



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**"LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA GRUPAL COMO APOYO PARA
DISMINUIR LA ANSIEDAD Y GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

C. JUAN CARLOS BECERRIL MENESES

ASESORA: MTRA. YOLANDA SANTIAGO HUERTA

MÉXICO, D.F.

2013



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.

Contenido

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I DIABETES MELLITUS.....	10
1.1 Antecedentes históricos	10
1.2. Descripción.....	13
1.3. Clasificación de Diabetes Mellitus.....	15
1.4. Patogenia de la Diabetes Mellitus.....	16
1.5. Manifestaciones Clínicas.....	17
1.6. Complicaciones.....	17
1.6.1 Cetoacidosis Diabética.....	18
1.6.2 Coma Hipermolar.....	18
1.6.3 Otras Complicaciones Tardías	18
1.7. Tratamiento	20
CAPÍTULO 2 ANSIEDAD	24
2.1. Definición Ansiedad.....	24
2.2. Antecedentes Históricos del Estudio del Trastorno de Ansiedad.....	28
2.3. Teorías del Trastorno de Ansiedad.....	30
2.3.1. Teoría biológica.....	30
2.3.2. Teoría Psicodinámica.....	30
2.3.3. Teoría Conductista.....	33
2.3.4. Teoría cognitiva.....	35
2.4. Sistemas de Clasificación.....	39
2.5. Trastorno de ansiedad, definición y clasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo al CIE-10.....	45
2.6.1 Farmacoterapia.....	48

2.7. Etiología de la Ansiedad en la Diabetes	50
CAPITULO 3 TERAPIAS DE GRUPO	52
3.1. Aportes de la Psicología de Grupos.....	52
3.2. Introducción Grupos de Autoayuda.....	55
3.3. Terapia Psicoanalítica de Grupos	58
3.4. Dinámicas de Grupo.....	60
3.4.1. Cohesión	62
3.4.2. Factores Socioperativos.....	63
3.4.3. Desviación.....	63
3.4.4. La Resistencia a la Desviación.....	63
3.5. El Grupo Terapéutico	64
3.5.1. Catarsis Emocional.....	64
CAPÍTULO 4 PSICOTERAPIAS	66
4.1. La Psicoterapia Reeducativa	66
4.2 Técnicas Conductistas	67
4.3. Condicionamiento Clásico Desensibilización Sistemática	67
4.4. Condicionamiento Operante	68
4.5. Terapia Cognitiva.....	69
4.6. Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	70
4.4.1. Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.	71
4.7. Principios Básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	77
4.7. Modelo Terapéutico.....	78
4.5. Terapia Racional Emotiva.....	85
4.5.1. Discusión de las Creencias Irracionales.....	90
4.5.2. Perturbaciones Secundarias.....	91
4.5.3. Sentimientos Adecuados e Inadecuados	91

4.5.4. Las Creencias Irracionales Absolutistas y no Empíricas	91
4.5.5. Dogmas Evaluativos y no Evaluativos	91
4.6. Tratamientos Eficaces	92
CAPÍTULO. 5 INVESTIGACIONES.....	94
CAPÍTULO 6 METODOLOGÍA	107
6.1. Justificación.....	107
6.2. Planteamiento del problema	109
6.3. Objetivo General	109
6.3.1. Objetivos específicos	109
6.4. Hipótesis	110
6.4.1. Hipótesis nula.....	110
6.5. Variables	110
6.5.1. Variables Dependientes	110
6.5.2. Variable independiente.....	111
6.7. Diseño de la investigación	113
6.8. Población.....	114
6.9. Tamaño de la muestra.....	114
6.10. Criterios de inclusión	114
6.11. Criterios de exclusión	114
6.12. Criterios de eliminación.....	114
6.13. Instrumentos de medición.....	114
6.14. Procedimiento	115
6.15.- Análisis estadístico.....	116
CAPÍTULO 7 ANÁLISIS DE RESULTADOS	117
7.1. Datos Demográficos	117
7.2. Resultados Iniciales de Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Glucosa	118

7.3. Resultados Finales Ansiedad, Glucosa	120
7.4. Comparación de Resultados.....	121
7.5.1. Caso ER	123
7.5.2. Caso MC.....	125
7.5.3. Caso RD	126
6.5.4. Caso MO	128
7.5.5. Caso EJ	130
7.5.6. Caso RF.....	132
7.5.7. Caso RM.....	134
DISCUSIÓN.....	136
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	143
ANEXO 1 RESUMEN DE SESIONES GRUPALES.....	148
ANEXO 2.- INVENTARIO IDARE	155
BIBLIOGRAFÍA.....	157

RESUMEN

Debido a que la Diabetes Mellitus es un problema de salud pública que representa la cuarta causa de mortalidad en México, la presente investigación tuvo por objeto conocer si existe una diferencia en los niveles de Glucosa en pacientes con Diabetes y la Ansiedad (Estado y Rasgo) en los pacientes que son sometidos a una intervención grupal de corte cognitivo conductual que toma como herramienta terapéutica el ABC de la terapia racional emotiva.

Para realizar la investigación se formaron dos grupos (control y experimental) de pacientes diabéticos a los cuales se les midió los niveles de Glucosa y los niveles de Ansiedad al inicio y término de las diez sesiones de terapia racional emotiva aplicadas al grupo experimental.

Los resultados obtenidos mostraron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo ni en los niveles de Glucosa pre y postratamiento. Sin embargo se encontraron cambios cualitativos en los participantes de grupo experimental en los niveles Ansiedad Rasgo basados en los indicadores: estar cansados, tener ganas de llorar, desear ser tan feliz como otros, perder oportunidades por indecisión, estar preocupados por cosas sin importancia, tomarse las cosas muy a pecho, tener poca confianza en sí mismos, sentirse melancólicos y tensarse cuando piensan en sus preocupaciones. Con respecto a la Ansiedad Estado se disminuyeron indicadores como tensión, contradicción, nerviosismo, agitación y preocupación.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es sin duda un problema de salud pública, pues ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas, lo cual representa el 16.7% de las defunciones en México. Además, es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 1991, la cual, comparada con la de 1980 (21.10%), representa una variación absoluta de 11.67 puntos y 33.59% de variación relativa, colocándola dentro de las principales causas de muerte, discapacidad y altos costos requeridos para su cuidado (Tapia, 2005).

Se considera a la Diabetes un generador de ansiedad, pues representa una pérdida de la salud. Al ser la ansiedad un sentimiento humano habitual, comprensible y lógico, que no requiere tratamiento pero que afecta de forma significativa el desempeño normal de una persona y provoca conductas desfavorables a su salud, es necesario comenzar a implementar, a través de diversas estrategias, tratamientos médicos y psicológicos como pasos esenciales para abordar la modificación de conductas desfavorables (American Psychiatric Association, 2000).

Uno de tratamientos psicológicos más efectivos para tal caso es la implementación de las técnicas del modelo cognitivo conductual, de intervención y de orientación, como se muestra en los capítulos subsecuentes. Dicha técnica se basa en el método inductivo, es decir, en tratar creencias como hipótesis y revisar la información que se proporcione a la persona para la resolución de su problemática, para poder confrontar estas creencias, en base a sus capacidades, y así lograr enfrentar los limitantes psicológicas que los pacientes con Diabetes Mellitus se colocan irracionalmente, mismos que perjudican su tratamiento.

Este modelo supone la existencia de creencias fundamentales o básicas, estructuras cognitivas relativamente estables que guían el proceso del pensamiento, como las actitudes, suposiciones acerca de sí mismo y del mundo, que dirige la percepción, además de la interpretación y memoria de una persona acerca de los sucesos que vive. Estos condicionantes cognitivos derivan de experiencias pasadas y tienen la característica de ser rígidos, absolutistas, resistentes al cambio y estar asociados con

emociones extremas. Igualmente, se establece una búsqueda de nuevas formas de intervención que permitan ir más allá del acercamiento clínico tradicional.

El presente trabajo buscó implementar la atención a nivel grupal, al establecer sesiones de terapia psicológica en las cuales se trabaje con las expresiones de las emociones diarias, que experimentan los pacientes con diabetes. Compartir las vivencias que tienen con respecto a su enfermedad por ejemplo: la autoestima, las habilidades sociales, las relaciones familiares y otros.

Mediante este trabajo grupal se van gestando procesos de aprendizaje en los participantes que generalmente están relacionados con su apego al tratamiento y mejora del estado de salud. Buscando establecer una intervención psicológica no sólo se pretende generar cambios en los procesos psicológicos, sino también producir una experiencia significativa que favorezca estos cambios y, como parte de esta estrategia, poder incorporar a los programas la participación activa de un profesional de la salud mental.

Esta investigación se realizó en el centro de salud Manuel Gutiérrez Zavala, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la delegación Miguel Hidalgo.

La atención en el centro de salud Dr. Manuel Gutiérrez Zavala en gran medida se centra en la demanda de los individuos con diferentes padecimientos. Concentrándose en la atención médica general, en este centro se cuenta con una clínica específica de atención a personas con Diabetes Mellitus con personal médico y de enfermería. Parte de este equipo multidisciplinario lo compone el personal de trabajo social, que es el encargado de coordinar las reuniones de un grupo de ayuda, las cuales consisten en realizar dinámicas de actividad física así como sesiones educativas con respecto a temas de salud.

La investigación se realizó con el fin de proponer alternativas de tratamiento a nivel grupal desde un enfoque cognitivo-conductual, así como aportar nuevas herramientas a la psicología para el manejo de ansiedad al realizar una revisión entre las diferentes

corrientes psicológicas, desarrollando en los participantes habilidades para el control de la ansiedad y de la diabetes, con el objetivo de enseñarles a pensar de manera racional en situaciones que le generen ansiedad, logrando así la disminución de su sintomatología y obteniendo un control de la diabetes.

Para presentar la investigación, se elaboraron “7” capítulos. En el Capítulo 1 se mencionan las generalidades referentes a la Diabetes Mellitus: antecedentes históricos, descripción y generalidades, hasta diagnósticos utilizados y tratamientos.

En el Capítulo 2.- Se describen los elementos descriptivos de la ansiedad, su historia, los diferentes enfoques psicológicos para su clasificación, así como su estudio y tratamientos.

En el Capítulo 3.- Se estudia a las terapias de grupo, a través de sus aproximaciones teóricas, así como los factores presentes en un grupo terapéutico.

En el Capítulo 4.- Se enumeran las psicoterapias como entes de tratamiento para la ansiedad, colocando a la terapia racional emotiva como base de esta investigación por considerar a las técnicas y bases teóricas de dicha corriente como las adecuadas para el presente estudio.

En el Capítulo 5.- Se hace mención de las investigaciones existentes con respecto a la terapia racional emotiva y cognitivo conductual para el tratamiento psicológico de pacientes con Diabetes Mellitus y enfermedades crónico degenerativas.

En el Capítulo 6.- Revisión de la metodología utilizada para la investigación.

En el Capítulo 7.- resultados cuantitativos y cualitativos de este proyecto.

Discusión.- Se encuentran comparativo de la presente investigación con otras intervenciones basadas en el mismo modelo cognitivo conductual y las enfermedades crónicas.

Conclusiones. Se encuentran las conclusiones y sugerencias obtenidas.

Finalmente se presentan los anexos y referencias utilizadas para esta investigación.

CAPÍTULO I DIABETES MELLITUS

1.1 Antecedentes históricos

La Diabetes Mellitus (DM) existe desde hace milenios, pero tal vez nunca tuvo tanta relevancia como en la actualidad, dadas las condiciones de salud y alimentación de las sociedades occidentales. La transición demográfica y epidemiológica de las poblaciones de los países de mayor desarrollo ha devenido en cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física, junto con modificaciones genéticas y ambientales. Por ello, es interesante hacer un repaso rápido de los antecedentes y la historia de la medicina, para considerar cómo se han ido incorporando esos avances.

Para esto Kahn (2005) hace una cronología de los hallazgos y descubrimientos de la DM, comenzando en la antigüedad, donde sólo podía sospecharse de diabetes a través de investigaciones de la paleopatología, como son los hallazgos de restos óseos.

Ryden (1994) muestra como la diabetes ha sido una de las enfermedades con más descripción de síntomas, al poner en manifiesto que ésta fue registrada en el papiro de Ebers, aparentemente del año 1550 A.C. En él se atribuye la descripción de la poliuria a Imhotep, quien fue sumo sacerdote y ministro del faraón Zosser en el año 3000 A.C.

El médico romano Galeno (130 – 201 D.C.) y Arateo de Capadocia definieron mejor la enfermedad. Arateo, en su obra *Enfermedades agudas y crónicas*, acuñó el término “diabetes”, que significa “sifón”, para explicar la licuefacción de la carne y los huesos en la orina. Él menciona, en el año 150 D.C. “la diabetes es una afección maravillosa no muy frecuente en el hombre que consiste en la fusión de la carne y las extremidades en la orina, su curso es de carácter frío y húmedo, el recorrido es habitual, es decir, de los riñones y la vejiga. Los pacientes no cesan nunca de producir agua” (Clark, 1999).

Continúa Ryden con lo realizado por el médico anatomista de Oxford Thomas Willis (1674) quien descubrió, a través del gusto, que la orina de los diabéticos era dulce. Sin embargo, en la India, Suisiuta ya había descrito en antiguos documentos, aproximadamente 400 años A.C., al síndrome diabético como una “orina melosa” (Schadewaldt, 1987).

Continuando con la crónica que realiza Ryden se encuentra a Matthew Dubson, que en 1776 demuestra en Manchester, Inglaterra, que las personas diabéticas secretan en realidad azúcar en la orina. Al hervirla hasta secarla, observó un material de residuo cristalino y de gusto como la azúcar morena. Durante esta época, se consideraba a los riñones como los órganos responsables y más afectados por el padecimiento. Los signos y síntomas más llamativos consistían en la frecuencia y la cantidad de micciones.

Thomas Camley hace la primera referencia al páncreas al publicar, en 1788, un informe acerca de un páncreas reseco con cálculos hallado en la autopsia de un paciente diabético. En 1797, John Rollo aplicó por primera vez el descubrimiento de la glucosuria de Dubson al realizar la primera aproximación racional al tratamiento diabético anotando diariamente la cantidad y tipo de alimentos ingeridos, para después pesar la azúcar obtenida al hervir la orina diaria de los pacientes. Llegando a la conclusión de que el órgano mórbido no era el riñón sino el estómago, que producía una cantidad excesiva de azúcar a partir de las sustancias vegetales, indicando como tratamiento una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en grasas y proteínas.

William Wollaston (1766-1828), médico y químico, intentó medir el “azúcar” de la sangre sin éxito, tal vez por creer que tenía la misma característica química que el azúcar que se utiliza en la mesa para los alimentos. Por su parte Chevreuil (1818) demostró que el azúcar de la sangre se comportaba químicamente como el azúcar de las uvas (dextrosa o glucosa). Esto confirmaba las predicciones de Rollo en las que mencionaba que un aumento del azúcar en la sangre provocaba una excreción de glucosa, por lo que el foco de la diabetes estaba fuera de los riñones.

En Francia, Claude Bernard (1850) ligó los conductos pancreáticos de perros y les inyectó aceite o parafina profunda de la glándula. Con esto descubrió que la glucemia procedía, en parte, del glucógeno secretado por el hígado.

Bouchardat (1875) siguió los puntos esenciales del régimen dietético de Rollo para el tratamiento de la diabetes pero, al observar que el trabajo muscular tenía efectos paliativos sobre la glucosuria y la hiperglucemia, añadió fomentar el trabajo duro físico.

En 1893, Lagesse propuso que las células Acinares (a las que denominó islotes de Langerhans), constituían una glándula secretora dentro del páncreas. Jean Meyer (1910) indicó que cuando se descubriese la secreción pancreática ausente en el estado diabético, debería denominarse “insulina” para denotar su origen en las “islas” de Langerhans. Los islotes de Langerhans son el lugar de producción y secreción de varias hormonas además de la insulina.

Tras estos avances, Elliott Proctor Joslin (1916) publicó por primera vez su obra *El tratamiento de la Diabetes Mellitus*, siendo éste el primer libro de su categoría. En este libro, Joslin combinó el estudio del equilibrio de Benedict (1912) *-Estudio del Equilibrio Metabólico-* con dietas, en una amplia selección de seres humanos con acidosis inminente o establecida dando especial importancia a la necesidad de contener la epidemia. Para ello utilizó una dieta sana, ejercicio y propuso dar educación a los pacientes como parte fundamental del tratamiento y así prevenir la aparición de la enfermedad o retrasar su progresión.

En 1921 y 1922, Frederick Banting, John Macleod y Charles Best, reunieron todos los criterios que debería tener una insulina con actividad terapéutica y produjeron el primer preparado de insulina útil. Así, por fin establecieron la etiología pancreática de la diabetes.

Esta perspectiva terapéutica de la insulina mejora cuando la empresa Eli Lilly crea, en 1922, con ayuda de la universidad de Toronto, las condiciones necesarias para la producción a gran escala. La labor contó, además, con el apoyo del director de investigación George Clowes y el químico George Walden, con lo que se obtuvo una extracción máxima de insulina a partir de páncreas de vacas y cerdos con el mantenimiento del punto isoeléctrico de la insulina. (Kahn, 2005)

A principios de los años 30, la neuritis de las extremidades inferiores, (la cual es una inflamación de un nervio que puede dar como resultado dolor, aumento de sensibilidad, falta de sensibilidad o sensación de hormigueo o parestesia en el sector del organismo afectado), era cada vez más frecuentes en personas con síndrome nefrótico e hipertensión. De esta forma Joslin (1946), comienza a investigar los detalles de la vida

de los pacientes al hospitalizarlos en “casitas o aulas”, creando un equipo de subespecialistas dedicados a tratar a los pacientes colocando objetivos claros como evitar la muerte por coma diabético o enseñarlos a reducir la aparición y la repercusión de las complicaciones. En los tres últimos decenios se han incorporado al equipo de educadores, aparte de médicos y enfermeras, nutricionistas, psicólogos y fisiólogos del ejercicio.

1.2. Descripción

La diabetes es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa de carácter heterogéneo con grado variable de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. (Schadewaldt, 1987)

La Diabetes Mellitus (DM) es descrita por Tapia (2005) como el aumento de los niveles de glucosa sanguínea (hiperglucemia) causada por un defecto en la secreción de la insulina. En personas normales los niveles de glucosa se mantienen dentro de los niveles menores de 130 mg/dl aún tomando alimentos. Estos mecanismos se activan al ser detectada la elevación de la glucosa, y las células productoras de insulina en el páncreas responden con una secreción rápida. La glucosa pasa a las células de los músculos, tejidos grasos y del hígado. Una vez que la glucosa se ha encontrado en los tejidos, se metaboliza y produce energía que utiliza el organismo para mantener las funciones de los órganos y de su estructura, mientras que otro tanto se almacena en los músculos y en el hígado.

Tapia (2005) hace una descripción detallada de lo sucedido en la persona diabética, en los que la insulina se encuentra disminuida o su acción es menor, impidiendo que la glucosa penetre en las células y su concentración se mantiene elevada en la sangre produciendo los síntomas como la poliuria, (emisión de un volumen de orina superior al esperado), polidipsia (aumento anormal de la sed y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de fluidos, habitualmente agua) y polifagia (necesidad excesiva de comer y ausencia de la sensación de saciedad) ya que no puede recibir energía de los azúcares. El organismo intenta obtener de las grasas esta energía faltante por el déficit

de las azúcares produciendo una movilización de las grasas que se encuentran almacenadas en el tejido adiposo.

Este anabolismo protéico (menor síntesis de proteína) ocasiona que las grasas, glucógeno hepático y muscular del organismo, que producen pérdida de peso, disminución de inmunidad celular, elevación de lípidos en la sangre, puedan producir situaciones de gravedad como la cetoacidosis. Así, los lípidos que se descomponen en la sangre crean los llamados ácidos cetonas que se acumulan en la sangre y la orina. En niveles altos, éstas cetonas son tóxicas, explica Melchor (2001).

Debido a los altos niveles de glucosa, el riñón recibe una notable sobrecarga al verse limitada su capacidad filtrante y se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo, lo que lo lleva a la deshidratación, percibida como el aumento de sed (polidipsia). El incremento de la eliminación de agua provoca que las personas con diabetes presenten diuresis y se vea un aumento de poliuria (Tapia 2005).

Continuando con la descripción sobre la DM, se presenta la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), la cual menciona que la prevalencia de diabetes aumentó en 14% (lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes) en toda la República Mexicana.

Con una Población total de 106,7 millones de habitantes en el momento de la encuesta, se encontraron los siguientes resultados:

- Entre 6.6 y 10 millones de Personas (20-79 años) con diabetes.
- La Incidencia de diabetes tipo 1 en menores de 0-14 años, fue de 1.5 por cada 100,000 niños.
- La muerte a causa de diabetes (hombres de 20 a 79 años) fue de 24 mil 994 en el año 2006.

- La población de personas con diabetes en México fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7 por ciento en personas entre 20 y 69 años).
- 90 % de las personas que padecen diabetes presentan Diabetes tipo 2.
- 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes.
- El grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y los 55 años.
- Una de cada cuatro muertes en personas de 40-59 años se debe a complicaciones de la diabetes.

La Diabetes Mellitus tipo II, conocida anteriormente como no dependiente de insulina o diabetes de adulto, constituye un 95 % de los casos diagnosticados con niveles por arriba de los 126 mg/dl. Por lo general se diagnostica en gente mayor de 40 años. En México, esta enfermedad da inicio entre los 20 a 40 años apareciendo regularmente en los individuos con sobre peso.

Se estima que, a partir del diagnóstico, 50% de los pacientes presentan retinopatía después de 10 años y un 80% después de 20 años. Así mismo, el 15 % presentan insuficiencia renal después de 5 a 10 años de padecer diabetes tipo II.

1.3. Clasificación de Diabetes Mellitus

El término de Diabetes Mellitus tipo I (DM I) lo explica Harrison (1998) es sinónimo de la Diabetes Mellitus insulino dependiente y la Diabetes Mellitus tipo II (DM II) equivale a la diabetes no insulino dependiente.

La denominación tipo I y tipo II se refiere a los mecanismos patógenos.

A lo cual la diabetes tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben

inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.

En lo referente a la tipo II, que se presenta en adultos, sobre todo, de 40 años de edad o más, el cuerpo sí produce insulina pero, o bien, no produce suficiente o no puede aprovechar la que produce por lo que la insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. Es un estado intermedio de destrucción auto inmunitaria (medidas inmunitariamente), donde la capacidad de producir insulina es suficiente para evitar la cetoacidosis pero no para mantener glucemia normal. Su comienzo es a edades avanzadas y empeora más lentamente de lo habitual (Harrison, 1998).

1.4. Patogenia de la Diabetes Mellitus

La DM empieza con la destrucción de las células beta del páncreas y comienza por una susceptibilidad genética hacia la enfermedad, o bien por algunos acontecimientos ambientales que inician el proceso destructivo en los individuos vulnerables. Cuando se tiene Diabetes Mellitus se produce una infiltración de los islotes por monocitos macrófagos y células T citotóxicas activadas. Esta infiltración se conoce como insulitis o como isletitis, en la cual en la sangre se encuentran muchos anticuerpos dirigidos contra los antígenos de las células beta.

En este estado en el paciente se está produciendo de forma inevitable la agresión inmunitaria, la cual se denomina prediabetes hasta que las reservas de insulina disminuyen constantemente y no son suficientes para mantener la glucosa en la sangre en sus valores normales (Harrison, 1998).

Sumado a esta agresión inmunitaria, se tiene una secuencia patogénica que se presenta por predisposición genética-agresión, exógena-destrucción de las células beta por mecanismos autoinmunes. En ese momento el problema se debe diagnosticar como Diabetes Mellitus (Harrison 1998).

La posibilidad de que un niño enferme de diabetes tipo I, comenta Harrison (1998), cuando un familiar en primer grado padece la enfermedad, es sólo del 5 al 10 %. En

comparación cuando uno de los padres la padece, aumenta el riesgo de que se desencadene la enfermedad.

Esta enfermedad da inicio con las células que intervienen en la agresión a las células beta son las células citotóxicas naturales, los linfocitos T citotóxicos activados (CD8+) y los macrófagos. La destrucción celular puede deberse en parte a la liberación de citocinas como la interleucina 1 (IL-1) y el factor de necrosis tumoral (TNF) por los macrófagos activados. Experimentalmente las citocinas (IL-1, TNF α , interferon, linfotoxina) posiblemente actúan induciendo la formación de óxido nítrico o de superóxidos. Ante la aparición de estos químicos las células beta tienen poca capacidad para destruir radicales libres y son especialmente vulnerables a los efectos tóxicos del oxígeno.

Harrison (1998) menciona que el trastorno primario es la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia es secundaria, es decir que la secreción de la insulina aumenta para compensar el estado de resistencia. Sin embargo, la hipersecreción puede causar resistencia a la insulina, en otras palabras el efecto primario de las células de los islotes es responsable de la hipersecreción de insulina y esa hipersecreción provoca a su vez resistencia a la insulina.

1.5. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas por parte de la hiperglucemia son: la poliuria, la polidipsia, y la polifagia, así como una descompensación metabólica seguida de un coma diabético. Las neuropatías son una de las primeras manifestaciones debidas al exceso absoluto o relativo de glucagón, el cual es producido en el hígado, causando una complicación degenerativa. Suele aparecer en personas de mediana o avanzada edad con sobrepeso comenzando con los síntomas gradualmente.

1.6. Complicaciones

Harrison (1998) explica que las complicaciones de la diabetes son la cetoacidosis diabética y el coma hipermolar no cetósico. La primera es una complicación de la diabetes tipo I mientras que la segunda aparece en el contexto de la diabetes tipo II.

1.6.1 Cetoacidosis Diabética

En la cetoacidosis diabética existe un déficit de insulina combinado con un aumento absoluto de concentraciones de glucagón. Este aumento aparece cuando se interrumpe la administración de insulina y cuando existen condiciones físicas o emocionales estresantes, a pesar de que el paciente esté en tratamiento de insulina.

En la situación de estrés se libera la epinefrina además de estimular la secreción de glucagón. La epinefrina inhibe la liberación de pequeñas cantidades de insulina residual que todavía secretan algunos pacientes con DM-I e inhibe el transporte de glucosa inducido por la insulina en los tejidos periféricos.

La cetoacidosis produce anorexia, náuseas y vómito, que se acompañan de aumento de la producción de orina, asimismo puede haber dolor abdominal. Si este proceso no es tratado puede alterarse el estado de conciencia o aparecer un coma evidente.

1.6.2 Coma Hipermolar

El coma diabético hipermolar es una complicación de la DM-II. Éste es el resultado de una profunda deshidratación provocada por la diuresis y una hiperglucemia sostenida en circunstancias en las que el paciente no puede beber el agua suficiente para compensar las pérdidas de líquidos por medio de la orina. Estos pacientes presentan intensa hiperglucemia, hipermolaridad, deshidratación con reducción de la volemia y manifestación del sistema nervioso central que van desde la obnubilación al coma, no son raras las crisis convulsivas y hay infecciones como la neumonía.

1.6.3 Otras Complicaciones Tardías

La persona con diabetes está predispuesta a sufrir una serie de complicaciones que causan morbilidad y muerte prematura en un promedio de 15 a 20 años después del descubrimiento de una franca hiperglucemia. Un paciente puede experimentar varias complicaciones a la vez o tener un sólo problema que domine el cuadro clínico como los que se listan a continuación (Harrison, 1998)

- La retinopatía diabética, es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina y la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.
- La neuropatía diabética o trastorno neuropático, son lesiones microvasculares diabéticas que involucran los vasos sanguíneos menores que suministran los nervios de los vasos. Los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen parálisis del nervio.
- La angiopatía diabética es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la Diabetes Mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, que es el acumulamiento de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese ensanchamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera entre adultos no ancianos en los Estados Unidos. En Cuba, la tasa de angiopatías periféricas en la población diabética alcanzan los 19,5 por cada 100 mil habitantes
- El pie diabético tiene una "base etiopatogénica neuropática". La causa primaria que hace que se llegue a padecer un pie diabético está en el daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como "neuropatía". Los nervios están encargados de informar sobre los diferentes estímulos (nervios sensitivos) y de controlar a los músculos (nervios efectores). En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la sensibilidad dolorosa, térmica, y que los músculos se atrofién, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura ósea.

El hecho de que una persona pierda la sensibilidad en el pie implica que si se produce una herida, un roce excesivo, una hiperpresión de un punto determinado o una exposición excesiva a fuentes de calor o frío no se sientan. El dolor es un mecanismo defensivo del organismo que nos incita a tomar medidas que nos protejan de factores agresivos. Los diabéticos pueden sufrir heridas y no darse cuenta. Además, la pérdida de control muscular favorece la aparición de deformidades y éstas pueden al mismo tiempo favorecer roces, cambios en la distribución de los apoyos del pie durante la marcha y en definitiva, predisponer a determinados puntos del pie, los cuales pueden resultar fatales (Harrison, 1998).

1.7. Tratamiento

El control de la enfermedad implica la participación del paciente en el automonitoreo y autocontrol de su enfermedad. Asimismo, la participación en grupos de ayuda mutua y la de las personas que lo rodean es de vital importancia ya que contribuyen a controlar la enfermedad, evitar o retardar las complicaciones y la muerte prematura.

Otro tratamiento importante es la terapia nutricional, la cual debe individualizarse teniendo en cuenta las costumbres para comer y otros factores propios de los hábitos de vida. Es esencial vigilar los parámetros metabólicos como la glucemia, la hemoglobina glicosilada (HbA1c ó A1c), los lípidos, la presión arterial y el peso corporal así como la calidad de vida, ya que estos parámetros son influenciados por los alimentos que las personas ingieren y sobre todo el exceso de ellos altera los valores normales. El cuidar estos hábitos es esencial para obtener un resultado satisfactorio (Tapia, 2005).

Carmine Pascuzzo (2008) enlista los medicamentos utilizados en la terapia farmacológica para el tratamiento de la diabetes:

- Biguanidas. Como la metformina aumentan la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiantes.
- Sulfonilureas. Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina. En ocasiones se utilizan en combinación con Metformina.

- Meglitinidas. Como la repaglinida y nateglinida. Estos medicamentos estimulan la secreción de insulina.
- Inhibidores de α -glucosidasa. Como la acarbosa. Que reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa postprandial.
- Tiazolidinediona. Como la pioglitazona. Que incrementan la sensibilidad del músculo, la grasa y el hígado a la insulina.
- Insulina. Es el medicamento más efectivo para reducir la glucemia aunque presenta hipoglucemia como complicación frecuente.
- Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), Como la exenatida. El GLP-1 es un péptido de origen natural producido por las células L del intestino delgado, potencia la secreción de insulina estimulada por la glucosa.
- Agonistas de Amilina. Como la pramlintida. La cual retarda el vaciamiento gástrico, inhibe la producción de glucagón de una manera dependiente de la glucosa.
- Inhibidores de la Di-Peptidil-Peptidasa-IV. Como la sitagliptina. Su mecanismo intensifica los efectos de GLP-1.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes expone Álvarez. (2002), ya que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeros/as-educadores terapéuticos en diabetes), persigue el adiestramiento de la persona con diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (dieta + ejercicio físico + tratamiento medicamentoso -si precisa-).

Para obtener los resultados adecuados del tratamiento la NOM-015-SSA2-1994 estipula que se realice una prueba de hemoglobina glucosilada. Una persona no-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados lo máximo posible a estos valores.

Al igual como las intervenciones deben ser orientadas al estilo de vida para disminuir los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo II, como son la mala nutrición, el exceso de calorías ingeridas en los alimentos y una forma de vida sedentaria, con el consecuente sobrepeso y obesidad.

Una pérdida de peso mínima, incluso de 4 kg, con frecuencia mejora la hiperglucemia. En la prevención de la enfermedad, una pérdida similar reduce hasta en un 60% el riesgo de que el padecimiento empeore. De igual forma, conviene eliminar otros factores de riesgo que aparecen al mismo tiempo, como el aumento de colesterol en sangre.

Mantener una dieta sana es una de las mejores maneras en las que se puede tratar la diabetes, ya que no hay ningún tratamiento que cure por completo a la Diabetes, en cuanto la persona sea diagnosticada con diabetes debe empezar a mantener una dieta sana. El paciente debe cuidar la cantidad de gramos de carbohidratos que come durante el día, adaptándola a las necesidades de su organismo y evitando los alimentos con índice glucémico elevado (alto contenido en calorías). Esto significa que la persona no puede ingerir comidas con contenido de harina blanca en exceso. Elegir panes y pastas hechas de harina integral no sólo es mucho más saludable, sino que también coadyuva a controlar la insulina que el cuerpo produce. También existen muchos productos en el mercado que están hechos para los diabéticos. En los EE.UU. los productos se llaman "Sugar Free", o sea, "Sin Azúcar". Estos productos tienen contenidos de azúcar artificial que no tiene calorías pero le da el sabor dulce a la comida. Se debe, no obstante, tener mucho cuidado con estos productos, ya que "Sin azúcar" (o sin carbohidratos con índice glucémico alto), no es lo mismo que "Sin Carbohidratos". Tapia (2005).

