actitud de “me importa poco” conduce inevitablemente a problemas con la calidad. Se ha descrito mucho acerca del costo de la calidad y de la relación de niveles de calidad y éxito organizacional. Mejorar la calidad de los productos y servicios de una organización ha sido uno de los objetivos principales estratégicos durante muchos años y este ha sido muy bueno en cuanto a mejorar sistemas y cambiar actitudes. Las empresas han hecho una gigantesca inversión para diseñar sistemas de calidad y desarrollar una cultura de calidad; empero no lograran el beneficio completo de estos programas a menos que también reduzca el estrés. Vincular el costo de la calidad con el manejo de estrés enfoca la atención sobre el bienestar del empleado como un determinante esencial de éxito de un programa de calidad y ayuda de las personas a darse cuenta de los beneficios económicos de hacer las cosas bien.

CUANTIFICACION DEL PROBLEMA DE ESTRÉS Y ALTERNATIVAS

Una vez identificado el estrés en las organizaciones se procede a preguntar ¿Cómo es posible cuantificar el estrés con más precisión, cómo se logra medir qué tan extendido esta?, ¿Cómo saber cuántas personas están afectadas y cuánto? y como se consigue descubrir el factor que lo está causando. El punto inicial para el manejo del estrés consiste en comenzar con una investigación bien estructurada a fin de obtener una comprensión clara acerca de la magnitud y naturaleza de los problemas que se busca atender. Entre más preciso desea el diagnóstico, mayor será la probabilidad de identificar el curso más eficaz del tratamiento.

Debido a que el estrés reside en las personas, se debe de empezar a preguntar a nivel individual a los empleados ¿qué problemas y preocupaciones tienen, que cambiarían si pudieran, preguntarles frente a frente u obtener sus comentarios a través de un cuestionario.

Los efectos observables como las ausencias, el desgaste y los accidentes manifestarán que existe un problema pero no dirán que es lo que lo está causando. Otro aspecto importante además de comprender la naturaleza de las

presiones del personal, también es ser capaz de evaluar los efectos de las mismas sobre los empleados. Como se ha visto es la interpretación individual de esa presión lo que determina si existe un peligro para ese individuo en particular. La tarea consiste no solo en descubrir no solo cuales son las presiones si no también el grado en el que pueden dañar a los empleados.



Cuando se analiza el estrés dentro de las organizaciones, es bastante difícil conversar con los gerentes y decirles que deberían hablar sobre la presión bajo la cual se encuentra su gente y escuchar sus respuestas. Escuchar la manera en la que las personas experimentan la presión en la empresa y el modo en el cual les afecta sería una parte necesaria para progresar con los problemas. Si estas conversaciones con el personal sobre cómo se sienten y como están afrontando la situación son un suceso cotidiano que se maneja con franqueza y confianza mutua, entonces es una excelente manera de obtener una comprensión acerca de los problemas. Por desgracia en la mayoría de las organizaciones, este tipo de conversaciones es realmente poco común.

Efectos Organizacionales.

Según Cruz (2001), existen condiciones laborales que resultan ser demasiado estresantes para el individuo, quien puede manifestarlo o coadyuvar a que se observe en ellos alguna de las siguientes situaciones:

-Ausentismos o retardos constantes

Muy pocas relaciones laborales, poca cooperación o disposición para el cambio, conformismo, indisciplina, falta de creatividad.

-Baja productividad. Un trabajador o empleado que trabajo a disgusto, cansado desmotivado, tenso, no rinde al máximo de sus esfuerzos y capacidades.

-Se eleva el índice de accidentes por causas humanas

-Aumenta la rotación de personal

-Antagonismo e insatisfacción en el trabajo

-Problemas derivados de la comunicación informal

-Conflictos generados de las malas dinámicas interpersonales y de los grupos de trabajo.

El estrés como un gasto en las empresas.

El estrés es un fenómeno que afecta fuertemente a la empresa moderna. Desde los inicios de la década de los 80s que se ha estudiado el efecto del estrés en la reducción del rendimiento laboral. Los seguimientos realizados muestran aumento de bajas laborales por enfermedad, rotación laboral prematura con elevados cambios en los trabajadores, perdidas cuantitativa y cualitativa de producción.

Desde el punto de vista de los trabajadores, un estudios realizado en 1992 por la compañía de seguros Northwestern National Life Insurance Company señala que el 40% de los trabajadores evaluados consideran que su trabajo es “muy estresante” o “extremadamente estresante”, mientras que un cuarto de trabajadores consideran a su trabajo como el primer estresor de su vida. Cruz (2001).

Costos del ausentismo y la rotación del personal.

Las estimaciones de Williams (2004) acerca del costo del ausentismo y las enfermedades relacionadas con el estrés señalan lo siguiente:

-En el Reino Unido: Los costos del absentismo laboral debidos al estrés en 1987-1988 alcanzaron los 5000 millones de libras, esta cifra podría aumentar en caso de sumarlo en el costo de trescientos millones de días de trabajo perdidos por problemas neuróticos, no considerarlos como debidos al estrés.

-En Austria: El costo de la indemnización por este es del 16% del total de las indemnizaciones por el estrés entre 1985-1987 fueron de 263 y 383 millones de dólares.

-En Países bajos: Cada día 116 personas Una persona de cada cuatro minutos durante la jornada laboral recibe un diagnóstico de este tipo es decir, de alteraciones psicológicas producidas por el estrés laboral) (Aguayo y Lama, (1998)

Hay otros costos menos evidentes, que se presentan en forma de accidentes, lesiones, e incluso de sabotaje, que puede ser resultado de la frustración producida por el estrés. Si un trabajador está demasiado estresado ante un problema, es posible que no encuentre una salida creativa o no acepte la globalidad de una situación cuanto más ganaría una empresa si aumentara la creatividad de su persona? O Si aumentara la calidad de toma de decisiones de sus ejecutivos?.

No se debe de olvidar, que hay que también hay que costear el estrés originado por el deterioro de la calidad de vida, tensión en las relaciones interpersonales, conyugales y familiares.

Estudios de economía en salud, como el estudio HERO (Helt Enhancement Research Comitee), indagó sobre las relaciones entre riesgos en la salud y los gastos médicos. Concluyó que los gastos en salud de los trabajadores que reportan niveles de estrés son alrededor de unos 50% más altos que aquellos que no tienen niveles de estrés. (Rodríguez, 2001).

Respecto de la duración promedio del ausentismo, las estadísticas son relativamente consientes con 20 días en EE UU y 21 en nuestro país, pero como siempre los promedios son sólo un pálido reflejo de la realidad, pues el rango de la variabilidad de la duración del ausentismo es muy amplio, desde uno tan breve como 2 como uno tan prolongado como sobre los 100 días.

Costos, ausentismos y rotación conforman un enemigo para la administración de cualquier negocio, pues cualquier enfermedad que signifique ausencia de un trabajador en su puesto de trabajo, le presenta a la empresa deterioro de la productividad, por diversos mecanismos.

Un segundo efecto es el reemplazo. Un reemplazo interno que cubra la emergencia, por la misma causa anterior, implicara ya no sólo uno sino dos puestos parcialmente descubiertos.

Un reemplazo externo no siempre estará disponible como una calificación al 100%, por lo que los investigadores se han dedicado a estudiar el estrés y otros se han interesado en disminuir el estrés dentro de las organizaciones. Como se ha visto el estrés repercute en casi todos los ámbitos porque lo que varios investigadores se han dedicado a estudiar el estrés y otros se han interesado en

disminuir el estrés dentro de las organizaciones, en el siguiente capítulo se expondrá un diagnóstico y técnicas útiles para controlar el estrés en las empresas.

Tomando acciones.

Fontana (1995) confirma que a pesar del daño fisiológico y psicológico, muchos sujetos que se encuentran en niveles gerenciales o en las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud, dan por hecho que alguien sucumbe a la presión porque no está a la altura del trabajo, o bien, que está simulando una enfermedad. Ante este problema Cruz (2001) propone tres pasos que toda organización tiene que seguir y generar soluciones.

1. *Despertar la Conciencia:* La primera parte de la estructura en la investigación de la presión y el estrés en el trabajo es ayudar a tener conciencia de ello y cambiar tanto la percepción de la gerencia como la del empleado. Si el tema permanece oculto en la organización y los gerentes y plantilla de personal no se atreven a decir algo al respecto de él, nunca se lograra algún progreso para manejarlo.

Por ende despertar la conciencia tiene mucho con cambiar la percepción de empleados y gerencia, y desafiar las “viejas ideas” acerca del estrés como el precio que paga la gente por demostrar su compromiso y dedicación. En vez de ello los mensajes deberán referirse al reconocimiento de que el estrés es un problema y al compromiso de trabajar continuamente para establecer cómo se manejara. Sin una conciencia acerca de las verdaderas dificultades, no puede comenzar el proceso de cambio eficaz y sostenible.

2. *Aceptación de la responsabilidad.* La segunda parte de la estructura estratégica es la responsabilidad. Uno de los principios básicos del manejo de salud ocupacional es que los empleados no deberán dejar su lugar de trabajo en un estado de salud peor del que tenían cuando llegaron. Por lo general se acepta que las personas no tendrán que enfermar debido a su labor y que los patrones tienen el deber de proporcionar cuidado a sus empleados. Necesita haber una comprensión compartida de a quien le incumbe manejar el estrés laboral.

Una vez un gerente de línea o jefe ejecutivo ha adquirido conciencia de que existe estrés y presión dentro de la organización, necesitan saber quién es responsable en la organización de ello. De manera alternativa es posible que el equipo gerencial crea que el estrés tiene poco o nada que ver con el trabajo y la solución depende de los empleados. Es claro que el patrón tiene el deber de proporcionar un ambiente seguro de trabajo y de garantizar que el bienestar psicológico de los

empleados esta tan bien protegido como el físico. Cuando sea posible, el estrés debe controlarse desde la fuente y esto se considera responsabilidad patronal.

Sin embargo se cree que el manejo del estrés en el trabajo también es responsabilidad del empleado individual. Sin embargo en anticipación a su juicio, una cosa es evidente: es importante aceptar que la responsabilidad del bienestar del empleado no puede delegarse en los profesionales relacionados (los gerentes de RH, los funcionarios de bienestar social, el personal de salud ocupacional y recursos humanos) estos tienen un papel que representar en el manejo eficaz del estrés laboral. Cada uno de estos individuos lleva consigo la responsabilidad personal de hacer lo que pueda para reducir el estrés en el trabajo. Las organizaciones, gerentes y empleados necesitan estar conscientes de que es una amenaza real del porque con la acción apropiada puede evitarse.

Dependiendo de la naturaleza del conflicto y de la combinación específica de presiones, la responsabilidad principal puede residir en la gerencia del empleado. Si se percatan de que existe una dificultad y de que todos modos no hacen algo tan diferente, entonces el empleado estará tan enfermo o estresado como si el problema no se hubiera detectado de inicio. El manejo eficaz del estrés en el trabajo pasa de la conciencia a la acción. La una tiene valor limitado sin la otra. La acción de guiar al estrés debe realizarse a tantos niveles como sea posible.

El vínculo entre conciencia y acción es uno de los principios guía detrás del enfoque para la medición y manejo eficaz de estrés. La conciencia encontrada y la comprensión más profunda que se ha obtenido a través de la medición poseen escaso valor si no se actúa.

3. *Ejecutar una acción:* Este es el tercer paso de una estructura estratégica, En este punto de solución las organizaciones, gerentes y empleados necesitan estar conscientes de que el estrés es una amenaza real y que con la acción inmediata puede evitarse. Dependiendo de la naturaleza del conflicto y la combinación específica de presiones, la responsabilidad principal puede residir en la gerencia o el empleado. Pero si no están conscientes del problema o no tienen idea de que se puede arreglar, entonces están imposibilitados para actuar. Si se percatan de que existe una dificultad y de todos modos no hacen algo diferente, entonces el empleado estará tan enfermo o estresado como si el escollo no se hubiera detectado de inicio.

El manejo eficaz del estrés en el trabajo pasa de la conciencia a la acción. La una tiene valor limitado sin la otra. La acción de guiar el estrés debe realizarse a tantos niveles como si fuera posible. El vínculo entre conciencia

y acción es uno de los principios guía detrás del enfoque para la medición y manejo eficaz del estrés. De esta forma la conciencia encontrada y la comprensión más profunda que se ha obtenido a través de la medición poseen escaso valor si no se actúa.

CAPITULO 3

EL TRABAJO EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON AUTISMO



CAPITULO 3

EL TRABAJO EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON AUTISMO

3.1 Historia del Autismo en México

Literalmente el autismo significa vivir en función de sí mismo, para un observador el niño autista aparece como un ser egocéntrico, puesto que es escasa su respuesta al mundo externo, y paradójicamente el individuo sumido en dicho estado tiene muy poca conciencia de sí mismo (Fejerman, 1994)

El autismo infantil fue descrito por Kanner como entidad en 1943. Sin embargo Bleuler (1911, citado por Mannoni, 1985), ya había hablado del autismo en relación con la esquizofrenia. Un sujeto que se retira del mundo, si no es un sujeto que no llega a entrar a él. Habla de una sociedad del individuo que se presenta con carácter agudo desde el comienzo de la vida social consciente (Mannoni, 1985).

El definir que es el autismo de un punto de vista psicológico no ha sido sencillo, ya que en un inicio era considerado, como un daño colateral o unido a la esquizofrenia, esto debido a las pocas investigaciones que había a finales del siglo XX pero a partir de las investigaciones hechas por Kanner, el área de estudio del autismo desde la psicología ha ido creciendo.

Kalvin (1971 citado por, Fejerman, 1997), marca la diferencia entre autismo y esquizofrenia, la cual consiste básicamente en la especificidad del trastorno de la infancia, mientras que en la esquizofrenia hay una des-estructuración del aparato psíquico que había alcanzado estados de organización "normal" lo cual no sucede en el autismo, ya que, desde el inicio de la vida se presenta un desarrollo cognitivo atípico. Junto a esta idea, Sankar (1976, citado por Garanto, 1984), menciona la existencia de una organización afectiva desde el mismo periodo intrauterino se explicitaría en un subdesarrollo morfológico provocando la presencia del trastorno.

También la corriente organicista con un enfoque metodológico (médico-biológico) explica el autismo, basándose en la génesis del ser humano, en otras palabras, es lo que puede provocar dicha malformación a nivel cortical. El síndrome autista es considerado como derivado de una alteración orgánica que se llama "equipamiento de base" (Inmadurez del Sistema Nervioso Central vegetativo o motor) que imposibilita a estos niños poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismo (Garanto, 1984).

La única región del cerebro que pudo haberse visto afectada por un traumatismo precoz y conducir el autismo es Según Cóleman (1979, citado por Garanto, 1984)

el tálamo. Es una región que se está vascularizada por la arteria central posterior. Un desperfecto pero perinatal en estos vasos (comprensión, hipoxia, deshidratación, etc). Sería suficiente para explicar el déficit autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.

Como se menciona en el párrafo anterior el papel de los estados emocionales son importantes y con base a estos, la Teoría Emocional-Ambiental hace mención de que el autismo se presenta debido a, las primeras relaciones entre la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias que son consideradas por esta teoría como generadoras del trastorno y de las psicosis infantiles en general. En realidad en estas primeras relaciones se producirá un fracaso en la formación del yo, una escisión del mismo que incidiría en las adaptaciones y desintegraciones de sus estructuras perisológicas, una detención o regresión a un estado primario del desarrollo en el cual se fija (Garantos, 1984).

Dmasio (1978, citado por Garanto, 1984) desde el punto de vista médico, en contraparte del enfoque emocional-ambiental, menciona que las infecciones perinatales, pueden explicar el porqué de la edad de aparición del autismo).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe al autismo como un síndrome que se presenta desde el nacimiento o invariablemente durante los 30 primeros años de vida. La respuesta a los estímulos auditivos y visuales son anormales y ordinario, se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. El término autismo, Piaget (1971; citado por Tustin, 1987) lo utiliza para definir, que es una parte normal del desarrollo del niño, quizás por esta razón la historia del autismo no es muy amplia, debido posiblemente a que todos los individuos pasan por diversos periodos, ya que son parte importante del desarrollo humano, pero con los niños autistas no se pueden determinar en qué etapa llegan a tener el problema de estancarse y obtener su desarrollo evolutivo de una manera "normal" y completo.

Cabe mencionar que no se debe confundir el autismo con el síndrome de Asperguer el cual se considera una forma de autismo en el que los pacientes no muestran tener habilidades sociales, con una etapa baja de coordinación y concentración y un rango restringido de intereses, su lenguaje se considera normal y su inteligencia es normal o superior (Alvarez-Alcantara 2007).

3.2 Etiología del Autismo

Los primeros en hablar de una Teoría de la Mente fueron David Premack y Gutçy Woodruff (citados, por Hobson, 1995); mencionaron que los individuos poseen una Teoría de la Mente, que se atribuye a sí mismo y a otros estados mentales. Por lo tanto un sistema de inferencias de este tipo puede considerarse, en sentido propio, como una teoría debido a que los estados mentales no son directamente observables, y este sistema puede utilizarse para hacer predicciones específicamente sobre la conducta de otros individuos.

Con esta información se puede establecer que el problema del niño autista, dentro del desarrollo de las funciones mentales, es que no logra desarrollar sus capacidades de interacción con las personas que lo rodean, lo cual significa que su funciones perceptivas, motivacionales, cognitivas y emocionales se estancan, por lo cual carece de relación alguna con el mundo social que lo rodea.

Las primeras características del autismo que fueron descritas lo definen de la siguiente forma (Kanner, 1943; citado en Frith, 2004).

Sociedad autista.

El trastorno principal se caracteriza fundamentalmente por la incapacidad que tienen estos niños de relacionarse normalmente, desde el comienzo de la vida con las personas y las situaciones. Hay desde el inicio una soledad extrema, por la que el niño siempre que es posible desatiende, ignora y excluye todo lo que viene de afuera. En contraste tiene una buena relación con los objetos inanimados y puede estar con ellos durante horas.

El deseo de invariancia.

Los sonidos y movimientos del niño y todas sus actividades, son tan monóticamente repetitivos como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontáneas. La conducta del niño se rige por un deseo ansioso de mantener todo a su alrededor igual.

Islotes de capacidad

El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la sorprendente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, lo fenomenal memoria mediativa de motores y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indican la existencia de una buena inteligencia.

Etiología Biológica

Al analizar la etiología del autismo debe considerarse que de acuerdo con la biología, existen grandes genes que pueden explicar la aparición de dicho trastorno (Palunsky, 2004). Algunos se interesan en las causas básicas posibles, tales como, una anomalía hereditaria, lesiones cerebrales, alguna infección, hecho perjudicial que hubiera acaecido durante el nacimiento después de él. Los métodos para estudiar estos problemas comprenden el examen de historias familiares, detallados análisis de los cromosomas de los niños y de sus parientes, la averiguación acerca si los problemas durante el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida son especialmente comunes en los niños autistas (Wing, 1978).

Wing (1998) menciona que el autismo se presenta por “daños en el cerebro” pero esto es un término general que no explica mucho, la mayoría de los investigadores han intentado ser más específicos al explicar el autismo infantil. I. Algunos han sugerido que las partes del cerebro que controlan las funciones son anormales. Varios grupos de investigación piensan que las regiones que controlan el despertar y el sueño (el sistema reticular), no funcionan correctamente. Otros consideran que el problema reside en las partes del cerebro que atienden a la organización de la información. Las teorías perceptuales o más bien del procesamiento de la información, mencionan que dicho proceso en el caso del autismo sería selectivo, que los autistas son más sensibles al nivel del oído, vista y a estímulos o sensaciones tenues, débiles, en lugar de las fuertes, críspas y deslumbrantes a las cuales parecen no inmutarse (Garanto, 1984).

Sin embargo Paunsky (2004) habla de que existen tres áreas prometedoras para la investigación, la genética, la bioquímica y la viral. Propone una definición de lo que es el autismo basado en una deficiencia a nivel del sistema nervioso central (SNC), el cual pudo haber sido provocado a causa de que la madre en el momento del embarazo haya parecido rubeola, ya que en la mayoría de los casos de niños que presentan autismo la madre ha sufrido dicha infección. De acuerdo al daño sufrido a nivel del SNC se han propuesto distintas definiciones basadas en las diferentes áreas del cerebro.

3.3 CLASIFICACION ACTUAL (Tipos de Autismo).

Algunos niños autistas se encuentran más discapacitados que otros debido a su trastorno. El autismo infantil puede recorrer toda una gama, cuyos extremos son la levedad y severidad, en cuyo punto medio incide la mayor parte de los niños. Sin embargo es importante recordar que tratándose del niño que se trate cada síntoma puede presentarse asimismo en grados variables. En otras palabras, algunos de

los síntomas del autismo pueden ser muy graves en unos niños, pero muy leves en otros (Powers,1999)

De Villard (1986), realizó una clasificación de las que él llama psicosis autistas con la siguiente categorización:

La psicosis autistas perceptivas precoces habituales

Son las que describió por primera vez Kanner, con toda su sintomatología ahora muy precisa. Descripción que no ha sido reconsiderada, a no ser en el marco recapitulativo.

La psicosis autistas perceptivas precoces severas

Se presentan bajo un doble aspecto, la primera se llama cerrada y la segunda está asociada a un retraso mental. Las psicosis autistas se definen esencialmente por su carácter evolutivo. En los diferentes centros de atención de estos niños, algunos continúan siendo muy difíciles de atender. Estos niños presentan de la misma manera, sus alteraciones sintomatológicas, parecen semejantes a las precedentes; sin embargo, el modo de las alteraciones es más intenso. Generalmente, el inicio es muy precoz en los lactantes de los que se tiene alguna sospecha, pero, no presentan problema hasta los 6 u 8 meses de edad, están reclusos en su cuna, no gritan, ni lloran, son demasiado tranquilos, no reclaman nada a pesar de que su desarrollo motor es normal, de hecho cuando aprenden a caminar a los síntomas son más claros para poder hacer un diagnóstico.

Las psicosis autistas perceptivas precoces ligeras.

En esta psicosis se agrupan las psicosis simbióticas, las psicosis de periodo de la latencia o una expresión tardía en tanto que no se confunde con las pre psicosis , las distorsiones psicóticas precoces. Puede parecer poco serio pero sus síntomas y su evolución, llevan a pensar que tienen una misma alteración perceptiva, ya que los cuidados y la reeducación deben emprenderse cuanto antes, puesto que la posibilidad de rehabilitación es enorme.

Los síntomas son similares a los del autismo común, se añaden varios elementos, que permiten estar prevenidos respecto a una alteración más importante. Estos niños psicóticos con retraso mental son a menudo los que no presentan dificultades durante los 4 o 6 primeros meses de vida son hipotónicos, duermen sin parar, hay que empujarles para obtener respuesta, incluso hay que estimularlos para que coman, el desarrollo motor en estos niños es tardía. En lo que se refiere a mantenimiento de la cabeza, la adquisición de la marcha, falta de vitalidad, la alteración del tono y a motilidad persistente durante muchos meses: hipotonía, rareza de movimiento, que pueden dar lugar a una hipertonia (aumento

del tono muscular) o a una espasticidad (algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos) o veces a una agitación incesante y gritos, además el examen clínico adopta una nota pesimista; el aspecto de niños es menos esbelto, más grosero, la mirada está ausente, como las otras formas es retraído y no presenta mejoría (De Villard, 1986)

3.4 Historia de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C.

En el año de 1990, la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C. nace del esfuerzo de un grupo de terapeutas profesionales y padres con niños autistas para tratar el padecimiento y orientar a las familias. Es una institución que promueve el bienestar, mejoramiento y protección de los menores de edad, con trastornos infantiles cuya gravedad incapaciten, limiten, desvíen, o detengan as funciones psicológicas, en el sentido cognoscitivo-emocional, en especial el autismo infantil precoz, condiciones autistas y trastornos del Desarrollo proporcionando servicios profesionales y científicos de atención a Niños, a sus familiares y a profesionales para poder integrarse a la ciudad.

CLIMA A.C. existe gracias a la carencia de instituciones públicas y privadas para el tratamiento del autismo. Se consolido como una organización preferentemente investigadora del autismo, sistematizando sus tratamientos, así como su detección temprana. La Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C. busca promover y apoyar la creación de centros especializados en el interior del país replicando el modelo de atención, capacitando constantemente al persona de las instituciones; ampliando su difusión, promoción y conocimiento a otros centros educativos y los profesionales a través de la impartición de diplomados.

3.5 Objetivos de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones de Desarrollo A.C.

Objetivo General: El objetivo General de la Clínica es integrar a los niños y adolescentes con autismo a la sociedad productiva de una manera eficiente y lograr una integración con su entorno de una manera óptima.

Objetivo Institucional: El objetivo institucional de la clínica es mantenerse a la vanguardia en los tratamientos del Autismo a nivel internacional, capacitar, y asesorar a la comunidad que está involucrada con las personas autistas.

Visión: Mantienen a la vanguardia en todo lo que a autismo se refiere, brindando cursos y conferencias a profesionistas y padres de familia, capacitando a su personal de trabajo para que cuenten con las herramientas y elementos necesarios para tener una preparación adecuada, manteniendo el compromiso de confianza y honestidad con los beneficiarios hasta a la edad adulta y los donadores. Tienen también el objetivo de recuperar el potencial y los valores de las personas con autismo para mejorar su calidad de vida y de sus familias.

3.6 Población a la que atiende y tipos de casos.

Promueve servicios profesionales y científicos de atención al niño y a su familia, en el sentido de sus necesidades, para adaptarse a la realidad, proporcionándoles terapias cognoscitivas, psicoeducacionales, conductuales, de comunicación y de otra índole que favorezcan una mejor respuesta con respecto a la realidad.

Difunden por medios informáticos la responsabilidad y deber de ayudar a la sociedad la Solución de los problemas respecto del espectro Autista y su impacto en la dinámica familiar. Contribuyen a que se difunda en todo el país la protección y habilitación de la persona con autismo. Integran a niños y adolescentes con autismo al ambiente de la educación regular y de actividad laboral.

METODOLOGIA

Objetivo General:

Al finalizar un taller con técnicas cognitivo-conductuales, los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C., podrán prevenir situaciones que les ha ocasionado el estrés en su vida cotidiana y en su rendimiento laboral mediante técnicas cognitivo-conductuales.

Objetivos específicos:

-Que los terapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA identifiquen los mitos acerca del estrés

-Que los terapeutas coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA identifiquen y utilicen algunas ideas diferentes acerca de su empleo, paciente y/o área de trabajo con el fin de lograr una situación de agrado en su ambiente laboral.

-Que los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA se reformulen otras maneras de ser asertivos cuando se encuentren en situaciones dentro de su ámbito laboral.

-Que los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA apliquen sus propias habilidades para poder solucionar factores estresantes en su ámbito laboral.

-Que los terapeutas, coterapeutas y empleados de CLIMA apliquen sus propias habilidades para poder solucionar factores estresantes en su ámbito laboral.

Planteamiento del problema:

1.-Cual es la probabilidad de que los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios que trabajan en CLIMA disminuyan sus niveles de estrés mediante un taller con técnicas cognitivo-conductuales?

2.-Disminuye el estrés laboral con la aplicación de un taller con técnicas cognitivo conductuales en la vida de los terapeutas, coterapeutas y empleados que trabajan en CLIMA?.

Hipótesis:

Las actividades laborales dentro de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C., tienden a aumentar el estrés laboral en los terapeutas que trabajan en ella. La aplicación de un taller con Técnicas Cognitivo-conductuales, disminuye los niveles de estrés presente en la vida de terapeutas, coterapeutas, y empleados de mandos medios que trabajan en CLIMA.

Variables:

Variable Independiente: Taller para el manejo de estrés laboral con técnicas cognitivo conductuales

Variable Dependiente: Estrés presente en la vida de los terapeutas

Operacionalización:

VI: El nombre de terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos. (Beck, 1983)

V.D: El estrés se define como el proceso que inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables) de las cuales la más importantes son: la ansiedad, la ira, la depresión (Williams, S., Cooper, L., 2002).

Método

Tipo de investigación:

El tipo de estudio utilizado en esta investigación fue Cuasi experimental ya que el grupo ya se encontraba formado y no existió asignación al azar. (Sampieri, 2003)

Diseño:

Pretest-postest intragrupo, el tipo de medición seleccionado se utilizó debido a que existe una medición de las variables antes y después de la intervención del taller, con la finalidad de realizar una intervención de datos que prueba la afirmación de la hipótesis planteada.

Población:

La población seleccionada fue un grupo de terapeutas coterapeutas y empleados de mandos medios de la Clínica Mexicana de autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.

Muestra:

La muestra utilizada fue no probabilística intencional que comprende 15 terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo que tienden a sufrir de estrés laboral.

Difusión: Propaganda dentro del clínica mediante carteles

Lugar: Auditorio de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.

Criterios de inclusión:

-Los terapeutas, coterapeutas empleados seleccionados fueron aquellos que cumplieron con las siguientes características:

-Ser terapeutas de jornada de tiempo completo.

-Que tuvieran disponibilidad de tiempo

-Que accedieran a participar en el taller para nuestro proyecto de Tesis

-Que los terapeutas, coterapeutas y empleados de la clínica padecieran al menos uno de los 7 factores que mide el EDO "Desgaste ocupacional Bajo Sano". Desgaste ocupacional "Regular normal", Desgaste Ocupacional "Alto en peligro", Desgaste ocupacional Muy Alto "Quemado".

-Se especifican a continuación, los perfiles que se consideran dentro de los 7 factores (agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción de logro, Psicossomático, Sueño, Psicosexual, Gastrointestinal, Psiconeurótico, Dolor, Ansiedad, Depresión) y categorías del instrumento para medir el estrés EDO "Desgaste ocupacional Bajo Sano", Desgaste ocupacional "Regular normal", Desgaste ocupacional "Alto en peligro", Desgaste ocupacional Muy Alto "Quemado" (Uribe Prado y cols., 2014).

-Que los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA estén propensos a la misma situación de estrés laboral.

-Que los terapeutas presenten todos los síntomas de estrés laboral.

Técnica de recolección de datos:

Instrumento para medir el estrés: Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)

La escala de Desgaste Ocupacional inició con una investigación exploratoria que llevaron a cabo Uribe-Prado y cols. (2008) en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, dichos investigadores desarrollaron un instrumento basándose en tres factores:

1.-AGOTAMIENTO: Definido como la pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos personales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotada debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos, clientes, jefes, etc.).

2.-DESPERSONALIZACIÓN: Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, compañeros, etc.). Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo, lo que conlleva que las culpen de sus problemas, por ejemplo “el enfermo bien se merece su enfermedad”, “el cliente es un sujeto detestable”, “el preso es un delincuente que merece su condena”, “el alumno merece ser reprobado”, etc.

3.-INSATISFACCIÓN AL LOGRO: Son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Procedimiento:

Para la realización de esta investigación se hizo difusión por medio de carteles y folletos la invitación a la inscripción para el Taller de estrés laboral con técnicas cognitivo-Conductuales, una vez reunidos los terapeutas, coterapeutas y empleados que cumplieron los requisitos de inclusión antes mencionados para el proyecto se les expuso el tema y características del taller, describiendo el método de trabajo y garantizando la confidencialidad de la información; una vez obtenida su aprobación se establecieron los horarios y número de sesiones del taller y los días en que se les aplicaría una sesión pre-test de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO).

Iniciadas las sesiones pre-test los días 26 y 27 de Septiembre de 2011, se solicitó a cada participante leer las instrucciones y llenar 20 minutos la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO). Una vez obtenidos los resultados, se ubicaron a los participantes en cada uno de los niveles de desgaste ocupacional que mide dicha escala.

Posteriormente se dio inicio a las sesiones del Taller de estrés laboral con técnicas cognitivo-conductuales, con una duración aproximadamente de 50 minutos cada una. En la primera sesión llevada el 3 de Octubre, se les dio la Bienvenida al taller para los participantes. Identificaron los mitos que tenían acerca del estrés laboral y la importancia de manejarlo para tener una mejor calidad de vida.

En una segunda sesión fue mostrada a los participantes una de las técnicas de respiración para manejar el estrés. Posteriormente se les enseñó la técnica de Relajación Muscular Progresiva. Se elaboraron además, algunas preguntas, derivadas de la teoría vista en la primera sesión. Finalmente, los participantes respondieron a esta nueva interrogantes completando la información que ya se tenía.

La tercera sesión se llevó a cabo bajo la técnica de inoculación del estrés, mediante un mapa mental donde los participantes escribieron todo lo que sentían, habían hecho o pensado al escuchar la palabra “estrés laboral”, por equipo descubrieron las formas en las que cada persona afronta de manera incorrecta el estrés laboral en sus vidas, así que después de ver diferentes maneras en las que afrontan los demás y las diferentes técnicas que en el taller se les había enseñado, reformularon otras maneras para ser asertivos cuando se encontraran en esas situaciones. Cerraron el día practicando nuevamente las técnicas de Respiración y Relajación Muscular Progresiva.