El ejercicio físico es también esencial en el tratamiento de la diabetes, ya que facilita la pérdida de peso y la puesta en acción de la glucosa acumulada. El ejercicio también afecta los niveles de insulina que produce el cuerpo (Tapia, 2005).

En la tabla 1.1. Se muestran los criterios de evaluación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para los tratamientos de la DM.

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
Presión Arterial P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
Índice de Masa > Corporal (IMC)	<25	25-27	>27
hemoglobina glucosilada HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

Tabla 1.1 Metas Básicas del Tratamiento y Criterios para Evaluar el Grado de Control

Como se ha mencionado, uno de los factores que pueden explicar el incremento de la diabetes en el mundo es la transición demográfica. Esto se refiere a cómo envejece la estructura poblacional de los países, siendo alta la probabilidad de padecer diabetes y otras enfermedades crónicas degenerativas. Aunadas a la ingesta elevada de carbohidratos y la falta de actividad física por tal un apego al tratamiento nos sólo médico sino llevado en una forma dinámica con tratamientos psicoeducativos que ayudarán a poder comprender la enfermedad y disminuir la ansiedad que ésta les causa a las personas para lo cual en el siguiente capítulo se presentará una descripción general de lo que es el padecimiento de la ansiedad.

CAPÍTULO 2 ANSIEDAD

En este capítulo se expondrá cómo diversos autores manejan los términos “ansiedad” y “angustia” como uno mismo, tal vez por su origen del latín *anxietas*, “angustia, aflicción”. Sin embargo, no lo son, ya que el estudio de la ansiedad tiene una larga historia y ha sido uno de los temas más revisados por su relevancia en la comprensión de la psicopatología de los adultos y de los niños.

- La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Estableciéndose como una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias, la reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales. (Hollander, 1957)

Se define a las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana, es decir ejercen una función protectora de los seres humanos.

Por tal motivo se puede decir que la mayor parte de las veces, la ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible y lógico que no requiere tratamiento como lo menciona Hollander (1957) ahora bien, si la persona afectada no la soporta y afecta significativamente su vida o le hace comportarse de forma anómala, es preciso tratar el problema a través de diversas estrategias y tratamientos médicos y psicológicos, los cuales arrojarán resultados de acuerdo al tipo de especialista al que se recurra.

2.1. Definición Ansiedad.

Desde sus orígenes evolutivos hasta la actualidad, el ser humano se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros. Cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: huir o luchar.

La ansiedad se traduce en un malestar que afecta a la vez al cuerpo, que a menudo pasa inadvertido por el entorno propone Berrios y Link (1995)

Según los diccionarios, no hay diferencia entre angustia y ansiedad, ejemplificado en la definición que hace el diccionario para la palabra alemana Angst como se podrá conocer más adelante. Sin embargo, el psiquiatra español J. J. López Ibor (1974) distingue estos dos conceptos de la siguiente manera:

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

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

La filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte. (López, 1974).

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

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

Franks (1969) explica que se trata de un constructo multidimensional de tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones,

miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.).

El enfoque Cognitivo-Conductual menciona que cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo: se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Beck (1981)

En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo. El tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1998).

El concepto de angustia procede del término alemán *angst* y ésta a su vez de la palabra germánica *eng*. Ambos términos terminan de acercar los campos semánticos de uno y otro idioma; por lo tanto, dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro. Hollander (2006)

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

Melanie Klein (1975) considera que la angustia es una reacción directa del organismo frente a la coexistencia en su estructura de la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

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

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

El enfoque conductual por parte de Freeman (1990) el cual propone que la angustia es una conducta aprendida, por lo tanto, la teoría del aprendizaje afirma que los estímulos que anteceden a los no condicionados se convierten en condicionados, derivando esto en una respuesta condicionada. Esta respuesta condicionada sería la angustia en sí misma que, a su vez, estaría determinando una conducta de evitación. Un individuo con angustia es aquel que, al haber aprendido a generalizar a distintos ambientes su respuesta de angustia, la manifiesta de forma excesiva y constante, siendo de fácil aparición con alta frecuencia e intensidad.

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

Por lo tanto la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la

sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Más que una diferenciación entre angustia y ansiedad, existe la tendencia a utilizar un término u otro según la corriente que los aborde. Desde la investigación científica se habla de ansiedad, mientras que en la corriente humanista utiliza angustia. Sin embargo a lo largo de la historia se ha mantenido que en la angustia predominan los síntomas físicos, mientras que en la ansiedad imperan los psicológicos, de manera que la primera tiene un efecto paralizante sobre el individuo, mientras que en la segunda se activa la reacción motora de sobresalto. No obstante, en la actualidad, cuando se habla de ansiedad, se alude tanto a síntomas físicos como psicológicos. La ansiedad es destacable al entenderla como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional. Por último, la angustia forma una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica. Hollander (2006)

Concluyendo lo revisado se puede decir que la ansiedad es generada por sensaciones de anticipación al peligro inminente en combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos, mientras que la angustia muestra un predominio de síntomas físicos con fenómenos menos claros, difusos.

2.2. Antecedentes Históricos del Estudio del Trastorno de Ansiedad.

El estudio del trastorno de ansiedad parece ser derivado del miedo, el cual sería una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida (Klein, 1975).

Klerman, (1977).expone que la ansiedad consiste en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional normal, el término

ansiedad sirve para referirse a los síntomas de esa índole que se presentan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas, así como a los síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas.

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Teorías del Trastorno de Ansiedad.

2.3.1. Teoría biológica.

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

2.3.2. Teoría Psicodinámica.

Freud (1926) indica que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual/libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los

estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

La angustia fue así estudiada planteando hipótesis explicativas innovadoras, articuladas con el conjunto del programa psicoanalítico.

Para Freud (1926), la funcionalidad del individuo gira alrededor de la pulsión sexual que se establece en su infancia, caracterizando a cada uno de estos individuos con diversos rasgos de personalidad, estableciéndose una estructura psíquica, en la cual, la mayoría de las personas encuentran o desarrollan una reacción de conversión del conflicto psíquico. Esta reacción es una alteración en el funcionamiento psíquico mejor conocido como angustia.

Por otra parte Freud (1926) designa una angustia de masas, es decir, la fragmentación de la misma cuando pierde sus referentes identificatorios, alude también a la angustia de una persona que rebasa toda medida, lo que en cada sujeto representa la caída de la unidad primordial del yo sostenida por la identificación con el modelo. Esta angustia tiene como origen características de la vida sexual del individuo, y en este sentido, Freud emplea dos términos distintos: "síntoma e inhibición" *-Hemmung-*. Estos términos se desarrollan en caminos distintos, tomando en cuenta que la inhibición presenta una relación especial con la función y no significa necesariamente algo patológico. En cambio, el síntoma vale como signo de un proceso patológico. (Freud, 1926)

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

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

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

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

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

Estableciéndose estos actos traumáticos como aquellos en relación a lo percibido del objeto y lo que representa el objeto, además de la ausencia de éste o la pérdida de su representación, presentando una condición de satisfacción alucinatoria del deseo e implicando la percepción como la búsqueda del objeto antes hallado y perdido para siempre del que no podrá recuperar más que una marca engañosa. Esta distancia entre lo percibido por el sujeto y el objeto no puede ser llenada ni por la alucinación.

Se podría entonces entender a la alucinación propuesta como aquella en la cual la idealización o lo simbólico se exterioriza en la búsqueda de alguna satisfacción pulsional, en donde los sueños son el medio en cual se manifiestan los deseos inconscientes que en algún momento del proceso primario quedan inscritos o registrados a través de la percepción del sujeto para la constitución de las principales fantasías, como castración y escena primaria, incorporando un deseo por satisfacer inconscientemente, el cual buscará una salida o un medio para darle la satisfacción, esta podría ser placentera o displacentera.

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

Es decir, el sujeto no sabe que hay otro, un objeto, el cual es nada, sin embargo, establece necesidades que deben ser satisfechas y que producen placer o displacer si son atendidas, ya que serán satisfechas de diversas formas. Estas generarán angustia y se reproducirá o se manifestará de forma corporal, generando un trauma, el cual quedará inscrito en el aparato psíquico y conforme el desarrollo, se irá articulando con otros aspectos mnémicos que tengan un estado de identificación con el trauma original. Freud (1976)

2.3.3. Teoría Conductista.

El conductismo se basa en el precepto de que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables, adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado, de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos, en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social afirma que se puede desarrollar ansiedad no sólo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observado de las personas significativas al entorno. (Suian, 1993)

Las corrientes conductistas explican que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales. Con este modelo se puede decir que las crisis de ansiedad son respuestas condicionadas frente a situaciones que inducen temor. Esta teoría plantea algunos problemas: en primer lugar, aunque determinadas

situaciones traumáticas, como un episodio sintomático de una enfermedad tiroidea, una intoxicación por cocaína o un acontecimiento potencialmente mortal como una asfixia, se asocian a la aparición de un trastorno de angustia, en muchos casos no se consigue evocar ningún episodio de este tipo; por tanto, aunque las teorías del aprendizaje tiene una sólida base en las investigaciones experimentales en animales, no parece que expliquen de forma adecuada por sí solas la patogenia de los trastornos de ansiedad humanos. Sin embargo, su acoplamiento con un mecanismo biológico que presenta una regulación anómala o una vulnerabilidad que puede guardar relación con el proceso de condicionamiento frente al miedo en el trastorno de angustia, como las alteraciones en la función de la amígdala o en los circuitos del miedo relacionados, quizá den origen a unas respuestas de ansiedad más intensas que podrían persistir en tiempo. (Bocat, 1991).

Según los conductistas, muchas de nuestras reacciones emocionales automáticas se adquieren a través del proceso del condicionamiento clásico, con el que se asocia una respuesta refleja con un estímulo no relacionado, estableciendo elementos o términos como el estímulo condicionado, estímulo incondicionado, respuesta condicionada.

Para explicar los trastornos psicológicos, Caballo (1995) usando el condicionamiento clásico considera la adquisición o el aprendizaje a través del condicionamiento de reacciones emocionales que interfieren con la habilidad de una persona para realizar tareas diarias, interviniendo la generalización de estímulos cuando una persona responde de la misma manera ante estímulos que tienen algunas propiedades en común. En contraste, la discriminación es el proceso en que el aprendizaje se hace altamente específico a una situación dada.

La diferencia entre dos estímulos que poseen similitudes, pero esencialmente son diferentes, se denomina discriminación de estímulos, mientras que el condicionamiento operante es un proceso de aprendizaje en el que un individuo adquiere un conjunto de conductas a través del reforzamiento. En contraste con el condicionamiento clásico, el operante involucra el aprendizaje de conductas que no son automáticas. El sujeto que aprende trata de volverse hábil en la realización de conductas que lo conducirán a un

resultado positivo, como la atención, un elogio o la satisfacción de una necesidad biológica. (Jürgen, 2007)

Los principios del condicionamiento operante fueron desarrollados por B. F. Skinner, (1938) quien enfatiza que la conducta observable es la única materia adecuada para la psicología, estableciendo que el refuerzo hace más sólida una conducta, incrementando la posibilidad de que la conducta sea realizada nuevamente. Estos principios los clasifica como aquellos que satisfacen una necesidad biológica (hambre, sed, alivio del dolor, sexo) y se denominan reforzadores primarios, ya que son por sí mismos recompensantes. La conducta también está dirigida por reforzadores secundarios, los cuales derivan su valor de la asociación con reforzadores primarios.

En el condicionamiento operante, al igual que en el clásico, el reforzamiento puede tener un efecto placentero. Estableciendo un reforzamiento positivo y negativo, o el establecimiento de un castigo; sin embargo, este último implica la aplicación de un estímulo aversivo, como un regaño, con la intención de reducir la frecuencia de la conducta que sigue del castigo. A su vez se establece el término de extinción, el cual describe la desaparición de una conducta en ausencia del reforzamiento. De igual manera se establece el moldeamiento como el proceso de reforzar conductas de creciente complejidad que semejan el resultado deseado. (Lyddon, 2002)

2.3.4. Teoría cognitiva.

Considera a la ansiedad como el resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera puede tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. (Lyddon, 2002)

Las distorsiones cognitivas características del trastorno de ansiedad tienen dos componentes principales. Uno es la interpretación de las sensaciones físicas de

incomodidad asociadas a la crisis de angustia como peligrosas o catastróficas, de forma que el paciente cree que se va a desmayar, morir o sufrir un infarto de miocardio. El segundo componente son los pensamientos irracionales de catástrofe ante las consecuencias de cara a la situación de experimentar una crisis de angustia, como temer quedar en ridículo, ser humillado o perder un trabajo o una relación. La teoría cognitiva plantea una relación con esquemas cognitivos, originados en la experiencia negativa del mundo como un lugar peligroso (Barlow, 1988) o inseguro y el establecimiento de vinculaciones precoces de tipo ansioso con cuidadores importantes (Cassidy, 1995). Un trabajo reciente ha resumido de una forma elocuente los distintos procesos cognitivos que subyacen a los “orígenes y el mantenimiento del Trastorno de Ansiedad” (APA, mayo 2006).

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista E-R, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta. (Meichenbaum, 1997).

A su vez, este autor también plantea la necesidad de adentrar en la intimidad del sujeto, en la privacidad de la mente, en los espacios secretos de la subjetividad, para tratar de responder del mejor modo posible a la pregunta acerca de cómo tiene lugar el conocimiento: ¿cómo llegamos a conocer lo que conocemos?, ¿quién es el que conoce y por qué lo hace?, ¿qué tipos de conocimiento existen y qué relación hay entre ellos?

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

El primer período de la psicología cognitiva estuvo marcado principalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de información. Los comportamientos habían llegado a ser descritos y explicados en términos del modo en que los seres humanos se

comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida. (Meichenbaum, 1997).

El segundo periodo o segunda revolución cognitiva se inició cuando se hizo fuerte la observación de que tal enfoque, válido para describir el funcionamiento de las máquinas, resultaba insuficiente para dar cuenta de la manera como operan los seres humanos, ya que éstos, a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales si no recursivas y por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan, están determinadas, absolutamente, por la dinámica de la esfera social.

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

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

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

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

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

La terapia cognitiva conductual define a la ansiedad como un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de síntomas simpáticos como son el dolor torácico, palpitations y disnea; un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa

algún mal; la aprensión o el miedo patológico; las dudas propias sobre la naturaleza y el peligro; la creencia en la realidad de la amenaza, y periodos con menor capacidad de afrontamiento siendo esto una percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos filosóficos asociados cuando no existe un peligro objetivo real.(Hollander, 2004)

Este modelo establece Beck (1985) los supuestos básicos sobre la ansiedad; en su importancia su evocación, su mediación, (Hollander, 2004):

- El miedo. Siendo una respuesta emocional con un significado adaptativo del ser humano para su supervivencia. Una evocación de la ansiedad en respuesta a una percepción errónea o exagerada de un peligro cuando no lo hay considerando esto como un defecto en el mecanismo para la adaptación.
- Las personas con trastorno de ansiedad crean falsas alarmas de peligro llevándolos a un estado de relativo de constante actividad emocional, tensional con lo cual un malestar subjetivo, manteniendo al organismo en un estado de alerta constante.
- Las experiencias, el estado fisiológico, las motivaciones, los estados afectivos y sus conductas se encuentran interrelacionados en el episodio de ansiedad y contribuyen a este.
- El sistema de creencias que tiene la persona desempeña una misión vital y esencial en la evaluación del peligro y de los recursos y en la activación de los sistemas fisiológico, motivacional, afectivo y conductual.
- El sistema cognitivo influye a través de pensamientos involuntarios repetitivos, no premeditados y rápidos que la persona acepta sin ninguna duda.
- Los pensamientos automáticos provienen de las estructuras cognitivas más profundas denominadas esquemas que son las creencias o supuestos básicos, éstos reflejan temas de amenaza y peligro específicos de las personas con

ansiedad. este trastorno se puede entender esclareciendo los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y los supuestos básicos de la persona

- Las personas tienden a activar los esquemas de peligro o amenaza con los que eligen de forma selectiva los estímulos de peligro y desechan estímulos incompatibles con sus creencias. Por consiguiente pierden la objetividad y la capacidad de evaluar las cogniciones asociadas al peligro de una forma racional y realista.

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

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

2.4. Sistemas de Clasificación.

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

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

1. Neurosis de ansiedad, en el cual, el conflicto interno no se transforma ni se desplaza ni se simboliza, apareciendo sólo síntomas ansiosos. Incluye a pacientes estrictamente ansiosos, tanto los que presentan ataques paroxísticos de ansiedad como los que sufren oscilaciones en su sintomatología.

2. Histeria de ansiedad, en donde el sujeto utiliza mecanismos de defensa, como los de proyección y fijación, apareciendo, por tanto, otros síntomas además de la propia ansiedad. Incluye fundamentalmente a los pacientes fóbicos.

El DSM-I en 1952, en este manual se comienza a utilizar la terminología de Mayer, buscando poder mantener un mismo enfoque y poder lograr un consenso de todo el pensar psiquiátrico contemporáneo, en lo que corresponde a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Miedos normales, leves, por ejemplo: a alturas, ascensores, oscuridad, aviones, arañas, ratones, serpientes, exámenes, supersticiones, etc.
2. Miedos anormales o fobias, entidades que a su vez se pueden diferenciar en función de datos clínicos, epidemiológicos, psicofisiológicos y de respuesta terapéutica en:

- Clase I (miedos a estímulos externos): agorafobia/fobia social/fobia a animales/otras fobias específicas.
- Clase II (miedos a estímulos internos): nosofobia/fobias obsesivas.

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

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

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

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

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

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

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

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

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares. (OMS,1992)

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud y es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC).

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

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

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

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

Posteriormente se establece el DSM-IV, en donde comparte el criterio diagnóstico con la CIE-10, en el cual se clasifica a la ansiedad en: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

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

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

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

A continuación se revisarán los trastornos específicos a la ansiedad contenidos en el DSM IV.

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

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

F40.01 trastorno de angustia con agorafobia

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

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

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

F40.2 Fobia específica

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

F40.1 Fobia social

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

F 42.8 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

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

F43.1 Trastorno Por Estrés Postraumático

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

F43.0 Trastorno por Estrés Agudo

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

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

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

F06.4 Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica

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

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias

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

F41.9 Trastorno de Ansiedad no Especificado

El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

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

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

2.6. Tratamiento.

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

Así pues, “el primer paso para un correcto abordaje de la Ansiedad es una valoración de su intensidad, de sus características diagnósticas, de su grado de interferencia y de la personalidad del individuo que la padece”.

Téngase en cuenta que la mayor parte de las veces la Ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible y lógico y que no requiere tratamiento; ahora bien, si la persona afectada no la soporta, si afecta significativamente a su vida o si le hace comportarse de forma anómala, es preciso tratar el problema.

Pues bien, manteniendo estos principios básicos claros y presentes, los objetivos generales del tratamiento deben perseguir: (Anderson, 2000)

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, desbloquear aquellos que no use por estar interferidos y aprender otros nuevos más adaptativos o útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de Ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.
- Limitar o anular la sintomatología de Ansiedad incapacitante, tanto la psíquica como la somática, aclarando especialmente el origen y las características de esta última.

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

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

2.6.1 Farmacoterapia

Los ansiolíticos son un tipo de fármacos que reducen los síntomas de ansiedad rápidamente, lo cual resulta muy útil en el tratamiento del ataque de pánico, o las obsesiones. Ahora bien, con ellos no se aprende a controlar la ansiedad, por lo que, si se utilizan solos, no suelen curar el trastorno. Son útiles en caso de reacciones intensas,

no controlables, pero hay que sustituirlos, poco a poco, por el autocontrol; de lo contrario, suelen degenerar en una adicción a este tipo de fármacos. (Carmine, 2008)

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

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y revisado (cada mes, o dos meses) por un especialista en farmacología, por ejemplo, un psiquiatra. Debe evitarse la automedicación, o la auto-experimentación, o el abandono del fármaco por decisión propia, tampoco debe tomarse el fármaco en función del estado de ánimo, o decidir las cantidades a tomar etc. (Lawrence, 1992)

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

2.6.1.1. Fármacos Ansiolíticos

Son fármacos que alivian o suprimen la ansiedad sin provocar excesiva sedación ni somnolencia. Los fármacos más usados son la benzodiazepinas que han desplazado a los barbitúricos. (Lawrence, 1992), los cuales se clasifican en:

- Benzodiazepinas
 - Acción corta: - Triazolam
 - Acción intermedia:
 - Oxacepam
 - Alprazolam
 - Loracepam
 - Nitracepam
 - Acción larga:
 - Cloracepato
 - Clordiazepóxido
 - Diacepam
 - Pracepam
 - Clonacepam

Dentro de los tratamientos psicológicos más efectivos se encuentra el implemento de las técnicas del modelo cognitivo conductual, debido a la intervención: educativa y de orientación, ya que su técnica se basa en el método inductivo; es decir, tratar creencias como hipótesis y revisar la información que proporcione la persona con respecto a su problemática. Algunas de estas técnicas fueron elegidas, para desarrollar las habilidades en cada una de las personas que conforman el grupo terapéutico. (Hollander, 2006)

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

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

La prevención en salud mental a nivel grupal, se establece a través de trabajar temáticas que se consideran relevantes, como son: la autoestima, las habilidades sociales, las relaciones familiares y otros.

2.7. Etiología de la Ansiedad en la Diabetes

La ansiedad puede actuar sobre los niveles de glucemia mediante un efecto directo a través de la movilización de las hormonas contra regulatorias (p.e. adrenalina, cortisol, etc.,) e indirectamente por su impacto sobre las conductas de adherencia al tratamiento. Además de las situaciones estresantes presentes en la vida cotidiana, a las que todos estamos expuestos, la condición de diabético impone una serie de potenciales estresores adicionales específicos. (Harrison, 1998).

La primera causa que puede generar ansiedad en un individuo diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del tratamiento. Harrison (1998) menciona que 92 de los 100 sujetos que entrevistado afirmaron sentir algún grado de estrés o ansiedad. Ésto puede provocar una respuesta anormal, pues se supone que el mecanismo subyacente es una descarga de adrenalina, después de un evento activador lo cual bloquea la secreción de insulina, y estimula la secreción del glucagón, favoreciendo la degradación del glucógeno y disminuyendo la acción de la insulina, en los tejidos Diana que es en donde tienen efecto las hormonas lejos de donde son sintetizadas, con esto se provoca que aumente la producción de glucosa por el hígado y disminuya la capacidad de utilización de la glucosa exógena.(Alpizar, 2001)

La ansiedad que despierta las funciones venosas puede desencadenar una secreción de adrenalina suficiente para dar lugar a una prueba anormal. La destrucción de más células beta da lugar a la etapa insulínica independiente y a la tendencia a la cetoacidosis especialmente durante el estrés.

CAPITULO 3 TERAPIAS DE GRUPO

En el presente capítulo se conocerán los antecedentes e inicios de las terapias grupales y las dinámicas que se desarrollaron con ellas.

Los grupos didácticos inician gracias al Dr. J.H. Pratt, en 1905, con pacientes tuberculosos en la clínica de control de pensamiento en el hospital de Massachussets en Boston. En estos grupos se utilizaba el método de clase que consistía en conferencias dadas por un médico en las que se mostraban los padecimientos en cuestión y las medidas higiénicas para tener un buen control. Se otorgaban premios a los que tuvieran más interés, ganando jerarquía y siendo reconocidos y respetados por todos en el grupo como los primeros lugares de las clases. Se realizaba una discusión entre los asistentes con preguntas y respuestas sobre los temas tratados, considerando que los factores emocionales eran importantes para la recuperación de la enfermedad. Esta fuerza de recuperación era dada por el grupo al tener una consideración sistemática. (González, 1999).

Este tipo de grupos sirvió de inspiración para la creación de los Alcohólicos Anónimos, en 1935, utilizando el campo de solidaridad grupal e identificación con los compañeros.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Lewin (1934) encontró que los procesos de discusión y decisiones grupales eran más eficientes para influenciar el cambio de hábitos alimenticios en amas de casa que en un curso de instrucción formal. Cole (1983) consideraba a la productividad y la moral grupal como variables cruciales, y dió una oportunidad a los miembros a participar en la toma de decisiones del conjunto.

3.1. Aportes de la Psicología de Grupos

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia de grupo se difundió enormemente por todo el mundo. Pratt, en 1905, inicia el trabajo con grupos para acelerar la recuperación física de los enfermos mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su

régimen, dentro de un clima de cooperación. Estas clases o sesiones constaban de una breve conferencia del terapeuta, quien disertaba sobre la higiene o los problemas del tratamiento de la tuberculosis. Asimismo, los pacientes formulaban sus preguntas o discutían el tema con el médico. En vista de los buenos resultados que daba este método, Pratt escribió en 1906 un trabajo preliminar que amplió en los años subsecuentes. Este método consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoyaba en dos pilares: por un lado, activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo; y por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura paterna idealizada. En el decenio de 1940 a 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, surge la psicoterapia de grupo como respuesta a las necesidades psicológicas que tenían los soldados, quienes regresaban de combatir.

Los primeros terapeutas de grupo incorporaban sus habilidades en terapia individual y las aplicaban en los grupos, ya que se daban cuenta que éstas tenían un efecto curativo especial en los pacientes que recibían el tratamiento. En décadas posteriores, la psicoterapia de grupo comenzó a tener gran auge por las posibilidades que brindaba a los pacientes, ya que podían experimentar afecto, mejorar su auto imagen y aprender más acerca de la pertenencia. Finalmente, en los últimos años esta técnica psicoterapéutica se está aplicando ampliamente en el ambiente hospitalario por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico y al alcance de más pacientes. (Kaplan, 1996)

El grupo permite acercarse a la percepción, como ve, vive, siente y se conduce cada uno de los miembros. Su identidad va mucho más allá de lo que cada uno puede contar de sí mismo, sin embargo, a su vez, el grupo tiene vida propia, es un sistema con normas y leyes que facilita algunas situaciones y dificulta otras. Son muchos los factores que lo regulan y que dependen unos de otros, como el determinado lugar donde se reúnan. No es igual un lugar alfombrado, agradable, que un lugar frío, demasiado grande o demasiado pequeño (Cirigliano, 1996).

Al igual que las diferentes tipos de relación que se establecerán entre los miembros, el tipo de intimidad, el tipo de contenido que se generará. La frecuencia y duración del grupo, las sesiones más largas llevarán a más intimidad, serán más breves y se enfocarán en la búsqueda de resolución de problemas más concretos.

La edad, la personalidad de los integrantes y el conductor, así como la homogeneidad o heterogeneidad de los miembros, los temas, las formas de abordarlo, los grados de compromiso, influirán en el curso del desarrollo que irá adquiriendo (Loew, 1988).

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

Tal como dice Pichón Riviere (1971), esta internalización recíproca o la mutua representación interna, es uno de los organizadores del grupo como estructura, es decir, es un rasgo esencial y constitutivo del grupo que le otorga a la multiplicidad de miembros que lo conforman una unidad, una coherencia interna y una interdependencia. Esto se daría especialmente en grupos pequeños “cara a cara”. A partir de esto se conforman roles, entendidos como modelos organizados de conducta relativos a una cierta posición del individuo en una red de interacción ligado a expectativas propias y de los otros.

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

Un grupo primario es definido como aquel en el que los miembros interactúan directamente, cara a cara, y son conscientes de la existencia del grupo y de su pertenencia a él y de la presencia de los otros miembros. Las personas se hallan ligadas por lazos emocionales, cálidos, íntimos y personales. (Kaplan, 1996)

El grupo secundario, es aquel en el cual se mantienen relaciones frías, impersonales, más formales. El grupo, en este caso, no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr otros fines. Las relaciones se establecen más bien a través de comunicaciones indirectas; es el caso de empresas, instituciones, barrios, clubes, pueblos o ciudades.

Cirigliano, (1966) propone las siguientes características de un grupo:

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

La historia proporciona una referencia de cómo se han modificado las técnicas de los terapeutas grupales. Para poder conocer como se integran lo cual se expresa en el siguiente punto

3.2. Introducción a la Psicoterapia de Grupos

El Dr. Mario Campuzano (1986) define a los grupos de autoayuda como organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Estos son iniciados por personas que invitan a otras a reunirse en forma periódica para discutir sobre sus problemas en común y las formas para resolverlos o manejarlos de la mejor manera.

Campuzano (1996) explica a los grupos terapéuticos y los clasifica en seis tipos dependiendo de sus distintos propósitos y áreas de trabajo:

- Que buscan el cambio conductual (adicciones).
- Que buscan dar a los miembros apoyo social.

- Buscan mejorar el proceso de atención de ciertos problemas físicos.
- Orientados a la rehabilitación de problemas físicos.
- Orientados al apoyo de los derechos de ciertos sectores sociales.
- Orientados al crecimiento personal y auto actualización.

Pratt (1905) enfatiza la estructura fraternal y la identificación paternal y explica lo que sucede dentro del grupo basado en las relaciones entre hermanos y la idealización de los padres, en lugar del ideal del Yo desarrollado por Freud en Psicología de las masas y análisis del Yo. Asimismo, explica que hay una identificación con el líder como resultado de una regresión a las emociones primarias que le colocan una característica de inspiración además de la de apoyo en el grupo.

El enfoque paternalista de Pratt (1905) da pie a que surjan nuevos métodos grupales los cuales han propuesto estrategias que han sido utilizadas a lo largo de la historia moderna, como el psicodrama, en dinámica de grupos (grupos vivenciales, grupos T, grupos de entrenamiento, grupos de encuentro) y los psicoanalistas.

Cole (1983) cita a Lewin como fundador de la dinámica de grupos y de las técnicas de investigación en psicología social donde Lewin propone que la causa del cambio individual en los grupos terapéuticos se encuentran influenciados por:

- Las emociones

Siendo esta parte del objeto social para las transiciones, ya que brinda empatía, comprensión y estímulo con los que los miembros cuentan con la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos fomentando la identidad e igualdad unos con otros.

- Cognitivos

Dan la oportunidad a los miembros a percibirse ellos mismos contra otros como un similar de condiciones mejorando su autoestima, teniendo una nueva referencia de comunidad, en lo que los lleva a disminuir sus sentimientos de devaluación.

- Conductual

Al verse reforzados por los cambios cognitivos y emocionales, las relaciones humanas se mejoran al sentirse libres y proporcionar ayuda mutua al intercambiar estrategias y darse consejos, sintiéndose parte de un equipo en donde se enseñan unos a otros y hacen amistades.

- De apoyo

Trata de dar a los integrantes un vínculo humano de interés, de ayuda y una contención emocional, un lugar donde pueda ser escuchado sin ser criticado, donde pueda encontrar estabilidad y seguridad.

- Catarsis

La posibilidad de acceder a estados emocionales contenidos o evitados para poder manifestarlos en un lugar donde podrán ser asistidos al ser liberado el afecto ligado a un recuerdo traumático, siendo éste uno de los mecanismos de alivio psicológico más usado e incorporado en ritos religiosos y actividades sociales.

- Aprendizaje interpersonal directo por identificación

Este modelo de rol se ha propuesto a través de las culturas e influyen en los individuos como lo menciona Campuzano (1996):

“...la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona...” con la característica de que “... aspira a conformar el propio yo análogamente al otro tomado como modelo”. Esto es que las figuras de autoridad como los padres, maestros, amigos, héroes y antihéroes influyen y logran que se asemejen. En los grupos con dirección de un profesional este es colocado como modelo de rol al cual pueden imitar y seguir en el cambio de vida.

- Insight y elaboración

Las intervenciones, observaciones o retroalimentaciones que se realizan en el grupo o entre ellos se dan en nivel de la conducta manifiesta, e implican la comprensión a partir de sus motivaciones latentes de orden inconsciente. El insight se logra a través de un largo trabajo de elaboración, de la actividad. Esto como proceso para la concientización de los conflictos psíquicos y mantenido por el trabajo interpretativo. (Maisonneuve, 1983).

Las interpretaciones realizadas en este tipo de terapia deberían ser válidas para todos si se realizaba a un solo miembro. Fernández (1989) lo considera terapia interpretativa en el grupo, pues cada miembro se identifica con el grupo y con sus compañeros con respecto a sus problemas.

3.3. Terapia Psicoanalítica de Grupos

Esta terapia es iniciada por Klapman (1946), Schilder (1949) y Slavson (1953) a considerarse como aplicaciones del psicoanálisis de grupos junto con Alexander Wolf (1937).

Estos autores introducen la interpretación en situaciones colectivas, creando las condiciones para descentralizar el liderazgo. Slavon (1946) y Klapman (1946) trataban de unificar al grupo para que la interpretación fuera válida para todos; al homogeneizar el grupo en cuanto a su edad, sexo, nivel socioeconómico; una estricta selección de los participantes en cuanto a su patología y preparación del grupo en cuanto a temas a revisar. W.R. Bion (1961) coloca el primer dispositivo analítico grupal al tomar al grupo como un fenómeno central y punto de partida de toda la interpretación.

Foulkes (1957) y Anthony (1965) crean el grupo de análisis conceptualizando el interjuego de las relaciones cambiantes individuo-grupo a partir de la Gestalt, dándole gran libertad de interpretación y dirigiéndolas tanto al grupo como al individuo, incluyendo el aquí y el ahora, denominando a esta corriente terapéutica.

Autores franceses como Rene Kaes y Andre Missenard (1963) crean el pequeño grupo como objeto, teniendo como hipótesis si el grupo provoca fenómenos grupales o sólo trae a la luz lo que no puede permanecer en la consciencia de los grupos naturales.

Bion (1961) traslada el encuadre y la teoría psicoanalítica al proceso grupal, como los procesos imaginarios de dependencia y ataque al líder o figura de autoridad, y con los integrantes del grupo que se delimitan el liderazgo. Crea cierta atmósfera emocional denominada supuestos básicos, esto sucede cuando los integrantes del grupo entran en regresión y crean suposiciones de que en el grupo existe algo distinto a un agregado de individuos. Bion propone la creencia de que en el grupo la representación de que el grupo opera como una fantasía, siendo también un campo de descubrimientos del fenómeno inconsciente.

La teoría Kleniana (1932) introduce el concepto de fantasía inconsciente grupal tomando al grupo como una totalidad dividida en “Yos” parciales y que cada integrante actúa en función de los demás, llevando al grupo a una intencionalidad hacia el coordinador dirigiéndose como un único interlocutor (el grupo piensa...., el grupo me dice....).

Grinberg, Marie Langer y Emilio Rodríguez (1957) consideran la transferencia, las ansiedades y las fantasías dentro del grupo en función del analista considerando al grupo como un gran individuo. Estos analistas toman esta corriente para poder saber por qué hay que interpretar al grupo.

Todo grupo es el resultado de una tópica subjetiva proyectada sobre el grupo por las personas que lo componen siendo un objeto de catexia pulsional. Siendo ésta el objeto de representaciones imaginarias y simbólicas de proyección y fantasías inconscientes. Escarcega (2006) concluye en un contexto de descubrimientos de las formaciones de lo inconsciente y lo no estrictamente del contexto de descubrimiento de la grupabilidad.

Sin imaginario no hay grupo ya que éste debe de ser investido como un objeto pulsional para que los participantes compartan la creencia como realidad, siendo necesaria para su desenvolvimiento. (Campuzano, 1996)

Otro de los aportes de esta corriente es el planteamiento del imaginario grupal que hay entre un grupo y la realidad y entre el grupo y el mismo grupo. Entre ellos hay algo más que relaciones entre fuerzas reales: hay una relación imaginaria y una resonancia fantasmática, es decir, el reagrupamiento de los participantes en torno a uno de ellos, el cual hace notar su fantasma inconsciente individual en cada uno de sus actos o a través de sus palabras. Los miembros del grupo al intercambiar y fomentar imágenes han operando una circulación fantasmática en lo que se establece un vínculo, ofreciendo y aceptando los lugares y roles que corresponden a sus fantasías. El entorno del fantasma portador es el que los miembros del grupo han ubicado a través del discurso del grupo que se ha puesto en escena, siendo el portador de un deseo reprimido, donde los miembros del grupo toman lugares de protagonistas, en la medida de que sus propios juegos fantaseados les permiten o los obligan a incluirse. (Cole, 1983).

3.4. Dinámicas de Grupo

Maisonneuve (1968) aporta que la dinámica de los grupos en la psicología consiste en referir el objetivo a la situación, de abordar la conducta en su espacio o campo. Al grupo lo define como un conjunto de personas, interdependientes, siendo esto lo que lo caracteriza como una organización. En estos grupos se engloba su organización, los objetivos, acciones, recursos y normas; no sólo a los miembros, además la conducta que se presenta en el grupo operará al resolver un conjunto de “tensiones” negativas, positivas y restablecer un equilibrio más o menos estable entre los miembros.

Esta dinámica en los grupos, comenta Maisonneuve (1968) es tomada en el sentido amplio y el autor se interesa en los componentes que aparecen en los grupos frente a frente, aquellos en los que los miembros se encuentran en interdependencia los unos con otros.

En estas dinámicas en los grupos se encuentran conjuntos sociales tales como la pluralidad de los individuos y la solidaridad, que permiten ser más o menos fuertes en donde los miembros que los componen son partes móviles y dependientes que pueden tener algo en común y llegar a realizar algo en conjunto. En el grupo se observa, comenta el autor, que en la relación entre los padres e hijos y de los hermanos se da

una identificación interindividual. Las acciones y percepciones de los miembros son sólo los elementos de una estructura compleja no reductible a los elementos.

El grupo, de acuerdo a Maisonneuve (1968) tiene la fuerza en la expresión al agruparse, implicando la intención de reforzamiento de los individuos que en la individualidad o aislamiento les provoca que se sientan solos. Comenta que los grupos no son objetos fijos: éstos nacen se desarrollan y se mantienen o dispersan, ya que cada uno de sus integrantes tiene su propia historia.

En estos grupos pueden observarse reacciones ambiguas provocadas por esa fuerza colectiva. El individuo desea buena recepción y apoyo del grupo o teme por ser aplastado o devorado por él; esto nos lleva a la proximidad de integrarse para poder comunicar.

Para poder precisar la naturaleza de un grupo Maisonneuve (1968) menciona que se debe de conocer su grado de organización, función, interacción de los miembros y sus roles, así también cómo se perciben en el hecho de estar juntos.

En los grupos frente a frente, Maisonneuve (1968) considera cuatro criterios fundamentales los cuales se enlistan a continuación.

- 1.- La relación que tiene con la organización social, normas admitidas, metas colectivas.
- 2.- El lugar donde interactúan siendo una institución o un proyecto en particular
- 3.- Las reglas que colocan los miembros pueden ser preexistentes al grupo o surgir en forma progresiva (formales o informales)
- 4.- Los miembros están centrados en el común del grupo y predominan los factores afectivos cuando realizan una acción o una tarea.

3.4.1. Cohesión

Para Maisonneuve (1968) es la fuerza de atracción entre los miembros para la funcionalidad, control y normalización de presión hacia la uniformidad. Sus factores intrínsecos propios del grupo son los tomados por Lewin (1952) como el orden socio afectivo en el que se engloban emociones motivaciones y valores.

Coloca a los factores operacionales y funcionales en la organización que tiene el grupo. Esto les permite seguir, alcanzar y satisfacer sus necesidades y metas. Dentro de los factores socio-afectivos el autor coloca los siguientes:

1. La atracción de un objetivo en común siendo este el proyecto al cual el grupo aspira alcanzar.
2. La atracción de la acción colectiva manifestándose en la satisfacción al perseguir el objetivo.
3. La atracción de la pertenencia al grupo siendo la comunicación entre ellos la manera para disminuir la ansiedad de la soledad, considerando también sentimiento de poderío, orgullo y seguridad.

En ésta se encuentran también:

1. Juego de afinidades interpersonales: la adherencia de los miembros entre los grupos se ve influida por las redes afectivas y simpatías electivas.
2. La satisfacción de ciertas necesidades personales a través de los demás, tomando al grupo como un medio en el cual saciarán éstas, como la dominación o dependencia, pulsiones agresivas, prestigio o reconocimiento.

Las presiones internas en los grupos como el conformismo, la resistencia a la desviación, la agresividad hacia el exterior son conductas que pueden reforzar o cristalizar. Con el conformismo los integrantes establecen una uniformidad en sus conductas siendo normas y modelos específicos, menciona el autor.

3.4.2. Factores Socioperativos

En ellos se encuentran la distribución y articulación de roles. Son los que brindan al grupo una estructura para su operación, es decir, las actividades y aptitudes de los miembros. La conducta del grupo y el liderazgo ejerce sobre cada miembro una influencia diferente en calidad e intensidad. El liderazgo puede ser compartido o delegado al tomar el rol de catalizador y facilitador para las decisiones colectivas.

3.4.3. Desviación

Ésta puede afectar al grupo al transgredir en lo práctico o ideológico ya establecidos por él, provocándoles reacciones violentas en la mayoría conformista. Esta función aparece al tener una inadaptación patente de los modelos ya determinados.

3.4.4. La Resistencia a la Desviación

Es el control del conformismo para poder recuperar a los desviantes. Es dado por presiones por parte del grupo y el miedo, ya que los desviantes, al no regresar a la norma del grupo son aislados, sancionados y expulsados.

En la vida diaria se da una resistencia al cambio, regida por un conjunto de costumbres, hábitos y modelos que afectan desde la alimentación y vestimenta, como el trabajo y las relaciones con los demás integrantes de su comunidad, así como las relaciones que tiene con cada individuo en cada uno de los grupos en los que se desempeñan. Estos fenómenos de inercia y rigidez tienden a frenar el esfuerzo necesario para poder realizar una nueva adaptación, sintiendo un riesgo devaluatorio tanto a los demás como frente a la imagen que tiene de sí mismo, mientras se adapta a los demás modelos que el grupo aprueba y protege. La implicación del compromiso en los miembros de un grupo son más activos cuando se adoptan decisiones colectivas, espontáneas y que se expresan libremente.

Lewin (1952) menciona que una de las principales fuentes de resistencia al cambio es el temor a adaptarse a las normas del grupo: “es más fácil modificar las costumbres de un grupo que las de un individuo tomado aisladamente”.

González Núñez (1989) retoma los postulados de la existencia de grupos de Kissen, los cuales se enlistan a continuación:

- 1.- Existirán dada la propia naturaleza del hombre siendo éste un ser social que gusta en convivir.
- 2.- Cuando se reúnen se movilizan fuerzas que dan importancia y repercusiones a los individuos.
- 3.- El grupo puede ser una influencia positiva o negativa, donde las personas pueden salir beneficiadas o estancadas.
- 4.- La dinámica de los grupos pueden favorecer el desarrollo del ideal del yo, así como también de la forma y contenido de valor a los ideales y aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano.

3.5. El Grupo Terapéutico

Esta es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, de forma más o menos permanente y voluntaria, dónde el fin es psicoterapéutico, reconociéndose como miembros dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta (González Núñez, 1992).

3.5.1. Catarsis Emocional

Se debe a la relajación de sentimientos y emociones reprimidas. El término es usado como sinónimo de “purga”, menciona González Núñez (1994), ya que es la manera de verbalización de aspectos de *self* de los cuales el individuo está avergonzado o atemorizado. La persona ha retenido recuerdos inaceptables de sí misma y que no se atreve a advertir de sí mismo, mas en el grupo encuentra la confianza creciente del terapeuta y de los integrantes de éste que le ayudará a soportar sus atemorizantes secretos.

Aristóteles utilizó la palabra “catarsis” como sinónimo de la limpieza del alma. Breuer (1893) al igual la utilizó para las enfermas de histeria al narrar sus recuerdos y encontrar una recuperación. En la actualidad se utiliza como un método que permite liberar las emociones reprimidas al lograr que el sujeto hable de sus problemas y los enfrente libremente, se desensibiliza la persona de aquellas situaciones y conflictos que le

molestan pero que le dan realidad, le exigen soportar la poca tolerancia al dolor, la desilusión y frustración, debilidades de una persona neurótica.

En el grupo se presenta una catarsis provocada por el terapeuta para amortiguar la fuerza que se produce al interpretarla. González Núñez (1999) menciona que hay dos tipos de catarsis presentes en la psicoterapia de grupo: inmediata y la mediata.

En el grupo se necesitan reconstruir para poder tratar con dificultades y experiencias dolorosas sin desfallecer. Las causas patológicas de la supresión y la represión en el individuo, al manifestarse el material escondido a la consciencia, crean síntomas como fobias compulsiones, parálisis, amnesias para poder darle una salida a la expresión de ese material reprimido y evitar el paso a la consciencia. Al enfrentar las experiencias, impulsos o conflictos prohibidos, separando los juicios equivocados pasados y al ser revelados a la luz de la realidad, probablemente alcance un verdadero descanso. (Kaplan, 1996)

Por lo cual varían los métodos utilizados en la terapia de grupos dependiendo la represión, como los conflictos inconscientes pueden ser manejados a través de discusión, la confesión y la ventilación.

Como se pudo conocer en este capítulo las fuentes más importantes de conflictos son inconscientes, por lo que vuelve imposible verbalizar las causas básicas de la ansiedad, aunque también hay conflictos inconscientes que plagan a las personas en donde la ventilación puede tener efectos benéficos. La capacidad de expresar recuerdos atemorizantes, luchas y emociones ayudan a reconstruirle el respeto por sí mismo, además de resolver efectos dañinos de la hostilidad, la tensión y ansiedad, en el siguiente capítulo se revisará las corrientes psicológicas y sus técnicas terapéuticas para poder atender padecimientos como el trastorno de ansiedad.

CAPÍTULO 4 PSICOTERAPIAS

Se entienden por psicoterapias todas las actuaciones médico-psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se manejen variables psicológicas o personales. Por ejemplo, el hecho de que un médico reciba a un enfermo y le tranquilice no es una psicoterapia, aunque pueda tener efectos claramente ansiolíticos, y en este sentido pueda considerarse como una actitud psicoterapéutica correcta de disposición, clarificación, apoyo, etc. (Capafons, 2001).

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

Eysenck y Wilson (1980) reunieron un total de 21 estudios en los que se ponían a prueba los aspectos troncales del edificio teórico del psicoanálisis, utilizando una metodología experimental, se compararon los componentes centrales de la teoría freudiana, como el desarrollo psicosexual, los complejos de Edipo y de castración, la represión, el humor y el simbolismo, la psicósomática y las neurosis, las psicosis y la psicoterapia. Se obtuvieron resultados a través de pruebas diseñadas otorgando un balance final de la evidencia contra la teoría (García, 2003).

Por tal motivo se revisarán las principales corrientes terapéuticas en los siguientes párrafos.

4.1. La Psicoterapia Reeducativa

Este tipo de psicoterapia tiene como objetivo el promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante esfuerzos deliberados que conduzcan a lograr un reajuste de la conducta y corregir patrones de comportamiento alterado y desordenado brindándole una explicación. (Martínez, 1991)

La relación terapeuta-paciente busca lograr una verdadera modificación de las actitudes y conductas de los pacientes. El terapeuta guía al paciente a través de *insight* para mostrarle la manera en que participa en sus conflictos emocionales analizando juntos; sus actitudes desordenadas, sus conductas y algunos conflictos que los originan, operando sobre lo más consciente de estos problemas. (González, 1999).

4.2. Técnicas Conductistas

Estas técnicas están dirigidas a lograr cambios en los comportamientos anormales o no adaptativos para evitar la aparición de ansiedad y el control en determinadas situaciones, de modo que el paciente pueda enfrentarse a los problemas y resolverlos con más eficacia y menos sufrimientos, sometiendo al sujeto a un enfrentamiento directo con estímulos y situaciones temidas enseñándole a controlar las respuestas de Ansiedad patológica. El elemento esencial en todas ellas es la aproximación del individuo a las situaciones-estímulos, causantes del problema, es decir, oponerse a la evitación como mecanismo desadaptativo que no resuelve y, a la larga, complica los problemas (González, 2007).

El descubrimiento de la neurosis experimental fue un resultado colateral que Pavlov descubrió en la década de 1890, pues en su experimento el animal representaba una excitación motriz permanente y aullando lastimeramente. Esto le permitió distinguir dos formas básicas de síntomas neuróticos, una agitación intensa donde el animal rechinaba los dientes, ladraba, mordía; o bien, ponía cola y orejas caídas, lo cual supuso que en la corteza cerebral ocurrían dos procesos opuestos: uno inhibitorio y uno excitatorio.(Kris, 2007).

4.3. Condicionamiento Clásico Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática desarrollada por Wolpe (1958) consiste en que el paciente organice o inicie una situación no amenazante la cual, cuando se ha dominado, ya no evoca más ansiedad creando un entrenamiento más progresivo. Primero, la situación que le provoca angustia se coloca en jerarquía al grado en que se va produciendo; después que ha entrado en una honda distensión, se lo exhorta a representar aquellas situaciones en la que se asocia con la angustia de la más alta a la

más leve. De esta manera se elimina escalón por escalón en la jerarquía de las situaciones presentadas (Kriz, 2007).

Para ello, Slaikeu (1992) utiliza estrategias desde el consultorio terapéutico para lograr proporcionar una exposición adicional y asegurar la generalización de su vida diaria. Las estrategias utilizadas son las siguientes:

- Implosión

Consiste en crear una situación amenazante por el terapeuta en vivo o en la imaginación del paciente y lograr que experimente aquello que espera que sea muy angustiante que le causara ansiedad como resultado.

- Autovigilancia

El vigilar su propia conducta, tanto las adaptativas como desadaptativas y el registro de dichas observaciones obteniendo información precisa de la frecuencia, intensidad y duración.

4.4. Condicionamiento Operante

Holland y Skinner (1974) postulan que la modificación de la conducta se logra en mediante la manipulación de sus consecuencias y el actuar del organismo con base a las respuestas del ambiente que influye sobre la conducta futura. Dentro de estas técnicas se encuentran:

- Reforzamientos

Holland y Skinner (1974) proponen dos tipos de reforzamientos: los positivos, que al ser presentados a un individuo incrementan la conducta, y los reforzamientos negativos, que van a lograr el mismo incremento en la conducta a modificar, sólo que al ser retirado del individuo.

- Formulación de Contratos

En él se asocia la realización de una conducta determinada a cierto nivel con una consecuencia particular positiva o negativa.

- Economía de Fichas

Se otorgan fichas a pacientes cuando realizan conductas adaptativas y se retiran con conductas desadaptativas, tomando la forma de recompensa material o de permisos para realizar actividades (Teodoro Ayllon, 1968).

- Modelamiento

La observación de otra persona que realiza o que evita una conducta conducirá, con frecuencia a la imitación o inhibición de la conducta si es deseada o positiva para el paciente (González Núñez, 2007).

- Ensayo de Conductas

El simulacro de una situación real en el ambiente terapéutico ayudará a entender y enseñar nuevas conductas al paciente. Estas técnicas, si son correctamente aplicadas y aprendidas, permitirán mejorías estables manteniendo la adaptación del sujeto, salvo en casos especialmente graves de trastornos obsesivos-compulsivos.

4.5. Terapia Cognitiva

Esta psicoterapia basa sus métodos en lo mencionado por Aaron T. Beck (1981), el cual consideraba que el individuo no reacciona tanto ante las cosas mismas como a las percepciones que de ellas tiene y las interpretaciones de los objetos con significados especiales, a lo cual Beck llama “patrimonio personal” en donde se encuentra en forma central la autoimagen, a cuyo alrededor se agrupan conceptos importantes como familia, amigos, propiedades etc. Estas cosas y eventos son evaluados para averiguar si se hallan en amenaza, restringidas o menospreciada, lo cual puede despertar un sentimiento positivo si algo es agregado a ese patrimonio como la alegría; pero si algo

es restado el sujeto puede experimentar sentimientos negativos, por lo cual considera a las emociones en relación con determinadas cogniciones.

Dentro de estas cogniciones propone una “triada cognitiva”, en la cual se hayan la autoimagen negativa, la interpretación negativa de las experiencias de la vida y la visión negativa del futuro, transcurriendo en pensamientos automáticos los cuales el sujeto no tiene conciencia de ellos (Kris, 2007).

Beck (1981) describe cinco grupos de perturbaciones emocionales llamadas “falacias”:

1.-La personalización: la persona hace suyos los eventos del mundo sin justificación y de manera extrema.

2.- El pensamiento polarizado, se refiere a los pensamientos extremistas (bueno/malo, nunca/siempre). Es una tendencia a pensar sin hacer una diferencia de este pensamiento.

3.-La abstracción selectiva: esta es cuando se presentan ciertos sucesos o situaciones a las cuales el sujeto les atribuye un valor excesivo y decrementando otros aislándolos de sus acciones y persona.

4.-La hipergeneralización: el sujeto generaliza sucesos o aspectos en una forma universal.

5.-La exageración percibe los sucesos, por más mínimos, de una manera desfigurada y adquiriendo una importancia indebida para el sujeto.

En lo que refiere a la forma de intervención por parte de esta corriente psicoterapéutica, su esencia es sensibilizar al sujeto en sus pensamientos automáticos y valorando sus falacias autodestructivas, (Beck, 1981).

4.6. Técnicas Cognitivo-Conductuales

Este tipo de técnica terapéutica de la psicología científica ha desarrollado un cuerpo importante de conocimientos utilizando el método científico. La aplicación de estos conocimientos, empíricamente validados al área aplicada de la psicología clínica y de la salud en el tratamiento de los problemas más comunes, (trastornos de ansiedad,

depresión) con la técnicas cognitivo-conductuales encontró mejores resultados que el tratamiento farmacológico (Hofmann y Smitts, 2008) dando opción a los grupos terapéuticos ofreciendo una oportunidad para poder resolver disturbios emocionales en las relaciones interpersonales y acondicionar una atmósfera en la cual ninguna persona es rechazada ni ridiculizada.

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

4.4.1. Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Resulta pertinente señalar que los creadores de este enfoque psicológico y terapéutico, para fundamentarlo, manifiestan haber apelado a antiguos tópicos de la escuela estoica de la filosofía griega. Epicteto manifiesta que no son los "hechos" objetivos mismos los que perturban la dinámica del "alma", sino lo que "pensamos" -he aquí el principio cognitivo- en nuestro interior, en nuestra subjetividad sobre esos hechos. De esta manera, el control de las reacciones de nuestra emotividad y conducta puede permanecer de continuo en nuestras manos. O dicho de otro modo más taxativo: somos -hasta cierto punto- los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquicas, de nuestra dicha o de nuestra desdicha. La llamada Terapia Racional Emotiva Conductual, a su vez, siempre ha operado con los mismos principios.

Díaz (1987) realiza una descripción de las raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta comenzando su narración con Plinio el Viejo que, durante el primer siglo de la

existencia de Roma, trató de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como *modelado*, *instigación*, *refuerzo positivo*, *retirada de reforzadores*, son los principios de la terapia conductual.

En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, instaura la economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. En este mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que hoy se conoce como *parada del pensamiento*, o *inhibición recíproca*. No obstante, como orientación específica de intervención en salud, aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aún una disciplina joven.

En 1971, en el primer artículo dedicado exclusivamente a la Terapia de Conducta de la Annual Review of Psychology, Krasner (1971) reseñó quince áreas de investigación que concurrieron en los años cincuenta y sesenta para formar el núcleo de este nuevo enfoque, cuando la psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas a favor de la metodología científico-experimental, el terreno estaba preparado para la Terapia de Conducta.

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

Entre aquellas áreas se encontraban la psicología experimental, el condicionamiento clásico y el operante, los principios teóricos de aprendizaje de Pavlov (1846-1936) la

cada vez más madura disciplina de la psicología clínica y una creciente insatisfacción con la corriente psicodinámica, predominante en aquellos momentos en el campo de la salud mental.

Aunque el trabajo de Pavlov (1846-1936) sobre el condicionamiento clásico, el de Watson (1878-1958) sobre el conductismo, el de Thorndike (1874-1949) sobre el aprendizaje y el de Skinner (1904-1990) sobre el condicionamiento operante constituyen las piedras angulares de la Terapia de Conducta, hubo que esperar hasta los años sesenta para que, estos fundamentos conceptuales se establecieran como el sostén de toda la estructura de la psicoterapia de la conducta. (Jürgen, 2007)

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

Eysenck (1970), en aquel entonces profesor de psicología en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, tenía un ambicioso y atrevido plan. El primer paso era que algo llamado “personalidad” tenía que descomponerse en un pequeño número de dimensiones, definidas operacionalmente, medibles factorialmente y exploradas experimentalmente. La idea esperanzadora consistía en que, al relacionar estas dimensiones con sus, hasta ese entonces sin identificar, determinantes fisiológicos, sería posible, en última instancia, desarrollar un amplio modelo de la actividad psicológica, el cual explicaría cada aspecto del funcionamiento humano – un encomiable intento de establecer la unificación en psicología, una búsqueda que no era desalentada por el hecho de que numerosos predecesores distinguidos lo habían intentado y habían fracasado.

Para facilitar este ambicioso plan, Eysenck (1970) se rodeó de un selecto equipo de estudiantes de carrera y doctorado y juntos elaboraron proyectos individuales. El modelo guía era el de un estudiante amable, pero crítico, en vez de un discípulo ciego. La investigación siempre tuvo preferencia sobre la ideología, una perspectiva que

caracterizó no sólo a los años de formación de la Terapia cognitiva sino también a los que le siguieron.

Se consideraron y descartaron muchos modelos y sólo la teoría del aprendizaje E-R, en particular el trabajo de Hull (1884-1952) y Pavlov (1846-1936), parecía, en aquellos momentos, ofrecer esperanzas para el desarrollo de predicciones verificables y una base de datos para la intervención terapéutica. Así fue, como nació en el Reino Unido el concepto de terapia de conducta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7. Principios Básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

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

1. Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos procesos psicológicos que cualquiera de las demás conductas.
2. Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental. En sus inicios, la terapia conductual se apoyaba principalmente en los hallazgos de la teoría del aprendizaje E-R, pero en la actualidad, sus fundamentos empíricos son más amplios.
3. La terapia se dirige hacia la modificación de conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas otras de las aproximaciones terapéuticas. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada cliente.

Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del cliente. Este acento que se pone en el aquí y el ahora da por resultado una menor preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica, que por lo general tiene el psicoanálisis.

Los diez principios básicos de la terapia cognitiva:

1. Es breve y de tiempo limitado (de 5 a 20 sesiones de 50 min.),
2. Requiere de una relación terapéutica estable.
3. Es un esfuerzo de colaboración entre pacientes y terapeuta.
4. Utiliza el método socrático de “descubrimiento guiado” (se diseñan una serie de preguntas que cuestionan y evalúan, de manera objetiva y no defensiva, los pensamientos y suposiciones del paciente: “¿cuál es la evidencia para creer esto?”).
5. Es estructurada y directiva.
6. Se orienta a problemas.
7. Se basa en el modelo educativo.
8. Su técnica descansa en el método inductivo: tratar creencias como hipótesis; revisar información disponible.
9. Gran importancia del trabajo para la casa.
10. Se basa en el método científico.

Metas finales de la terapia cognitiva-conductual:

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

4.7. Modelo Terapéutico.

Para A. Beck (1960) la terapia cognitiva se centra en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la directividad terapéutica más que en la pasividad y en la colaboración más que en la confrontación se podrá denominar terapia cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción es la modificación de patrones erróneos de pensamiento.

A. Freeman y colaboradores (1990) definen la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo (promedio de 20 sesiones), que se caracteriza por ser activa y directiva y en la que paciente y terapeuta trabajan conjuntamente en ayudar al paciente a describir su pensamiento disfuncional (“automático” “irracional”), se busca también la capacidad de evaluar este pensamiento y su conducta en relación con la realidad y se diseñen tácticas más adaptativas tanto intra como interpersonales.

Con lo anterior se puede decir que la terapia es una manera activa donde el terapeuta sirve de medio para que el paciente pueda pensar, actuar y sentir de una manera más realista e idónea examinando y modificando sus cogniciones defectuosas y creencias.

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

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

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

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962).

El modelo supone la existencia de esquemas que son también conocidos como creencias fundamentales o básicas, estructuras cognitivas relativamente estables y que guían el proceso de pensamientos, son actitudes suposiciones acerca de sí mismo y del mundo que guían la percepción, interpretación y memoria de una persona acerca de los sucesos que vive; derivan de las experiencias pasadas y tienen la características de ser rígidas, absolutistas, resistentes al cambio y asociarse con emociones extremas. (Ellis, 1990)

A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de otras personas y del mundo. Estas creencias son pensamientos automáticos plausibles a los ojos del paciente que generan un estado de ánimo o afecto disfórico, desagradable, intenso ante el cual se genera una conducta desadaptativa. (Ellis, 1990)

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

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

- Poco razonables
- Disfuncionales
- Poco repetitivos
- Poco específicos
- Poco discretos e idiosincrásicos

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

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el mundo y con los

demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

- Las Creencias

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

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

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

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. (Ellis, 2005)

En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. (Ellis, 2005)

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

- Distorsiones Cognitivas

Las cuales son autoimágenes, interpretaciones negativas de la vida y de las experiencias en forma de pensamientos automáticos a los cuales Beck, (1964) agrupa en los siguientes grupos:

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

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

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

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

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

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

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

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que tenga, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el consultante y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas. (Ellis, 1990).

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan, además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus

sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico. (Ellis, 1990).

Las distorsiones del paciente son denominadas por los fundadores de la doctrina como tríada cognitiva. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. (Jürgen, 2007).

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

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

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro pues espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. (Beck, 1970).

Los síntomas motivacionales por ejemplo: poca fuerza de voluntad, deseos de escape, también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente, lo cual lo lleva a no poder comprometerse a realizar una determinada tarea. (Jürgen, 2007)

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

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

4.5. Terapia Racional Emotiva

Esta parte de la teoría del aprendizaje cognitivo y social hace hincapié en la variante de la personalidad al intervenir en la conducta y en sus determinantes cognitivos, remarcando el aprendizaje de los seres humanos.

En un principio la terapia racional emotiva (TRE) fue llamada terapia racional (TR) enfatizando sus aspectos cognitivos y filosóficos. Esta era muy confortativa a diferencia del análisis clásico y de la terapia centrada en el cliente de Rogers (1942).

Ellis y Harper (1985) decidieron cambiar el nombre a principios de los 60 a Terapia Racional Emotiva, influenciada por los escritos de muchos filósofos, especialmente Epiceto, Marcus Aurelius, Baruch Spinoza, John Dewy, Bertrand Russell. J. Ayer, Hans Reichenbach y Karl Popper (Ellis y Bernard 1985) al igual que importantes terapeutas cognoscitivos como Adler, Copve, Dubois, Frankl, Herzberg Jonhson, Horney, Kelly, Low y Rotter.

Siempre estuvo especializada en procedimientos de autoayuda, ya que es un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas derrotistas, al realizarse a sí mismas para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante. Las principales submetas de la TRE consisten en ayudar a las personas de manera racional (científica, clara y flexible).

Los pensamientos racionales ideales que ayuden a las personas a vivir más y mejor, son aquellos resultantes de la elección de ciertos valores, fines, metas o ideales que generen presumiblemente felicidad, mientras que el usar un pensamiento científico les ayuda a elegir e incrementar sus fines productores de felicidad. Esto es una hipótesis ya que puede no cumplirse en ocasiones para algunas personas. (Ellis, 2005)

Los sentimientos negativos adecuados como aquellos que se presentan cuando los deseos y preferencias humanas son bloqueadas y frustrados como son las penas, lamentaciones, el malestar, la frustración y el desasosiego. Estas surgen en las personas para minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de realizar los ideales o metas determinadas, la satisfacción de las predeterminadas y deseos humanos como el amor, felicidad, placer y curiosidad. (Ellis, 2005)

Los sentimientos negativos inadecuados son aquellas emociones de agresión, ansiedad, desesperación. Provocando que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren en lugar de superarlas. (Ellis, 2005).

Los sentimientos positivos inadecuados de tipo de grandiosidad, hostilidad y paranoia, como aquellos que tiene de manera provisional al ver que las personas se sientan mejor. (Ellis, 2005).

Uno de los principales puntos de partida de la TRE es prácticamente que todas las preferencias, esperanzas y anhelos humanos, son adecuados e incluso aunque no sea fácilmente alcanzable. Las insistencias y deberes absolutistas e imposiciones que

acarrear hacia uno mismo y hacia los demás, son inadecuadas y normalmente auto saboteadoras (Ellis, 1985).

La TRE define las conductas o actos inadecuados o auto derrotistas como aquellas acciones humanas que intervienen seriamente y sin necesidad en la vida y felicidad. A las creencias irracionales las contemplan como hechos interactivos y transicionales.

La TRE no contempla los pensamientos, sentimientos y conductas humanas como “puras” o monolíticas, sino que casi siempre se hallan íntimamente ligadas unas a otras. Plantean la hipótesis de que los objetivos principales de las personas son el mantenerse vivos, evitando el dolor innecesario y buscando la realización de sí mismo. Habrá que comenzar por intentar adquirir o interiorizar las actitudes racionales (Ellis 1985) como son:

- Auto interés.- Propios intereses ligeramente por delante de los demás.
- Interés social.- Eligen vivir y disfrutar en un grupo o comunidad social.
- Autodirección.- Asumir responsabilidades de sus propias vidas. No necesitar o demandar un apoyo o socorro importante de los demás.
- Alta tolerancia a la frustración.- Se otorga a sí mismo y a los demás el derecho a equivocarse.
- Flexibilidad en su forma de pensar.- Asumir cambios abiertos; tolerantes y pluristas en su visión de otras personas.
- Aceptar la incertidumbre.- Tienden a reconocer y aceptar aparentemente que vivimos en un mundo de incertidumbres y probabilidades donde no existan las certezas absolutas. Disfrutan de ciertos grados de orden pero no exigen saber exactamente lo que el futuro traerá o les deparara a ellos mismos.
- Compromiso en búsquedas creativas.- Tienden a sentirse más sanos y felices cuando vitalmente están ocupados en proyectos ajenos a ellos mismos.
- Pensamientos científicos.- Tienden a ser más objetivos, racionales y científicos, tienden a regular sus emociones y acciones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias.