El día número 4 se trabajó el taller mediante la técnica conductual de Asertividad por medio de la lectura de diferentes casos acerca de las situaciones que podrían generar estrés, los participantes caracterizaron cada situación y analizaron si la actitud acerca de la situación era asertiva, en caso de que no lo fuera discutieron acerca de que otra respuesta podrían dar ante la situación. Se completó el tiempo que resto de la sesión nuevamente con la aplicación de ejercicios de Relajación Muscular Progresiva (RMP) para enseñar a los empleados a relajarse y poder liberar la tensión acumulada.

El día número 5 se analizó la información vista en todas las sesiones por medio de un collage acerca del tema. Se analizó la información representada por cada equipo. Nuevamente se aplicaron técnicas de respiración y finalmente se llevó a

cabo la clausura agradeciendo a los terapeutas por su asistencia y su participación en el taller.

Posteriormente el 10 y 11 de Octubre se efectuó la aplicación del post-test de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EDO) en las instalaciones de CLIMA.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a la aplicación de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), (Uribe 2008), en la evaluación para verificar el número de terapeutas, coterapeutas y empleados trabajan en CLIMA y que padecen estrés laboral se encontró que 8 terapeutas padecen estrés laboral.

Análisis de datos.

Para el análisis de datos se utilizó la prueba T de Student para muestras relacionas total y por factor con un nivel de significancia de 0.05 porque se hará la comparación de los resultados obtenidos y por la explicación que se puede obtener estadísticamente de los efectos de la variable independiente sobre la variable dependiente.

La elección de la prueba Tde Student se debió también por el planteamiento de la hipótesis debido a que se requiere de una comprobación antes y después de la intervención del taller.

La prueba T de Student se caracteriza para ser utilizada para muestras dependientes debido a que exige la existencia de dos momentos uno antes y otro después, se midió el nivel de estrés que padecían los terapeutas, cooterapeutas y empleados de mandos medios de la Clinica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo AC., por medio de ello se da a entender que la aplicación del taller servirá de control para posteriormente conocer los cambios que se susciten después de la intervención del taller por medio de la escala de desgaste ocupacional (EDO).

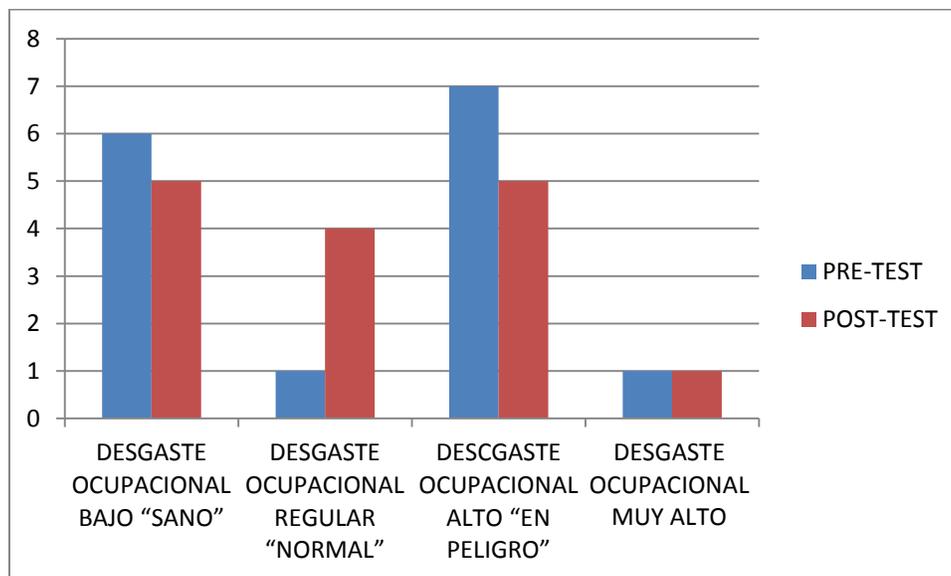
Debido a que la finalidad del taller es la reducción de los síntomas de estrés en la vida de los Terapeutas la comparación de datos por medio de esta prueba es aportar para los objetivos establecidos.

ANALISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Que muestra la comparación de los sujetos participantes por categorías de acuerdo al EDO pre-test y post-test.

DIAGNOSTICOS MODELO LEITER	PRE-TEST	POST-TEST
DESGASTE OCUPACIONAL BAJO "SANO"	6	5
DESGASTE OCUPACIONAL REGULAR "NORMAL"	1	4
DESGASTE OCUPACIONAL ALTO "EN PELIGRO"	7	5
DESGASTE OCUPACIONAL MUY ALTO "QUEMADO"	1	1

Conclusión: Se puede concluir que de la muestra de 15 sujetos, 7 estuvieron en la categoría Desgaste ocupacional Alto "En peligro" mientras que después de haber tomado el taller, disminuyó el porcentaje en un 20% siendo solo 5 sujetos los que se ubicaron en esta categoría de acuerdo a la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO). Se observa que 6 sujetos durante el pre-test se ubicaron en la categoría Desgaste ocupacional "Bajo Sano", mientras que en el post-test disminuyó el porcentaje siendo solamente 5 sujetos los que se ubicaron en esta categoría.



Gráfica No. 1. Que hace la comparación de las categorías en las que se ubicó la muestra de los sujetos de acuerdo a su nivel de estrés en las categorías que indica el EDO en el pre-test y el pos-test.

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	prefactores - postfactor	.49905	.43727	.11290	.25689	.74120	4.420	14	.001

Tabla 2 Diferencia de Medias del Pretest-Postest de la Escala de Desgaste Ocupacional (Uribe, 2010)

En la tabla 2, se puede observar la diferencia de medias entre el Pre-test-Pos-test del EDO . Con un nivel de significancia de .001, lo cual indica que si hubo una diferencia en la disminución del nivel de estrés laboral presentado en la vida de los 15 terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA después de haber tomado el Taller.

Tabla 3 Pre-test-Post-test por Factor que evalúa el EDO

PRE-TEST POS-TEST POR FACTORES	T	Sig. (bilateral)
Factor 1 Trastornos del sueño	1.838	.087
Factor 2 Trastornos por dolor	4.169	.001 *
Factor 3 Trastornos neuróticos	2.621	.020*
Factor 4 Trastornos gástricos	1.034	.319
Factor 5 Trastornos de depresión	.939	.364
Factor 6 Trastornos de ansiedad	2.682	.018*
Factor 7 Trastornos psicosexuales	2.584	.022*

*Nivel de Significancia de 0.05

Se puede observar que en el pre-test post-test por cada factor que mide la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO). Los factores no. 1 (Trastornos del sueño) con un nivel de significancia de 0.087, factor no. 2 (Trastornos por dolor) con un nivel de significancia de 0.001, factor no. 3 (Trastornos neuróticos) con un nivel de significancia de .020, factor no. 6 (Trastornos de ansiedad) con un nivel de significancia de .018 y factor no. 7 (Trastornos psicosexuales) con un nivel de significancia de 0.022, se pueden considerar como significativos debido a que son $<$ que 0.05 lo cual conduce a que estos factores tuvieron una disminución en cuanto al nivel de estrés obtenido en el pre-test/pos-test a partir de la evaluación de la Escala de Desgaste Ocupacional.

Por otro lado se puede observar que los factores no. 4 (Trastornos gástricos) con un nivel de significancia de 319 y el factor no.5 (Trastornos por depresión) con un nivel de significancia de .364, no tuvieron un cambio significativo a partir de la impartición del taller, ya que estos factores tienen un nivel de significancia $>$ de 0.05, por lo tanto como son mayores de 0.05 no son significativos.

A continuación se presenta el análisis estadístico que arrojó la prueba T de Student conforme a los factores mencionados anteriormente.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 presueño - postsueño	1.03333	2.17770	.56228	-.17264	2.23930	1.838	14	.087

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 predolor - postdolor	.65333	.60694	.15671	.31722	.98945	4.169	14	.001

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 preneuro - postneuro	.26667	.39400	.10173	.04848	.48486	2.621	14	.020

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 pregastrico - postgastrico	.20000	.74929	.19346	-.21494	.61494	1.034	14	.319

	Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			

				Inferior	Superior				
Par 1	predepre - postdepre	.26667	1.09978	.28396	-.34237	.87571	.939	14	.364

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	preansi - postansi	.71333	1.03016	.26599	.14285	1.28382	2.682	14	.018

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	prepsicosex - postpsicosex	.36000	.53958	.13932	.06119	.65881	2.584	14	.022

		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Pretest-posttest	.000	3	1.000

Tabla 4 Prueba T de Student para muestras relacionadas por categorías de Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)

La tabla no. 4 es relevante porque nos muestra la T de Student del pre-test-post-test, en la cual se utilizó un nivel de significancia 0.05, así pues se obtuvo un t de .000 y gl de 3. Por lo tanto, el nivel de significancia que se obtuvo en el pre-test con lo que respecta al taller fue de 1.000, lo cual indica que el taller sí disminuyó los niveles de estrés de los terapeutas y coterapeutas que participaron, comprendiendo que la modificación se refiere al puntaje obtenido en general de las categorías que evalúa el EDO.

Tabla 5 Prueba T de Student para muestras relacionadas por factores de Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)

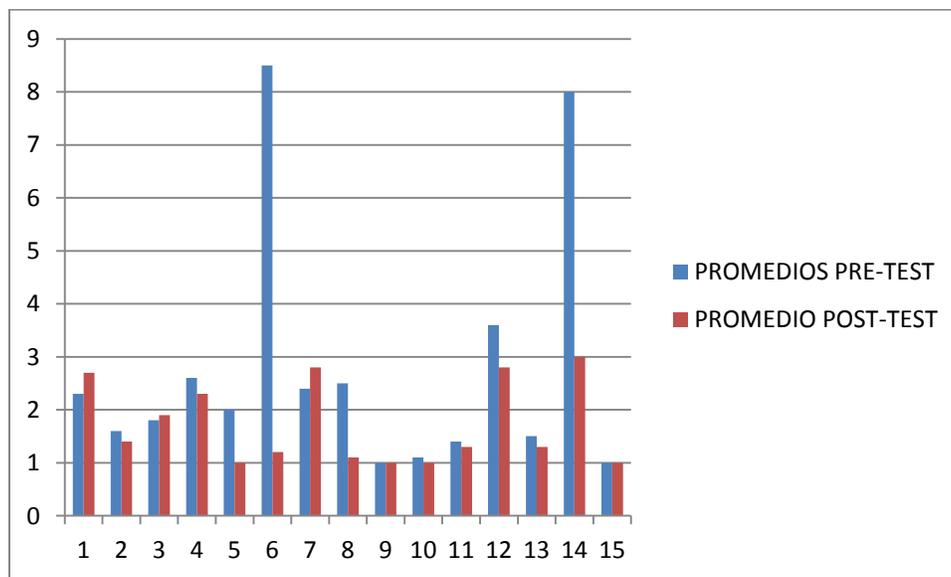
		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	prefactores - postfactor	4.420	14	.001

La tabla no. 5 es relevante porque nos muestra la T de Student del pre-test-posttest, de los 7 Factores analizados, en la cual se utilizó un nivel de significancia 0.05, así pues se obtuvo una t de 4.420 y gl de 14. Por lo tanto, el nivel de significancia que se obtuvo en el pre-test con lo que respecta al taller fue de 1.000, lo cual indica que el taller sí disminuyó los niveles de estrés de los terapeutas y coterapeutas que participaron en el taller, comprendiendo que la modificación se refiere al puntaje obtenido en general de los factores.

ANÁLISIS POR TRASTORNOS PRESENTADOS

FACTOR 1. TRASTORNOS DEL SUEÑO

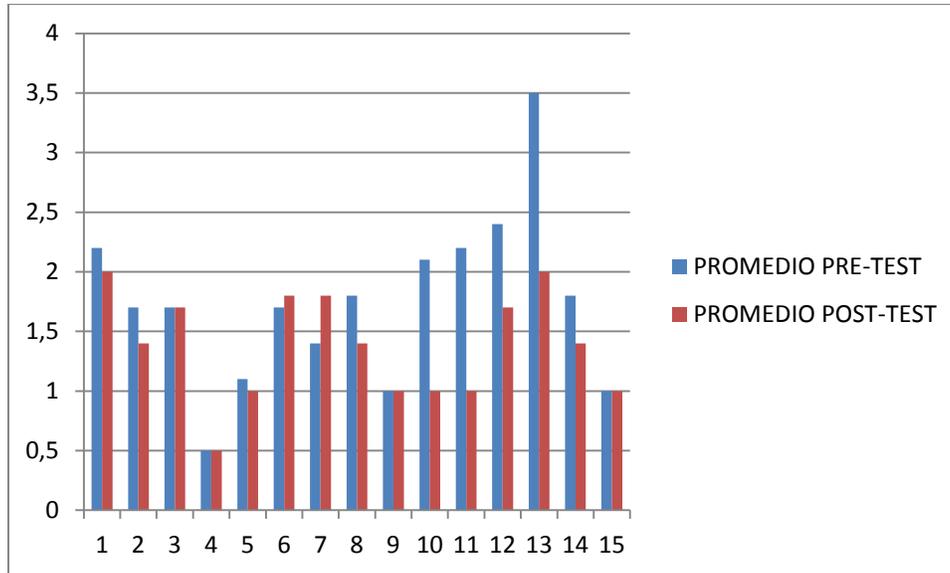
En el factor "Trastornos del sueño" se puede observar en el pre-test que el sujeto #4, #6, #12 y #14 obtuvieron una calificación alta en esta categoría y que disminuyó el porcentaje de padecer este trastorno después de haber tomado este taller en un 70%. Se observa que tres sujetos aumentaron de calificación en este factor después de analizar la muestra post-test, el sujeto #1 en un 50%, el #3 en un 10% y el #7 en un 40%, demostrando que los trastornos del sueño son un factor muy evidente en las personas que padecen el Síndrome de Bournot.



Gráfica 2 Que hace la comparación por promedio pre-test y pos-test factor "Trastornos del Sueño".

FACTOR 2. TRASTORNOS PSICOSEXUALES

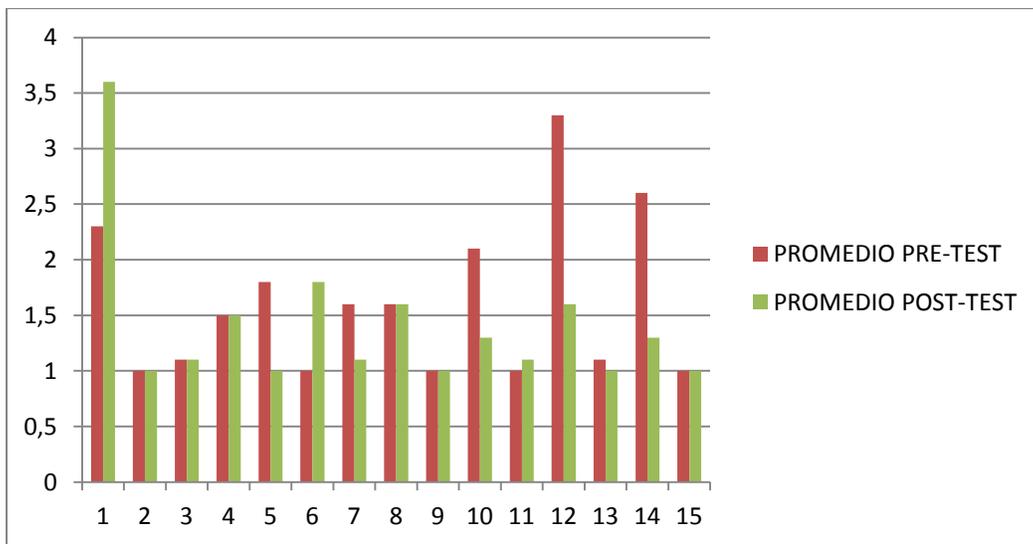
En el factor número 2 “Trastornos Psicosexuales” se observa que 3 sujetos del total de la muestra en el pre-test obtuvieron puntajes altos, disminuyendo notablemente después en el post-test. El sujeto #7 aumento significativamente en este factor.



Gráfica 3 Comparación Promedio pre-test y post-test Factor "Trastornos Psicosexuales.