- Auto aceptación.- Normalmente están contentos de estar vivos por el simple hecho de estarlo y tener la capacidad de divertirse, intentando disfrutar en lugar de probarse a sí mismos.
- Asumir riesgos.- Tienden a asumir una cantidad considerable de riesgos e intentar hacer lo que quieren hacer.
- Hedonismo.- En el sentido amplio tienden a buscar tanto los placeres del momento como los del futuro y no suelen renunciar al beneficio presente por temor al dolor futuro.
- No utopismo.- Algo que no se pueda alcanzar, y por lo tanto nunca se va a conseguir todo lo que desean, ni va a poder evitar todo el dolor. No se mueven de manera poco realista en la búsqueda del placer, felicidad o perfección total o de la desaparición total de la ansiedad, depresión, ideas autos derrotistas y la hostilidad.
- Auto responsabilidad.- por el propio malestar emocional, es decir que tienden a aceptar la responsabilidad de sus propios actos y existencias en lugar de descargarse culpando defensivamente a los demás o a las condiciones sociales por sus pensamientos, sentimientos y conductas auto derrotistas.

La Teoría del ABC del Pensamiento y Perturbaciones Irracionales.

Esta teoría Acepta la importancia de las emociones y conductas poniendo un énfasis en el rol que juegan las cogniciones en los problemas humanos. Las personas son perturbadas no tanto por las cosas, cuanto por la visión que hacen de ellas (Ellis-Bernard 1985).

La versión de la TRE del ABC donde "A" significa el acontecimiento activador que sirve como preludio a "C" (el síntoma neurótico) que son las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de "A". Cuando las personas se encuentran muy disgustadas son propensas a solucionar o responder a estas "A"s de manera ineficaz y por consiguiente bloquear el logro de sus metas debido a:

- Sus predisposiciones genéticas o biológicas.
- Sus antecedentes constitucionales.

- Sus anteriores aprendizajes interpersonales y predisponibles.

Las “B” normalmente sirven como mediadores importantes de “A”s y “C”s. Los humanos nunca experimentan “A” sin “B” y “C” de la misma manera; raramente experimentan “B” sin “C” o “A”. (Ellis,1985).

El término creencias “B” sugiere varias características de la actividad del pensamiento que se considera causantes de emociones y patrones de conducta disfuncional. (Ellis, 1985).

Las creencias irracionales pueden agruparse en tres fundamentos, cada uno con muchas derivaciones (Ellis, 1985):

- Debo de hacerlo bien y ganar reconocimiento o de lo contrario seré inútil.
- Los demás deben de tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten; si no lo hacen la sociedad y el mundo entero se deben de condenar, castigar y maldecirles severamente por su falta de consideración.
- Las condiciones bajo las que me desenvuelvo deben de estar de manera arregladas que yo pueda tener todo lo que desee. Confortable, rápida y fácilmente sin hacer prácticamente nada que no desee.

Ellis (1985) menciona cuatro modos de pensamiento autoderrotista que se derivan de estas creencias irracionales y que producen perturbaciones emocionales:

- El dramatizar: “Es tremendo o terrible o es horrible que no esté haciendo lo que debe”.
- El no puedo soportarlo (Catastrófico):”No puedo resistir las cosas que me están sucediendo y no deberían de ocurrir.”
- Inutilidad: “Soy una persona que no vale nada si no puedo hacerlo bien y ganar todo el reconocimiento que debo”.
- Totalidad o sobregeneralización ilusoria “He fracasado en esta importante tarea que no debía y siempre fracasaré y nunca tendré éxito”.

Las creencias abstractas suelen ser los valores de las personas y como tales juegan un papel importante en la explicación de las metas básicas y los propósitos que rigen las conductas de las personas. (Ellis, 1985)

Estas creencias abstractas hacen referencia a las valoraciones y evaluaciones que hacen las personas de sus interpretaciones, inferencias y expectativas de la realidad.

Una de las aportaciones características de la TRE a la psicoterapia es la separación entre la interpretación de la realidad, las apreciaciones y la delimitación sistemática de las creencias irracionales que llevan al malestar emocional, creencias irracionales y absolutistas que no ayudan al individuo a ser feliz y a lograr sus metas. (Ellis, 1985)

La TRE define la hipótesis de que con frecuencia tomarían sus criterios aprendidos y los transformarían irracionalmente en demandas absolutistas hacia sí mismos, hacia los demás y hacia el universo que los rodea (Ellis 1958). Por lo cual en el A, B, C. Está relacionado estrechamente y ninguno existe sin la otra.

La teoría del ABC. Es una teoría de personalidad que enseña cómo las personas crean en gran medida sus propios sentimientos negativos y positivos, normales y saludables y como pueden cambiarlos si quisieran hacerlo (Ellis 1978).

4.5.1. Discusión de las Creencias Irracionales

Uno de los mejores métodos para ayudar a vencer o eliminar sus perturbaciones emocionales. Consiste en llegar a enseñar como disminuir activamente sus creencias irracionales (B_{irr}) en un punto D y en un proceso terapéutico hasta llegar a E como una nueva filosofía eficaz.

Dividiendo D en:

1. Detectar las creencias irracionales y ver claramente que son, a todas luces, ilógicas y poco reales.
2. Debatir estas B_{irr} y demostrarse a sí mismos como y por qué no se sostienen.

3. Discriminar las creencias irracionales de las creencias racionales y demostrarse a sí mismo como las primeras conducen a resultados pobres, mientras las últimas a los resultados más sanos.

4.5.2. Perturbaciones Secundarias

La disposición humana a perturbarse a sí mismo por algún fracaso o frustración y en segundo lugar perturbarse a sí mismo por las perturbaciones que uno tiene. El terapeuta busca estos síntomas y los aborda primero antes de pasar a tratar sus perturbaciones primarias (Ellis, 1962).

4.5.3. Sentimientos Adecuados e Inadecuados

Descubrir cuáles son los sentimientos inadecuados de las personas y cómo pueden trabajar para cambiarlos.

4.5.4. Las Creencias Irracionales Absolutistas y no Empíricas

De “tienes y debes” demandas, órdenes, expectativas y mandamientos absolutistas e incondicionales discutiendo terapéuticamente solo la inferencia o faltas de lógicas derivativas de los pacientes. Un cambio filosófico tan profundo y saludable como cuando se les muestran sus órdenes y demandas intolerables y se les incita a combatirlos también.

4.5.5. Dogmas Evaluativos y no Evaluativos

Estos son los juicios absolutistas que se crean de las personas acerca de ellos mismos, de los demás y del mundo.

La ansiedad del Yo y la ansiedad de malestar que surgen de las demandas absolutistas y perfeccionistas de que los demás cumplan sus órdenes y se den las condiciones para satisfacer rápidamente y fácilmente lo que ellos demandan.

La TRE adopta un aspecto humanista existencial hacia los problemas de las personas y sus soluciones básicas abordando las evaluaciones emotivas y conductas humanas perturbadas en primera instancia, colocando la racionalidad y la ciencia al servicio en un

intento de capacitarlos para vivir y ser felices al dejar de evaluarse a sí mismos y su forma de ser o su esencia y evaluar únicamente los actos, logros y realizaciones.

La TRE enseña a los pacientes que cuando poseen un *insigth* intelectual suelen creerse las cosas de manera superficial y ocasional y cuando poseen un *insigth* emocional sobre esas mismas cosas las creen de manera más profunda y constante; por lo tanto, debido a esta poderosa creencia, sienten y actúan sobre ella en consecuencia. Sólo trabajando y practicando constantemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar en contra de las creencias irracionales tendrá la probabilidad de vencerlas, convertirse y mantenerse menos perturbados

4.6. Tratamientos Eficaces

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

La División 12 de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos), la División de Psicología Clínica, desde 1993 ha puesto en marcha un Task Force (un Grupo de Trabajo) sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, entre otros, (1996) realizaron un listado de tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos mentales, entre los que se incluían los más frecuentes los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, adicciones, trastornos de la alimentación, etc. Este listado continúa actualizándose Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, (1998), Chambless y Hollon, (1998), Chambless y Ollendik,(2001). Aunque falta mucha investigación por realizar, el mayor esfuerzo realizado hasta ahora corresponde sin duda a las técnicas cognitivo-conductuales. Más del 75% de las técnicas empíricamente validadas son de tipo cognitivo-conductual.

La revista *Psicothema* ha publicado un número monográfico (*Psicothema*, 2001 vol. 13, p. 419-427) sobre artículos de revisión acerca de tratamientos psicológicos eficaces (empíricamente validados) para diferentes trastornos:

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

En el capítulo que cierra este número monográfico se hace un balance muy positivo sobre el estado de la cuestión relativa a los tratamientos eficaces o empíricamente validados, de trastornos relativamente bien caracterizados para los que se puede decir con razonable fundamento qué tratamientos son eficaces, según las categorías de «bien establecidos», «probablemente eficaces» o «en fase experimental». De los catorce revisados, doce cuentan con tratamientos «bien establecidos» y los otros dos (trastornos de personalidad e hipocondría) con tratamientos «probablemente eficaces». (Pérez y Fernández, 2001,)

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

CAPÍTULO. 5 INVESTIGACIONES

En el presente capítulo se describen algunas de las investigaciones relacionadas con el tema de Diabetes Mellitus (DM), ansiedad y la terapia cognitivo-conductual así como la terapia racional emotiva (TRE).

Se comentará en inicio el programa de prevención y control de enfermedades no transmisibles, el cual cuenta con atención integral del paciente diabético (2009), el cual busca disminuir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades entre la población usuaria de las unidades médicas de los Servicios de Salud Pública del D.F. y proponer una instrumentación de estrategias que contemplan un manejo por etapas de la DM al instalar clínicas de diabetes que apoyen el tratamiento y control de los pacientes de una forma integral, conformada por equipos de atención interdisciplinaria en los que se contemplan los siguientes profesionales de la salud: un Médico, una Enfermera, un Odontólogo, una Trabajadora Social, un Nutriólogo y un Psicólogo.

En este programa de los Servicios de Salud Pública del D.F. describe las siguientes funciones del psicólogo:

- Mantener estrecha comunicación con cada uno de los miembros del equipo de salud que participan en este proyecto.
- Identificar estilos de vida inadecuados de los pacientes y poder establecer formas de intervención para poder adecuar el tratamiento no farmacológico y farmacológico de los usuarios del servicio de la clínica de DM.
- Promover la psicoeducación creando conciencia de la enfermedad, al definir las responsabilidades que cada paciente tiene, como la de sus familiares y personas con las que convive, al igual que la parte correspondiente al equipo de salud que atiende su patología.
- Crear estrategias de apego a estos pacientes de acuerdo a sus tratamientos individualizados e identificar a los pacientes con poco apego al tratamiento para crear recomendaciones pertinentes.
- Participar en los grupos de ayuda mutua como expositor y educador de temas de interés para el cuidado de su patología.

El profesional de la salud que se encarga de la referencia de estos pacientes es el médico titular de la clínica de diabetes el cual tendrá que realizar esta referencia en cada uno de sus pacientes por lo menos una vez en el tiempo que sea atendido por el médico, de acuerdo a la guía para la atención integral para el paciente diabético (SSSP, 2009).

La mayoría de las unidades médicas carecen de psicólogo, pues sólo uno de los cinco centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo cuentan con apoyo psicológico profesional, siendo éste parte del tratamiento integral propuesto lo cual le otorga mayor peso por parte del médico.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se cuenta con grupos de ayuda mutua para pacientes con sobrepeso obesidad, hipertensión y diabetes conocidos como SOHDI cuyo propósito está basado en un esquema educativo para los adultos tomando un enfoque psicosocial, el cual ayude a favorecer los cambios en sus estilos de vida.

En este tipo de grupos se trabajan cuatro áreas: psicosocial, que se enfoca en el manejo de emociones, el área nutricional, ejercicio físico e información médica.

En el área psicosocial se realiza una sesión en la cual se exponen los temas del manejo de las emociones y la toma de decisiones, el establecimiento de metas, la resolución de problemas, la importancia del apoyo familiar y la continuidad del trabajo grupal de manera autónoma. Se realiza la presentación de cada una de las historias de los integrantes del grupo en el formato de video que contiene cápsulas informativas para los integrantes del grupo, siendo responsabilidad del personal de trabajo social.

A continuación Se revisará la bibliografía encontrada sobre las investigaciones realizadas, en las cuales la figura del psicólogo es parte fundamental del tratamiento integral en el mejoramiento de la DM para el manejo y control de la ansiedad, utilizando la terapia cognitiva como la TRE.

Garay Sevilla (2005) realizó un análisis de estudios de seguimiento en adultos diabéticos, en el cual encontró que el apoyo social forma una parte muy importante para alcanzar la mejoría y la adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como no

farmacológico. Por consiguiente esto lo llevaría a un mejor control metabólico que pudiera retardar o no presentar las complicaciones propias de la enfermedad. En su investigación encontró que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor grado de neuropatía.

Esta misma autora describe que la Diabetes Mellitus, como diagnóstico principal, es un evento estresante que puede iniciar una respuesta adaptativa que dependerá de tres factores psicológicos principalmente como el estrés de la vida diaria, estrés al manejo de la enfermedad (dieta, ejercicio) y la medicación.

El desarrollar la habilidad para enfrentarse con la enfermedad a través de una conducta o esfuerzo cognitivo es necesario para usarlo en un intento para tratar con un evento estresante y puede tener diferentes estilos dependiendo de la personalidad y el ambiente social.

En su estudio, Garay encontró en un grupo de adultos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente con el nivel de glucosa. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente. Sumando también que la negación va en aumento con los años desde el diagnóstico inicial antes de los cinco años, pero la asociación desaparece en los años posteriores. Esto indica que la desaparición de los síntomas que ocurren después de la instalación de la enfermedad, permite la aparición de este mecanismo de defensa, pero a largo plazo; las primeras evidencias de complicaciones, impiden sostener la negación.

Riveros, Cortazar, Alcázar y Sánchez-Sosa (2004) realizaron un estudio que tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes crónicos.

En su investigación participaron 51 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Hospital General de la Ciudad de México, 17 diagnosticados como hipertensos, 27 como diabéticos y 7 como mórbidos con hipertensión y diabetes. Su grupo tuvo una edad promedio de 54,27 años (SD = 9,17), de

los cuales 39 fueron mujeres y 12 hombres. Utilizaron un diseño experimental de caso único ($n = 1$) en el que se examinaron las réplicas individuales del efecto clínico de la intervención en cada paciente con una comparación longitudinal y una transversal. La primera se dio respecto a cambios pre y post exposición a la intervención, la segunda entre las medidas (variables dependientes) mostradas por los pacientes. El registro incluyó escalas psicométricas y el período en que se iniciaba la intervención. Una vez valorado el estado inicial de las mediciones sobre adherencia terapéutica y calidad de vida, a cada participante se le aplicaba el protocolo de adherencia terapéutica “Pasos vitales” (Safren, Otto y Worth, 1999), adaptado para México (Sánchez-Sosa y Riveros, 2002) y una intervención terapéutico-educativa orientada a restaurar o mejorar la calidad de vida de los pacientes. Tomaron como fundamento clínico y teórico los principios de la psicoterapia Breve cognitivo-conductual (Kanfer y Goldstein; 1993 Meichenbaum y Genest 1993; Phares, 1996). Esta intervención se llevó a cabo en modalidad individual usando una aproximación de corta duración, activa, focalizada y directiva en consultas semanales de una hora de duración, a lo largo de un promedio de 16 sesiones. Utilizaron los siguientes procedimientos: el interrogatorio directo, la detección de cambios en estado de ánimo durante la sesión, el registro de cogniciones disfuncionales, la modificación de conceptos o creencias distorsionadas, la programación y entrenamiento de actividades instrumentales, la asignación y seguimiento de tareas.

En general, los resultados señalan que las intervenciones empleadas fueron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas. Esta mejoría también se reflejó en las variables fisiológicas relevantes para los padecimientos incluidos, tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial, entre otras.

Los resultados mostraron un mayor número de pacientes beneficiados que en aquellas intervenciones con un menor número de sesiones o que sólo consideraron componentes aislados de tratamiento como relajación (Blanchard et al., 1989) o sólo psicoeducación. En el estudio de Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova y Martínez-Beltrán (1998) veintidós de cincuenta y uno de los pacientes obtuvieron resultados positivos.

En gran medida, la magnitud de este efecto lo atribuyen los autores a la naturaleza individual de la intervención. Si bien los componentes de la intervención fueron los mismos para todos los pacientes, éstos se administraban y adecuaban a las necesidades peculiares de cada caso, considerando también el tiempo que fuese necesario para que el paciente dominara las destrezas y las generalizara a su ambiente cotidiano. Administraron en promedio 16 sesiones, en algunos casos comentan que en los que requirieron menos de cinco y otros más de 30.

En cuanto a los índices de ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que caían en la clasificación de ansiedad grave (puntuación de 31 a 63 en el IDARE). Sin embargo, los sujetos que tuvieron puntuación en el inventario de Beck inicial a mayor a 40 puntos no mostraron beneficios tan importantes, lo que les permite suponer en estos casos la necesidad de otras formas de intervención adicionales como *biofeedback* o apoyo farmacológico. En las escalas de depresión se observó también que los pacientes con índices más altos en medición inicial fueron los que mostraron mayores beneficios.

En el caso de los diabéticos se observó una importante mejoría en los índices de glucosa antes y después del tratamiento, aunque se observaron cambios mínimos en el ajuste a la dieta (1.41% de ganancia) y un ligero decremento en la adherencia a la toma puntual de medicamentos (-3.78% de cambio). En este grupo, los beneficios atribuye (Riveros y colaboradores, 2004) a la combinación de la reducción en la ejecución de conductas de riesgo, como lo es la toma de refrescos o alimentos azucarados (5,54% de ganancia) y del aumento en la práctica de ejercicio (18,14% de ganancia).

Los autores consideran que estos cambios forman parte de la atención integral de la salud al paciente y que no puede seguir considerándose a la atención psicológica en los centros de salud como un lujo prescindible. Se trata de un componente esencial para lograr que se lleven a cabo los cambios indicados por el personal médico, incluyendo los necesarios en sus rutinas. Para estos pacientes no bastan las instrucciones e información, sino la atención y seguimiento cuidadoso y detallado de todas aquellas

conductas que pueden estar obstaculizando el mayor bienestar que podrían tener en sus condiciones particulares.

Muñoz-Reyna (2007) llevaron a cabo un estudio observacional, transversal, comparativo en el cual se incluyó a 110 pacientes, 43 (39.1%) fueron del sexo masculino y 67 (60.9%) del femenino; la edad promedio fue de 63.71 años y un rango de 33 a 87 años. Los cuales tenían una media en sus niveles de glucosa de 162.15 mg/dl y un rango de 86.57 a 303.33 mg/dl. Los pacientes con diabetes del tipo II habían asistido en los meses de mayo a noviembre de manera regular a los grupos de ayuda mutua de la Unidad de Medicina Familiar 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por cada uno de estos se incluyeron cuatro pacientes de las mismas características pero que no asistían a estos grupos.

El grupo conformado por los pacientes que no asistían a los grupos de ayuda mutua fue integrado por 88 personas (80%) el grupo de investigación tuvo una tendencia con respecto al control glucémico satisfactorio en 8 personas (9.0%), aceptable en 27 (30.6%) y no satisfactorio en 53 (60.2%). Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en los niveles de glucosa e índice de masa corporal entre los grupos de estudio. Aunque se mostró un predominio del sexo femenino, debido que las mujeres hacen mayor uso de los servicios de salud.

Schumacher y Morales (2010) utilizaron un total de cuatro participantes, todos hipertensos, para su investigación, que buscaba demostrar la eficacia de la TRE en la disminución de los niveles de estrés, ansiedad, ira y presión arterial en pacientes hipertensos. Para estos estudios los investigadores desarrollaron un diseño cuasi-experimental en el cual emplearon un solo grupo, valorado antes y después de la aplicación del tratamiento (8 sesiones grupales e individuales) con el fin de evaluar los cambios producidos sobre éste.

En la primera sesión valoraron los niveles de tensión arterial (por medio de esfigmomanómetro manual) ansiedad, ira y estrés. Posteriormente se trabajó en función de los resultados obtenidos en dicha valoración durante seis sesiones, una vez por semana.

La intervención psicológica que analizaron se basó en los preceptos principales de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), cuyo marco de referencia teórico está basado en la premisa de que el pensamiento y las emociones de las personas se yuxtaponen de forma significativa. Cada sesión tuvo una duración promedio de 90 minutos. En la sesión final, se repitieron las evaluaciones realizadas en la primera sesión.

Holst Schumacher y Quiróz Morales (2010) emplearon las siguientes herramientas:

- Debate: en la cual enseñaron al paciente a usar el método científico para analizar sus pensamientos irracionales. Una vez identificadas las ideas irracionales, el debate lo centraron en cuestionar las creencias (la B, del sistema ABC), ya sea a nivel cognitivo, conductual o imaginativo.
- Tareas para la casa: en las cuales se le pidió al sujeto que practique ciertos ejercicios en casa, entre una sesión y otra. Al final de cada sesión, y durante los primeros minutos de la sesión siguiente se revisaron. Esto permitió que se refuerce las habilidades aprendidas durante las sesiones terapéuticas. Por medio de estas tareas se facilita el proceso de generalización de lo aprendido en la sesión, a la vida diaria.
- Asertividad racional emotivo conductual y resolución de problemas: esto le permite al paciente aprender diferentes estrategias para expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una manera adecuada para la situación y contexto en que se encuentra, al respetar esas mismas conductas en los demás (un comportamiento socialmente eficaz).
- Control de emociones negativas: con dos premisas fundamentales como lo son la depresión y la ansiedad.
- La rigidez y exigencia absolutista del paciente, siendo la causa principal de la perturbación emocional, y de ella se derivan todo tipo de conclusiones y distorsiones cognitivas.
- Hay dos formas de ansiedad: del ego (relacionada con la depresión) y situacional (más frecuente y menos grave) relacionada con situaciones de incomodidad o baja tolerancia a la frustración.

Los pacientes presentaban una elevación de las cifras de presión arterial en la primera toma. Una vez concluido la intervención psicológica, los pacientes presentaron niveles óptimos o normales de tensión arterial.

En cuanto a la valoración de los niveles de estrés, ira y ansiedad, se utilizaron tres instrumentos elegidos para el estudio, tanto antes como después de la intervención psicológica por Holst Schumacher y Quiróz Morales (2010).

El Cuestionario de Estrés Percibido (Cohen, 1983) tiene una puntuación mínima de 0, y máxima de 40. Los resultados alcanzados por los participantes del estudio fueron categorizados en tres niveles: 0-13 = leve, 14-26 = moderado, 27-40 = severo. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Bobes, 2003), por otro lado, consta de una puntuación total que oscila entre 0 y 60. Además, el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (1957) El punto de corte de la puntuación total es de 27 puntos.

En términos generales, los participantes del estudio presentaron disminuciones en las mediciones de las tres condiciones investigadas, especialmente en estrés percibido y ansiedad. Los principales hallazgos de la intervención evidencian una disminución en las cifras de tensión arterial posterior a la aplicación de la TREC en los pacientes hipertensos.

El control de factores como ira, estrés y ansiedad por medio de la TREC ayudó a la reducción de los niveles de presión arterial en los participantes.

Vera-Villaruel (2005) realizaron un estudio con 10 sujetos los cuales participaron en un taller de manejo de emociones de cinco sesiones de cuatro horas durante una semana, utilizando técnicas como:

- Psicoeducación, entregando información conceptual respecto al problema que los afectaba.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson, que consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares con el fin de aprender donde se localizan los grupos de músculos.

- Técnicas de reestructuración cognitiva, que se refieren a identificar y cambiar las creencias, atribuciones, expectativas y pensamientos que fundamentan patrones afectivos y conductuales.
- Técnicas de resolución de problemas, Consistiendo en producir un seguimiento de las consecuencias positivas y conductas eficaces a distintas situaciones.
- Planificación de actividades y crear una programación de éstas que sean positivas y gratificantes para el sujeto.
- Ensayo de conductas, una ejecución de comportamientos apropiados y efectivos para enfrentar situaciones problemáticas.

Los resultados que encontraron en una pre y post evaluación de un solo grupo de intervención, muestran que los niveles de Ansiedad Estado disminuyeron ($t= 4.256$ $p<0.002$), y no encontrando cambios en la variable de Ansiedad Rasgo (2.019 $p<.0074$). La Ansiedad Estado que se considera una variable más inestable y sensible a los cambios del momento de la aplicación, en comparación a la Ansiedad Rasgo, ya que muestra cómo el sujeto interpreta sus pensamientos ante momentos provocadores.

Observaron disminuida la comparación de sus variables más estables al no ser afectadas en consecuencia de una intervención en muy poco tiempo.

Poves, Romero Vucinovich (2009) realizaron un estudio a 13 mujeres con diagnóstico genérico de ansiedad estas mujeres tenían una media de 34 de edad y las cuales asistían a una terapia grupal para trabajar el afrontamiento activo de situaciones generadoras de ansiedad y con ello favorecer la adquisición de nuevos recursos psicológicos y encontrar prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión.

El 69.2% de las pacientes obtuvieron un alta por mejoría tras la conclusión del grupo.

Los resultados que se obtuvieron en base a las vivencias subjetivas de las pacientes dan los siguientes contenidos y temas en los cuales informaron estar más interesados:

- Búsqueda de apoyo social.
- Dificultades de relaciones.
- Dificultad de asertividad.
- Sintomatología

Benedito, Carrió, del Valle y González (2005) proponen un protocolo de terapia grupal en el que se realiza una intervención de diez sesiones semanales de dos horas de duración. En este protocolo se utiliza un estilo socrático mediante la formulación de preguntas por parte del terapeuta, el cual deduce los aspectos fundamentales de las sesiones revisando las tareas asignadas a los pacientes y aclarando las dudas que les hayan surgido.

Asimismo, aplicaron una orientación psicoeducativa en la cual se identificaron y describieron cuáles eran los síntomas depresivos, los factores que originan la aparición de los síntomas ansiedad y depresión, qué factores los mantienen, y cómo tratarlos.

Estos autores incluyen en su protocolo técnicas conductuales como un programa de actividades en las que se contempla la influencia de los pensamientos en las emociones y las conductas: la reestructuración cognitiva, los sesgos de pensamientos, la sobregeneralización, el error de evidencia, los pensamientos de todo y nada, la identificación de pensamientos negativos, la asignación de tareas graduales y practica de ensayo cognitivo, la detección de pensamientos negativos, el entrenamiento en desafíos de pensamientos negativos, el entrenamiento en auto instrucción y las técnicas de distracción.

Para evaluar la duración de los logros realizaron seguimiento en tres fases la primera al mes, a los 3 meses y a los 6 meses respectivamente.

Ofrecen un tratamiento psicológico integral, que recoge todos los componentes terapéuticos que han demostrado su eficacia como la terapia cognitiva

En el tratamiento de la depresión, han desarrollado un modelo explicativo sobre la etiología, psicopatología y tratamiento de la depresión que permite abordar la problemática de distintos trastornos.

Lorente (2007) propone una forma de valoración en la que el paciente establezca la diferencia entre adaptación pasiva y el afrontamiento para encontrar el éxito.

En su evaluación inicial la cual se deriva tras detectar un grado de sufrimiento emocional elevado, constatado mediante continuas referencias del paciente a la dificultad de control de la diabetes, comenta el autor, como punto de partida al proyecto.

Con una entrevista inicial, se permite que el paciente exprese lo que le ha llevado a solicitar ayuda. Sirviendo al propósito desde su diagnóstico inicial, sus análisis de laboratorio (niveles de glucosa, hemoglobina glucosada,) hábitos de cuidado, complicaciones etc.

Lorente (2007) enlista puntos importantes como:

- Las cogniciones erróneas: estas condicionan la vida del paciente a llegar a su meta. Cabe destacar la importancia de averiguar el concepto de enfermedad que padece el paciente y que él posee.
- El área emocional: en ella se conocen las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente ante situaciones, conflictos y su grado de efectividad.
- El área interpersonal: Las limitaciones que le impone al paciente la diabetes y la repercusión que ésta tiene en su entorno.

Para lograr un mejor diagnóstico el autor trata de conseguir un perfil lo más completo posible respecto a la situación biopsicosocial. Utilizando un plan de tratamiento, con la formación de objetivos relevantes orientados hacia un mejor control de la diabetes que podrá resultar atractivos para el paciente y ser plausible al ser más reales y alcanzables.

Una vez consensuados los tratamientos, coloca al paciente como quien debe realizar los esfuerzos de modificación. Siendo definidos de forma neutral por el profesional, evitando que el paciente interprete sus posibles consecuencias al constatar, los progresos, por pequeños que sean, y poder, en caso necesario, percibir que las recaídas no son fracasos. Además, permiten ver la evolución ascendente, hacia el objetivo último, un mejor control de su diabetes.

En la intervención Lorente (2007) utiliza el modelo orientativo utilizando:

- El pacto comprometiéndose en la terapia al paciente, convirtiéndolo en un agente de su propio cambio y así poder prevenir las posibles actitudes pasivas.
- Utilizar la doble vía desde dos ópticas diferentes, una interior, sobre la aceptación, y otra exterior sobre la modificación de comportamientos inadecuados para el control.
- La sobreaceptación la considera el dato no armónico (diabetes) desde una perspectiva más amplia con el fin de integrarlo y dinamizarlo en todo su aspecto biopsicosocial desde la forma en cómo el paciente vivencia su condición de diabético y mantiene una actitud empática hacia la enfermedad.
- La escucha activa para facilitar la ventilación emocional, pues las personas toman consciencia de que los pensamientos distorsionados son nocivos para su estabilidad afectiva, al igual que evitar modificarlos. El grupo permite contrastar su visión con otras personas con diabetes y fuerza la reflexión.

Este autor, en su plan terapéutico, incluye las formas de poder dar de alta a los pacientes y encontrar las dificultades para aceptar la diabetes, lo cual repercute en el control de esta patología como en su calidad de vida.

El mismo autor comenta la importancia fundamental de realizar un diagnóstico que recoja todas las áreas de la vida del paciente en los ámbitos tanto biológico, como social, no sólo enfocándose al aspecto psicológico.

A. Jaen (1970) menciona en su trabajo que el proceso terapéutico consiste básicamente en modificar aquellas cogniciones automáticas negativas que el individuo tiene incorporadas en su sistema de creencias y que lo mantienen en un estado de ánimo alterado. Sus pensamientos negativos no están basados en la realidad, sino influenciados por sus experiencias y formas de relacionarse con sus figuras significativas desde el periodo de la infancia.

Utilizó a un grupo de ocho pacientes ansiosos en un programa de 15 sesiones dividido en cuatro módulos: entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva,

entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, encontrando un grado de mejoría en la sintomatología entre la entrevista inicial y al término de las sesiones con la aplicación de la escala de ansiedad IDARE y la escala de depresión de BECK encontrando en la escala Ansiedad Estado del IDARE, con la que seis de sus pacientes lograron disminuir sus valores en esta escala en una segunda evaluación trascurridas las sesiones. En tres de ocho pacientes con ansiedad encontraron una disminución en las cifras de esta escala.

Federico Holst (2010) utilizó la TRE en un grupo de pacientes hipertensos valorando sus niveles de Tensión Arterial, ansiedad e ira. Utilizando ocho sesiones semanales con duración de 90 minutos, en la primera mide las variables a valorar. Utilizó el debate centrado para cuestionar las creencias ya sea a nivel cognitivo, conductual o imaginativo.

En las sesiones se llevó a cabo la adquisición de elementos como la asertividad racional emotiva y resolución de problemas, estrategias para expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de manera adecuada para la situación y contexto en que se halla. Encontrando este autor que en los pacientes con hipertensión sus cifras de tensión arterial se encontraban en niveles elevados al inicio, en comparación con las cifras al término de las sesiones, las cuales se encontraban en niveles óptimos y normales.

Los resultados obtenidos por parte del inventario de ansiedad mostraron que tres de sus pacientes se encontraban con una ansiedad alta en el pre-evaluación a una ansiedad inexistente. Solo uno tuvo una ansiedad alta a una ansiedad moderada en la escala IDARE.

Los estudios revisados mencionan de manera general la importancia que juegan las creencias irracionales en el adecuado funcionamiento de los apegos al tratamiento y la asociación que conllevan estas.