FACTOR 3. TRASTORNOS GÁSTRICOS

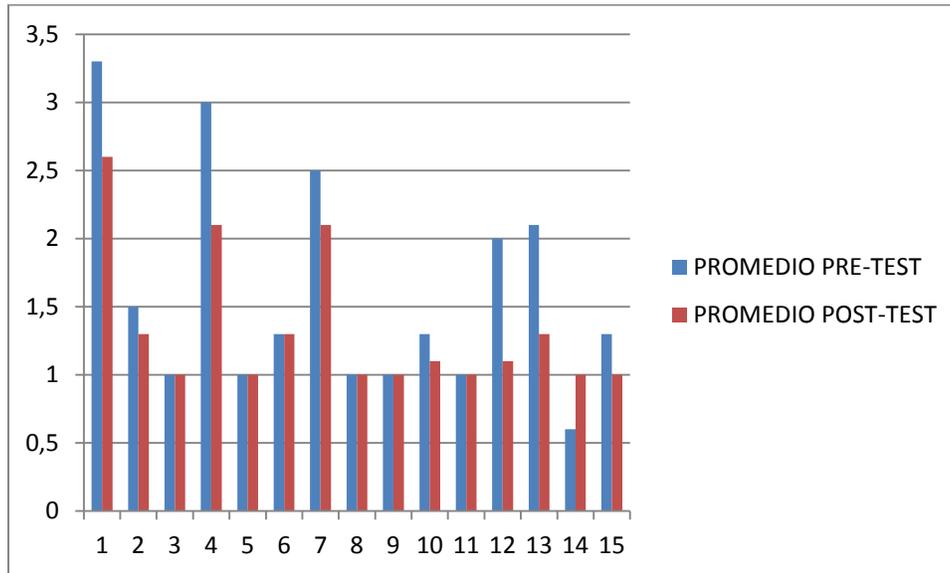
En la Gráfica “Trastornos Gástricos” se puede observar que los sujetos #5, #10, #12 y #14 obtuvieron puntuaciones altas en el pre-test, disminuyendo significativamente después de la aplicación del taller, mientras que dos sujetos, el #1 y el #6 aumentaron de nivel demostrando que los trastornos gástricos son un síntoma importante de la presencia de estrés laboral en la salud de los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.



Gráfica 4 Comparación pre-test post-test Factor Trastornos Gástricos

FACTOR 4. TRASTORNOS NEURÓTICOS

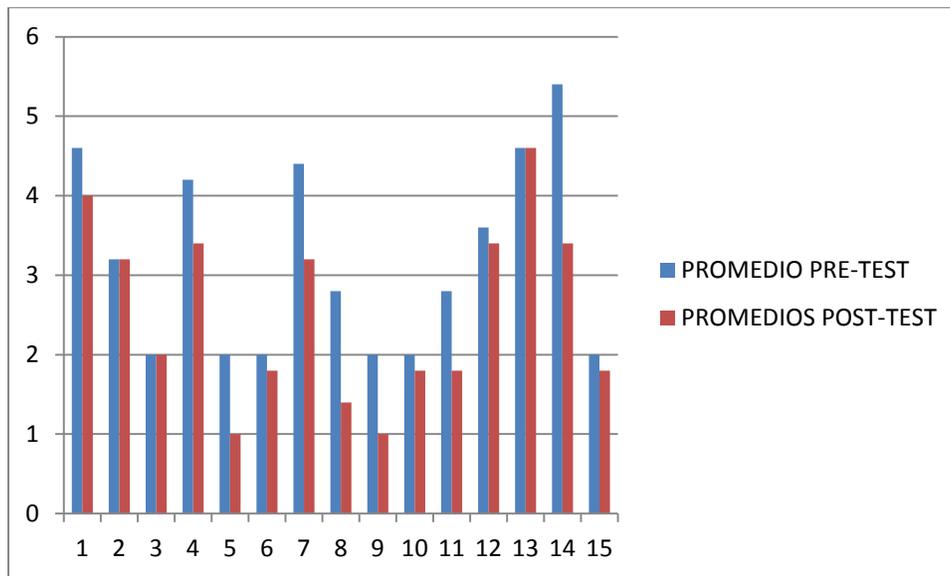
Se puede concluir en la Gráfica “Trastornos Neuróticos” que los sujetos #1, #4, #5 y #7, #11 y #12 obtuvieron calificaciones altas en este factor, concluyendo así que la despersonalización estuvo presente ocasionando alteraciones neuróticas en la vida emocional de los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios debido a la presión laboral que se vive dentro de la clínica. Se observa una notable disminución de este factor en los sujetos #4 y #13 en un 90% después de haber puesto en práctica las técnicas cognitivo-conductuales. Cabe destacar que el sujeto #14 aumentó en un 40% en este factor, debido al impacto emocional que provoca el Síndrome de Bournot en la salud mental de los trabajadores.



Gráfica 5 Comparación promedio pre-test y post-test “Trastornos neuróticos”

FACTOR 5. TRASTORNOS POR DOLOR

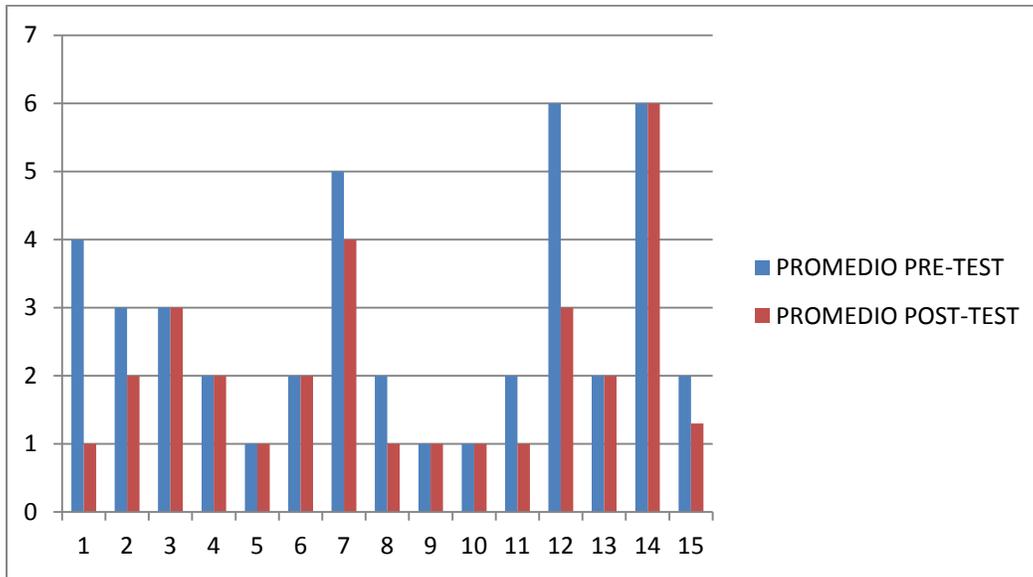
En el factor “Trastornos por dolor” se observa que de la muestra total de 15 sujetos, 5 obtuvieron puntuaciones altas (sujetos #1, #4, #7, #12 y #14) considerando el factor “Trastornos por dolor” como consecuencia del estrés laboral. Se nota que dos participantes del taller, el sujeto #2 y el #3 permanecieron con igual puntuación durante y después del taller.



Gráfica 6 Comparación promedio pre-test y post-test “Trastornos por dolor”

FACTOR 6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

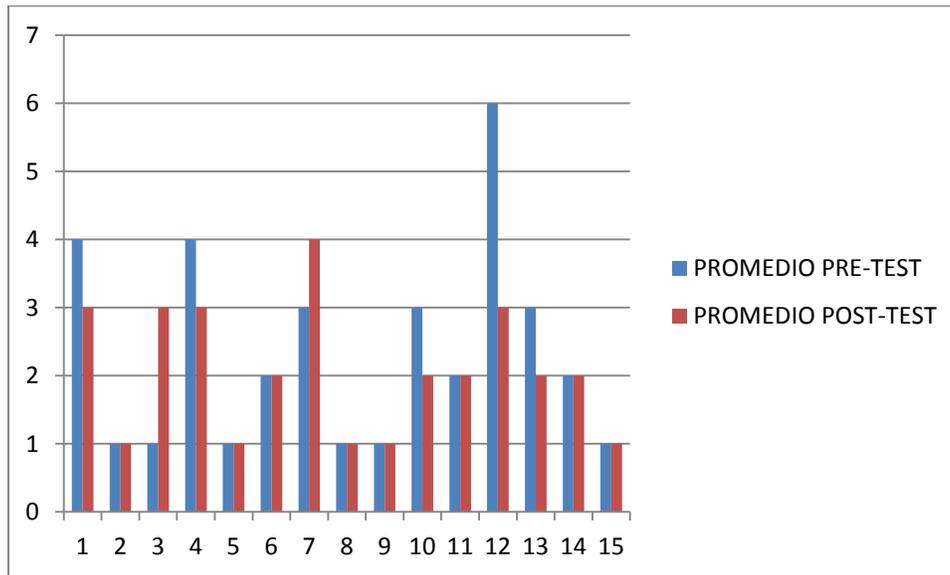
En la gráfica factor "Trastornos de ansiedad" se observa que los sujetos #1, #7 y #12 disminuyeron notablemente su nivel de ansiedad después de haber tomado el taller, mientras que los sujetos #3 y #4, #5, #6, #9, #10, #13, y #14 obtuvieron puntuaciones iguales durante el pre-test y post-test mostrando que su nivel de ansiedad se mantuvo igual durante la investigación. Este hecho es significativo ya que la ansiedad se considera como una respuesta inadecuada al estrés laboral. Esto repercute en la calidad y resultados organizacionales esperados en la clínica.



Gráfica 7 Comparación promedio pre-test y post-test Factor "Trastornos de ansiedad".

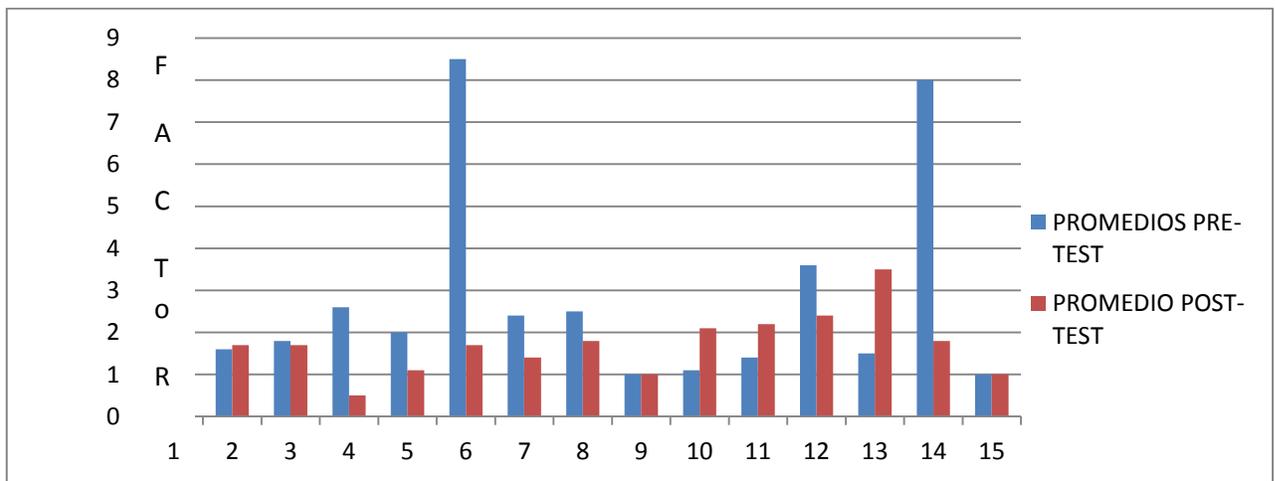
FACTOR 7. TRASTORNOS DE DEPRESIÓN

En la gráficas “Trastornos de depresión” se observa que cinco sujetos (#1, #4, #10, #12, Y #13) disminuyeron notablemente su nivel de depresión después de participar en el taller, mientras que el resto de los sujetos se mantuvieron con el mismo nivel antes y después del taller, esto en consecuencia de la despersonalización que produce el Síndrome de Bournot. Cabe destacar que el sujeto #3 aumento en un 20% su nivel de depresión, siendo significativa la depresión como un síntoma de estrés laboral.



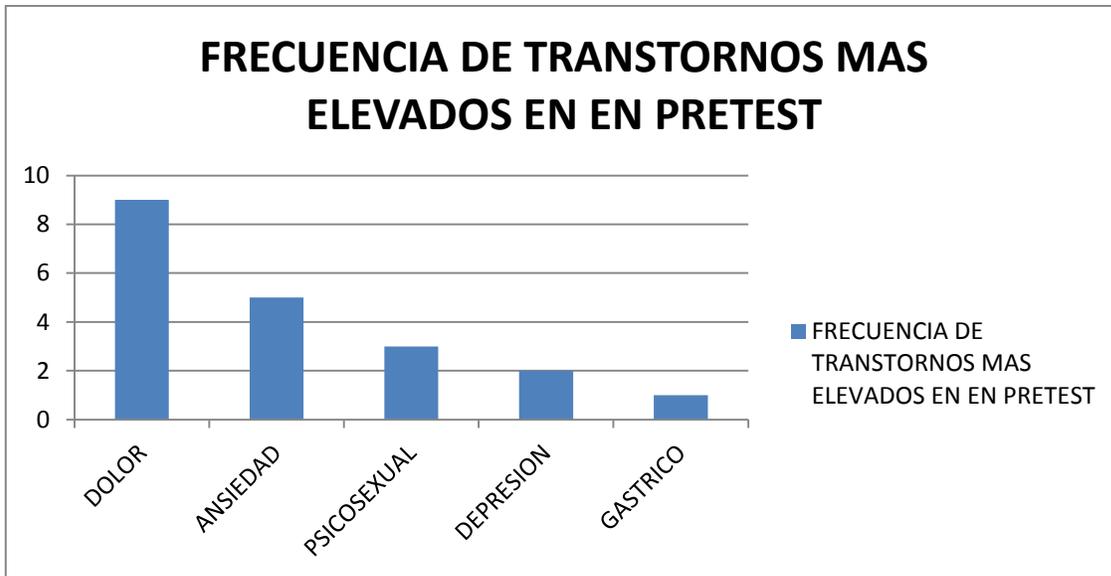
Gráfica 8 Comparación promedio pre-test y post-test Factor “Trastornos de depresión”.

Al hacer el análisis total de acuerdo al número total de factores psicosomáticos y eventos estresantes reportados por cada terapeuta y coterapeuta en relación al pre-test y pos-test de éstos, se encontró que del total de los eventos estresantes y factores psicosomáticos (**Gráfica 9**), el rango encontrado en los coterapeutas y terapeutas va de 2 a 3 trastornos cada uno presentes en sus vidas cotidianas.

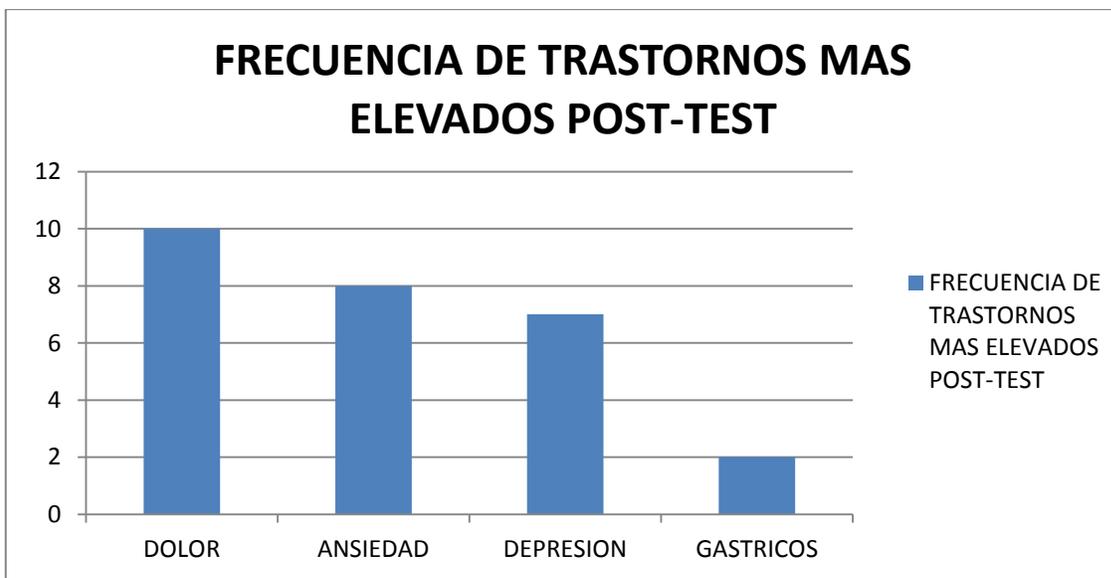


Gráfica 9 Total de eventos estresantes por sujeto, registrados en pre-test y post-test.

Esta investigación también sirvió para conocer cuáles son aquellos factores psicosomáticos que se encuentran presentes en la vida actual de los terapeutas y coterapeutas. Siendo que en pre-test, en orden de mayor aparición está el factor Trastornos por dolor presentándolo 9 sujetos, el factor Trastornos de ansiedad presentado por 6 sujetos, el factor Trastornos de depresión presentado por 2 sujetos, el factor Trastornos psicosexuales en 3 sujetos y el factor Trastornos gástricos presentado solamente en 1 sujeto.