En este capítulo se tienen evidencias de los intentos por aminorar la ansiedad en las enfermedades crónicas como la DM y como la terapia cognitivo conductual da resultados en la disminución de la ansiedad. A continuación se podrá conocer la metodología de la presente investigación.

CAPÍTULO 6 METODOLOGÍA

6.1. Justificación

Los cambios de estilo de vida que se generan en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México por lo que los sistemas de salud deben responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar estrategias nuevas ante los actuales problemas de salud (como lo es la Diabetes), no sólo para satisfacer la creciente demanda de éstos enfermos, sino para prevenir el padecimiento (Melchor 2001).

La mayor prevalencia de diabetes en el mundo lo ocupa la India con una población enferma de 31, 705,000 enfermos, ubicando a México en el lugar 16 con 2,179,000 personas en el año 2000 para el año 2030 se estima que ocupe México el lugar 13 con una población de diabéticos de 6,130,000 (World Health Organization: Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030).

En la Republica Mexicana de acuerdo al INEGI la población total en el 2010 fue de 112, 337,538 de habitantes, con una tasa bruta de mortalidad por cada 1000 habitantes de 5.1, teniendo por causa de Diabetes Mellitus. Esto dio un total de 82,964 muertes en el 2010, alcanzando una esperanza de vida de 76 años (INEGI, 2010).

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico en los adultos a nivel nacional encontrado por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de edad de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a ser de 13.5%, colocando a las mujeres con un 14.2% y los hombres un 12.7%. La prevalencia general de diabetes en el grupo de 60 a 69 años, fue de 19.2%, siendo el 21.3% para las mujeres y un 16.8% en los hombres. El Distrito Federal contaba en el 2010 con 8,851,080 habitantes siendo estos 5,920 por Km² La población en la delegación Miguel Hidalgo en el 2010 fue de 372,889 habitantes la población mayor de 30 años registran aumentos, lo que denota el proceso gradual de envejecimiento en que se encuentra inmersa la población. El crecimiento de los habitantes de Miguel Hidalgo entre 2000 y 2010 se refleja en una mayor densidad de

población por kilómetro cuadrado y por tanto, provocando una mayor demanda de servicios de salud.

En la Jurisdicción Sanitaria de Miguel Hidalgo se cuenta con cinco centros de salud los cuales otorgaron en el año 2011, 169,001 consultas, de las cuales fueron 1,440 pacientes con Diabetes Mellitus, esto fue el 1% de su demanda de servicio de medicina general. De este total sólo 467 pacientes diabéticos se encontraron en control, lo cual representa solo el 33% de los pacientes que tuvieron un mejor apego a su tratamiento. (Plataforma de información de salud de la Jurisdicción Sanitaria 2011).

La población atendida por el centro de salud T-II Dr. Manuel Gutiérrez Zavala perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal fue de 35,794 en el 2011. El rango de edades de 30 a 65 años fue de 16,709 que asume el 46.78% de la población de atención encontrándose en la población de riesgo la contemplada entre las edades de 20 a 59 años con un 50% (Informe de actividades en la unidad médica de la secretaria de salud del D.F. SIS-SS-CE-H 2011).

En lo que respecta a la Diabetes Mellitus no insulino dependientes como motivo de consulta en el 2011 fue de 528 consultas siendo esta el 2%. De los cuales 225 de estos pacientes se encuentran en control en el año (Informe de actividades en la unidad médica de la secretaria de salud del D.F. SIS-SS-CE-H2011)

Sin embargo, la relación entre control diabético y factores emocionales resulta bastante compleja, en lo que se refiere a los factores emocionales los cuales juegan un papel importante en el control de la diabetes. Como lo es la activación emocional como una respuesta a la Ansiedad se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control en la diabetes (Aikens, Wallander, Bell y Cole, 1992).

Estos factores pueden crear en cierta medida una dificultad para que el paciente se apegue a un tratamiento para su control y el médico con la sobredemanda de consulta pierde en gran medida los problemas que acogen al enfermo en su vida diaria relacionados con su enfermedad (rechazo, resentimientos, miedos etc.) en un aspecto de pérdida y duelo ante la falta de la salud sin poder tener un avance en su vida psíquica y fisiológica.

Por lo anterior es conveniente comenzar a formular programas que incorporen a los sectores público, social y privado para encontrar herramientas para poder enfrentar el problema creciente.

6.2. Planteamiento del problema

Al ser la Diabetes Mellitus un problema relevante de salud pública que requiere de una atención prioritaria, el personal médico conoce como controlarla eficazmente en un aspecto biológico, estos esfuerzos se han atenuado al ser creciente cada día el número de personas que presentan esta enfermedad. Ya que el enfermo debe de recibir un tratamiento médico de por vida, para evitar complicaciones, lo cual da como resultado que una pequeña fracción de pacientes asistan a los servicios de salud y por consiguiente baje el porcentaje que lleva un control de su enfermedad. Lo anterior es un campo de acción para el profesional de la salud mental al poder incluir tratamientos no médicos como lo son la psicoterapia dentro de las instituciones de salud, tratando al paciente como un ser biopsicosocial y poder apoyarlo para enfrentar de manera efectiva la aparición de complicaciones de la enfermedad. (Tapia 2005)

Por tal motivo el presente trabajo se llevó a cabo con una muestra de usuarios de un Centro de Salud con problemas de diabetes tipo II planteando la siguiente pregunta de investigación.

¿La terapia racional emotiva disminuye los niveles de ansiedad y de glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II?

6.3. Objetivo General

Determinar si la terapia grupal racional emotiva (TRE), disminuye los niveles de ansiedad, y de glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus II.

6.3.1. Objetivos específicos

- Organizar dos grupos de investigación uno control y otro experimental.
- Aplicar la intervención basada en el ABC de la terapia racional emotiva al grupo experimental.
- Medir los niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado y Glucosa al inicio de una intervención grupal basada en la terapia racional emotiva.

- Medir los niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado al igual que los niveles de glucosa al término de la intervención al grupo control y experimental.
- Comparar los resultados obtenidos de las muestras al inicio y al término de la intervención y observar las variaciones en los niveles de glucosa y ansiedad de cada participante de los grupos control y experimental.
- Discutir los resultados obtenidos en base a las hipótesis establecidas y la significancia estadística.
- Ofrecer recomendaciones para mejorar futuras investigaciones que quieran emplear la misma metodología.

6.4. Hipótesis

La terapia grupal racional emotiva (TRE) disminuye significativamente los niveles de ansiedad, y de glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus II.

6.4.1. Hipótesis nula

La terapia grupal basada en la terapia racional emotiva (TRE), no disminuye significativamente los niveles de ansiedad y de glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus II.

6.5. Variables

6.5.1. Variables Dependientes

(V.D).1. Nivel de glucosa

Definición conceptual. Concentración de glucosa en sangre determinada entre la entrada de glucosa al organismo y sus niveles en la circulación sanguínea. (Alpizar, 2001).

Definición operacional Glucemia de riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ≥ 111 mg/dl en ayuno y ≥ 140 mg/dl en el periodo postprandial inmediato. (NOM-015-SSA2-2010) A través de la toma capilar de glucosa con el uso de un glucómetro digital.

(V.D).2. Nivel de ansiedad

Definición conceptual. Es un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos

(Ansiedad Rasgo) y fisiológicos (Ansiedad Estado) cuando no existe un objetivo real (Freeman 1990).

Para fines de esta investigación se considerarán los dos tipos de ansiedad propuestas por Spielberg (2002).

La Ansiedad-Estado se conceptualiza como una condición o estado transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberg 2002).

La Ansiedad- Rasgo Siendo la propensión a la ansiedad. Entendiéndose como la diferencia entre las personas a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes basadas en su disposiciones conductuales adquiridas basada en la escala de Ansiedad Estado (Spielberg 2002)

Definición operacional Los parámetros de rango en las puntuaciones para las escalas SXE (ESTADO) y SXR (RASGO) (Spielberg 2002) son:

- 20-31. Ansiedad baja (no hay ansiedad)
- 32- 43. Ansiedad baja (transitoria)
- 44-55. Ansiedad media (inicio)
- 56-67. Ansiedad alta (específico)
- 68-80. Ansiedad muy alta (ansiolítico)

6.5.2. Variable independiente

(V.I). Terapia Racional Emotiva

Definición conceptual. Es cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos que lleva a cabo una persona adiestrada a través de una relación interpersonal con un paciente, a fin de poder establecer un diálogo socrático sobre sus ideas irracionales y poner en descubierto el influjo que ejercen sobre su conducta (Kriz 2007).

Definición operacional. Plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos

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

Se realizaron 10 sesiones con duración de una hora un día por semana.

La primera sesión

- Se realizó la presentación del personal a cargo de las sesiones (psicólogo).
- Se plantearon lineamientos a seguir dentro de las sesiones.
- Se explicó el motivo de la intervención a los participantes.
- Se tomó una muestra de glucosa capilar a cada uno de los participantes con el uso del glucómetro digital.
- Se registró el resultado obtenido.
- Se aplicó la escala de ansiedad Estado/Rasgo IDARE a cada uno de los participantes.
- Se registraron los datos obtenidos de la escala IDARE.
- Se presentaron los participantes por su nombre.

Sesiones dos a la nueve:

Se utilizó la Terapia Racional Emotiva basado en que los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones utilizando el modelo ABC en el cual se analizan las situaciones activadores (A) como son interpretadas en los pensamientos irracionales (B) y las conductas que estos crean (C). (Beck, 1964; Ellis, 1962).

- Sesión dos: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico.
- Sesión tres: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.
- Sesión cuatro: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.

- Sesión cinco: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.
- Sesión seis: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.
- Sesión siete: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.
- Sesión ocho: Se habló sobre las ideas que se tienen por ser diabéticos y sus vivencias hacia el diagnóstico así como comentarios plasmados en la sesión anterior.

Última sesión:

- Se tomó una muestra de glucosa capilar a cada uno de los participantes con el uso del glucómetro digital.
- Registró de resultados obtenidos.
- Se aplicó la escala de Ansiedad Estado/Rasgo IDARE a cada uno de los participantes.
- Se registraron los datos obtenidos de la escala IDARE.
- En los anexo se encuentran descritas lo discutido en tres de las diez sesiones.

6.6. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo comparativo para especificar propiedades o características de los niveles de ansiedad y glucosa en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II.

6.7. Diseño de la investigación

Se escogió un diseño cuasiexperimental en el cual los sujetos no fueron asignados al azar a los grupos ni emparejados. (Sampieri 1998). Se realizó un diseño de prueba-postprueba y grupos intactos uno de ellos de control. Su esquema se ejemplifica de la siguiente forma: (Sampieri 1998)

G1	O1	X	O2
G2	O3	-	O4

6.8. Población

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Derechohabientes del centro de salud Dr. Manuel Gutiérrez Zavala que se encontraban activos en el grupo de ayuda de la clínica de diabetes, sin importar religión, estado socioeconómico ni estado civil.

6.9. Tamaño de la muestra

Se tomó una muestra no probabilística con participantes voluntarios que fueron invitados en una sesión del grupo. Se requirió de 20 sujetos 10 de los cuales aceptaron participar en las sesiones (grupo experimental). 10 de ellos sólo participaron en la toma de la muestra de sangre y aplicación del inventarió IDARE (grupo control).

6.10. Criterios de inclusión

- Usuarios del Centro de Salud T II Dr. Manuel Gutiérrez Zavala.
- Paciente diabético con más de un año de evolución.
- Hombre y mujeres de 30 a 65 años.
- Deseo de participar en las 10 sesiones terapéuticas.

6.11. Criterios de exclusión

- Enfermedades mentales que impidan su integración el proceso grupal como psicosis, paranoia, antisocial etc.
- Parentesco y amistad con algún miembro del grupo.
- Fuera del rango de edad.

6.12. Criterios de eliminación.

- Muerte de un participante durante el tiempo de las sesiones.
- Hospitalización prolongada que impida la asistencia.
- Inasistencia a las sesiones más de tres veces consecutivas.

6.13. Instrumentos de medición

El inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) del Dr. Charles D Spielberger y el Dr. Rogelio Díaz- Guerrero, está compuesto por dos escalas de autoevaluación separadas de la ansiedad: la primera llamada de Ansiedad-Rasgo (A-rasgo) y la segunda de Ansiedad –Estado (A-estado). Ambas constan de 20 afirmaciones en las cuales se le pide al sujeto que conteste cómo se siente generalmente (A-Rasgo), y en la segunda cómo se siente en el momento indicado (A-Estado).

Los sujetos responden a cada reactivo valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos: en la escala Ansiedad Estado son: 1.- No en lo absoluto, 2.- Un poco, 3.- Bastante, 4.- Mucho. Las categorías para la escala Ansiedad Rasgo son: 1.- Casi nunca, 2.- Algunas veces, 3.- Frecuentemente, 4.- Casi siempre.

La confiabilidad de las correlaciones test-retest y los coeficientes alfa se ubican en un rango que varía de .83 a .92 siendo ésta bastante buena.

La glucosa se midió en la primera sesión utilizando el Glucómetro digital registrando sus resultados.

6.14.-Procedimiento

Se realizó una serie de 10 sesiones de intervención psicológica con pacientes de la unidad médica con diagnóstico de Diabetes Mellitus II con edades entre 30 a 65 años sin problemas de psicosis, paranoia, o enfermedad mental que impidiera la convivencia grupal.

Las sesiones se llevaron a cabo en el centro de salud T II Dr. Manuel Gutiérrez Zavala de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de los servicios de Salud Pública del Distrito Federal cada semana con duración de 60 minutos.

Se realizó una invitación a los usuarios de la clínica de diabetes del grupo de autoayuda, en una sesión educativa como parte de sus actividades programadas, y se les informó el motivo y desarrollo de la investigación y los fines.

Las personas con deseos de participar en las sesiones fueron citadas a la primera sesión. Aquellas que decidieron no participar se les pidió sólo el apoyo en la toma de muestras pre y post de ansiedad y glucosa.

En la primera sesión se midió la ansiedad y la glucosa de los participantes y se hizo el encuadre de las sesiones. En el grupo control sólo se citó para muestras y estableció la próxima cita para las pruebas posteriores.

En la primera sesión se discutieron los lineamientos de la investigación. Los participantes asignaron en común acuerdo el horario de las sesiones así como el día de las mismas. Se establecieron normas a seguir dentro del grupo.

Se tomó una muestra sanguínea para obtener su nivel de glucosa en ayunas al inicio de programa terapéutico y al término del mismo. Así como la aplicación de un instrumento para la medición de sus niveles de ansiedad Rasgo y Estado IDARE (Spielberg 1927).

En las sesiones siguientes se utilizó la técnica de A, B, C de la TRE con la única consigna de hablar de los problemas que enfrentan con la diabetes. Se fue otorgando la palabra a cada uno que se interesó en participar y se analizó lo hablado en la sesión por todo el grupo. Se analizaron sus creencias irracionales, así como las distorsiones cognitivas individuales y grupales por parte del terapeuta.

Se identificaron las posibles ideas irracionales expuestas así como las experiencias que brindó cada participante en cada una de las sesiones el terapeuta se encargó de identificar las distorsiones cognitivas a la vez como las ideas irracionales que brindaron cada participante confrontándolos con la posible realidad en la que se encuentran en base a la evidencia expuesta en cada sesión.

Se realizaron en la última sesión la toma de las muestras al grupo experimental y se citó al grupo control para lo propio.

Se analizó los resultados obtenidos tanto en cada una de las pruebas como lo realizado en las sesiones.

Se realizó una base de datos en una tabla de Excel con los resultados obtenidos en ambas mediciones y la captura de los datos en el programa estadístico SPSS (Pardo, A., & Ruiz, M.A., 2002).

6.15.- Análisis estadístico

Se realizó una base de datos de las variables Ansiedad (E y R) y Glucosa de los dos grupos (experimental y control) con lo cual se realizó un análisis estadístico con datos cuantitativos. Utilizando una distribución normal con una estimación media y desviación estándar. Así como una comparación de los resultados entre los grupos en las pruebas iniciales y finales U Mann-Whitney y Wilcoxon.

Se realizó un análisis cualitativo entre los integrantes del grupo experimental en base a lo expuesto en las sesiones y lo plasmando en los inventarios inicial y final del IDARE al igual que los valores que fueron modificados en estas pruebas.

CAPITULO 7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis descriptivo de los datos obtenidos en el grupo experimental y el grupo control. Primero se presentan los datos demográficos, en los que se observan las edades y sexo de los participantes.

Posteriormente se presenta el análisis de los resultados de las variables Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de la escala IDARE, así como los niveles de glucosa en el grupo experimental (G.E.) y control (G.C.). También se presentan las evaluaciones iniciales y post de las variables estudiadas.

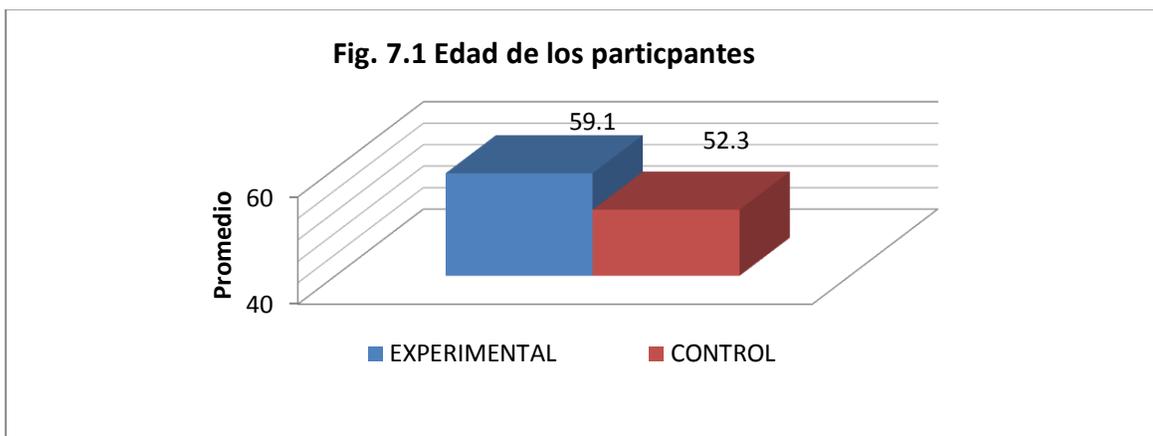
Finalmente se presenta el análisis cuantitativo y cualitativo de cada uno de los participantes del grupo experimental con respecto a los resultados totales de Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo, Glucosa, así como las variaciones de las respuestas a cada reactivo de las escala IDARE.

7.1. Datos Demográficos

El grupo experimental tiene una media de edad de 59.1, una desviación estándar de 13.6 y un rango que va de los 36 a los 82 años (Figura 7.1).

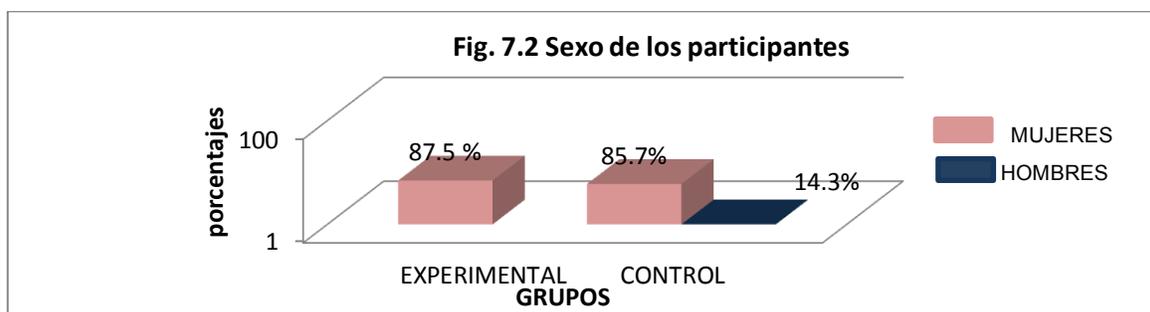
El grupo control obtuvo una media de 52.3 años de edad (Figura 7.1), una desviación estándar de 7.4 y un rango de edad que va desde los 44 a los 60 años.

En general el grupo experimental cuenta con mayor edad.



Con respecto al sexo de los participantes, en la figura 7.2 se observa que en ambos grupos la participación fue principalmente por parte de las mujeres.

Es importante mencionar que en el grupo experimental el participante masculino que inició la intervención, generó baja y no terminó las sesiones por lo que no se consideró para el análisis.



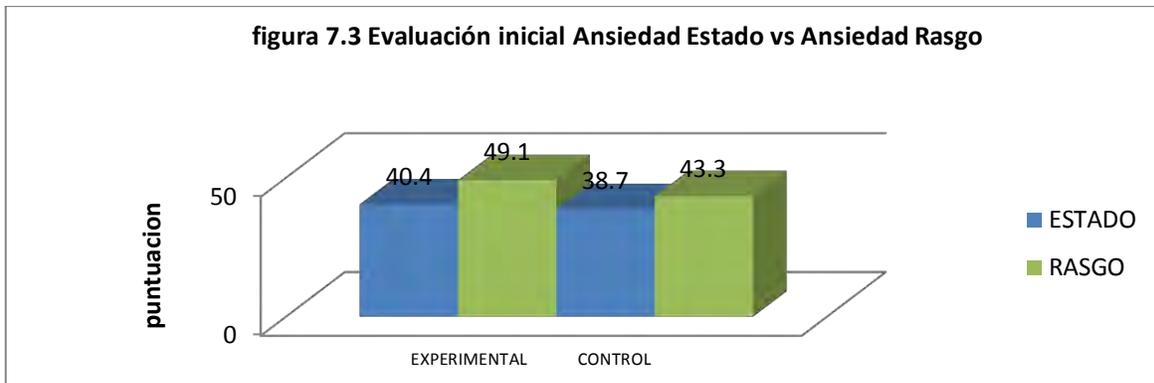
7.2. Resultados Iniciales de Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Glucosa

La figura 7.3 muestra las diferencias obtenidas en la aplicación del inventario de ansiedad. En el grupo experimental, la escala de Ansiedad-Rasgo obtuvo una media de 49.1, una desviación estándar de 5.8 y un rango de 40 a 56. En referencia a la escala de Ansiedad-Estado, se obtuvo una puntuación media de 40.4 obteniéndose una desviación estándar de 8.7 y un rango que va de 23 a 52 puntos.

El grupo control obtuvo en la escala de Ansiedad Rasgo una media de 43.3, una desviación estándar de 8.6 con un rango de puntajes de 28 a 53. En la escala de Ansiedad Estado se obtuvo una media de 38.7, una desviación estándar de 11.6, un rango de calificación de 24 a 51.

En la escala de Ansiedad Rasgo el grupo experimental obtuvo una media mayor, lo cual implica ansiedad media ante situaciones percibidas como amenazantes y como responde, ante la ansiedad y la propensión hacia la misma. En cambio la media obtenida por el grupo control cae dentro de un ansiedad baja transitoria, y decir que presenta una menor elevación de la ansiedad ante las situaciones que se presentan.

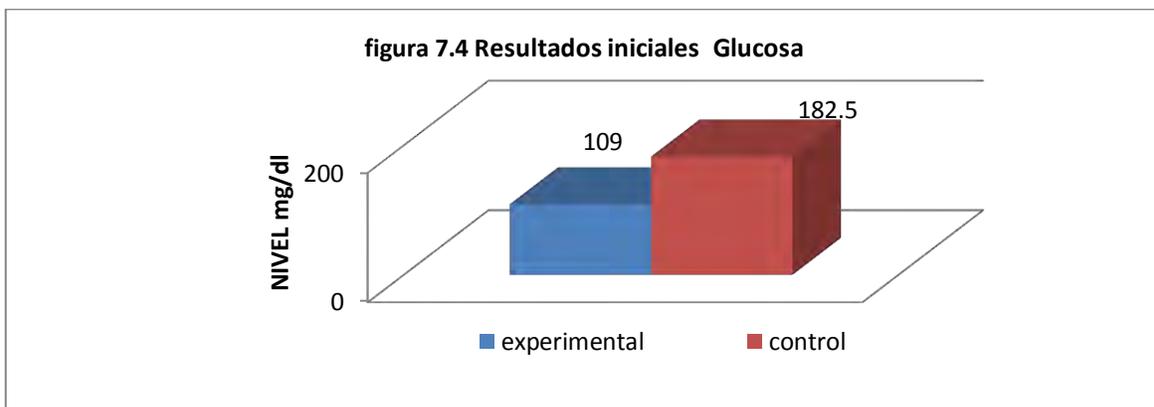
En lo que respecta a la ansiedad estado las calificaciones de ambos grupos se encuentran dentro del parámetro de ansiedad baja transitoria, lo que implica que ante la situación presenta poca ansiedad.



En la figura 7.4, se observan los niveles que se obtuvieron en la evaluación inicial de glucosa. En el grupo experimental se obtuvo una media de 109 mg/dl, una desviación estándar de 24.6 mg/dl, y un rango que va desde 83 mg/dl a los 155 mg/dl.

El grupo control tiene una media de glucosa de 182.5 mg/dl, un rango de puntuación de 38 mg/dl a 300 mg/dl, y una desviación estándar de 92.1 mg/dl.

Los niveles de glucosa manejados por los integrantes del grupo experimental son menores a los del grupo control.



7.3. Resultados Finales Ansiedad, Glucosa.

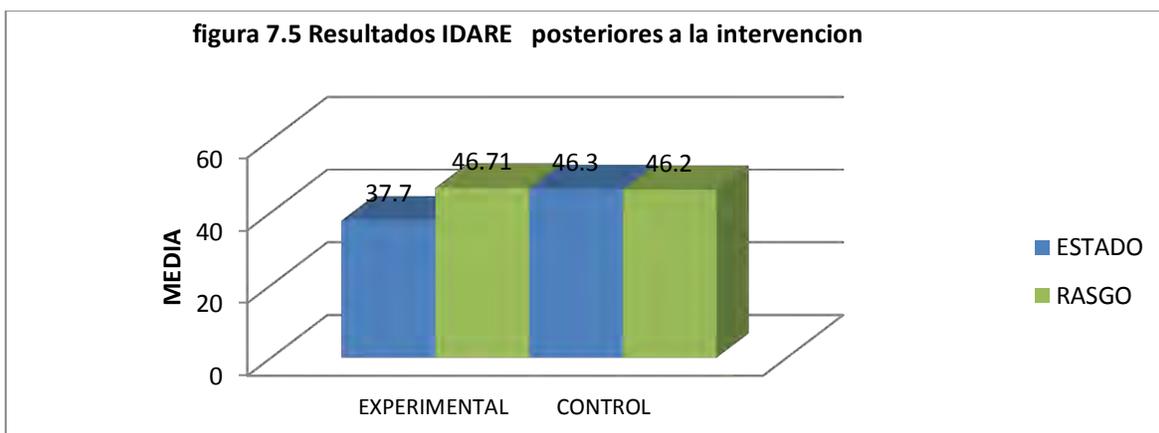
En la figura 7.5 se presentan los resultados de la post evaluación de la escala de Ansiedad Rasgo y Estado del IDARE. En el grupo experimental la escala de Rasgo obtuvo una media de 46.7 una desviación estándar de 10.1 y un rango que va desde 33 a 59.

El grupo control, obtuvo en la misma escala una media 46.2, una desviación estándar de 13.3, y un rango de 26 a 62.

Las dos calificaciones de los grupos en la escala de Rasgo se encuentran en el rango de ansiedad media de inicio ante la propensión o disposiciones conductuales las cuales son inicio de la ansiedad y como la enfrentan y los motivos que la generan.

Para la Ansiedad Estado en el grupo experimental se obtuvo una puntuación media de 37.7 una desviación estándar de 8.2, y obteniendo un rango de 31 a 50, en cambio el grupo control tiene una media de 46.3 una desviación estándar de 16.7 con un rango de 23 a 71.

En la escala de Ansiedad Estado el grupo control se colocó en un rango de ansiedad media en diferencia del grupo experimental que se coloca en una ansiedad baja transitoria ante los eventos presentes y como manifestar las reacciones ante la ansiedad.



La figura 7.6, Presenta los niveles obtenidos de glucosa. El grupo experimental tuvo una media de 127.5 mg/dl, una desviación estándar de 40.1 mg/dl, un rango mínimo de 96 mg/dl y un máximo de 207 mg/dl.

En el grupo control se obtuvo un nivel de glucosa capilar de 216.5 mg/dl, una desviación estándar de 108.1 mg/dl, un rango en puntuación de 99 mg/dl a 369 mg/dl.

Los niveles obtenidos por el grupo experimental son menores al grupo control después de la intervención.



7.4. Comparación de Resultados

En la tabla 7.1 se aprecia la estadística que permitió determinar la diferencia significativa entre los grupos. En el Grupo Experimental (G.E.) de la pre y a la post evaluación se disminuyó la Ansiedad-Estado (A.E.) de una puntuación de 40.4 a un 37.7. Se logró disminuir los niveles de Ansiedad Rasgo de 49.1 a 46.7. Los niveles de glucosa pasaron de 109 a 127 mg/dl. Los valores de U de Mann-Whitney no son significativamente estadísticos por lo cual se acepta la Hipótesis nula en la cual indica que La terapia grupal basada en la terapia racional emotiva (TRE), NO disminuye significativamente los niveles de ansiedad y glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus II.

En comparación a los resultados del Grupo Control la post evaluación en Ansiedad Estado 43.6 y en la Ansiedad Rasgo de 46.2 la cual nos da un incremento contra el G.E.

En los niveles de glucosa el G.C. obtuvo de 182.5 a 216.5 mg/dl siendo este incremento mayor al G.E.

Tabla 7.1 Valores media obtenidos.

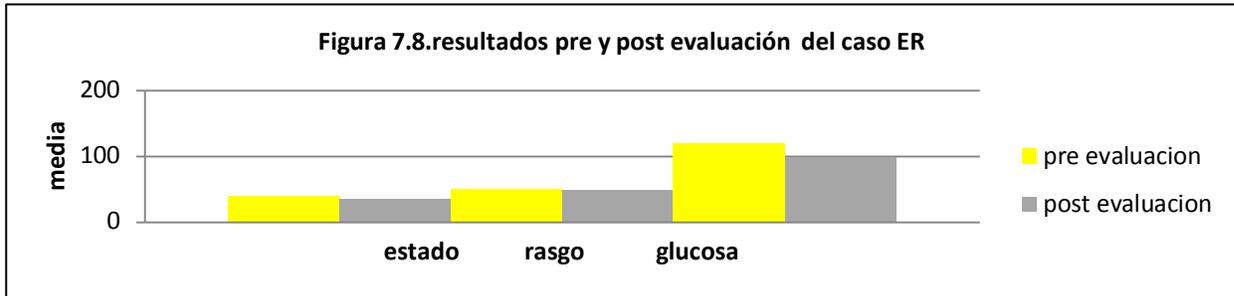
VARIABLES		PRE	POST	DIFERENCIA	WILCOXON	SIGNIFICANCIA.
GLUCOSA	GRUPO EXPERIEMEN TAL (G.E.)	109	127	18	1.690	.091
	GRUPO CONTROL (G.C.)	182.5	216.5	34	.943	.345
DIFERENCIA		73.5	89.5	16		
U Mann-Whitney		9	12			
SIGNIFICANCIA.		.101	.234			
ANSIEDA D RASGO	GRUPO EXPERIEMEN TAL (G.E.)	49.1	46.7	-2.4	.508	.611
	GRUPO CONTROL (G.C.)	43.6	46.2	2.6	.524	.600
DIFERENCIA		5.5	0.2	5.7		
U Mann-Whitney		12	20			
SIGNIFICANCIA.		.234	.945			
ANSIEDA D ESTADO	GRUPO EXPERIEMEN TAL (G.E.)	40.4	37.7	-2.7	.845	.398
	GRUPO CONTROL (G.C.)	38.7	46.3	7.6	.674	.500
DIFERENCIA		2.1	0.4	1.7		
U Mann-Whitney		19	13			
SIGNIFICANCIA.		.836	.295			

Debido a que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, ni en la pre y post evaluación del grupo experimental en las siguientes páginas se hará un análisis cualitativo para mostrar los cambios observados en cada uno de los casos del grupo experimental.