Gráfica 10 “Frecuencia de los trastornos más elevados en pre-test”.



Gráfica 11 “Frecuencia de trastornos más elevados en el post-test”

DISCUSIÓN.

Hoy en día muchos sujetos que se encuentran en las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud, dan por hecho que cuando la presión conduce al estrés, las demandas hechas superan la capacidad para afrontarlas. Esto provoca un bajo rendimiento en el quehacer laboral y comprueba que las organizaciones tienen que poner en práctica estrategias que permitan disminuir el estrés laboral en los empleados.

De acuerdo a Baccaro (1994), en el ambiente de trabajo no es posible eliminar todos estos factores que causan el estrés en los empleados, pero es importante reconocerlos y saber tratar cada uno de ellos, ya que el estrés además de disminuir mucho la productividad y la eficiencia, contribuye a la aparición de enfermedades que muchas veces pueden alejar al individuo de sus actividades.

Por medio de la T de Studet se comprueba la hipótesis de investigación ya que realmente hubo una modificación en los niveles de estrés de los 15 terapeutas que trabajan en CLIMA, eso se comprueba porque con la prueba T de Student el análisis indico un nivel de significancia de 0.000. Lo anterior indica que el puntaje por factor de los síntomas de estrés disminuyó debido a la impartición del taller.

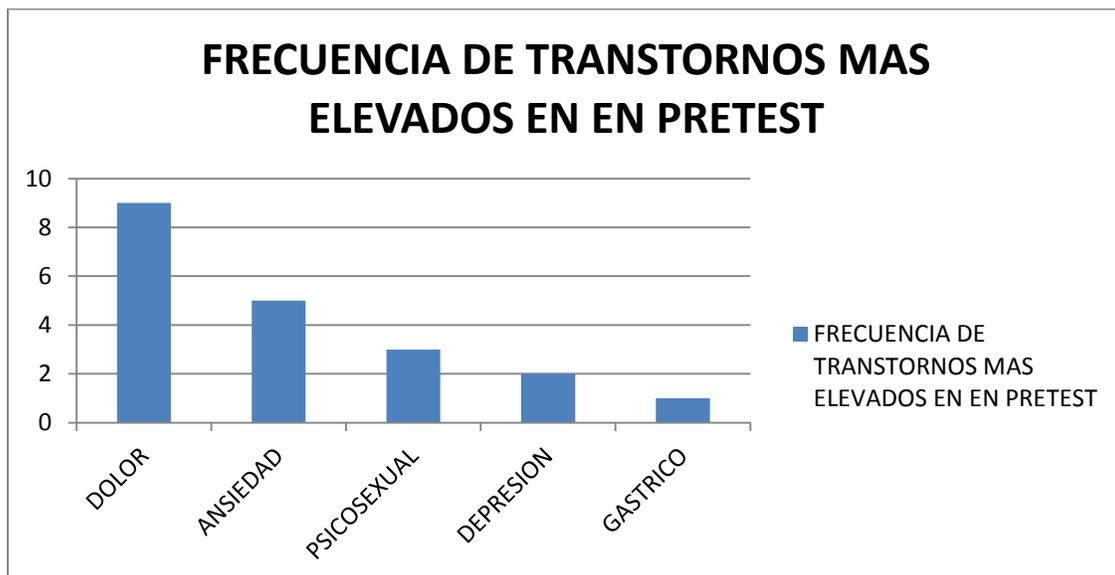
Los factores evaluados fueron: Trastornos del sueño, Trastornos por dolor, Trastornos neuróticos, Trastornos gástricos, Trastornos de depresión, Trastornos de ansiedad y Trastornos psicosexuales.

Es importante mencionar que en esta investigación se encontró que de la muestra de 15 sujetos 7 estuvieron en la categoría Desgaste ocupacional "ALTO EN PELIGRO" mientras que después de haber tomado el taller disminuyó el porcentaje siendo solo 5 sujetos los que se presentaron en esta categoría. Igualmente 6 sujetos se ubicaron en la categoría Desgaste ocupacional "BAJO SANO" mientras que en pos-test disminuyó el porcentaje siendo solamente 5 sujetos los que se encontraron en esta categoría.

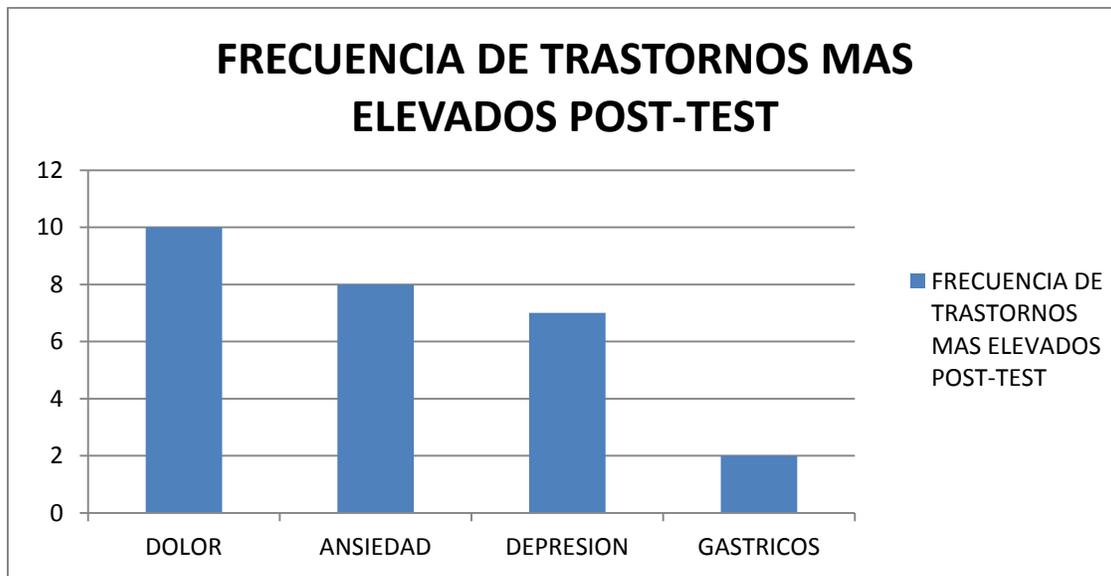
Cox (1984, citado en Valdéz 1985) comenta que la salud física pelagra cuando el medio de trabajo deshumaniza a la persona por una combinación de factores que exponen a riesgos físicos y mentales, algunas de estas condiciones del entorno laboral incluyen desde las más elementales como el nivel de ruido, la iluminación, el clima físico (temperatura, ambiente, humedad, viento y radiaciones), la higiene (limpieza, ventilación, y sanitarios, hasta las más extremas como la toxicidad y las condiciones climatológicas (en trabajos a la intemperie), pasando por las más sofisticadas derivadas de análisis ergonómicos.

Se observa que los objetivos de esta investigación se cumplieron y que de acuerdo a los resultados derivados de este estudio existe prevalencia del Estrés Laboral en los 15 terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA, se mantiene una relación con el padecimiento de enfermedades, así como mostrar que dimension del estrés laboral propician con mayor grado el desarrollo de enfermedades.

Esta investigación también sirve para conocer cuáles son aquellos factores psicosomáticos que se encuentran presentes en la vida actual de los 15 terapeutas y coterapeutas. Siendo que en pre-test, en orden de mayor aparición está el factor Trastornos por dolor presentándolo 9 sujetos, el factor Trastornos de ansiedad presentado por 6 sujetos, el factor Trastornos de depresión presentado por 2 sujetos, el factor Trastornos psicosexuales en 3 sujetos y el factor Trastornos gástricos presentado solamente en 1 sujeto.



En el pos-test en orden de mayor aparición está el factor trastornos por dolor, presentándolo 10 sujetos, el factor trastorno de ansiedad presentado por 8 sujetos, el factor trastorno de depresión presentado por 6 sujetos y el factor trastorno gástrico en 2 sujetos



Cabe destacar que los factores **“Trastornos del sueño”, “Trastornos por dolor”, “Trastornos neuróticos”, y “Trastornos psicosexuales”** fueron de los más elevados en los terapeutas, y que al haber practicado las técnicas cognitivas en el taller, se observó una disminución significativamente en el post-test, esto demuestra la eficacia que tienen las estrategias cognitivo-conductuales como alternativa para el problema del estrés laboral en las organizaciones. De ahí la importancia de incluir como un programa permanente de intervención en las organizaciones las diferentes técnicas basadas en la terapia cognitivo conductual como mencionan Galán y Camacho (2012) bajo el supuesto de que los pensamientos que las personas tienen en torno al estrés son determinantes en los cambios cognitivo conductuales para asegurar un autocontrol óptimo de su situación.

Uribe (2008) clasificó la despersonalización y el cansancio emocional como síntomas de estrés laboral manifestados por un endurecimiento afectivo, irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc) y considerados como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, aspecto comprobado en esta investigación al observar que los sujetos #1, #4, #5, #7, #11 y # 12 obtuvieron calificaciones altas en el factor **“Trastornos por depresión”** en el pos-test, y al observar que el sujeto #14 aumento su nivel de depresión aún con la aplicación del taller. Este hecho es significativo, ya que según la Organización Mundial de Salud, más de 40 millones de personas en todo el mundo sufren depresión y un 25% esta diagnosticada, (Galán y Camacho, 2012) clasifican los síntomas de depresión

predominando la tristeza, ansiedad, sensación de vacío, pérdida de interés, llanto excesivo, mayor inquietud, irritabilidad, dificultad de concentración, y para tomar decisiones, baja de energía, alteraciones en el peso y apetito, clasificados también por Fontana (1995) como consecuencias del estrés laboral.

Cabe destacar que los sujetos #3, #4, #5, #6, #9, #10, y #13 obtuvieron puntuaciones iguales en el pre-test y el post-test, con respecto al factor **“Trastornos por ansiedad”** mostrando así que los terapeutas estaban manejando la ansiedad como una respuesta inadecuada al estrés laboral. La adopción de la técnicas cognitivo conductuales resulto efectiva para disminuir este síntoma, ya que los sujetos #1, #7, y #12 disminuyeron notablemente la puntuación obtenida en este factor durante el post-test.

Con respecto a la puntuación de los **“Trastornos Neuróticos”**, los sujetos #1, #4, #5, #7, #11 y #12 se ubicaron en los rangos más altos. De esta manera se comprueba la despersonalización como síntoma del estrés laboral en los terapeutas ocasionándoles alteraciones emocionales y provocando que el absentismo del personal de la Clínica y el mal servicio a los pacientes se convierta en un verdadero problema para cumplir con los objetivos organizacionales que tiene la Institución.

El estrés se entiende como una consecuencia de cambios ambientales que perturban el equilibrio interno, es resultado directo de un déficit en sistemas de órganos en el ambiente interno corporal del sujeto (Newport y Nemeroff, 2002), esto lo podemos observar al notar que los sujetos #4, #6, #12, y el número #14 presentaron puntuaciones altas en el pre-test en el factor **“Trastornos del sueño”**, es relevante mencionar las puntuaciones elevadas en el pos-test de los sujetos #1, #3, #10 y #7 en este factor. Con estas puntuaciones podemos considerar los trastornos del sueño como consecuencia del estrés laboral. Así también el factor **“Trastornos gástricos”** se puede observar que dos sujetos en ves disminuir su puntuación, aumentaron en el post-test siendo el sujeto #1 y el #6, mientras que los sujetos #5, #10, #12 y #14 disminuyeron los niveles de estrés ocasionados por este factor, esto quiere decir que utilizaron las técnicas cognitivo conductuales para mantener una respuestas adaptativa al estrés , manteniendo así el equilibrio interno y preservando la homeostasis en los eventos estresantes cotidianos que padecen al estar en su jornada laboral en la clínica.

Consideramos que a lo largo de esta investigación se obtuvieron conclusiones que pueden servir para futuras investigaciones.

1.- El modelo cognitivo- conductual puede ser utilizado como una herramienta útil de intervención en las organizaciones para cambiar el modo de pensar de los sujetos en cuanto al estrés laboral se refiere.

2.-La implementación de este taller con técnicas cognitivo-conductuales puede aplicarse a organizaciones que presenten estrés laboral.

3.- El taller de estrés laboral con técnicas cognitivo- conductuales es un instrumento útil para la modificación de creencias irracionales en personas que han sufrido estrés laboral.

4.-El aprendizaje de las técnicas cognitivo- conductuales hacen posible que las personas sean más asertivas en cuanto al manejo de estrés laboral.

5.- Los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios que acudieron al taller modificaron su forma de pensar y de afrontar situaciones de estrés en su ámbito laboral y también en su vida cotidiana.

Así también considera que es importante la intervención psicológica en las organizaciones ya que se da una atención integral al empleado donde el papel del psicólogo resulta importante. En las organizaciones donde el estrés laboral es un problema el psicólogo orienta, diseña planes de intervención y crea soluciones para este problema, el taller con técnicas cognitivo- conductuales presentado en la investigación puede ser utilizado como una de estas herramientas.

CONCLUSIONES.

El estrés laboral en México cada vez ha logrado nuevas formas de comprender las condiciones de salud de los trabajadores, pues ahora se puede decir que la mayoría de las afectaciones físicas y psicológicas son producto de una inadecuada calidad laboral. Dichas afectaciones van en aumento a medida que los avances tecnológicos son cada vez mayores y el recurso humano queda paralizado ante esta situación, pues las habilidades cognitivas y motrices se vuelven insuficientes cuando la capacitación es inadecuada o simplemente no se proporciona por empresas o instituciones. Esto hace que cualquier actividad laboral se vea afectada por una serie de accidentes laborales, los cuales dejan al trabajador vulnerable ante una situación que ponga en peligro su bienestar.

Por otra parte se encontró que estos trabajadores perciben un clima organizacional negativo, que están insatisfechos laboralmente y que ambas condiciones tienen relación estadísticamente significativa con el Síndrome de Bournot. Dichos resultados permitieron aceptar los objetivos planteados. El tipo de investigación utilizado fue cualitativo. Hoy en día consideramos que la sociedad mexicana no está bien informada sobre las personas con espectro autista por lo tanto el cuidado y la forma de tratarlos a veces no es el indicado para las personas que lo presentan. Se debería de sensibilizar a la población de la ciudad de México por medio de más información, ya que su reacción al ver a personas con este trastorno sería diferente, y serían mejor integrados a la sociedad.

En México la creación de Centros Especializados para niños con trastornos por ejemplo los CRIT (Centro de Rehabilitación Infantil Teletón) y clínicas particulares son muy escasas, consideramos que es favorable que existan este tipo de centros los cuales actúan como el medio en el cual los niños autistas en México con bajos recursos conseguirán un mejor desarrollo dentro de su condición. A comparación de las familias que pueden pagar una mensualidad en clínicas particulares.

En la actualidad muchos trabajadores tienen un ritmo de vida acelerado producto de las demandas de su trabajo y su casa, provocando una inadecuada alimentación, escasa actividad física, alto grado de estrés, desequilibrio corporal y emocional, lo cual lleva a un mal funcionamiento del individuo ocasionando alteraciones a diferentes sistemas del cuerpo entre ellos el cardiovascular.

El terapeuta y docente de la Clínica Mexicana de Autismo ha tenido como una de sus principales características el alto involucramiento y compromiso además de una vida acelerada y altas demandas, esto provoca una inadecuada alimentación, escasa actividad física y un alto grado de estrés, lo cual genera la aparición de alteraciones y enfermedades.

En toda organización hay una relación entre las condiciones de trabajo y las condiciones de vida, lo cual genera un proceso estrechamente ligado a la salud de los empleados. El trabajo con pacientes autistas no es la excepción, aunque solamente se ha demostrado en algunas investigaciones la aparición del Síndrome de Bournot profundamente en el

trabajo docente. El terapeuta, coterapeuta y personal administrativo de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C. ha tenido y tendrá como una característica el involucramiento y compromiso de quienes lo practican así como la aparición de enfermedades relacionadas con su proceso de trabajo.

El haber implementado el Taller de estrés laboral en la institución sirvió para demostrar por qué esta tesis pretende justificar que las técnicas Cognitivo- Conductuales funcionan como una herramienta para afrontar el estrés laboral y los factores de riesgo de padecer factores psicosomáticos derivados de este en los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de la CLIMA. Además de que el desarrollo de esta investigación dentro de la institución sirvió para los empleados como una herramienta o un programa de capacitación permanente con el fin de manejar y prevenir el estrés laboral.