7.5. CASOS INDIVIDUALES

7.5.1. Caso ER

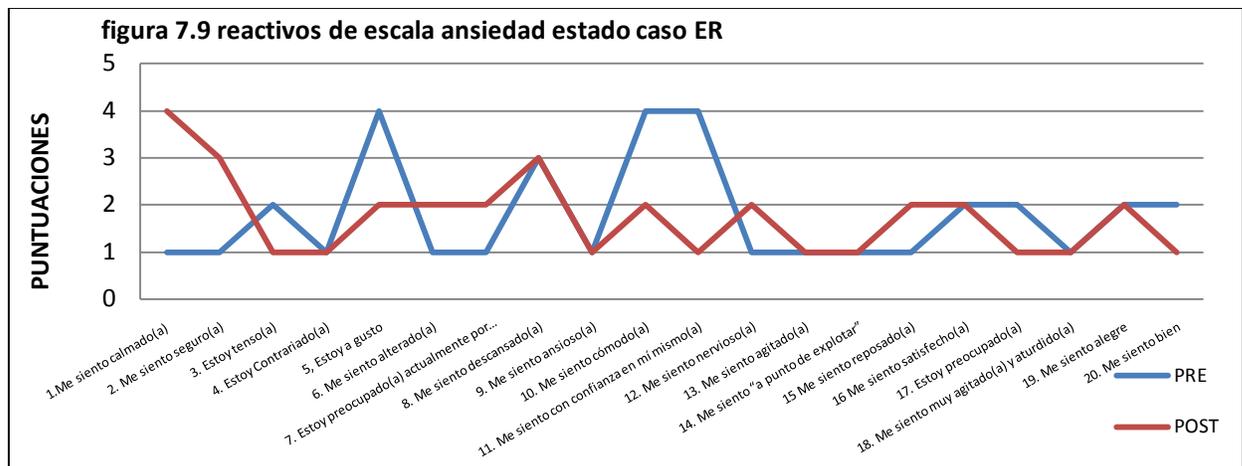
En la figura 7.8 observamos los resultados obtenidos por ER, mujer de 61 años.



Después de la intervención ER disminuyó en 5 puntos (40 en la pre evaluación y de 35 en la post evaluación en ambas evaluaciones la ansiedad baja se cataloga como transitoria es decir que ante los eventos que se han presentado tiene la capacidad para enfrentar los sentimientos de tensión y aprensión y que de manera general responde de una forma aceptable.

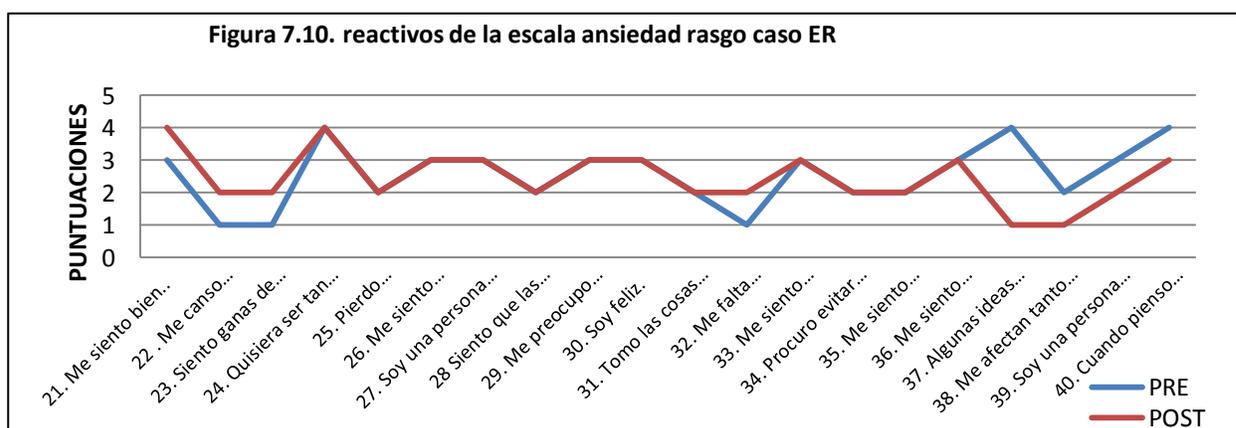
En los resultados de rasgo se observa una disminución de 2 pues va de 51 puntos a 49 siendo, esta una ansiedad media lo que implica que ante situaciones percibidas como amenazantes generadoras de ansiedad se responde con una propensión. De las disposiciones conductuales adquiridas que predisponen manifestar tendencias de respuesta.

Al analizar las respuestas a los reactivos en ambas aplicaciones (figura 7.9) se encontró que hubo una disminución de la intensidad reportada en los reactivos 3. Estoy tenso(a), 17. Estoy preocupado(a) lo cual se puede interpretar con la mejoría en el ambiente del grupo. 5. Estoy a gusto, 10. Me siento cómodo(a), 11. Me siento con confianza en mí mismo(a), 20. Me siento bien. Al tomar en consideración que estos reactivos se califican en forma inversa en decremento. Lo cual demuestra que ER se pudo disminuir su ansiedad al grupo a pesar de no ser una de las más participativas en las sesiones.

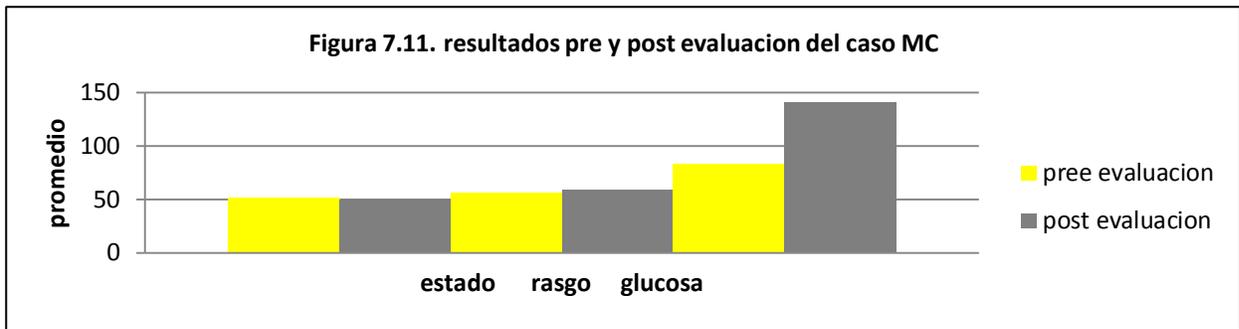


En la figura 7.10 se observan los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE Y POST de la evaluación del caso ER. Con una disminución en los reactivos 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan, 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza, y 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y me altero(a). Tales reactivos demuestran cómo sus pensamientos irracionales disminuyeron.

En el reactivo 39. Soy una persona estable, la disminución es en sentido contrario pasando de frecuentemente a algunas veces.



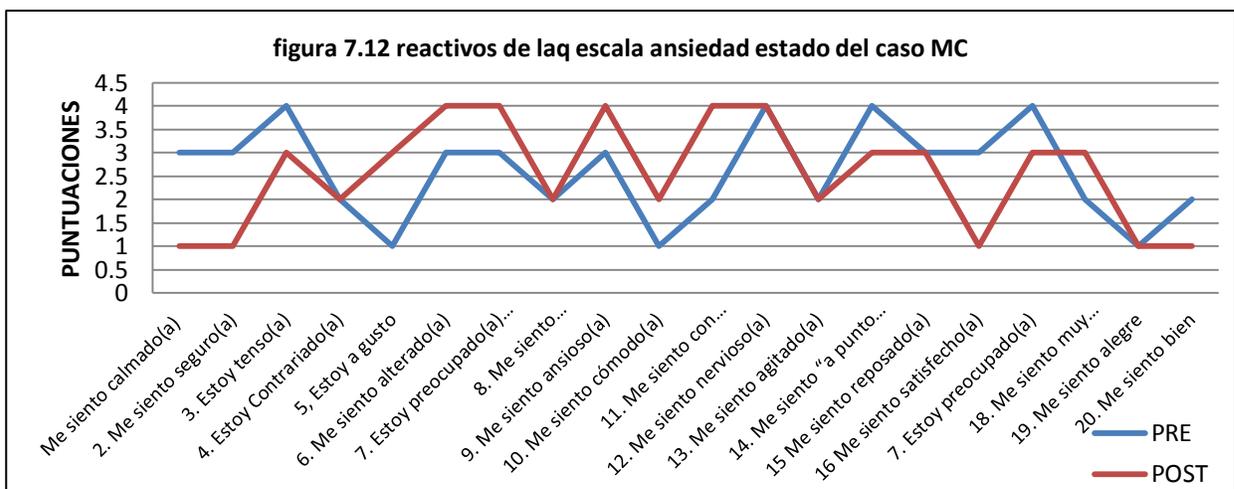
7.5.2. Caso MC.



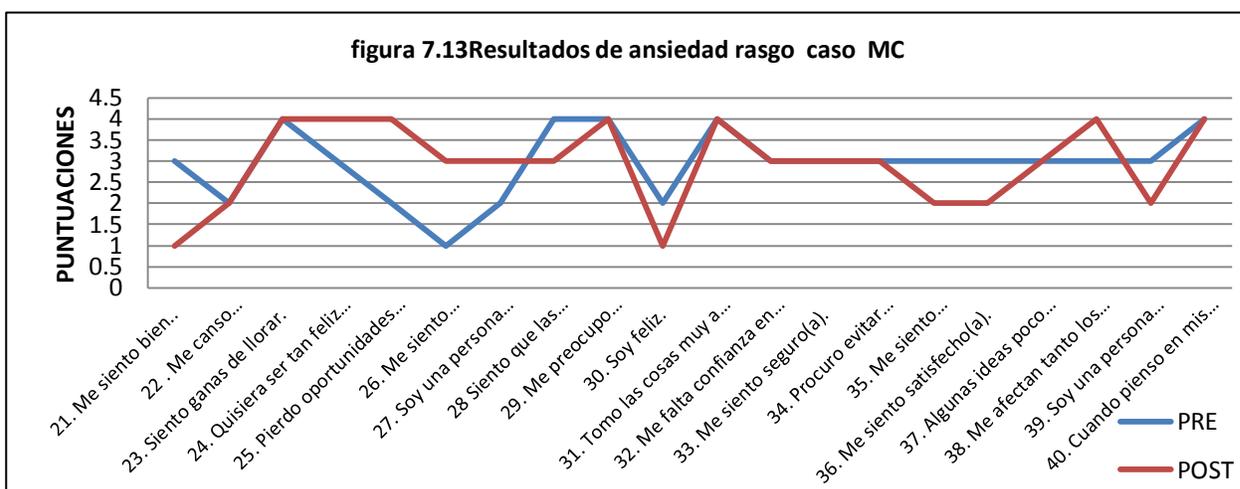
En la tabla 7.11 se presentan los resultados del caso MC, mujer de 61 años de edad, en la cual la disminución de la Ansiedad Estado fue de 2 puntos (de 52 en la pre y 50 en post evaluación) lo que se evalúa como una ansiedad baja transitoria ante los eventos que se le presentan y que puede utilizar de manera adaptativa la capacidad con la que cuenta.

En el análisis de los resultados Ansiedad Rasgo tuvo una disminución de 2 puntos 51 a 49 en la Pre y Post evaluación respectivamente siendo ésta una ansiedad media ante la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes.

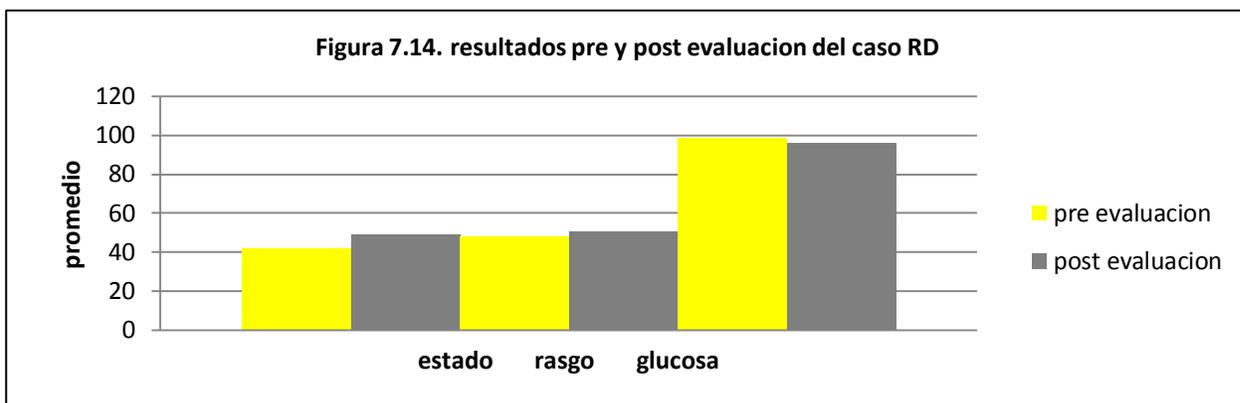
Continuando con el mismo caso la figura 7.12 muestra las variaciones de los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación. Con variación en los reactivos 1. Me siento calmado ,2. Me siento seguro ,3. Estoy tenso, 14. Me siento a punto de estallar, 16. Me siento satisfecho, 17 .Estoy preocupado y 20. Me siento bien. Con lo cual se muestra que las sesiones en el caso de MC lograron disminuir su ansiedad ante situaciones específicas, como la aceptación a encontrarse reunidos en grupo.



En la s figura 7.13. Donde se muestran los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación del caso MC. Con una disminución en los reactivos, ,35. Me siento melancólica, 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan. Dando indicios de cambio en su tendencia hacia la ansiedad. Los reactivos: 21. Me siento bien, 30. Soy feliz, 39. Soy una persona estable. En estos la calificación inversa indica la situación como se percibe ante las vivencias y su capacidad de afrontamiento. Ella no fue participativa en las dinámicas del grupo de hecho la inasistencia fue un factor importante.



7.5.3. Caso RD

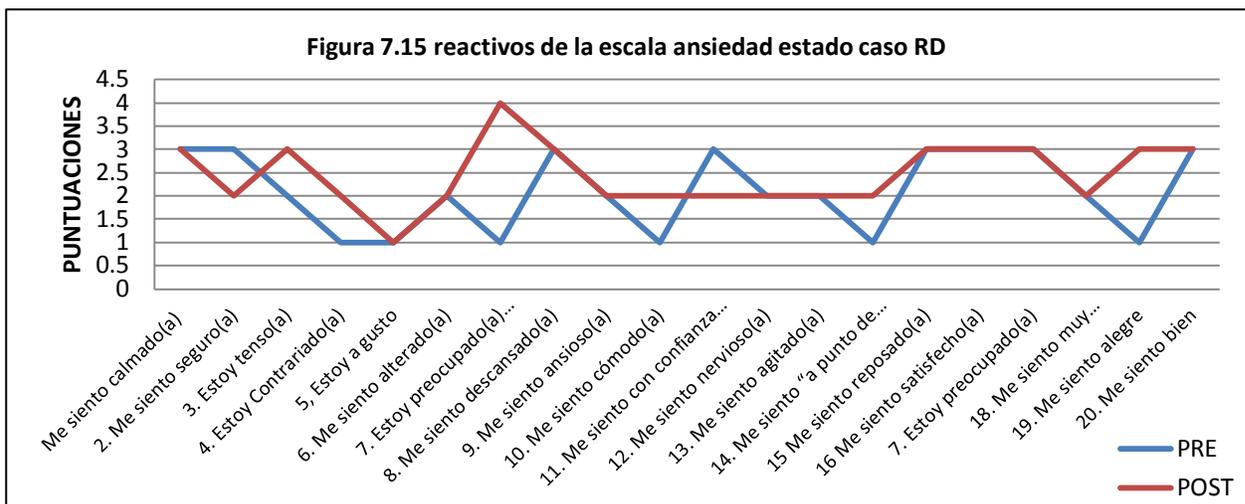


En la tabla 7.14. Se muestran los resultados obtenidos en el caso RD, quien es una mujer de 56 años. Se obtuvo un aumento en la Ansiedad Estado de 7 puntos (de 42 en el pre y de 49 en el post) siendo una ansiedad que va de baja transitoria a una ansiedad media

ante los eventos que se le presenta, y los sentimientos de tensión y aprensión que le generan.

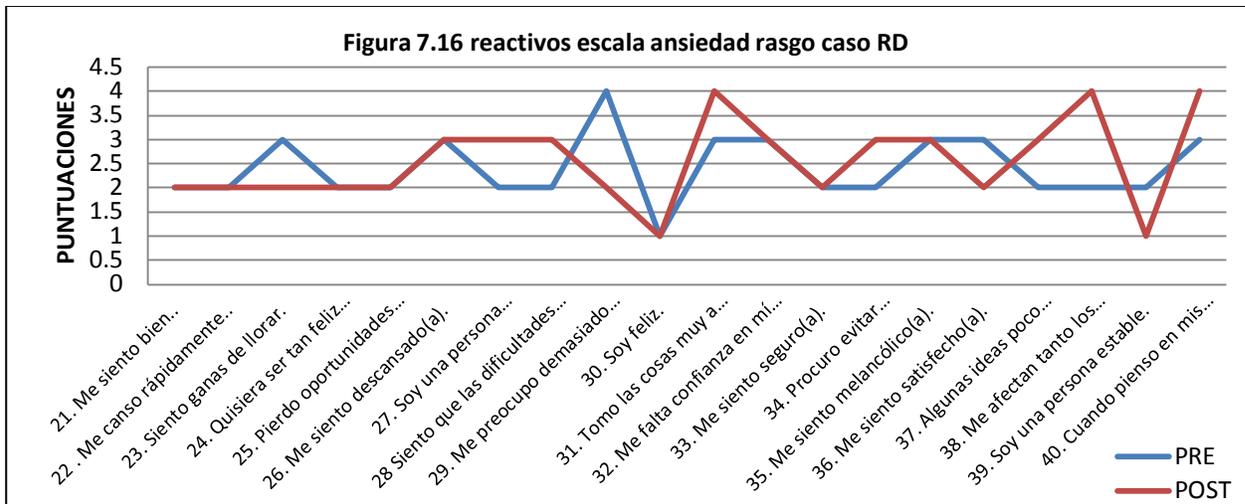
En los resultados de Rasgo se observa un aumento de 3 puntos que va de 48 a 51 en la pre y post evaluación respectivamente, esta puntuación puede interpretarse como una ansiedad media ante la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes y la interpretación que éstas le generan con las disposiciones conductuales adquiridas.

En la figura 7.15 podemos observar los resultados del mismo caso correspondientes a los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación. Con una disminución en los reactivos 2. Me siento segura. 11. Me siento con confianza en mí. Esta disminución se hace notoria al ser evaluados en forma inversa los demás reactivos del inventario se refleja en la confianza en ella ante las situaciones presentes en el grupo disminuye.

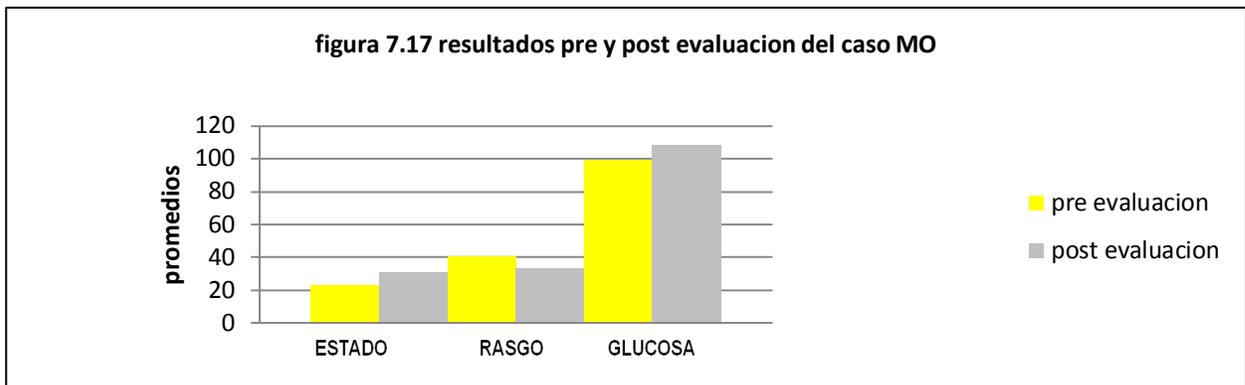


Continuando con el análisis del mismo caso En la figura 7.16 se tienen los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación. Con una disminución en los reactivos 23. Me siento con ganas de llorar, 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia, en ellos se observa que la ansiedad ante las situaciones es menos molesta e incómodas y empiezan a disminuir las ideas irracionales.

Los reactivos: 36. Me siento satisfecho(a), 39. Soy una persona estable. Las respuestas son inversas y dan información de cómo ella se percibe ante sus situaciones amenazantes RD ella no fue muy constante en la expresión de sus ideas dentro de las sesiones aunque se le invitaba a participar.



6.5.4. Caso MO



A continuación en la figura 7.17 se muestra el caso de MO la cual corresponde a una mujer de 36 años de edad.

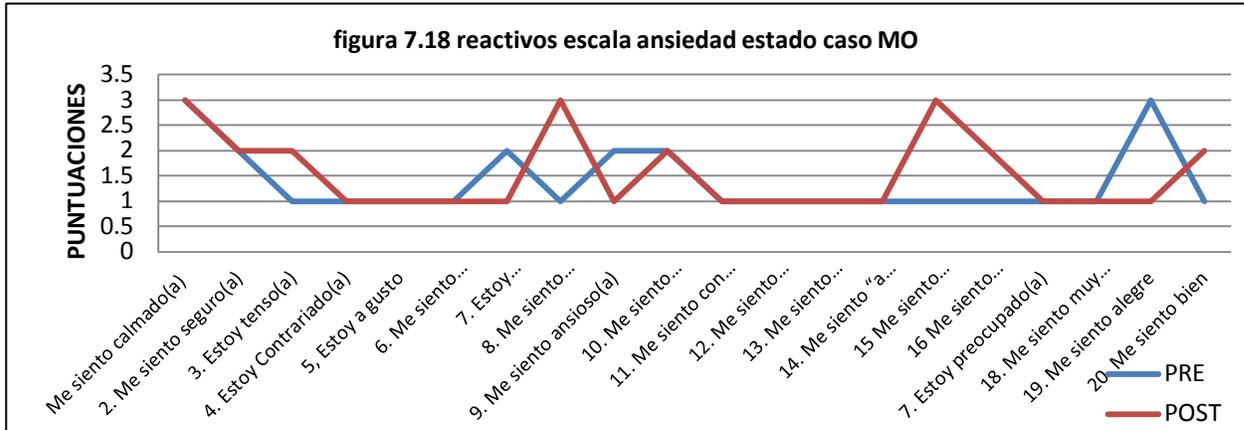
Se observa que el aumento de la Ansiedad Estado fue de 8 puntos de 23 en el pre y de 31 en el post siendo una ansiedad baja ante los eventos que se le presentan, en este caso el grupo y lo expuesto en él.

En los resultados de Ansiedad Rasgo se observa una disminución de 7 puntos (de 40 a 33) siendo esta una ansiedad baja transitoria de inicio al responder a las situaciones percibidas como amenazantes y con las capacidades que se cuentan para enfrentarlas.

En la figura 7.18 se puede observar los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación del caso MO. Con una disminución en los reactivos: 3. Estoy tenso, 7. Estoy preocupado, la situación actual en la esfera del grupo ella entraba en discusión con los demás integrantes del grupo sobre sus ideas como la familia.

En el reactivo 19. Me siento alegre. Al ser evaluado en forma contraria a los demás

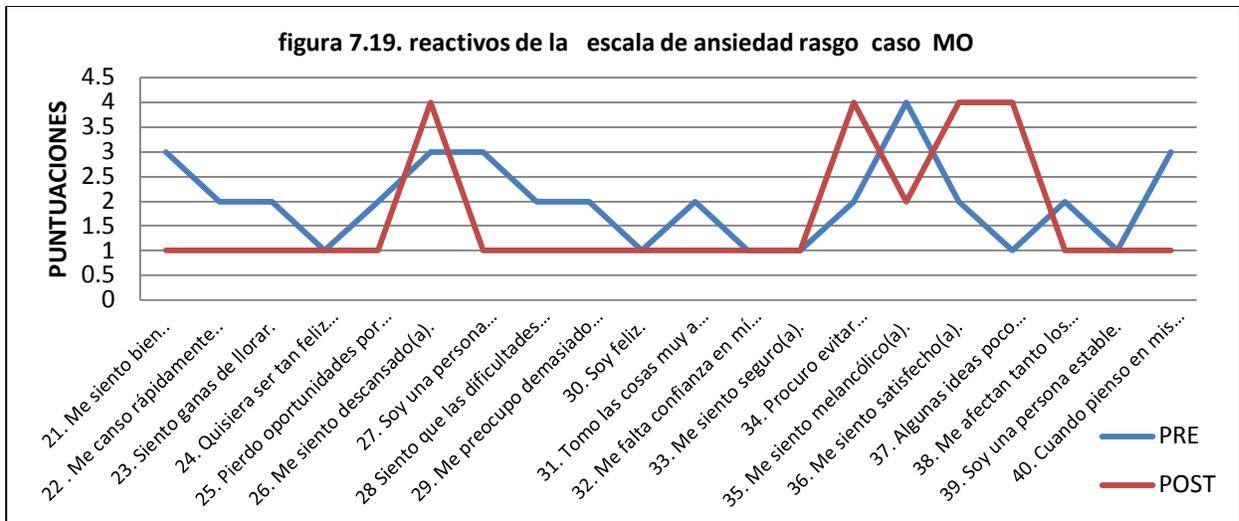
reactivos indica cierta preocupación por parte de ella al finalizar las sesiones la cual no compartió.



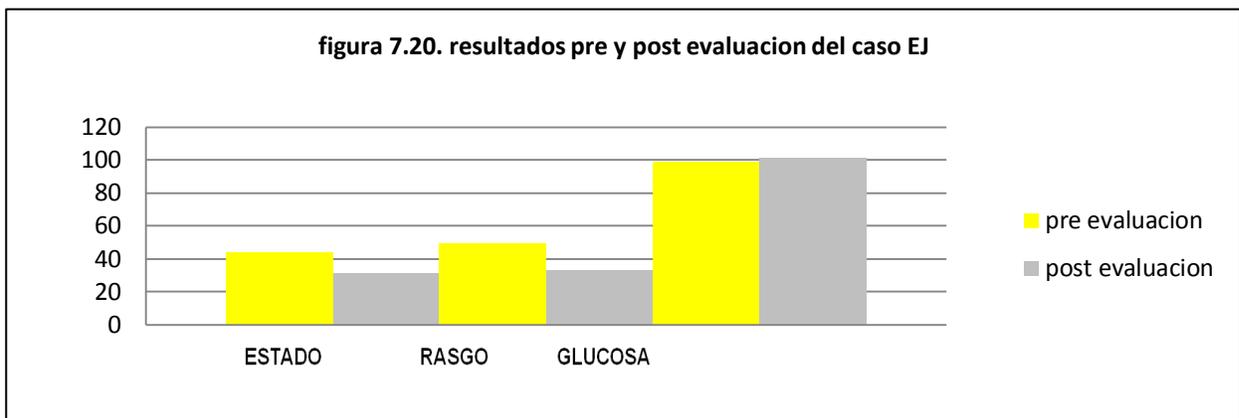
En la figura 7.19 Se observan los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación del caso MO. Con una disminución en los reactivos 21. Me siento bien, 22. Me canso rápidamente, 23. Siento ganas de llorar, 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme, 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas, 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia, 31. Tomó las cosas muy a pecho, 35. Me siento melancólico(a), 38. Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza, y 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a). Con estos reactivos se tiene información de cómo MO cambio en sus pensamientos que le incomodaban.

Con el reactivo 27. Soy una persona tranquila, la disminución en la calificación da significancia a la capacidad de MO ante sus capacidades para poder enfrentar sus problemas y como se percibe.

MO fue participativa discutía las creencias de sus compañeros tratando de imponer las suyas a través de ejemplos de sus vivencias. Aún así los reactivos de esta escala nos indican cambios en creencias irracionales



7.5.5. Caso EJ



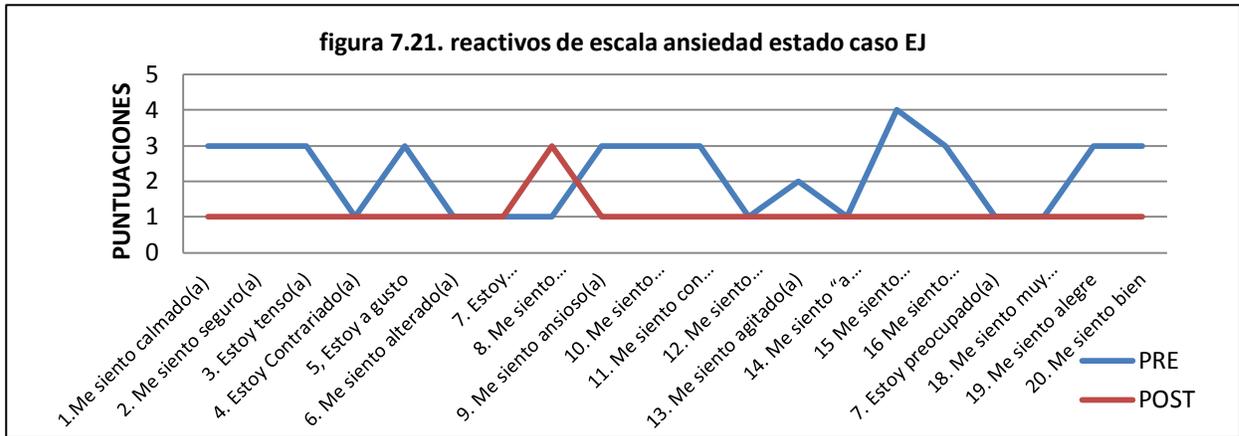
En el siguiente análisis la Figura 7.20 muestra una mujer de 82 años de edad a la cual se le designo el caso EJ. La disminución obtenida de la ansiedad estado fue de 13 puntos de 44 en el pre y de 31 en el post siendo una ansiedad baja ante los eventos que se le presentan.

En los resultados de Ansiedad Rasgo se observa una disminución de 16 puntos de 49 a 33 siendo esta una ansiedad media a una ansiedad baja transitoria ante la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes.

En la figura 7.21 se puede observar los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación del caso EJ. Con una disminución en los reactivos, 3.estoy tenso(a), 9. Me siento ansioso, 13. Me siento agitado, 16. Me siento satisfecho. En ellos se puede notar el cambio en la percepción ante las molestias causadas por la ansiedad ante las situaciones actuales.

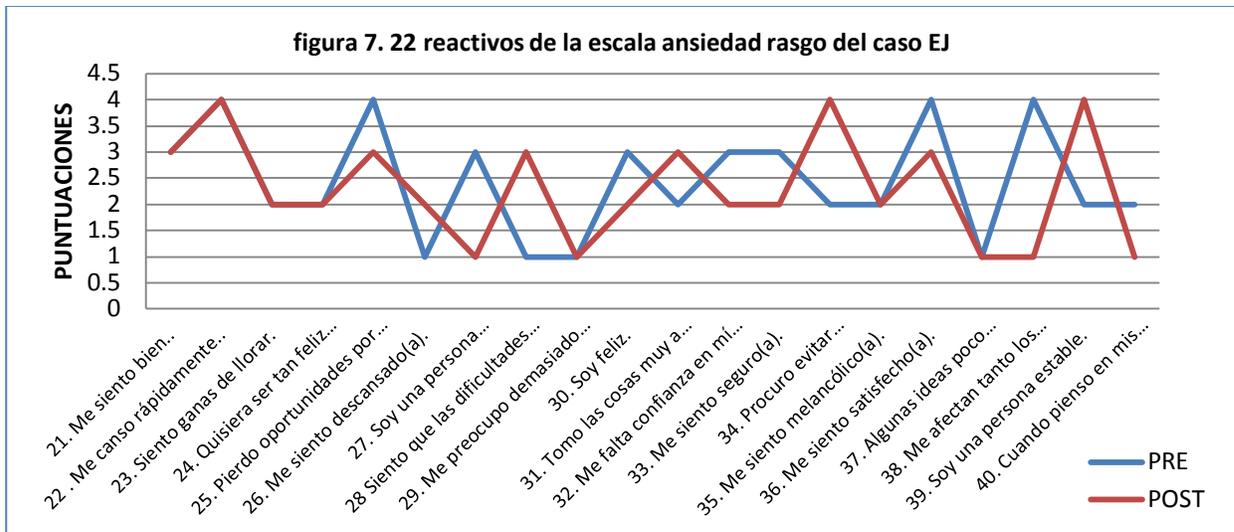
En los siguientes reactivos se hay una disminución ya que estos se evalúan en sentido contrario lo cual nos indica un poco de aceptación a las percepciones que tiene ante las situaciones actuales: 1. Me siento calmado(a), 2. Me siento seguro(a), 10. Me siento cómodo, 11. Me siento con confianza, 5. Estoy a gusto, 15. Me siento reposado, 19. Me siento alegre y 20. Me siento bien.

La inasistencia de EJ fue determinante en la misma ya que en la primera sesión habló sobre su situación y sólo regresó en la última.

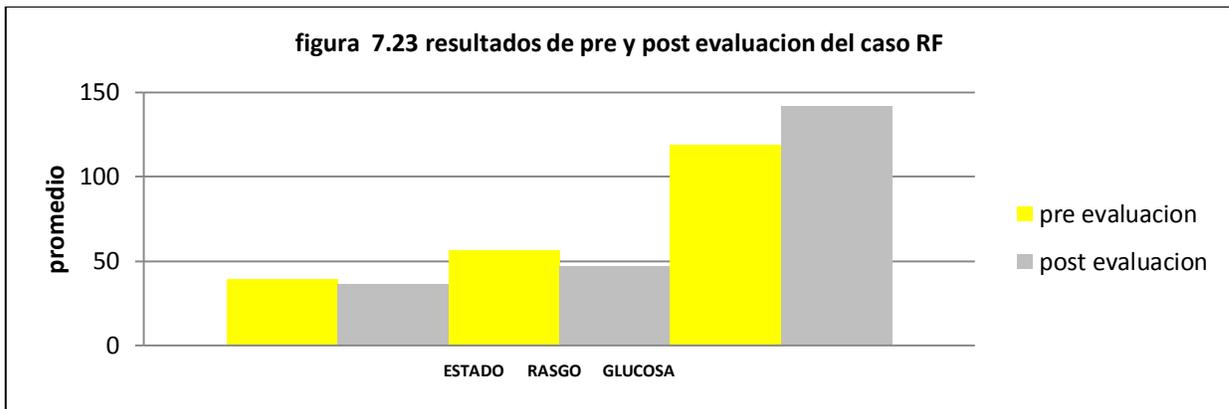


En la figura 7.22 se muestran los resultados de los reactivos del caso EJ correspondientes a la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación del caso EJ. Con una disminución en los reactivos: 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme a tiempo, 32. Me falta confianza en mí mismo, 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza y 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso y alterado. A pesar de los cambios que se presentaron en sus pensamientos solo asistió en dos ocasiones a la sesiones.

Los reactivos: 30. Soy feliz, 36. Me siento satisfecho, 33. Me siento segura tuvieron cambios de más a menos lo cual da a ver las ideas que generó el grupo.



7.5.6. Caso RF



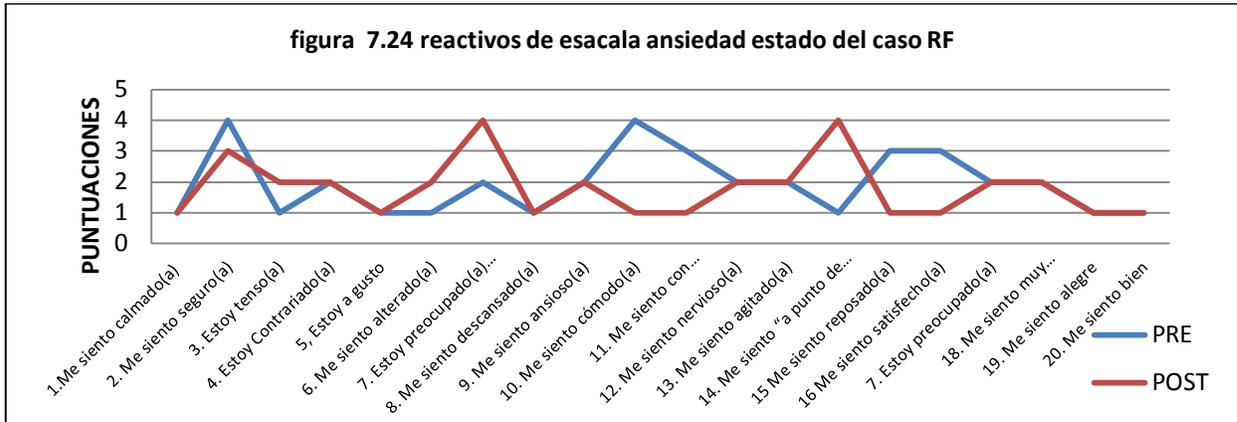
En la figura 7.23 se observan los resultados generales del caso de RF correspondiente a un individuo del sexo femenino de 57 años de edad. En la cual la disminución de la Ansiedad Estado fue de 3 puntos de 39 en el pre y de 36 en el post siendo una ansiedad baja transitoria ante los eventos que se le presentan.

En los resultados de Ansiedad Rasgo se observa una disminución de 9. De 56 a 47 es decir que esta fue de ansiedad alta a una ansiedad media ante la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes y como poder enfrentarlas.

En esta figura 7.24 podemos observar los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación del caso RF donde hubo una disminución en el reactivo 15. Me siento reposado.

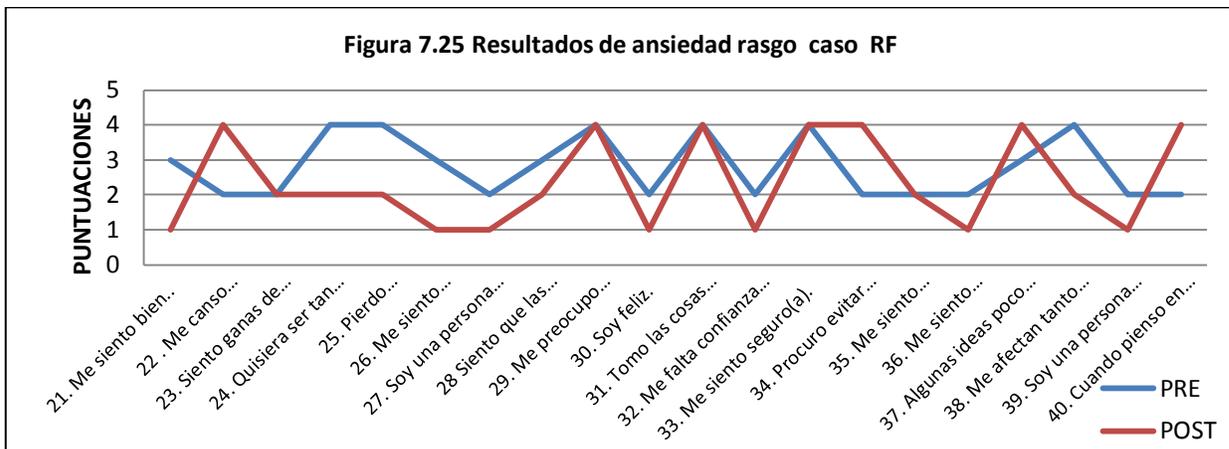
Al tener inversas calificaciones los siguientes reactivos se interpretan con mayor ansiedad. 2. Me siento seguro, 10. Me siento cómodo, 11. Me siento con confianza en

mí mismo(a), 16. Me siento satisfecho(a), en estos reactivos observamos la incomodidad de RF a pesar de asistir a las sesiones su nula participación se refleja en ellos.

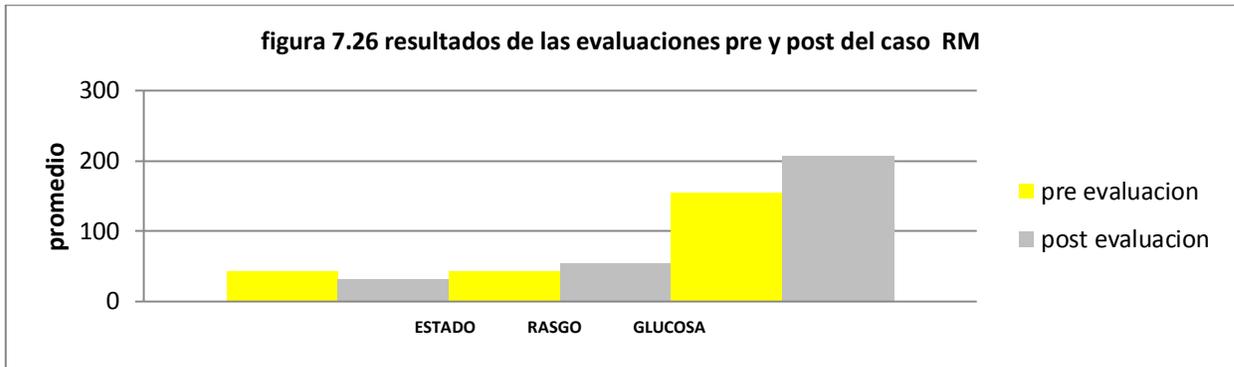


En la figura 7.25 se observan los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación del caso RF. Con una disminución en los reactivos: 24. quisiera ser tan feliz como las demás personas, 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente, 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas, 32. Me falta confianza en mí mismo. En las sesiones se pudo observar el cambio en esas ideas para enfrentar las situaciones presentes.

Los reactivos inversos muestran las percepciones en las que ella se tiene. Como son: 21. Me siento bien, ,27. Soy una persona "tranquila", "serena" y "sosegada", 30. Soy feliz, 36. Me siento satisfecho y 39. Soy una persona estable.



7.5.7. Caso RM

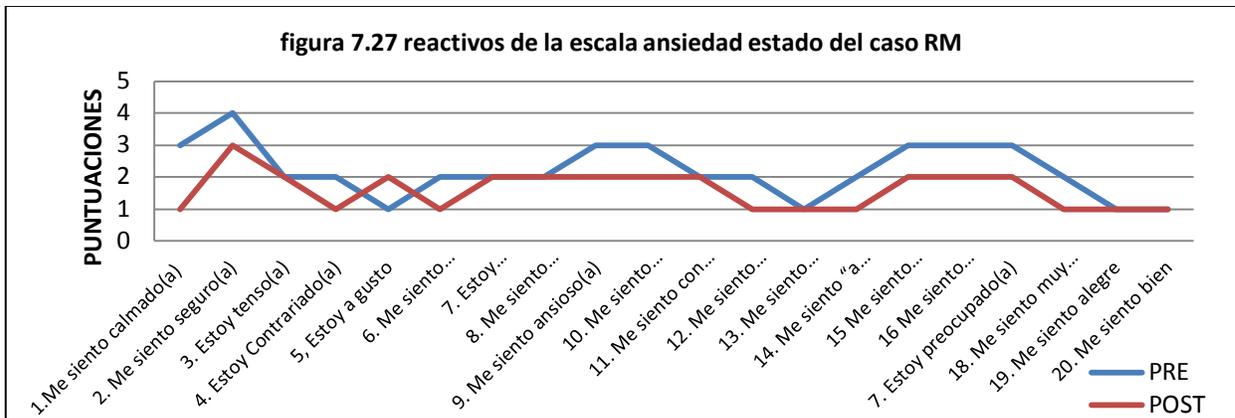


En la figura 7.26 se observan los resultados generales del caso de RM siendo una mujer de 57 años de edad. En la cual la disminución de la Ansiedad Estado fue de 11 puntos (de 43 en el pre y de 32 en el post) siendo una ansiedad baja transitoria ante los eventos que se le presentan.

En los resultados de la Ansiedad Rasgo se observa un aumento de 11 de 44 a 55 siendo una ansiedad media ante la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes, las habilidades que ella posee y que cambiaron para poder confrontar las situaciones que generan ansiedad.

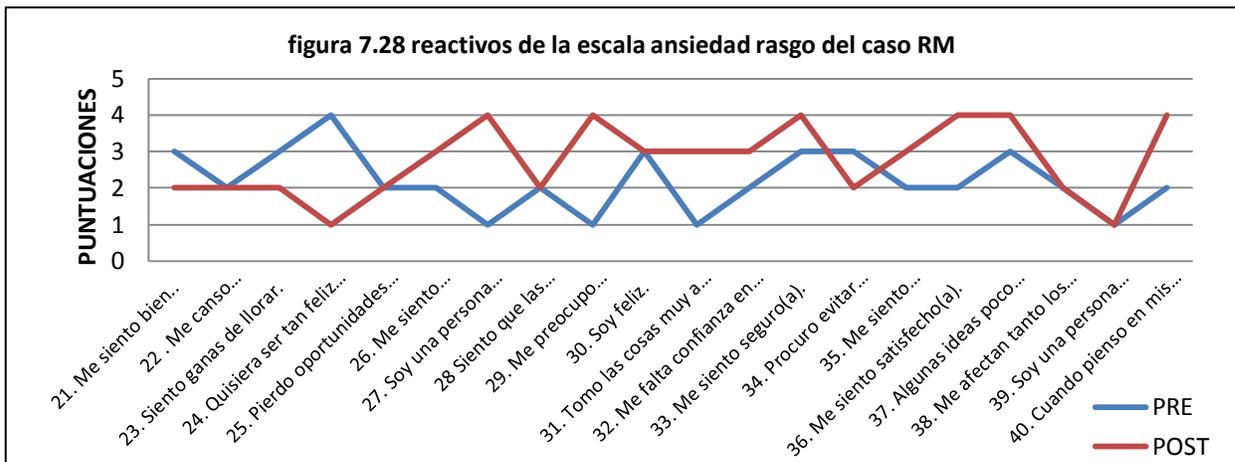
En la figura 7.27 podemos observar los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Estado PRE y POST evaluación del caso RM. Con una disminución en el reactivo: 4. Estoy contrariado, 6. Me siento alterado, 9. Me siento ansioso, 12. Me siento nervioso, 14. Me siento “a punto de explotar,” 15. Me siento reposado, 17. Estoy preocupado. Estos reactivos pueden mostrar las situaciones que en el grupo se generaban y como ella se sentía.

Al tener inversas calificaciones los siguientes reactivos se interpretan con mayor ansiedad: 1. Me siento calmado, 10. Me siento cómodo, 11. Me siento con confianza en mí mismo(a), 16. Me siento satisfecho(a). En estos reactivos observamos la incomodidad que se presenta a pesar de asistir a las sesiones.



En la figura 7.28 podemos observar los resultados de los reactivos de la escala IDARE de Ansiedad Rasgo PRE y POST evaluación del mismo caso. Con una disminución en los reactivos: 23. Siento ganas de llorar, 24. Quisiera ser tan feliz como las demás personas. 34. Procuo evitar enfrentarme a las crisis y dificultades. Lo cual permite observar el cambió de ideas para enfrentar las situaciones presentes. RM es una de las más participativas y que pudo cambiar las ideas en contra de su familia.

Los reactivos 21. Me siento bien muestran la disminución que tuvo tras encontrarse en el grupo.



En los resultados obtenidos en los niveles de glucosa se observan aumentos en los niveles a excepción de los sujetos ER y RD.

Unos de los conflictos encontrados es la falta de continuidad en las sesiones ya que varias personas faltaban.

Aunque en las sesiones se compartían sus ideas y sentimientos se pudo notar en la mayoría de los casos una disminución en la Ansiedad Estado al poder expresarse en compañía de sus compañeros con problemas semejantes.

En el siguiente capítulo se discutirán los resultados encontrados en esta investigación con lo estipulado por otros autores expertos en el área.

Se podrá observar cómo otros investigadores han utilizado la TRE como un tratamiento para la ansiedad y comparar los resultados obtenidos.

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se comparan y discuten los resultados de esta investigación con los hallazgos de otros estudios que abordan temáticas similares.

El análisis de los datos recolectados muestra que la media de edad de los participantes del grupo experimental (59.1 años) y del grupo control (52.3 años), concuerdan con lo que reportó la Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) sobre la prevalencia nacional de este mal, pues dicho padecimiento se encuentra entre el rango de 30 a 69 años. Asimismo, coincide con el rango de edad de atención (30 a 65 años) para pacientes con diabetes en el Centro de Salud “Manuel Gutiérrez Zavala”, donde, en 2011, se atendieron a 16,709 personas que correspondían al 46.78% de la población total de dicha institución.

Otro dato interesante de la presente investigación es la asistencia en mayor proporción de las mujeres en ambos grupos, lo cual coincide con lo reportado en la ENSANUT (2006) respecto a que la prevalencia de mujeres en México es mayor para la Diabetes Mellitus (4, 617,297). ENSANUT (2006) que la prevalencia de hombres(4, 233,783) muestra que en el mismo año hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres comprobando la mayor incidencia en mujeres que en hombres. El centro de salud atendió a 6,092 mujeres y 2,919 hombres en el grupo de edad. Lo cual coincide con la investigación de Riveros y cols. (2004) en la cual estudiaron a 39 mujeres y 12 hombres con enfermedades crónicas degenerativas. Muñoz-Reyna (2007) también encontró mayor asistencia en su investigación por parte de las mujeres, pues asistieron 67 sujetos del sexo femenino y 43 del sexo masculino.

Con respecto a los datos obtenidos en la escala de Ansiedad Estado de la prueba IDARE (Spielberger, 2002) se encontró que, al inicio de la intervención, el grupo control obtuvo en la evaluación inicial una puntuación media de 38.7 (ansiedad baja) y al final 46.3 (ansiedad media) en la puntuación media en esta escala. En cambio, el experimental obtuvo una puntuación media de 40.4 y al final alcanzó una puntuación media de 37.7, lo cual indica que en ambos momentos los participantes tenían una

ansiedad baja transitoria, es decir, que las situaciones experimentadas (incluyendo el diagnóstico de diabetes) no eran percibidas como amenazantes y que pueden enfrentarlas de manera adaptativa.

Aunque la diferencia de 2.7 no es estadísticamente significativa a nivel grupal, ($W=.845$; $\alpha=.398$), el análisis de cada uno de los participantes muestra que hay diferencias en las evaluaciones previas y posteriores, como lo fue en el caso de EJ, quien al inicio tuvo una Ansiedad Estado de 44 puntos y de 31 en la post evaluación, por lo que va de una ansiedad media a una ansiedad baja. Los resultados anteriores concuerdan con lo encontrado por Vera-Villarroel (2005), quien en su taller de manejo de emociones pudo disminuir la Ansiedad Estado gracias a que se trata de una variable más inestable y sensible a los cambios y situaciones que se presentaron dentro de su taller.

Al igual que en esta investigación, Vera-Villarroel (2005) utilizó diferentes estrategias para disminuir la ansiedad, tales como la identificación de las creencias irracionales, el cambio de las mismas, además de facilitar un lugar en el que las personas pudieran exponer sus problemas o vivencias y promovió la escucha de los problemas de sus compañeros. Un ejemplo de ello se presentó en el caso RM (Anexo 1), quien en la primera sesión expresó *“estoy defraudada por que nadie me ayuda y me culpan de ser exagerada”* y posteriormente en la quinta sesión mencionó *“ya puedo hablar con mis hijos para que me ayuden y así poder descansar”*. De la misma forma MO comentó en la quinta sesión *“busco el respeto”* al ser ella la que siempre tiene la razón y a quien deben de hacer caso siempre. En la última sesión mencionó: *“puedo salir de mi esfera y darme a conocer”*. En otro caso, ER mencionó en la quinta sesión *“me cuesta hablar”* y en la última sesión compartió: *“aprendí a hablar sobre mis problemas y a decir qué me parece y qué no”*. Todo lo anterior concuerda con lo encontrado por Schumacher y Quiroz (2010), quienes en sus intervenciones utilizaron el debate de las creencias entre todos los presentes en sus sesiones grupales y lograron disminuir los niveles de ansiedad. Otro punto de vista es el dado por Benedito y Carrio (2005) los cuales propusieron un protocolo en el cual se incluyeron métodos conductuales donde se identificaron los pensamientos negativos y las influencias de los pensamientos con las emociones y conductas expresadas en un grupo terapéutico.

Al hacer el análisis de los reactivos de la Escala Ansiedad Estado, se encontró que hubo disminución del valor de las respuestas relacionadas con cogniciones como “estoy tenso” (pregunta 3) y “estoy preocupado (pregunta 17)”, esto indica que hubo una mejora. Al respecto, Garay y Sevilla (2005) mencionan que, en el grupo de apoyo, el psicólogo que lleva el grupo y el ambiente social que se genera en éste sirve para modificar las conductas desadaptativas que se presentan con personas con el mismo diagnóstico. Este mismo argumento puede utilizarse para explicar el cambio que tuvo ER, quien comentó: *“me cuesta mucho hablar en las sesiones”* y ya para la última mencionó: *“me es más fácil hablar”*.

Otras mejoras fueron las reportadas en el caso ER en los reactivos “Me siento calmado” (pregunta 1) pasando de no en lo absoluto a mucho, y en el caso MC, “Estoy a gusto” (pregunta 5): pasó de “No en lo absoluto” a “Bastante”. Estos resultados se pueden explicar con lo propuesto por Poves, Romero y Vucinovich (2009) quienes lograron disminuir la ansiedad y la depresión en 69.2% de las pacientes tras la conclusión del grupo pues, mediante el apoyo social, fortalecieron las relaciones interpersonales dentro del grupo así como la comunicación asertiva.

Otras respuestas a las preguntas de la escala de Ansiedad Estado que tuvieron una disminución en los valores de respuesta, pero que en este caso denotan incremento en el malestar son: “Me siento seguro” (pregunta 2), “Me siento cómodo” (pregunta 10), “Me siento con confianza” (pregunta 11), “Me siento reposado” (pregunta 15). Por ejemplo, lo sucedido en el caso ER- quien inició con “Mucha comodidad” y posteriormente mencionó tener poca comodidad, o bien, inició teniendo mucha confianza y al final respondió que “No en lo absoluto”.

Sobre el incremento del malestar en este grupo de mujeres con diagnóstico de diabetes, Maisonneuve (1968) menciona que dentro de los grupos de trabajo terapéutico existen reacciones ambivalentes debido a que los integrantes desean una buena recepción y apoyo por parte del grupo, pero a la vez temen ser aplastado por el mismo ya que se ve amenazada su seguridad, confianza y comodidad.

En el caso de la Ansiedad Rasgo del grupo control obtuvo puntuaciones medias en la preevaluación de 43.3 (ansiedad baja) y en la post evaluación 46.2 (ansiedad media) en

comparación con el grupo experimental, la medida a través de la escala IDARE (Spielberg, 2002), se obtuvo un puntaje de 49.1 previo a la intervención y de 46.7 posterior a la intervención, aunque la diferencia fue de 2.4, tampoco fue estadísticamente significativa ($W=.508$ y de $\alpha=.611$). Estos resultados concuerdan con los datos de Vera-Villaruel y Colaboradores (2005), quienes no encontraron una diferencia significativa en su taller de manejo de emociones y explican que ésta no cambió porque la Ansiedad Rasgo implica la capacidad general y constante de la personalidad y del pensamiento para interpretar todos los eventos de vida (enfermedades, familia, economía, relaciones personales, etc.) la cual se ve poco afectada por una intervención breve (10 sesiones en el caso de esta investigación).

Al hacer el análisis por caso se encontró que MC incrementó su puntuación en la escala Ansiedad Rasgo (56 a 59) aunque se mantuvo en un diagnóstico de ansiedad alta específica, RD (48 a 51) y RM (44 a 55,) quienes, a pesar de incrementar sus puntuaciones se sitúan en una Ansiedad Rasgo media transitoria, dieron indicios de que la dinámica que se llevó a cabo al discutir en las sesiones las problemáticas vertidas que menciona Maisonneuve (1968) lo cual generará una fuerza en los individuos que puede llevarlos a la incomodidad por ser confrontados o ser aceptados por identificación y deseo de ayuda.

A pesar de no tener diferencias estadísticamente significativas, al hacer el análisis de cada uno de los participantes se encontró una diferencia en las evaluaciones previas y posteriores, como lo fue en el caso de EJ, quien obtuvo valores que fueron de 49 a 33, lo cual indica que al inicio presentaba una ansiedad media y cambió a una ansiedad baja transitoria después de la intervención. Esto se explica con lo expuesto por Garay-Sevilla (2005) quien menciona que la ansiedad es una capacidad de interpretación de los pensamientos ante eventos como la enfermedad o las problemáticas las cuales fueron vertidas en el grupo. A lo anterior se suma lo propuesto por Spielberger (2002), quien menciona que las diferencias individuales son determinantes en la forma que tienden a responder las personas a situaciones percibidas como amenazantes.

Asimismo, estos resultados coinciden con lo expuesto por Schumacher y Quiroz (2010) quienes al utilizar conceptos de la terapia racional emotiva, tales como cuestionar las

creencias irracionales, las tareas para casa y la asertividad racional emotiva disminuyeron los niveles de esta escala sin ser estadísticamente significativos.

En los análisis de reactivos de la escala de Ansiedad Rasgo se encontró que los reactivos (relacionados con el área emocional) “Siento ganas de llorar” (Pregunta 23) bajaron sus puntuaciones. Un ejemplo de esta disminución es el caso RD ya que al inicio de la intervención indicó que tenía ganas de llorar frecuentemente y al final reportó que esto sucedía algunas veces. Tomando sus participaciones, en la primera sesión mencionó estar triste y deprimida para después, en la quinta sesión, compartió en el grupo que pudo hablar con sus hijos más tranquila. A lo que J. Jaen, (1970) comenta en su investigación que logró disminuir la Ansiedad Rasgo en tres de sus ocho pacientes utilizando una modificación de cogniciones automáticas negativas, ya que éstas son lo que mantienen en un estado de ánimo alterado, lo anterior lo logró a través de reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas.

Al igual que en el caso de EJ, quien en la preevaluación reportó que algunas veces se sentía estable y reportó al final que casi siempre se sentía estable, a pesar de su muy poca participación menciona en la última sesión haber aprendido mucho de sus compañeros. Al respecto, Maisonneuve (1968) menciona que estar en un grupo fortalece la expresión y la intensidad de reforzamiento de los individuos en contra de la individualidad o el aislamiento.

En cambio, en el reactivo “Soy una persona estable” (Pregunta 39), RD reportó al inicio ser algunas veces estable y al final mencionó casi nunca sentirse estable. De la misma forma, MC reportó al inicio que era una persona frecuentemente estable y terminó sintiéndose algunas veces estable. Ante este resultado Kissen M. (1979) postula que en los grupos se movilizan fuerzas, las cuales les dan importancia o repercusiones a los participantes del grupo, ya que influyen de forma positiva y negativa y pueden beneficiarse o estancarse por el contenido de los ideales y aspiraciones que se manifiestan en las dinámicas del grupo. Estas ideas y creencias irracionales se presentaban en cada sesión, las cuales eran discutidas dando pauta a la reflexión y aprendizaje por los integrantes aún si estos no eran muy participativos. Como lo explica Freeman y colaboradores (1990) a través del interrogatorio se conduce al paciente para que examine y pueda modificar estas cogniciones defectuosas, ayudándoles a pensar,

actuar y sentir de manera más realista e idónea, como se muestra en los cuadros que contiene las ideas y estos cambios que se realizaron (anexos).

Con esto se observa que al enseñar activamente a identificar sus creencias irracionales, como lo sugiere Ellis (1978), se podrán llevar a un punto en el cual discutir en un proceso terapéutico para poder llegar a una nueva filosofía eficaz.

Considerando lo propuesto por Miguel Tolbal (1990), el cual explica a la ansiedad como una respuesta ante ciertas situaciones que influyen en las características cognitivas de las personas basadas por las creencias aprendidas, los síntomas de malestar físicos y las actividades de evitación o acercamiento ante ciertas situaciones, llevando esto a una conducta de malestar e incomodidad.

Las mediciones de los niveles de glucosa en el grupo control en la evaluación inicial, al igual que en la evaluación final, se sitúan en un parámetro de control regular en comparación con el grupo experimental, que obtuvo una media en la evaluación inicial de 109mg/dl y en la evaluación final de 127 mg/dl. Hubo un aumento de 18 mg/dl sin ser significativamente estadística esta diferencia; aún así se mantienen en un criterio de control bueno de acuerdo a la NOM-015-SSA2-1994 para el tratamiento de la Diabetes Mellitus. A lo cual encontró Muñoz Reyna (2007), en su estudio que los asistentes a los grupos de ayuda, que sólo el 9% de 110 pacientes diabéticos que asistieron tuvieron unos niveles satisfactorios en comparación a aquellas personas que no asisten a un grupo sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa, proponiendo realizar mayor énfasis en las actividades educativas fomentando el auto cuidado. Asimismo, Portilla, Romero y Román (1991) mencionan que parte importante del control metabólico de los pacientes diabéticos es un fenómeno multicasual, en el cual se incluyen la dieta, el ejercicio y la medicación al igual que el malestar emocional, que fue el objetivo de la presente investigación al brindar un espacio guiado por un psicólogo para la identificación de sus ideas, juicios y conceptos erróneos.

Al ser un grupo pequeño y al promediar estadísticamente, no se encontró una diferencia significativa en las evaluaciones por grupos. Estos resultados coinciden con los expuestos por Riveros y colaboradores (2004), quienes reportan que los efectos individuales manifestados se ven influenciados por la capacidad de dominar las destrezas y generalizarlas en su ambientales cotidiano, ya que el objetivo de la

investigación es ver la influencia que los valores de ansiedad y glucosa en los pacientes con diabetes tipo II, para lo cual, lo manifestado por el autor como parte importante de sus resultados será el desarrollo de estas capacidades en una forma psicoeducativa. En esta parte individual se puede decir que los participantes (6 de 7) del grupo experimental disminuyeron en Ansiedad Rasgo.

La intervención realizada fue base de preceptos para poder instituir mejoras a la atención de pacientes crónico degenerativos (DM) en una forma integral y especializada de un profesional de salud mental (psicólogo), a lo cual Garay y Sevilla (2005) mencionan que el diagnóstico inicial de DM es un evento estresante que puede iniciar una respuesta adaptativa que va a depender de factores psicológicos como son: el estrés de la vida diaria y la habilidad para enfrentar la enfermedad, lo cual se toma como el cambio en sus creencias ante la enfermedad

Al haber analizado cada una de las variables y compararlas con los resultados de algunos autores, se pudo conocer el alcance que se obtuvo en esta investigación, por lo cual, en el siguiente capítulo se expondrán las principales aportaciones de esta investigación, al igual las recomendaciones y limitaciones que se encontraron.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A partir del análisis de los resultados y de comparar los mismos con lo encontrado en otras investigaciones se concluye lo siguiente:

- Se logró disminuir la Ansiedad Rasgo en el grupo experimental en 2.4 puntos. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos.
- Con respecto a la Ansiedad Rasgo del grupo control, ésta incrementó en 2.6 puntos, sin ser estadísticamente significativo.
- La Ansiedad Estado en el grupo experimental disminuyó 2.7 puntos pero no fueron estadísticamente significativos.
- En el grupo control la escala de Ansiedad Estado aumentó en 7.6 puntos sin ser estadísticamente significativos.
- Los niveles de glucosa en el grupo experimental incrementaron 18 mg/dl sin ser estadísticamente significativos. En cambio los niveles de glucosa en el grupo control aumentaron 34mg/dl sin ser estadísticamente significativos.
- A partir de los resultados anteriores se acepta la hipótesis nula, es decir la intervención con Terapia Grupal Racional Emotiva NO disminuye los niveles de ansiedad y de glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus II.
- A pesar de que a nivel grupal no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos al aplicar una intervención basada en la Terapia Racional Emotiva, sí se encontraron cambios cuantitativos y cualitativos a nivel individual.
- Los principales cambios que se dieron en cinco participantes que integraron el grupo experimental, y que muestran mejora, son que disminuyeron los niveles de intensidad reportados en lo que respecta a estar cansados, tener ganas de llorar, desear ser tan feliz como otros, perder oportunidades por indecisión, estar preocupados por cosas sin importancia, tomarse las cosas muy a pecho, tener poca confianza en sí mismos, sentirse melancólicos y tensarse cuando piensan en sus preocupaciones.
- En el grupo experimental hubo dos participantes que incrementaron sus niveles de intensidad en Ansiedad Rasgo en los cuales manifiestan un cambio emocional

como sentirse menos bien y ser una persona menos estable al estar en las sesiones

- Los niveles de Ansiedad Estado disminuyeron en cinco de los siete participantes del grupo experimental manifestado mediante estar menos tensos, estar menos contrariados, menos alterados, menos ansiosos, menos nerviosos, menos agitados, disminuir la sensación de estar a punto de explotar y estar menos preocupados. Dando un cambio de la percepción hacia la enfermedad.
- En el grupo experimental hubo dos participantes que incrementaron sus niveles de Ansiedad Estado porque manifestaron sentirse menos seguros, con menos confianza en sí mismos y menos alegres.
- Los niveles de glucosa en el grupo experimental incrementaron de 109 mg/dl a 127 mg/dl, sin embargo ambos niveles se colocan dentro de un parámetro de control bueno.
- Cinco de los participantes del grupo experimental mantuvieron los niveles de glucosa dentro de los parámetros de control buenos en ambas evaluaciones.
- La glucosa de dos participantes del grupo experimental aumentaron de tener cifras menores a 140mg/dl que implica un buen control de los niveles de azúcar a cifras mayores a 140mg/dl que significa un control regular de los niveles de glucosa.
- Un participante del grupo experimental comenzó con cifras de glucosa que indicaban un control regular (155mg/dl) y terminó con un mal control (207mg/dl) de glucosa.
- Con base en todo lo anterior se concluye que, a nivel individual, las personas que participaron en la intervención basada en la Terapia Racional Emotiva tuvieron beneficios al contar con un espacio profesional que les permitiera modificar sus pensamientos irracionales sobre cómo percibían al grupo, su sentir hacia el mismo, sus preocupaciones diarias, el afrontamiento de la enfermedad, la aceptación de ésta y la responsabilidad que tienen de su auto cuidado.
- Otro factor importante que se encontró al analizar el material expresado en las sesiones fue que la familia juega un papel importante en la respuesta que tienen estos pacientes ante el cuidado de su salud. Los pensamientos de sus

“obligaciones” familiares y las creencias erróneas de que ellos sólo eran atendidos por su enfermedad fueron debatidas y cambiadas hacia una idea de aceptación de sus propias responsabilidades y compromisos.