Es un hecho que a nivel mundial hace falta mayor investigación en el ámbito de la Salud Ocupacional, acerca de los estresores derivados de este y sus consecuencias en los terapeutas que trabajan con pacientes autistas tampoco existe, es por ello que es importante hacer una exploración previa en la cual se tome en cuenta a todos los trabajadores de pacientes con este tipo de trastornos.

Los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de la CLIMA, a causa de sus funciones de trabajo, su ambiente laboral y el tipo de organización en la que laboran están expuestos a largos periodos de trabajo y a un trato directo de pacientes con trastorno autista, lo cual puede provocar cansancio físico y emocional en ellos, derivando en estrés laboral crónico.

Se encontró que los trabajadores con Síndrome de Bournot tienen mucha probabilidad de tener los 8 factores psicosomáticos presentes (Trastornos del sueño, por dolor, Trastornos neuróticos, Trastorno gástrico, Trastorno por depresión, Trastornos por ansiedad y Trastornos psicosexuales), mismos que llevaran a los terapeutas a presentar los tres factores del Síndrome de Bournot: Agotamiento emocional, Despersonalización e Insatisfacción de logro.

Por tanto se puede concluir que el estrés laboral tiene una relación muy importante con las actividades desempeñadas laboralmente por los terapeutas y coterapeutas de CLIMA afectando su salud psíquica y física, combinado a las nuevas exigencias de trabajo, las cuales han favorecido una alta presión ejercida por los pacientes con trastorno autista y los padres de familia a los servicios que se brindan dentro de la clínica.

Es muy importante impulsar acciones de intervención a corto plazo que eviten posibles daños a la salud en los Terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA, lo cual generaría un mal funcionamiento de la institución que ofrece uno de los principales servicios a la sociedad mexicana.

El profesional de psicología participa en la atención educativa del desarrollo del niño, desde las primeras etapas de la vida, para detectar y prevenir los efectos socio educativos, las discapacidades e inadaptaciones funcionales, psíquicas y sociales.

El terapeuta y coterapeuta de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo se enfrenta a diversos estresores, tales como los que están relacionados con el proceso de trabajo, la monotonía, la presión de tiempo, el trabajo repetitivo, las demandas exageradas de trabajo, los problemas técnicos, la ambigüedad de un puesto. También se encuentran los relacionados con las condiciones, las exigencias y los riesgos de trabajo, duración e intensificación de la jornada laboral, la supervisión, el desempeño contenido en la tarea, iluminación, ruido, etc. Todos estos estresores son elementos potencialmente nocivos para la salud del individuo, el cómo determinado estresor llega a afectar la salud dependen de cada sujeto, ya que la personalidad juega un papel importante debido a que se constituye en una categoría mediadora entre las condiciones de trabajo y daños a la integridad mental del individuo.

El presente documento puede contribuir socialmente a identificar cuáles son las situaciones del estrés que más afectan al trabajador y algunas maneras para disminuirlo. De hecho sugerimos que este taller se utilice como una herramienta de capacitación que proporcionada cada medio ciclo escolar a los terapeutas sirva para enfrentar el problema.

Tratar el síndrome de Bournot en las organizaciones es un reto que se debe superar, la idea es que si los empleados y las organizaciones cobran mayor conciencia de los estresores que operan en el trabajo y desarrollan planes para afrontarlos, no solo aumentaran la eficiencia organizacional sino como ya se mencionó la calidad de vida de quienes pertenecen a tales organizaciones. Desafortunadamente esto no sucede en la vida de los trabajadores, para ellos el ambiente de trabajo contiene numerosas fuentes de tensión, ansiedad, conflicto y frustración. En lugar de brindar satisfacción, es frecuente fuente de insatisfacción y en lugar de contribuir a su crecimiento lo inhibe. En lugar de respetar su salud, sirve como catalizador para los problemas de salud física y su mental.

Debido a estas razones el manejo del Bournot en las empresas es de suma importancia, es una variable que las organizaciones no pueden darse el lujo de pasar por alto. Es por esto que esta investigación propone el uso de las Técnicas Cognitivo-Conductuales como una herramienta para acabar con el estrés laboral siendo como principal ventaja de ellas su brevedad, centradas en el problema directamente y su carácter preventivo de futuros trastornos.

Para sobreponerse a la presión y sobrevivir, las organizaciones ya no pueden seguir dependiendo solo de un puñado de jefes motivados. Deben considerar a todos sus trabajadores en el mismo plano que cuando se refieren al estrés puesto que a cualquier nivel, este afecta el desempeño y el bienestar del individuo. De ahí que en esta investigación sobre el estrés laboral se expongan diferentes métodos y técnicas Cognitivo-Conductuales para el manejo del estrés. Estas técnicas pretenden que los empleados aprendan a manejar el estrés y que los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA participen en forma activa en el acondicionamiento de la organización de modo que este mejor preparada para enfrentar los problemas. Pero lo más importante es que garantice un ambiente en el cual el estrés sea considerado como una de las preocupaciones prioritarias para la administración.

Para la reducción del estrés en las organizaciones además del taller de técnicas cognitivo conductuales que se propone aquí está el incluir cursos y seminarios, talleres en equipo, una fuente profesional de asesoría individual a disposición de quien la necesite y que se transmitan las oportunidades para que las personas aprendan y practiquen hábitos sanos. Las organizaciones sólo logran el éxito a través del personal que las integran y ese éxito se acrecienta cuando cuentan con los medios para lograr que las exigencias funcionen a favor de su personal.

En el primer objetivo se establece el uso de técnicas cognitivo conductuales como herramienta para disminuir el estrés provocando una mejor calidad en la vida de los terapeutas y coterapeutas y empleados de CLIMA, aceptando así el objetivo general y particular de la propuesta del taller.

Respecto al segundo objetivo se comprobó que la carga laboral que tienen los empleados tuvo una relación significativa con el Síndrome de Bournot en los terapeutas y los coterapeutas, ya que los resultados demostraron que 7 de 15 sujetos presentaron un Desgaste ocupacional Alto "En peligro" de 15 del total de la muestra comprobando así que entre más carga de trabajo mayor es el agotamiento emocional, mayor despersonalización y menor presencia de realización personal.

En otras palabras, el hecho de tener demasiado trabajo e ir en contra del reloj aumentaría el sentirse agotado por la sensación de estar trabajando demasiado; y en los datos arrojados por el EDO cuanto más carga de trabajo mayor fue la predisposición al trato impersonal y la sensación de frustración, esto repercute en las organizaciones en la ineficacia laboral y la incapacidad para auto realizarse.

Luego en cuanto mayor fue la presencia de despersonalización en los empleados con un Desgaste ocupacional "alto quemado" mayor insatisfacción puesto que la despersonalización está basada en el cinismo, esto mantiene una monotonía, el incremento de clima hostil y la sensación de mayor presión de la familia y el trabajo. La realización personal al disminuir se relacionó negativamente con el clima y la familia de trabajo. Y la realización personal al disminuir se relacionó negativamente con la despersonalización.

Atance (1997) (citado en Olvera M., 2005) reconoció una relación entre el Síndrome de Bournot y la sobrecarga de trabajo en los terapeutas asistenciales, de tal manera que esta produciría una disminución de la calidad de atención de este tipo de trabajadores a nivel cuantitativa como cualitativamente.

Por otro lado la despersonalización tiene una relación positiva con el distanciamiento como estilo de afrontamiento del estrés, explicada por el hecho de que a mayor despersonalización, los terapeutas tratarán a los pacientes como objetos impersonales por el hecho de sentirse presionados y la frustración laboral incrementa el distanciamiento y el ausentismo laboral en la clínica.

El Síndrome de Bournot surge de una manera paulatina que pasa por dos etapas: la Etapa de Desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos, de

manera que los primeros exceden a los segundos y provocan estrés agudo. Segunda etapa, el individuo realiza un sobre esfuerzo o aprieta el acelerador, para adaptarse a las demandas. Pero este solo funciona transitoriamente, pues empieza a perder control de la situación y sobrevienen síntomas de menor disposición al trabajo, y reducción de metas laborales siendo hasta aquí el cuadro reversible.

Este síndrome se ha estudiado en diferentes países con distintas poblaciones:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en cuatro centros de Atención Primaria de la Caja Nacional de Salud, ciudad de La Paz, en noviembre de 2004, con una muestra de 81 personas. Se encontró una prevalencia de 45.7% en la población, en otro estudio del Síndrome Bournot, con al menos una de las tres dimensiones "quemadas". Analizando los datos del inventario que se utilizó en esa investigación, los autores concluyen que en forma global las cifras prevalentes encontradas en cada una de las dimensiones corresponden al 43.25% para la dimensión agotamiento emocional, el 51.35% en la despersonalización y el 62.15% en la baja realización personal (Montes H y Carreón L. 2005, en Obregón H.)

En 2009 se realizó un estudio con un Diseño denominado: Encuesta transversal comparativa. Con una población total de 240 trabajadores en el área de la salud adscritos al "Hospital General de Zona con Medicina Familiar 36" de la ciudad de Cardel, Veracruz, se obtuvo una muestra de 160 personas que incluía médicos, enfermeras y asistentes médicas. Se encontró como resultado una prevalencia del síndrome de Bournot entre el grupo de médicos del 19.6% con al menos una de las tres subescalas alteradas. Así mismo se observa que en las asistentes médicas hubo alteración de un mínimo de dos subescalas. El personal de enfermería no presentó datos que constituyeran un riesgo para el desarrollo del Síndrome de Bournot (Pareda L, Márquez F, Hoyos M, Yánes M, 2006 en Obregón H.)

De la Peña y Cols. (2002) en un estudio a 150 enfermeros (as) donde 85 fueron docentes de enfermería y 65 auxiliares, revelaron que factores como el nivel de satisfacción laboral, una actitud disfuncional de excesiva necesidad de aprobación, y una insuficiente valoración social por el enfermero(a) se relacionaba con mayores niveles de estrés profesional.

Es decir el grupo de enfermería que tenía licenciatura sufrió de un mayor grado de Bournot en el sentido que no ven recompensado su esfuerzo formativo en cuanto promoción y valoración social, no satisfaciendo sus expectativas.

Díaz, Mendo y Vázquez (2003) con el fin de determinar el nivel del Síndrome de Bournot en el personal de enfermería de los servicios hospitalarios en un estudio a 56 enfermeras, comprobaron que estas presentaban un bajo nivel en las dimensiones de cansancio emocional, y despersonalización y alto en la dimensión de realización personal del Síndrome de Bournot.

Por otro lado López- Soriano y Bernal (2002) concluyeron que las puntuaciones en realización personal fueron menores en las enfermeras jóvenes (mujeres) y con menor

antigüedad en la profesión en comparación con auxiliares y del sexo opuesto. Además sus puntuaciones medias en agotamiento emocional fueron significativamente superiores a las de enfermería de Atención Especializada de Guadalajara. Concluyeron así que entre el 20-30% de las enfermeras presentaron grados elevados de Síndrome de Bournot en alguna de sus tres dimensiones (Atance, 1997, en Obregón H.)

Atance (1997) citado en Obregón H.), en un estudio realizado en México con objetivo de determinar el perfil epidemiológico de riesgo del Bournot, llegó a la conclusión de que se trata del sexo femenino con una edad promedio de más de 44 años, sin pareja estable y con una antigüedad de más de 19 años laborando en el mundo médico quienes tienen riesgo de padecer Bournot en su jornada laboral.

Gracias a la UNAM obtuvimos las herramientas y conocimientos necesarios para implementar este tipo de taller que juntamente con las técnicas cognitivo conductuales ayudaran también a otras personas a disminuir este riesgo en su vida. Además de que profesionalmente nos dotó de información actualizada para mejorar alternativas sobre el problema del Síndrome de Bournot en la sociedad mexicana.

Podemos concluir que se cumplió el objetivo de esta investigación, además de que la implementación sirvió como una herramienta de capacitación para los terapeutas, coterapeutas y empleados de CLIMA a fin de sensibilizarlos acerca de la presencia de este y tomar medidas para mejorar su calidad de vida

Podemos concluir que el estrés laboral provoca no solo la carga de trabajo sino que aunado con la insatisfacción laboral, las responsabilidades, un clima hostil, monotonía laboral y las exigencias de la familia y el trabajo puede llegar a repercutir de tal manera que exceda a los recursos cognitivos y conductuales disminuyendo la capacidad de adoptar un estilo de afrontamiento adecuado, a tal grado de afectar la integridad psicológica y física y en consecuencia el desarrollo del Síndrome de Bournot en los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios de CLIMA.

De esta manera los terapeutas, coterapeutas y empleados de mandos medios pueden llevar a cabo un plan de acción en contra del estrés, este plan puede efectuarse tanto dentro de la clínica como fuera de ella. Es por esto que para controlar el estrés se incluyeron en este taller diversas técnicas tales como la Relajación Muscular Progresiva, técnicas de respiración, inoculación al estrés, Terapia Relacional Emotiva (TRE) y entrenamiento asertivo.

ANEXOS

ANEXO 1

Descripción de las sesiones del taller

SESIÓN 1

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD 1	TIEMPO
Bienvenida al taller para los participantes. Explicación de la importancia de identificar y reconocer el estrés laboral	<ol style="list-style-type: none">1. Que los participantes identifiquen los mitos acerca del estrés laboral.2. Que los participantes experimenten una situación de agrado en su ambiente laboral.3. Que los participantes identifiquen y den algunas ideas diferentes acerca de su empleo, jefe y/o área con el fin de lograr una situación de agrado en el ambiente laboral.4. Que el participante se reformule otras maneras para ser asertivo cuando se encuentre en situaciones estresantes dentro de su ambiente laboral.5. Que el participante identifique y transforme algunas de sus ideas acerca del estrés	<p>Se les dará la bienvenida al taller, presentación del capacitador a cargo del taller.</p> <p>Introducción al taller diciendo sinónimos sobre conceptos básicos de estrés, así como sus problemas y consecuencias dentro de las empresas ya que ocasiona que los empleados se enfermen o tengan problemas familiares y en su rendimiento laboral.</p>	Aproximadamente 10-15 minutos

	6. Que el participante detenga sus pensamientos estresantes cuando aparece el estrés laboral.		
Ruptura de la tensión inicial	Ruptura de la tensión inicial de los participantes mediante una dinámica de grupo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Buscaran a un compañero con el que no hayan trabajado directamente. b) Se sentaran juntos y por 10 minutos (5 minutos para cada participante) dirán su nombre, edad, hobbies, etc.; mientras uno (a) de ellos(as) habla, el otro(a) se quedara escuchando sin decir nada. c) Después cada pareja comentara sus reacciones o que le llamo la atención del otro(a) participante. 	15 minutos
Mitos del estrés Lluvia de ideas de cada pareja acerca del tema	<p>Que el empleado identifique los mitos acerca del estrés.</p> <p>Lluvia de ideas de cada pareja acerca del tema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Ya formados en parejas se les pedirá que discutan una idea (Mito) que tengan acerca del estrés. b) Se les darán 10 minutos. Expondrán las ideas que cada pareja escribió y tendrán que explicar por qué llegaron a esa conclusión. Esta actividad se realizara en 15 minutos. 	30 minutos

SESIÓN 2

<p>Ruptura de la tensión inicial</p>	<p>Ruptura de la tensión inicial de los participantes mediante una dinámica de grupo.</p>	<p>d) Buscaran a un compañero con el que no hayan trabajado directamente.</p> <p>e) Se sentaran juntos y por 10 minutos (5 minutos para cada participante) dirán su nombre, edad, hobbies, etc.; mientras uno (a) de ellos(as) habla, el otro(a) se quedara escuchando sin decir nada.</p> <p>f) Después cada pareja comentara sus reacciones o que le llamo la atención del otro(a) participante.</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Mitos del estrés Lluvia de ideas de cada pareja acerca del tema</p>	<p>Que el empleado identifique los mitos acerca del estrés.</p> <p>Lluvia de ideas de cada pareja acerca del tema.</p>	<p>c) Ya formados en parejas se les pedirá que discutan una idea (Mito) que tengan acerca del estrés.</p> <p>d) Se les darán 10 minutos. Expondrán las ideas que cada pareja escribió y tendrán que explicar por qué llegaron a esa conclusión. Esta actividad se realizara en 15 minutos.</p>	<p>30 minutos</p>

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO
<p>SESION 2 Respiración</p>	<p>Que el empleado experimente una situación de agrado en su ambiente laboral.</p>	<p>a) Se les pedirá que se sienten de la manera más cómoda en la silla y que cierren los ojos.</p> <p>b) Después se pedirá que inhalen lenta y profundamente durante 4 seg.</p> <p>Mientras cuentan del 1 al 4, para que sus pulmones se llenen de aire.</p> <p>c) Se les pedirá que exhalen lentamente durante 4 seg. Mientras cuentan del 1 al 4 e intentaran sacar más el aire del que el que inhalaron</p> <p>d) Se repetirá el ejercicio 4 veces más en esta sesión.</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva</p>	<p>Que el empleado experimente una situación de agrado en su ambiente laboral, por medio de Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva.</p>	<p>a) Se les pedirá que se sienten de la manera más cómoda en la silla y que cierren los ojos, (si las condiciones de la sala donde se esté efectuando esta actividad lo permiten, los participantes deben estar acostados en el piso de manera horizontal para una mejor relajación), se tensara cada musculo que se les pida y después se les pedirá que relajen ese musculo.</p> <p>b) Esta actividad se lleva a cabo de acuerdo a las instrucciones mencionadas en el apartado "protocolo del instructor"</p>	<p>30 mn.</p>

		correspondientes a los Ejercicios de RMP.	
--	--	--	--

SESIÓN 3

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO
Estrés Laboral	Que el participante aprenda la técnica de inoculación para aplicarla cuando se encuentre en situaciones estresantes en su ámbito laboral.	<p>a) Se entregara una hoja y se les pedirá a cada uno de los participantes que escriban en la hoja que se les proporciono. Todo lo que ellos han sentido, pensado o hecho cuando escuchen la palabra "estrés laboral".</p> <p>b) Formaran equipos de 4 o 5 personas y revisarán los mapas conceptuales que cada participante hizo y después realizaran otro mapa conceptual por equipo y se lo mostraran a los demás mencionando también las diferentes técnicas que en el taller se les ha enseñado, comentando como pueden llevar a la práctica otras maneras de manejar su estrés en sus lugares de trabajo.</p> <p>c) Se les pedirá que comiencen a poner en práctica las diferentes habilidades (respiración, relajación muscular progresiva, TRE, inoculación del estrés) las cuales se les ha enseñado hasta el momento.</p>	50 mn.

SESION 4

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO
<p style="text-align: center;">ESTRÉS LABORAL</p> <p style="text-align: center;">TECNICA: ENTRENAMIENTO ASERTIVO</p>	<p>Que el empleado identifique y transforme algunas de sus ideas acerca del estrés, por medio de la técnica de entrenamiento asertivo</p>	<p>a) Se leerán por equipos varios casos de situaciones que podrían generar estrés.</p> <p>Después darán su opinión y analizarán si esta es asertiva y si no discutirán acerca de que otra respuesta podrían dar ante tal situación.</p>	<p style="text-align: center;">20 mn</p>
<p style="text-align: center;">Relajación Muscular Progresiva</p>	<p>Que el empleado experimente una situación de agrado en su ambiente laboral, por medio de los Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva.</p>	<p>a) Se les pedirá que se sienten de la manera más cómoda en la silla y que cierren los ojos, (si las condiciones de la sala donde se esté efectuando esta actividad lo permiten, los participantes deben estar acostados en el piso de manera horizontal para una mejor relajación), se tensará cada músculo que se les pida y después se les pedirá que relajen ese músculo.</p> <p>Esta actividad se lleva a cabo de acuerdo a las instrucciones mencionadas en el apartado "protocolo del instructor" correspondientes a los Ejercicios de RMP.</p>	<p style="text-align: center;">30 mn.</p>

SESIÓN 5

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD 1	TIEMPO
CIERRE DEL TALLER Técnica: Retroalimentación del taller por medio de un Collage.	Recopilar de la información vista del taller por medio de un Collage.	a) En equipos de 5 personas realizaran un collage, señalando todo lo visto en el taller. b) Al terminar el collage un integrante del equipo pasara a explicar su collage al resto del grupo.	20 mn.
Respiración	Que el empleado experimente una situación de agrado en su ambiente laboral.	e) Se practicará nuevamente en esta sesión los ejercicios visto en la segunda sesión. Se les pedirá que se sienten de la manera más cómoda en la silla y que cierren los ojos. f) Después se pedirá que inhalen lenta y profundamente durante 4 seg. Mientras cuentan del 1 al 4, y sus pulmones se llenen de aire. g) Se les pedirá que exhalen lentamente durante 4 seg. Mientras cuentan del 1 al 4 e intentaran sacar más el aire que el que inhalaron h) Se repetirá el ejercicio 4 veces más en esta sesión.	30 mn.
CLAUSURA DEL TALLER	Cierre del taller	a) El instructor les dará las gracias por su asistencia y su participación en el taller.	10 mn.

ANEXO 2

MATERIAL PARA LAS DINÁMICAS

Sesión 1

Dinámica 1. No se requiere material

Dinámica 2. No se requiere material

Dinámica 3. Material: hojas, lápices o plumas

SESION 2

Dinámica 1. No se necesita material

Dinámica 2. Protocolo del instructor

Potter, B. (1991), *Estrés y rendimiento en el trabajo*, Trillas, México, pp. 45

Cara y Garganta

-Cara: Haga movimientos con las pupilas. Arrugue la nariz y trate de jalar su cara a un punto en el centro.

-Frente: baje y suba las cejas

-Mejillas: mientras aprieta los dientes, jale las comisuras de los labios hacia las orejas.

-Nariz y labio superior: con la boca apenas abierta, baja lentamente el labio superior hacia el labio inferior.

-Boca: presione el lado derecho de su boca hacia los dientes y empújelo hacia el centro de la boca. Repita lo mismo con el lado izquierdo.

-Labios y lengua: con los dientes ligeramente separados, apriete los labios y empuje la lengua hacia el paladar.

-Barbilla: con los brazos cruzados, en el pecho, saque la barbilla lentamente, tan lejos como pueda hacerlo, hacia la izquierda. Repita la operación hacia el lado derecho.

-Cuello: empuje la barbilla hacia el pecho, saque la barbilla lentamente, tan lejos como pueda hacerlo.

-Brazos y manos:

-Manos y antebrazo: apriete el puño.

-Bíceps: dobla el brazo hacia el codo y apriete el músculo.

-Tronco

-Hombros: trate de tocarse las orejas con los hombros.

-Espalda: junte los omoplatos y saque el pecho.

-Pecho: respire profundamente y retenga la inhalación durante algunos segundos.

-Abdomen: mávalo hacia la columna.

Parte baja del cuerpo

-Glúteos: apretarlos los músculos de los muslos.

-Muslos: apretarlos los músculos de los muslos

-Pantorrillas: apunte los dedos de los pies hacia la cabeza

-Dedos de los pies: encójalos

SESION 3

Dinámica 1 (30 Minutos)

Del caso 1 al 3 son del libro: Davis, K., Newstrom, J., (1991), El comportamiento humano en el trabajo. Comportamiento organizacional, Mc Graw Hill, México.

Caso 1: Un representante de ventas, fue transferido a una ciudad después de permanecer 9 años en la ciudad anterior. De repente se encontró en una situación nueva y desconocida, con otras exigencias de personas y trabajo. Se sentía frustrado, inquieto y abrumado por el trabajo. Tenía mucho que aprender en muy poco tiempo para ello. Tuvo problemas con 2 o 3 de sus clientes y en su casa era menos cooperativo.

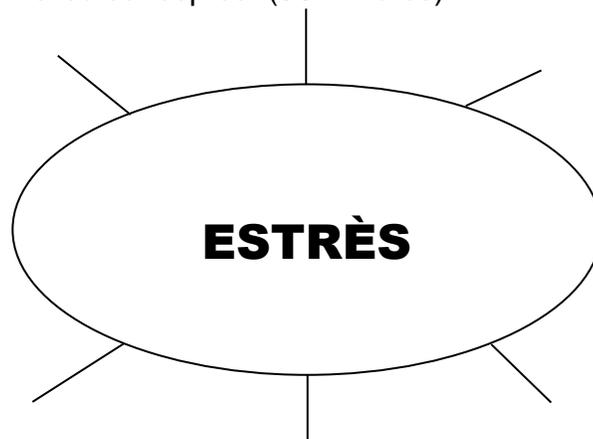
Caso 2: Un mecánico automotriz pensaba que estaba cumpliendo bien con sus obligaciones, pero no le dieron el aumento salarial que esperaba. Por esa época su esposa se divorcio de él. Y esto comenzó a generarle estrés y mal rendimiento en su empleo.

Caso 3: Una coordinadora en una planta de equipo electrónico y llevaba trabajando 3 años en esa empresa afrontaba situaciones de emergencia, conflictos, programas de producción rápida y presiones. Rara vez tenía suficiente autoridad para cumplir con su responsabilidad, por esa época, durante un examen médico de rutina descubrió que tenía hipertensión.

Caso 4: En una compañía de seguros el trabajo de una secretaria empezó a mostrar muchas deficiencias a causa de un conflicto con su supervisor y pidió cambio de área pero no se la autorizaron así que los problemas siguieron incrementándose hasta esto comenzó a generarle estrés y mal rendimiento en su empleo.

SESION 4.

Dinámica 1. Hoja para marco conceptual (30 Minutos)



Dinámica 2

Caso 1: Una maestra de escuela, a pesar de trabajar intensamente durante toda la semana, considera que no debería sentirse tan cansada el fin de semana y que necesita trabajar en algo útil ¿tú qué opinas al respecto?

Caso 2: Un agente de ventas después de un día de trabajo muy pesado va camino a su casa y se detiene en un semáforo, un muchacho se acerca a su coche para limpiar el parabrisas. El dice “¿Qué haces?, yo no te lo pedí maldito chamaco” ¿Tu qué contestarías?

Caso 3: Un empleado siente la necesidad de expresarle a su jefe su inconformidad porque con relativa frecuencia este lo hace esperar mucho tiempo después de la hora fijada para discutir los proyectos a su cargo (esto le hace perder efectividad,

porque podría ocuparse en actividades más útiles). El empleado piensa que si le señala la situación a su superior este a su vez creerá que no está en la mejor disposición ante el trabajo, juzgándolo como incomprensivo y exigente. ¿Expresaría su molestia? Si No ¿Cómo?

Dinámica 2. Protocolo del Instructor

Kirsta, A., (1986), *Superar el estrés: cómo relajarse y vivir positivamente*, Integral, Barcelona, pp. 104

El cansancio y la tensión se acumula en la parte posterior del cuello, y presiona a su vez los músculos más pequeños y las arterias del cuello cabelludo de las sienes, a partir de esto los ejercicios se podría liberar esta tensión.

- a. Gira la cabeza lentamente en sentido de las manecillas del reloj, y luego en sentido contrario, 3 veces en cada dirección ladeándola con fuerza.
- b. Girar la cabeza y estirar el cuello alivianan la tensión acumulada. Practica estos ejercicios lo más lentamente que puedes estirando el cuello todo lo posible. Así resultan más eficaces. Si mueves la cabeza demasiado rápido cuando estés tenso aumentará la rigidez y sentirás calambres y cosquilleos. Deja caer lentamente la cabeza hacia delante, hacia cada lado y hacia atrás, tanto como puedas, estirando los músculos del cuello, repítelo 10 veces.
- c. Volver la cabeza manteniéndola derecha, vuelve la cabeza de un lado hacia otro 10 veces lentamente, y luego 10 veces, un poco más rápido.
- d. Escoge ambos hombros simultáneamente, y luego de uno en uno. Levántalos todo lo que puedas y déjalos caer de golpe.

SESION 5

Dinámica 1 Material: hojas blancas, lápices, plumas

Dinámica 2 Material: Recortes de revistas, periódicos, etc. Cartulinas, resistol, plumones.

Dinámica 3 Protocolo del instructor

Kirsta, A., (1986), *Superar el estrés: cómo relajarse y vivir positivamente*, Integral, Barcelona, pp. 105

En la cara se encuentran muchos puntos de tensión frecuentemente vinculados con la rapidez del cuello y de la cabeza, por lo que estos ejercicios te ayudaran a relajar esos músculos.

- a. Para los ojos: cierra los ojos con fuerza, tensa los músculos alrededor de ellos, y mantén esta mueca durante 10 seg.; abre los ojos todo lo que puedas y relaja los músculos faciales mientras cuentas hasta 10.
- b. Para la mandíbula: con la boca abierta o cerrada desplaza la mandíbula suave pero firme de izquierda a derecha; repite este ejercicio 10 veces; deja caer la mandíbula inferior todo lo que puedas y abre la boca como si estuvieras gritando, alterna este ejercicio con el anterior.
- c. Para la cara: comienza con una expresión relajada, luego abre la boca todo lo que puedas, saca la lengua y con los ojos muy abiertos trata de ver la punta de la lengua dirigiendo la mirada hacia dentro; repite este ejercicio 10 veces.

ANEXO 3

INSTRUCCIONES DE LAS TÉCNICAS

1. Siéntate de la manera más cómoda en la silla y cierra tus ojos
2. Inhala lenta y profundamente durante 4 segundos, mientras cuentas del 1 al 4, y tus pulmones se llenaran
3. Exhala lentamente durante 4 seg. mientras cuentas del 1 al 4 e intenta sacar más aire del que metiste.
4. Se repetirá el ejercicio 4 veces más.

RESPIRACION MUSCULAR PROGRESIVA.

- Herramienta de Apoyo para el Control del estrés cotidiano.
- Que el lugar en el que se encuentre usted sea poco probable que se le interrumpa. Esto es que este alejado de personas y el ruido.
- Que en el ambiente exista la menos cantidad de ruido posible
- Que disponga de un lugar como donde pueda recostarse y su cuerpo quede lo más horizontal posible sin que su cabeza este sobre algún objeto, de preferencia recueste en el piso. Puede ser un sillón, una cama, un sofá o bien en el piso directamente sobre el piso o la alfombra.
- Si le es posible disminuya la luminosidad del lugar en el que se encuentre.
- Procure vestir prendas sueltas, elimine cualquier prenda u objeto que este oprimiendo cualquier parte de su cuerpo. Afloje las agujetas, el cinturón, los botones o cualquier objeto que sienta que le estorba y evite los collares, relojes, anillos, etc.
- Procure cubrir todos los requisitos anteriores antes de empezar usted puede continuar con sus sesiones de relajación una vez que haya cubierto

la mayoría o todas las condiciones. Para ello, detenga la cinta y vuelva la a accionar cuando se sienta listo.

Kirsta, A., (1986), *Superar el estrés: cómo relajarse y vivir positivamente*, Integral, Barcelona, pp. 104

- “El cansancio y la tensión se acumulan en la parte posterior del cuello, y presiona a su vez los músculos más pequeños y las arterias del cuello cabelludo de las sienes, a partir de esto los ejercicios se podría liberar esta tensión.”

RELAJACION.

1.-Gira la cabeza lentamente en sentido de las manecillas del reloj, y luego en sentido contrario, 3 veces en cada dirección ladeándola con fuerza.

2.-Girar la cabeza y estirar el cuello alivianan la tensión acumulada. Practica estos ejercicios lo más lentamente que puedas, estirando el cuello todo lo posible. Así resultan más eficaces estos ejercicios. Si mueves la cabeza demasiado rápido cuando estés tenso aumentará entonces la rigidez y sentirás calambres y cosquilleos. Deja caer lentamente la cabeza hacia delante, hacia cada lado y hacia atrás, tanto como puedas, estirando los músculos del cuello, repítelo 10 veces.

3.- Ahora Vuelve la cabeza manteniéndola derecha, vuelve la cabeza de un lado hacia otro 10 veces lentamente, y luego 10 veces, un poco más rápido.

4.-Escoge ambos hombros simultáneamente, y luego de uno en uno. Levántalos todo lo que puedas y déjalos caer de golpe.

RESPIRACION.

- “En la cara se encuentran muchos puntos de tensión frecuentemente vinculados con la rapidez del cuello y de la cabeza, por lo que estos ejercicios te ayudaran a relajar esos músculos.”

- Fuente: Kirsta, A., (1986), *Superar el estrés: cómo relajarse y vivir positivamente*, Integral, Barcelona, pp. 105
- Para los ojos: cierra los ojos con fuerza, tensa los músculos alrededor de ellos, y mantén esta mueca durante 10 seg.; abre los ojos todo lo que puedas y relaja los músculos faciales mientras cuentas hasta 10.
- Para la mandíbula: con la boca abierta o cerrada desplaza la mandíbula suave pero firme de izquierda a derecha; repite este ejercicio 10 veces; deja caer la mandíbula inferior todo lo que puedas y abre la boca como si estuvieras gritando, alterna este ejercicio con el anterior.
- Para la cara: comienza con una expresión relajada, luego abre la boca todo lo que puedas, saca la lengua y con los ojos muy abiertos trata de ver la punta de la lengua dirigiendo la mirada hacia dentro; repite este ejercicio 10 veces.