En resumen, en el caso de esta investigación, la Terapia Racional Emotiva no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles promedio de ansiedad y glucosa en los pacientes con diabetes tipo II. Sin embargo, en una forma individual se encontraron variaciones que se podrían tomar como un apoyo en el tratamiento de estos pacientes y brindar una herramienta eficaz para alcanzar una buena calidad en el tratamiento.

Una vez concluido el trabajo de investigación se reflexionó sobre las limitaciones y sugerencias para el mismo. Éstas se enlistan a continuación.

- Aplicar un instrumento de ansiedad como complemento al IDARE como lo puede ser la Escala de Ansiedad de Hamilton (1969) que permitiría evaluar síntomas fisiológicos y psicológicos de una persona que padece ansiedad.
- Incluir un inventario que evalúe el nivel de depresión como el elaborado por Beck (1996), al igual que uno que mida la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida como el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) de Angélica Riveros y Juan José Sánchez Sosa (2009), que incluye áreas poco consideradas como la Funciones Cognitivas, Actitud ante el tratamiento y la Interacción médico-paciente.
- Para facilitar la identificación de los pensamientos distorsionados se puede aplicar el formulario de autoayuda de la Terapia racional Emotiva de Sichel y Ellis (1984) en el cual se pide a las personas que anoten los pensamientos para ayudar a clasificarlos en la primera sesión siendo útil para tener una guía sobre la cual estructurar las sesiones posteriores.
- El formulario de autoayuda de la Terapia racional Emotiva de Sichel y Ellis (1984). Puede ser de utilidad como registro de las nuevas filosofías que vayan construyendo las personas como parte de las tareas en casa que pueden realizar y una forma de comprobación de los resultados de las mismas.

- A pesar de ser 10 sesiones las realizadas, es de importancia para la obtención de información de los cambios cognitivos y conductuales poder incrementar las sesiones a 20 sesiones de una por semana.
- Las instalaciones en las que se realizaron las sesiones no eran las adecuadas, al tratarse de un salón que hacía las veces de bodega del Centro de Salud. Se propone cambiarse a un salón con sillas individuales en lugar de las bancas grupales donde sólo se encuentren el mobiliario del aula: sillas, mesa, pizarrón, al igual que limpieza para incrementar la comodidad de las personas.
- La inasistencia, pues algunas personas participaban sin conocer parte de lo comentado en sesiones pasadas.
- Mantener un control más estricto sobre los parámetros para la toma de muestra de glucosa, si se desea una muestra ocasional para evaluar el apego al tratamiento una vez por semana, ya sea con ayuno total o con un rango de horas al realizar las mediciones de glucosa por parte de laboratorio clínico.
- Comunicar los parámetros de control con el personal operativo de la institución para evitar el ingreso de participantes llevados por el personal del Centro de Salud sin haber empezado el programa de intervención.
- Evaluar el apego al tratamiento, ya que sirve como un indicativo con respecto a la diabetes utilizando el registro de peso y talla de la cintura por semana.
- Se sugiere a futuras investigaciones estructurar las sesiones sobre las ideas irracionales específicas que se tiene sobre el padecimiento en si en este trabajo consistió en la Diabetes Mellitus tipo II utilizando el cuestionamiento Socrático propuesto por la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1999).
- Ser preciso sobre los temas vertidos en las sesiones y poner mayor énfasis en la problemática en este caso los pensamientos que se tiene sobre la enfermedad, lo cual podrá permitir el mayor control sobre los temas vertidos y mejorar el análisis de los mismos
- Usar como variable de investigación el que los participantes sean elegidos voluntariamente que si se realizara una selección al azar.
- Realizar un comparativo con sujetos con un diagnóstico reciente menor a un año.
- Se sugiere incluir en la muestra a pacientes ajenos a tratamientos psicológicos.

ANEXO 1 RESUMEN DE SESIONES GRUPALES

SEGUNDA SESION 20/01/2012

PARTICIPANTES:

- *CANDIDO TORRES
- *RAQUEL DLEGADO
- *EVA RUIZ
- *GUADALUPE CHAVEZ (retardo)
- *SARA LUJAN CORONA
- *ROSA MARIA
- *RUFINA BARRERA

Se inicio en punto de las 10:00 horas, con 3 integrantes pidiendo que comentaran sobre cómo había sido el hecho de haber descubierto el ser diabético, a lo cual comenta Cándido de una manera fluida que cuando él supo sintió que el piso se le abría ya que tenía miedo y no podría superarlo, ya que Cándido tenía que cambiar todo en su entorno, desde dejar de comer hasta las relaciones con su familia, para lo cual, a todo se fue acostumbrando. Esto lo comenta con una tranquilidad aparente ya que el menciona ya no preocuparle. Se intervino preguntando cuales fueron estas limitaciones que se le presentaron y que lo llevaron a pensar en esta idea de que el piso se le abrió, y dejar a su familia a lo cual Cándido comenta que una de estas fue el hecho de saber que esa enfermedad lo va a matar si no se cuida y no conocía como poder enfrentar.

Posteriormente Raquel comentó que con su esposo ha sido difícil ya que él no se apega a sus tratamientos y no le obedece en ponerle orden a su control, ella es la que se encarga de la enfermedad de su esposo y la propia. Tiene que cuidar a su esposo. Se le preguntó ¿cómo lo hace? Y ella explicó que al darle su medicina y organizar sus comidas, ella se esfuerza por cuidarlo y él es un desordenado, esto la presiona y desmotiva en su persona, ya que no ve los resultados de un buen cuidado, ella tiene miedo en que su esposo tenga problemas y que falte, ya que él es quien se encarga de los gastos en la casa. Ella tiene que estar bien, para cuidar a su esposo porque de ella depende y si lo deja no podrá hacer nada. El psicólogo le preguntó si sus hijos son pequeños o tenía obligaciones con ¿alguien? A lo cual comentó Raquel que no. su miedo es a estar sola.

Rufina compartió que ella está triste y deprimida ya que cuando le diagnosticaron Diabetes Mellitus fue porque metieron a su esposo a la cárcel por un accidente vial, en el cual iba borracho. El miedo por no poder sacar a su esposo y dejarla sola con sus hijos la enfermó, esto fue hace 8 años, en los cuales ella tuvo que sacar adelante a sus hijos, ella está enojada con su esposo ya que por este problema a ella le dió diabetes, lo cual le reprocha. Rufina no lleva una buena relación con él. Solo le pide lo necesario para la casa para no tener contacto y problemas.

En su casa Rufina vive una de sus hijas porque a su marido no le alcanza para una renta, todo fue por ayudarlo en su embarazo y con el hijo, esta hija no le ayuda y le deja todo el gasto de la casa, su hija tiene un hijo con discapacidad y Rufina no le exige que le ayude por tener la carga de su hijo, aunque ella comenta que ya no puede con los deberes de la casa.

Siempre le recriminan a su hija y opta Rufina por mejor quedarse callada por evitar peleas. El psicólogo preguntó por qué no pedir solo la ayuda con las actividades y cuidados de su casa, Rufina solo quiere descansar y no puede porque debe de cuidar a su esposo y a su hija, ellos la necesitan ya que le soluciona sus problemas, siempre que le pide ayuda a su hija ella se niega y le dice que no puede por su hijo y por su esposo, Rufina se siente defraudada ya que nadie la apoya y la culpan de ser muy exagerada de no poder con sus cosas en su mayoría por cuestiones económicas. El grupo se queda callado ante lo comentado por Rufina en una actitud pensativa y receptiva hacia lo expuesto por Rufina, Raquel y Candido.

El psicólogo les invita a participar y dar opiniones. El grupo permanece callado. El que participa es Cándido, ya que el siempre ha estado solo y no tiene que pedirles a nadie nada, dice que siempre ha estado solo desde niño y por eso no necesita de nadie, Rufina le dice que ella lo ha intentado y no ha podido hacer que su hija se vaya de su casa o que por lo menos le ayude económicamente o en los deberes y ya no puede exigirle nada más, les comente al grupo que la ayuda de la gente es útil. Mas no necesaria el poder tomar lo que nos sirve o podemos utilizar puede ser a veces algo que no pedimos.

ANALISIS

TECNICA ABC

A EVENTO ACTIVADOR	B CREENIA IRRACIONAL	C CONDUCTA	INTERVENCIÓN
Estar enfermos de diabetes	Se van a morir y no van a poder cuidar a sus familias	Resentimiento con las personas y con ellos mismos por no cuidarse.	La diabetes es una enfermedad que necesita cuidados y atención más por parte de ellos mismos si esperan a que las demás personas lo hagan cuando podrán ¿mejorar?
	Buscar un culpable	Culpar a las demás personas por no ayudarles a salir de sus problemas	Los cuidados de la salud es personal el poder brindar una ayuda es bueno mas no obligado para su atención
Los hijos que no le ayudan	Son mal agradecidos y no valoran lo que hacen por ellos	Reproches y disgustos con los integrantes de la familia	El negociar las actividades que pueden realizar aparte de lo económico. La ayuda no solo es económica sino puede darse de diferentes formas solo hay que pedirla y no temer a las negativas de las personas

QUINTA SESION 30/01/2012

- *CANDIDO RUIZ
- *GRACIELA ALDANA
- *EVA RUIZ
- *RAQUEL DELGADO
- *ROMUALDA FRANCISCO
- *RUFINA BARRERA
- *GUADALUPE CHAVEZ
- *ROSA MARIA RENDON
- *MARIA OLGA FUENTES

Se inició la sesión a las 10:00 a.m. con 3 integrantes comentando sobre su fin de semana.

Candido mencionó que le dijo a una de sus hijas que no le gustaba salir debido a la multitud y el tráfico ya que éstas lo desesperan y a donde fueran habría mucha gente y como no podían hacer nada prefirió quedarse en su casa. El psicólogo comentó que en efecto las aglomeraciones son molestas y que en el caso de Cándido le impedían salir de casa.....

El hecho de poder convivir con gente extraña para Cándido cuándo los demás tal vez no lo noten se suma Eva que salió con su esposo a caminar a Chapultepec y que salen seguido y les ayuda a platicar, Cándido guarda silencio por unos momentos y comenta que no le agrada salir, pero que el buscar lugares menos concurridos para platicar o hacer ejercicio le llaman la atención Rufina comentó que en su casa van sus hijos y que ya no hace de comer y que siempre le dejan todo el trabajo a ella, solo vive con una hija la cual tiene un niño de año y medio con problemas de motricidad, ella le brindo su casa cuando estaba embarazada porque no quería que estuviera sola ya que su esposo trabaja fuera de la ciudad , ella le ha dicho que le ayude en los gastos de la casa a lo cual ella le comenta que a su esposo no le alcanza para los gastos ya que todo lo dan a los tratamientos y gastos del niño.

Rufina ya quiere que se vayan porque se siente cansada ya que le deja todo a ella y no se apoyan en los deberes, ellos se van a ir en lo que encuentran un crédito para una casa, Olga le comento que separará la relación con su hija que ella les dijo a sus hijas que su casa se respeta y tiene que valerse como mamá y hablar con su hija y no con su yerno ya que no es de su familia. Rufina comenta que solo quiere que le ayuden. Le comento el psicólogo que de la misma forma en la cual pudo dejar de cocinar cuando

llegan su hijo puede negociar los deberes con su hija. Que lo que le comenta Olga puede servir pero lo que ella busca es el ¿respeto? O la ayuda económica si ella se lo pide a su hija no la coloca como una mama desconsiderada por la situación que presenta su hija con el niño, mas al contrarió como una persona capaz de poder organizar y pedir ayuda.

El grupo en general tomó la idea de poner límites, ya que los hijos abusan de su apoyo y los obligan a servirles. El poder demostrar que los quieren no es a través de la servidumbre y mas no es necesario sentirse prácticos o indispensables ya que cada uno de sus hijos ha creado una familia nueva a ellos ¿quién les ayudo a formar la suya.?

ANALISIS TECNICA ABC

A EVENTO ACTIVADOR	B CREENCIA IRRACIONAL	C CONDUCTA	INTERVENCIÓN
Salir a pasear Cándido con su hija	No puede hacer nada por la multitud y el trafico	Lo desesperan y prefiere quedarse en casa	Estamos inmersos en una sociedad y cualquier lugar que asista se encontrara rodeado de mucha gente como en el caso del grupo del cual se ha integrado. Esto porque de ellos ha aprendido cosas nuevas y ha aportado algo a ellos, lo mismo puede suceder en otros lados. No en todos los lados concurridos pueden ser tan malos como el deportivo o lugares para platicar con alguien a lo cual comenta que le agrada asistir al grupo porque con ellos aprende como mejorar en su estado de salud y se divierte cuando salen a paseos.
Los gastos de la casa	Le deja todo a ella y no se apoyan en los deberes	Que se vayan	Si se puede expresar sobre sus necesidades y molestias no la coloca como una mama desconsiderada por la situación que presenta su hija con el niño, mas al contrarió como una persona capaz de poder organizar y pedir ayuda
Los hijos que no le ayudan	Son mal agradecidos y no valoran lo que hacen por ellos	Reproches y disgustos con los integrantes de la familia	El negociar las actividades que pueden realizar aparte de lo económico
Los hijos abusan de su apoyo	Los obligan a servirles	Demostrar que los quieren a través de la servidumbre	Sentirse prácticos o indispensables ya que cada uno de sus hijos ha creado una familia nueva a ellos quien les ayudo a formar la suya

ULTIMA SESION

“APLICACIÓN DEL IDARE “

- *ROSA MARIA RENDON
- *ROSA MARIA PALACIOS
- *ROSA GRANADOS GARCIA
- *MARIA OLGA
- *ERNESTINA
- * FRANCISCO
- *EVA RUI Z
- *ROSA IBAÑEZ

Se aplicó el inventario de ansiedad IDARE y la muestra de glucosa casual, al término se retomó la sesión compartiendo lo obtenido en las sesiones que se tuvieron.

Comentan que se obtuvo una nueva forma de ver su vida ya que siempre exigen que se les cumpla por el hecho de ser adultos y entenderlos por su enfermedad. El psicólogo comenta que por el hecho de estar enfermos si se encuentran en una situación diferente y tal vez difícil o trágica mas no trágica si ellos no lo permiten. El hecho que las demás personas tienen problemas y diferenciar que cada quien es el responsable de lo que realiza con su vida. Rosa comenta que ha adquirido el hábito de hablar con sus hijas y poder escucharlas ya que dice que siempre había estado mal al no permitir conocer a las personas que la rodean, agrega que la importancia de poder atenderse sin ponerle tanta importancia a lo que la gente pueda pensar, Olga comenta que el hecho puede salir de su esfera, pensando que solo ella puede salir sin la ayuda e los demás y darse cuenta que al igual ella tiene problemas como las demás personas y compartir algo que tal vez la gente no entendía le era muy difícil. Decidió dejar que la conozcan y darse a conocer con sus compañeras le da mucho gusto.

Se comento al igual sobre poder reflexionar sobre sus actividades implicando quitar el miedo a poder fracasar teniendo el fracaso como una opción no como un castigo que la demás gente pudiera esperar, el psicólogo compartió que un fracaso si es un error pero algo en lo cual podemos aprender y mejorar lo bueno y lo malo lo ponemos cada quien solo tenemos que saber que nos puede ser útil y en que podemos mejorar si nuestras capacidades lo permiten, Buscar una solución a su vida y sus problemas que son los que le permiten disfrutar y esto los deprime, estos problemas siempre se encuentran

como dinero, enfermedad o muerte, pero no son fracasos o castigos simples hechos de cualquier ser humano.

Eva comenta que ella aprendió que el poder hablar sobre sus problemas al comentar lo que les parece y no. Les da la opción de permitir y recuperar el derecho de elegir sin necesidad de preocuparse por no tener la aceptación de los demás y sentirse solos e inútiles.

ANALISIS

TECNICA ABC

A EVENTO ACTIVADOR	B CREENIA IRRACIONAL	C CONDUCTA	INTERVENCIÓN
ser adultos y su enfermedad	situación trágica	exigen que se les cumpla	estar enfermos si se encuentran en una situación diferente y tal vez difícil mas no trágica si ellos no lo permiten como siendo consciente de la importancia de atenderse y observar sus necesidades
no permitir conocer a las personas que la rodean	solos puede salir sin la ayuda e los demás	Aislarse	Dejar que los conozcan y conocer con sus compañeras puede obtener y brindar mucho gusto.
poder fracasar	castigo que la demás gente pudiera esperar	Depresión	un fracaso si es un error pero algo en lo cual podernos aprender y mejorar lo bueno y lo malo lo ponemos cada quien solo tenemos que saber que nos puede ser útil y en que podemos mejorar si nuestras capacidades lo permiten
hablar sobre sus problemas	no tener la aceptación de los demás	sentirse solos e inútiles	al comentar lo que les parece y no. Les da la opción de permitir y recuperar el derecho de elegir

ANEXO 2.- INVENTARIO IDARE



28-2

UNIVERSIDAD INSURGENTES BIBLIOTECA IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación
por

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

Nombre: _____ Fecha: _____

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

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

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

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

0101

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SAI

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

- ARAGON Mitjans Joaquin Ma. Temas Fundamentales de Psicología Barcelona
- ARTHUR M. Nezu, Chistine Maguth NEzu, Elizabeth Lombardo. “Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas”. México, Manual Moderno 2006.
- American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington D.C.: American Psychiatric Association. 2000.
- ANDERSON J., Freedlan K., Clouse R (2000). Facilitating self care through empowerment Edt. Psychology in diabetes care. London.
- ALPIZAR Salazar Melchor Dr. (2001). “Guía para el manejo Integral del Paciente Diabético”. Manual Moderno. México D.F.
- ALVAREZ Alva Rafael Dr. (2002) “Salud Publica y Medicina Preventiva” segunda edición. Manual Moderno. >México D.F.
- AYETARAN, S. (1996). “El grupo como construcción social”. Barcelona: Plural.
- AYLLON T. y N.h.Azrin. (1968). “The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation”. Nueva York.
- BARLOW, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). “Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial”. *JAMA*,
- BATALLA, Cristina, BAÑOS, Rosa María. (2003). “Fobia social: avances en la psicopatología del trastorno de ansiedad social”. Barcelona: Paidós c.
- BECK A. T. (1980). “Cognitive Therapy and the emotional Disorders”. Nueva York: International University Press.
- BECK A T, (1981). “Cognitive Therapy The Depression” Munich Urban &schwarzeberg.
- BECK S, Judith. (2000) “Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización”. Barcelona: Gediza. Prólogo A. Beck.
- BEJARANO, Angelo (1972). Resistencia y transferencia en los grupos. En: Anzieu, Didier.

- BENEDITO Monleón María Carmen. Carrió Rodríguez María Carmen, Del Valle Del valle, Gema, Domingo González Agustín. (2004) “Protocolo de Tratamiento Psicológico Grupal para Abordar Sintomatología Depresiva”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 24 núm. 92, Valencia España.
- BERNARD, Marcos (2006). El trabajo psicoanalítico con pequeños grupos. Buenos Aires: Lugar editorial.
- BERRIOS G. Link C: (1995) Anxiety disorders, in A History of Clinical Psychiatry. Edt Berrios G. Porter R. New York.
- BLEGER, José (1967). Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- BREUER Josef / Sigmund Freud: *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung*. In: Neurol. Zbl. 12 (1893), S. 4-10, 43-47; zugleich in: Wien. med. Blätter 16 (1893), S. 33-35, 49-51
- BOBES GARCÍA, Julio. (2002), “T. A. G.”. Barcelona psiquiatría.
- BOCAT S. Guma (1991). “Modelo combinado de Terapia Conductual”. México.
- BOTELLA, C. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico”. *Psicothema*, 13, 465-478.
- CAPAFONS, A. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada”. *Psicotema*, 13, 442-446.
- CABALLO, Vicente E. (1995) “Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta”. Ed. Siglo XXI. Tercera edición.
- CAMPUZANO, M. (1986). Revisión histórica de algunas de las corrientes teóricas en la psicoterapia de grupo. Revista de Análisis Grupal (México), IV
- CAMPUZANO M (1996) Grupos de ayuda y psicoanálisis grupal. Edit. Addictus. México
- CARMINE Pascuzzo Lima. (2008), “Farmacología básica” Venezuela.
- CAUTELA, Joseph R, GRODEN, June. (1995) “Técnicas de relajación: manual práctico para adultos/niños y educación especial”. Barcelona.
- CHAMBLESS, D.L., Sanderson, W.C., Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, et al. (1996). “An update on empirically validated therapies. The Clinical Psychologist”. 49, 5-19.

- CLARK WI (1999)“advocating for the child with diabetes”. Diabetes spectrum.
- CIDE (1987). “Técnicas participativas para la educación popular”. Santiago:
- CIRIGLIANO, G., Villaverde, A. (1966). “Dinámica de grupos y educación”. Buenos Aires: Humanitas.
- CODERCH Juan. (1991). “Psiquiatría Dinámica”. Barcelona: Herder
- COLE, S. (1983). "Self-help groups". En: KAPLAN Y SADOCK (Eds.). Comprehensive group psychotherapy. Williams & Wilkins, Baltimore/London
- CUELI J. (1990). “Teoría de la Personalidad”. México: Trillas
- DE LA GANDARA Martin Jesús, CARLOS Fuertes Rocañi José. (1999) “Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento”. Madrid.
- Dr. D ALARCON. Renato, Dr Mozzotti Guida. (2004) “Psiquiatría 2da edición” Manual Moderno México.
- DOMINGUEZ Trejo, Benjamín. (2002), “Manual para el taller teórico/práctico del manejo de estrés”. México.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (2006). Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- ELLIS Albert. Abrahms Eliot. (2005) “Terapia Racional Emotiva” México.
- ELLIS Albert. E. Bernard Michel. (1990),“Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva”. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- ESCÁRCEGA Sánchez Jorge. (2006), “El Psicoanálisis Grupal no es un Psicoanálisis Individual “En Publico”: El Problema de la Interpretación en el Grupo”. Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica En Grupo. México.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1988.
- EYSENCK, H. J. (1952). “The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology”. 16(5), 319-324.
- FREIRE, P. (1990). “La naturaleza política de la educación”. Barcelona: Paidos
- FREEMAN A Pretzer J, fleming B 1990 “Clinical applications of Cognitive Therapy” New York, edt. Plenum.

- FREUD, S. (1921). "Psicología de las masas y análisis del yo". En: Obras completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- FREUD S. (1926) Inhibitions, symptoms and anxiety HOLLADER Eric, Simeon Daphne. (2004)
- GARCÍA, D. (1997). "El grupo: métodos y técnicas participativas". Buenos Aires: Espacio
- GANZARÍN Ramón D, (1999), "Psicología y Terapias Psicoanalíticas de los grupos" (1999) Revista Chilena de Psicoanálisis Vol. 16 Numero 2. Chile.
- GOLDFRIED, Marvin R. (1996) "De la terapia cognitivo=conductual a la psicoterapia de integración".
- GOLDMAN, Howrd H. (2001). "Psiquiatría General". México: Manual Moderno
- GONZÁLEZ N. José J. (1999). "Psicoterapia de Grupos". México: Manual Moderno
- GONZÁLEZ N. José J., Monroy Anameli. (1999). "Dinámica de Grupos Técnicas y Tácticas". México: Pax México
- HARRISON (1998) "Principios de medicina interna" 14ª edición Madrid Mc Graw Hill
- HAMADACHE, A. (1995). "Relaciones entre la educación formal y la no-formal".
- HAMILTON M.C. (1969). "Diagnosis and Rating of Anxiety" Br. Psychiatry.
- HAYNAL A., Willy P. (1980). "Manual de Medicina Psicosomática". Barcelona: Toray-Masson,s.a.
- HOFMANN, S. G., & Smits, J. A. (2008). "Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials". J Clin Psychiatry.
- HOLLADER Eric, Simeon Daphne. (2004). "Guía de Trastornos de Ansiedad". Madrid, España: Elsevier.
- HOLLAND J.G. y b.f. Skinner. (1976) "Analyse des verhaltens", Munich.
- HOLST Schumacher Federico, Quirós Morales Diego, (2010), "Control del Estrés, Ira y Ansiedad en Pacientes con Hipertensión Arterial Mediante TREC". Revista Costarricense de psicología Vol. 29 No. 43. Costa Rica.
- INFORME DE ACTIVIDADES EN LA UNIDAD MÉDICA SIS-SS-CE-H 20011).
- JAÉN A. Rolando, (2012) "Terapia Cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y ansiedad". www. psiesa.com.

- JIMENEZ Chafey María I. Dávila Mariel. (2007) “Psicodiabetes” Avances en psicología Latinoamericana. Volumen 25. Bogotá Colombia.
- KRIZ Jûrgen, (2007) Corrientes fundamentales en Psicoterapia” Amorrortu. Buenos Aires – Madrid.
- KAHN Rolnald Weir Gordon C.(2005_)“Joslin`s Diabetes Mellitus” Boston EEUU Ed.Lippincott Williams & Wilkins
- KAPLAN, Harold I. SADOCK, Benjamín J. “Terapia de grupo”. Ed. Médica Panamericana. 3ª. Edición. España 1996.
- KAËS, R. (1978/1982). Imagos y complejos fraternos en el proceso grupal. En: Martí i
- KAES, R. (1993). El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1995.
- KERNBERG, Otto (1975). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. México: Paidós,
- KLEIN M. “Amor,Culpa y reparación” Obras completas New York. edt Delta 1975.
- LARA Esqueda Agustín, Aroch Calderón Arturo, Aurora Jiménez Rosa (2004) “Grupos de Ayuda Mutua: Estrategias para el Control de la Diabetes e Hipertensión Arterial.” Archivos de Cardiología en México, Vol. 74 Num.4. México DF.
- LAWRENCE C. Kolb. (1992). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
- LOEW, V., Figueira, G. (1988). “Juegos en dinámica de grupo”. Buenos Aires: Club de Estudio.
- LOPEZ Ibor .J.J. (1974). “El cuerpo y la Corporalidad” Madrid Gredos.
- LORENTE I. (2007). “Falta De Aceptación De La Diabetes: Un Enfoque Diagnostico y Terapéutico”. Avances en Diabetologia, Vol. 23 Núm. 2 Pamplona España.
- LUENGO B. Domingo. (2003). 2 Vencer la Ansiedad: Una Guía para Pacientes y Terapeutas”. Barcelona: Paidos.
- LYDDON, William J. JONES JR, John V. (2002) “Terapias cognitivas con fundamento empírico”. Ed. Manual Moderno. México.
- MAISONNEUVE Jean. (1983) “Dinámica de los Grupos”. Buenos aires. Nueva Visión.

- MANUAL DISEÑO Y CONDUCCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMA DE SALUD VOLUMEN II. (1998) Coordinación de Investigación Médica IMSS..
- MARGRAF, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. & Telch, M.J. (1993). “Psychological treatment of panic. Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up”. *Behaviour Research and Therapy*.
- MARTÍNEZ, H. (1991). “Dinámica de grupos y técnicas participativas”. Santiago: PIIIE.
- MEICHENBAUM, D. (1997). “El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual.” En I. Caro (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- MELCHOR Alpizar Salazar (2001) “Guía para el manejo integral del paciente diabético” Manual Moderno México D.F.
- MENDEZ Carrillo Francisco Javier, Beléndez Vázquez Marina (1994) “Variables Emocionales Implicadas en el Control de la Diabetes: Estrategias de Intervención”. Anales de Psicología Murcia España.
- ORGILÉS Amorós Mireia, Méndez Carrillo Xavier, (2007). “La Terapia Cognitivo-Conductual en Problemas de Ansiedad Generalizada y Ansiedad por Separación: Un análisis de su eficacia”. Anales de Psicología Vol. 19 Núm. 2. Murcia España.
- MOSCOVICI, S. (1981). La era de las multitudes. Un tratado histórico de la psicología de las masas. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- MUÑOZ-REYNA, AP, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR, (2006)“Influencia de los Grupos de Ayuda Mutua entre Diabéticos Tipo II: Efectos en la Glucemia y Peso Corporal” Archivos de Medicina Familiar, Vol. 9 México DF.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.
- SCHADEWALDT H. (1987) “The history of Diabetes Mellitus” Berlin Springer Verlag.
- SLAIKEU. K. (1992) “intervención en crisis” México Manual Moderno.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992) “Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud CIE-10”.

- PARDO Merino Antonio; RUIZ Díaz Miguel, (2002) "Spss 11: Guía para el Análisis de Datos". McGraw-Hill Interamericana De España, S.A..
- PICHÓN-Reviere, E. (1971). Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva
- PLATAFORMA DE INFORMACIÓN DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA (2011).
- PUGET, Janine (1988). Formación psicoanalítica de grupo: ¿un espacio o tres espacios?, ¿son superpuestos? *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*, XII (1 y 2), 1989.
- PORTILLA Lilia, Romero Marie Isabel, Román Jorge. (1991) El Paciente Diabético, Aspectos Psicológicos de su Manejo". *Revista Latinoamericana de Psicología* Vol. 23 Núm. 002 Bogotá Colombia.
- POVES Oñate Silvia, Romero Gamero Rafael, Vucínovich. (2009), "Experiencia Grupal Breve para Pacientes con Trastornos de Ansiedad en un Centro de Salud Mental". *Revista de la Asociación Especialista de Neuropsiquiatría*. Sevilla España.
- RENATO. D. Alarcón, Guido Mazzotti (2005). "Metodología Teórica y Psiquiatría". Manual Moderno
- RIVEROS Rosas Angélica. Sánchez Sosa Juan Jose. (2009) "Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)" Manual Moderno México D.F.
- RIVEROS Angélica. Ceballos Gabriela, Ricardo Laguna, Sánchez Sosa Juan José. (2005) "El Manejo De La Hipertensión Esencial: Efectos De Una Intervención Cognitivo- Conductual" *Revista latinoamericana de psicología* volumen 35.
- RYDEN o. Nevander L. Johnsson P. (1994) "Family Therapy in Doorly controlled juvenile IDDM."
- ROBERTO Hernández Sampieri. CARIOS Fernández Collado. PILLAR Baptista Lucio. (2000) "Metodología de la Investigación". Mc Graw Hill.
- SAFRAN, Jeremy D. (1994) "El proceso interpersonal en la terapia cognitiva". Barcelona, Paidós.
- SEMERARI, Antonio. (2002) "Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva". México Barcelona. Paidós.

- SIERRA Juan Carlos, ORTEGA Virgilio y ZUBEIDAT Ihab (2003) ."REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA" / V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR.
- SOLLOA G. Luz M. (2006) "Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento". Ed. Trillas. México.
- SPIELBERG, Charles Donald, (2002). "STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: manual". Madrid: TEA.
- TAPIA Conyer. (2005) El manual de Salud Pública. Ed. Intersistemas. México.
- TOBAL, F Miguel. (1998). Ansiedad y estrés en los estudiantes de odontología. Tesis doctoral & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. Departamento de Psicobiología.
- SUIAN, Richard M. (1993) "Entrenamiento de manejo de ansiedad: una terapia de conducta". Tr. Susana Gasbeña. Bilbao: Desclea de Brouwer.
- TRULL J. Timothy, PHARES E. Jerry. (2003) "Psicología clínica". Ed. Thomson Sexta edición. México.
- VALLEJO Pareja, M. A. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo". *Psicothema*, 13, 419-427.
- W. Linford Rees 1974. "Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo".
- WILLIS T. (1674)"Pharmaceutica rationalis sive dia tribe de medicamento rum operationibus in humano corpore" 2vol. London.
- WILSON, R. Raid. "¡No al pánico!: como controlar los ataques de angustia". Santiago de Chile: Cuatro vientos, c. 2002.

PAGINAS DE INTERNET

- [.http://www.clinicadeansiedad.com/02/43/Ansiedad_Generalizada_\(TAG\):_Criterios_Diagnosticos_según_las_Clasificaciones_Internacionales.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/43/Ansiedad_Generalizada_(TAG):_Criterios_Diagnosticos_según_las_Clasificaciones_Internacionales.htm)
- http://www.dre-learning.com.mx/mdli/parte_4.htm
- <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/rojtm1.htm>
- <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484Ç> febrero del 2010
- <http://www.la-ansiedad.com/>

- <http://www.miguelhidalgo.gob.mx/programas/view/estadisticas/paginas/1-poblaci-n>.
Febrero 2012
- <http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/anxiety.html>
- <http://psicologia.academia.cl/documento3.doc> visto el día 29 de feb. 2008-01-29 a las 10:57 pm.
- http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_24.htm
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=466> **Psicothema** 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 442-446 tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada
- http://www.ucm.es/info/seas/ta/trat_efi.htm visto el 29 de marzo de 2008 11:01 pm
- http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitiva
- <http://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>