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Fecha	Actividades
26 y 27 de Septiembre de 2011	Aplicación del pre-test de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EDO) a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
3 de Octubre de 2011	SESION 1, Implementación del Taller a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
4 de Octubre de 2011	SESION 2, Implementación del Taller a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
5 de Octubre de 2011	SESION 3, Implementación del Taller a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
6 de Octubre de 2011	SESION 4, Implementación del Taller a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
7 de Octubre de 2011	SESION 5, Implementación del Taller a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
10 y 11 de Octubre de 2011	Aplicación del post test de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EDO) a empleados de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.

Universidad Nacional
Autónoma de México
FES ZARAGOZA

Taller para el manejo del estrés con Técnicas Cognitivo Conductuales



Por:

- Dra. Guadalupe Vallejo Silva
- Dra. Sarah Sánchez García

octubre de 2011

Beneficios

La teoría Cognitivo-Conductual, modifica comportamientos y pensamientos, centrada en el presente, en el problema y en su solución.

Estos tratamientos son dirigidos prioritariamente a la solución de problemas interpersonales y a valorar de manera diferente las situaciones estresantes para que dejen de serlo.

Aprenderás nuevas formas de actuar y expresar sentimientos y de afrontamiento.

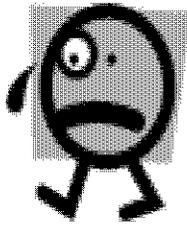
Las técnicas que aprenderás son sencillas de aprender, efectivas y se pueden aplicar en cualquier situación.

Este taller te Ofrecerá

- Habilidades de reducción de las experiencias de estrés mediante técnicas adecuadas.
- Experimentar tranquilidad y mayor dominio de la situación sobre los pensamientos negativos del estrés
- Identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas y aprenderás a definir los problemas en términos de soluciones posibles, sino de soluciones no apropiadas, con el objetivo de cambiar tu manera de reaccionar hacia ellas.
- Y te permitirá reducir los efectos dañinos sobre tu salud causados por el estrés laboral.

Introducción.

Si estás buscando una manera diferente de enfrentar el estrés en tu vida cotidiana debido a tu actividad laboral, este taller es para ti. Las técnicas cognitivo-conductuales son tratamientos que van dirigidos prioritariamente a la solución de problemas interpersonales y a valorar de manera diferente las situaciones estresantes para que dejen de serlo. Adquirirás nuevas técnicas de cómo manejar el estrés.



Objetivo: El propósito de impartir este Taller es que logres un correcto manejo del estrés mediante las técnicas cognitivo conductuales para que así reduzcas los diversos problemas que te ha ocasionado el estrés en la vida cotidiana y en tu rendimiento laboral.

Horario

Lunes a Viernes

8:00 a 9:00 a.m

Inicio: Lunes 3 de Octubre

Fin: Viernes 7 de Octubre

INSTALACIONES CLIMA A.C.

Dirigido a:

Terapeutas y co-terapeutas de la Clínica Mexicana
de Autismo y Alteraciones del Desarrollo
A.C.



Programa

Mitos del estrés

- Definición
- Características
- Daños a la Salud

Respiración y Relajación Muscular Progresiva

- Definición
- Características
- Uso en la actualidad como herramienta
efectiva para el manejo del estrés
laboral

Terapia Racional Emotiva

- Definición
- Características
- Historia
- Beneficios

Entrenamiento Asertivo

- Definición
- Características
- Historia
- Beneficios

Inoculación del estrés

- Definición
- Características
- Uso como la herramienta para manejar las
consecuencias de la exposición a
situaciones estresantes.

Aplicaciones

-Se estima que el estrés es la causa más común de la salud deficiente en esta sociedad moderna; probablemente abarcando, el 80% de todas las visitas a los médicos, el estrés es un factor contribuyente en las condiciones negativas relativamente menores como dolores de cabeza, problemas digestivos, padecimientos de la piel, insomnio y úlceras; aunque también juega un papel muy importante dentro de las principales causas de muerte.

-Las investigaciones que se han hecho en la actualidad sobre de las técnicas Cognitivo-Conductuales para el manejo de estrés muestran que la aplicación a la vida cotidiana de estas, reducen la cantidad de estrés en los trabajadores, dando como beneficio un mejor desempeño laboral.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

Taller:

MANEJO DE ESTRÉS CON TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

De lunes a viernes del 3 de octubre al 7 de octubre.
Horario: 9:00 am a 9:00am
Con la participación de:

Psic. Susi Sánchez García.
Psic. María de Guadalupe Vallejo Silva.
INFORMES:

54418854.
5550502279.

Amatitudo_ga@hotmail.com amyga@hotmail.com



ANEXO 6

ESCALA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EDO)



Cuestionario (F01)



Jesús Felipe Uribe Prado

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice la **HOJA DE RESPUESTAS (F02)** anexa, marcando con una **X** el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1) 1. Considero que es importante asistir a fiestas

	TD					TA
1.	X					

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** Ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo Tipo 2) ¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

	Nunca					Siempre
2.						X

**LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO
NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus repuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos**

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!**

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.

16. En mi trabajo todos me parecen extraños, por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en que actúo únicamente por lo que me pagan.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.

50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. ej., roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. ej., manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.
- Las preguntas **65, 66 y 67** son sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** son sólo para **MUJERES**.
65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja ¿Cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. Si estudiaste una carrera ¿Qué estudiaste?
77. ¿Tienes hijos?
78. ¿Cuántos?
79. En tu trabajo ¿Qué tipo de puesto ocupas?
80. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
81. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
82. ¿Cuántos trabajos tienes?
83. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (p. ej., trabajos, deportes, religión, club, etc.)
84. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
85. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
86. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?

87. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
89. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
90. ¿En qué tipo de organización laboras?
91. ¿Qué tipo de contrato tienes?
92. ¿Tienes personas a tu cargo?
93. ¿Cuántas?
94. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
95. Si tomas algún medicamento, escribe cuál y para qué
96. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
97. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
98. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
99. ¿Fumas?
100. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
101. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
102. En caso de que consumas drogas, ¿con qué frecuencia lo haces?
103. Durante una semana, ¿cuántas horas libres tienes?
104. ¿Haces ejercicio físico?
105. Si haces ejercicio, ¿cuántas horas a la semana le dedicas?

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

BIBLIOGRAFIA

Aragón, L., Silva, A., (2002), *Evaluación psicológica en el área clínica*, México: Pax.

Ardila y Ardila, R. (1982), *Terapia del comportamiento*, Ed. Trillas, México.

Baccaro, A. (1994). *Venciendo el estrés: como detectarlo y superarlo*, Argentina: Lumen.

Barriga, Gómez, P., (2006), *Habilidades para la vida*, México: CIJ.

Beck, J. S. (2000), *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*, Barcelona: Gedisa.

Beck, J. S. (2007), *Terapia cognitiva para la solución de retos*, Barcelona: Gedisa.

Bermúdez, J., Pérez García, A.M. y Sanjuán, P. (2003). *Psicología de la Personalidad. Teoría e investigación I y II*. Madrid: UNED.

Bernaldo M., Labrador F. (2007). Evaluación del estrés laboral y Bournot en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 223-335. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Bower Sharon, A. (1981), *Entrenamiento en Asertividad Destinada a las Mujeres, Métodos de Consejos Psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cantor, N. y Zirkel, S. (1990). Personality, cognition, and purposive behavior. En L.A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality. Theory and research* New York: *The Guilford Press*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Carnwath y Miller, *Psicoterapia conductual en asistencia primaria*, México: Ed. Martínez Roca.

Caro, G. (2003), *Psicoterapias cognitivas: evolución y comparaciones*, México: Paidós.

Caro, G. (2007), *Manual teórico- práctico de Psicoterapias Cognitivas*, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cano-Videl, A. (2002), *Técnicas cognitivas en el control del estrés*, en G. Fernández-Abascal y M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del estrés* (pp. 274-271). Madrid: UNED Ediciones

Carr, Wilfred y Kemmis, Steve (1988). *Teoría crítica de la enseñanza: La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

Correché M., Labiano L. (2003), Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en Humanidades*, 129-147. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Cox, T. (1947), *Stress*, London: Macmillan.

Cruz, M. (2001). *Estrés laboral entenderlo es manejarlo*. México: Alfa Omega.

Davis M., M. Mckay y R. Eshelman Elizabethh (1988): *Técnicas de Auto-Control Emocional*. México: Martínez Roca.

Davis, M. (1985), *Técnicas de Autocontrol emocional*, España: Martínez Roca.

De la Fuente, J., Minervino, R., Carretero M. y Asensio M., (2004), *Psicología del pensamiento* Madrid: Alianza.

De Villard, R. (1986). *Psicosis y autismo del niño: clínica y tratamiento*. Barcelona: Masson.

Dryden, W: *Métodos activos en la terapia racional emotiva*. En Ellis, A. Y Grieger, R.: *Manual de terapia racional-emotiva*. Volumen II. Ed. Desclée de Brouwer, 1990

Ellis, A., (1989), *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*, Bilbao: Desclée de Brouwer

Ellis Albert (1980), *Razón y Emoción en Psicoterapia*, Bilbao: Brower

Ellis A., Mcinerney J, DiGuissepe R, et al. (1982). *Terapia racional emotiva con alcohòlica y toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brower.

Maulstby, M. (1984) *Rational Behavior Therapy*, Prentice Hall

Ellis, A., Grieger R.,(1981), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Bilbao: Desclée de Brower

Emirick, F. (2000). *Como entender y aliviar el estrés*. México: Paidós

Fejerman, N. (1994). *Autismo Infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández P. (2010). La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral. *Universidad del Centro Latinoamericano Argentino*, pp. 111-124. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Fister Richard, M. (1981). *El Entrenamiento Asertivo en la Situación del Trabajo*, Métodos de Consejo Psicológico. Ed. Krumbultz y Theressen, Desclée de Brouwer, Bilbao.

Fontana, D. (1992). *Control del estrés*. México: Manual Moderno.

Fontana, D. (1995). *Manejo del tiempo*, México: Manual Moderno.

Frith, U. (2004), *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza Editorial

Galassi Mernard y J. Galassi (19789), *Asertividad: Una Reseña Crítica*, en Psicoterapia, Investigación y Práctica. Universidad Carolina del Norte.

Galán C., Camacho, G. (2012), *Estrés y Salud, investigación básica y aplicada*, Manual Moderno: México

Garanto, J. (1984). *El apunte psicopedagógicos*. Barcelona: Editorial Herder.

García, J. y Juan, Y., (2006), *Psiquiatría laboral*, Madrid: EdikaMed

Goodman, D., Maultsby, M. (1978), *Emotional well-being through rational behavior training*, Thomas Publisher

Goodman D., Maultsby M., *Emotional well-being through behavior training*

Guerra V., Cristóbal; Plaza V., Hugo, *Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación*

Guerrero J. (2003), *Los roles no laborales y el estrés en el trabajo*. Revista Colombiana de Psicología, pp. 73-84. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Hernández, R., Rodríguez, M., (2004). *Control y manejo del estrés con técnicas cognitivo-conductuales en profesores de primaria y secundaria*. Tesis de Licenciatura. UNAM. México. D.F.

Hidalgo, C.G. y N. Abarra (1990). Desarrollo de Habilidades Sociales en Estudiantes Universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 246-282, Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Hothersall D. (1998), *Historia de la Psicología*, México: McGraw-Hill

Jerry E., Trull, T. (1999), *Psicología Clínica, conceptos, métodos y práctica*, Colombia: El Manual Moderno.

Jobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza Editorial.

Olivares, R. Méndez C. (1999). *Técnicas de Modificación de Conducta*, México: Biblioteca Nueva.

Kadzin Alan, E. (1981). *Desarrollo de la Conducta Asertiva a través del Modelado Encubierto. Métodos de Consejo Psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Kirsta, A. (1986). *Superar el estrés cómo relajarse y vivir positivamente*, Barcelona: Integral.

Labrador F. (1997), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*, Madrid: Ediciones Pirámide.

Lange; J. (1983), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer

Lazarous, R. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Martínez Roca.

Lindfield, G. (1999), *Auto-Afirmación y Personalidad*, Madrid: Edit Deusto.

Lucien A., *Ayudarse a sí mismo*, España:Ed. Sal Terrae

Mahoney, M. (1985), *Cognición y Psicoterapia*, México: Paidós.

Mahoney, M. (1985). *De un imposible a otro*. Buenos Aires: Paidós.

Manolete, S. (2010), El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud, *Liberabit. Revista de Psicología*, pp. 67-75. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

Mayer, R.E. (1986). *Pensamiento, resolución de problemas y cognición*, Buenos Aires: Paidós.

McKay, Davis y Fanning, *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Meichanbaum, D., y Jaremko, M., (1987), *Prevención y reducción del estrés*, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Merín, V. y Miguel, T, (1995). *El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. Ansiedad y Estrés*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Morris C. (2001), *Psicología, Person Educación*, México.

Moscoso M. (2010), *El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología*, 11-29. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Nezu, A., Nezu, C. M., Lombardo, E. (2006), *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo- conductuales. Un enfoque basado en problemas*, México: Manual Moderno

Olivares, Torres Ana Angélica (2009). *Propuesta de un taller para el manejo de estrés laboral mediante técnicas cognitivo-conductuales*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM

Olvera, M. (2005). *El estrés en el trabajo y sus repercusiones en la integridad mental del trabajador*, Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza UNAM. México: UNAM

Oros L. (2002), *Estrés y variables moderadoras en la percepción de la amenaza*, Interdisciplinaria Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines, pp. 159-183. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Ortega, J., (Enero 1999). *Estrés y Trabajo*, MedSpain. La nueva revista de medicina y salud en Internet, IMSS, México, Recuperado de http://medspain.com/n3_feb99/stress.htm

Palunzsny, M. (2004). *Autismo guía práctica para padres y profesionales*. México: Editorial Trillas.

Peiró, J., y Salvador, A. (1993), *Control del Estrés Laboral*, Eudema: España.

Pérez Echeverría, P. (2004). *Solución de problemas*. , MedSpain. *La nueva revista de medicina y salud en Internet*, IMSS, México, Recuperado de http://medspain.com/n3_feb99/stress.htm

Powers, M. (1999). *Niños autistas guía para padres, terapeutas y educadores*. Mexico: Trillas.

Reynoso, L., Seligson, I., (2005), *Psicología clínica de la Salud. Un enfoque conductual*, México: Manual Moderno.

Richaud M., Sacchi C.(1999). Variables moderadoras del estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 355-365. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Rimm, D. y Masters, J. (1974), *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*, México: Trillas.

Riquelme A., Buendía J., Rodríguez M.C (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 83-89. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Riso W., G.M. Pérez, L. Roldan y A. Ferrer (1988), Diferencias en Ansiedad Social, Creencias Irracionales y Variables de Personalidad, en sujetos altos y bajos en Asertividad. *Revista Latino Americana de Psicología*, 20(3), 391-400, Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Román J. (2003), Estrés y Burnout en Profesionales de Salud de los Niveles Primario y Secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 103-110. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Ruiz, J. (1994), *Fundamentos de psicoterapia cognitiva*. España: Ed. A Demanda

Russell G., Ellis A. (1997). Manual de Terapia Racional-Emotiva. Bilbao: Descleè de Brouwer S.A.

Seixas y María Teresa Miró (1993), *Aproximación a la Psicoterapia*, México: Paidós.

Salter, A. (1961): *Conditiones Reflex Therapy*, New York : Capricorn.

Segui, J, Ortiz, T., Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología, Universidad de Murcia España*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Semerari, A. (2002), *Historia teoría y técnica de las psicoterapias cognitivas*, México: Paidós.

Smith, J.M (1983): *Cuando digo No, Me Siento Culpable*. México: Grijalbo.

Taylor, S., (2006), *Psicología de la Salud*, México: Mc Graw Hill.

Troch, A. (1982). *El stress y la personalidad: Introducción a la psicología profunda de Sigmund Freud y Alfred Adler*. Barcelona: Herder.

Tustin, F. (1987). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona-México: Paidós.

Urquidi L., Rodríguez J. (2010). Estrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 1-21. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Valdés M. (1985), *Psicobiología del estrés: Conceptos y estrategias de investigación*, Barcelona: Martínez Roca.

Vinaccia S., Alvaran L. (2004). El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio, *Universitas Psychologica*, 35-45. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Wayne W. Dyer, "*Tus zonas mágicas*", Ed. Grijabo

Williams, S.; Cooper, L.; (2004). *Manejo de estrés en el trabajo: plan de acción detallado para profesionales*. México: El Manual Moderno.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Mexico: Paidós.

Wolpe, J. (1977): *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*, México: Trillas.

Wolpe, J. (1979), *Táctica de la terapia de la conducta*, México: Trillas.

Zaldivar Pérez, D.F. (1991): *El Entrenamiento Asertivo: Manual de Auto-instrucción*. Cuba:Edit. Universidad de La Habana.