



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"Programa para el control de estrés en niños  
diagnosticados con cáncer"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**I t z e l S a l i n a s M a r t í n e z**

Directora: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Dictaminadores: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**

Dr. **José de Jesús Vargas Flores**



**Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero que nada, me gustaría agradecer a mi familia, por su apoyo, porque gracias a ello, hoy puedo concluir una etapa en mi vida, para mi importante, que en algún tiempo pause, pero que hoy termino, quizá, tiempo después, pero más vale tarde que nunca. Tal vez, tropiece mil veces, en este nuevo reto, pero sé que ellos siempre me van a apoyar en todo, algunas veces no estarán de acuerdo, pero sé que ellos siempre van a querer lo mejor para mí.

Gracias por apoyarme y nunca dejarme sola cuando he necesitado su apoyo.

También, agradezco a mis amigas y amigos, quizá, algunas veces me es complicado convivir con ustedes, pero ustedes también han sido parte de este éxito, pues cuando he necesitado aclarar cuestiones tanto personales como escolares, ustedes me han ayudado.

Aunque mi familia y mis amigos me han apoyado en todos este camino, no puedo olvidar a mis profesores, quienes en muchas ocasiones me han orientado, y me han enseñado con base a sus experiencias, sé que ahora me toca vivir mis propias experiencias, pero recordaré algunas de las experiencias que compartieron conmigo para ser mejor y dar lo mejor, gracias por todo.

## ÍNDICE

Introducción	1
Capítulos	
1. Cáncer Infantil	3
1.1. Cáncer	4
1.2. Principales pruebas y procedimientos diagnósticos	7
1.3. Tratamiento del cáncer infantil	7
1.4. Impacto psicológico de la enfermedad en el niño	10
2. Estrés	14
2.1. Antecedentes	15
2.2. Modelos teóricos	17
2.3. Tipos de estrés	24
2.4. Síntomas	25
2.5. Factores estresantes	26
2.5.1. Edad	27
2.5.2. Género	29
2.5.3. Tipos de personalidad	29
2.5.4. Valores, creencias y actitudes	30
2.5.5. La amenaza percibida por la persona	30
2.5.6. Hábitos de conducta	31
2.5.7. Alexitimia	31
2.5.8. Estilos de afrontamiento	31
2.6. Efecto del estrés en la salud	33
3. Evaluación	37
3.1. Evaluación de los aspectos situacionales	38
3.2. Evaluación de los aspectos cognitivos	42
3.3. Evaluación de los aspectos motores	43
3.4. Evaluación de los aspectos fisiológicos	44

4. Técnicas usadas para control de estrés	46
4.1. Inoculación de estrés	47
4.1.1. Bases teóricas de la inoculación de estrés	48
4.1.2. Fases de la inoculación de estrés	48
4.2. Terapia Racional Emotiva Conductual	51
4.2.1. Conceptos básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual	52
4.2.2. Procedimiento básico de la Terapia Racional Emotiva Conductual	56
4.2.3. Estilo terapéutico y relación con el paciente.	60
4.2.4. Técnicas de tratamiento de la terapia racional emotiva conductual.	60
4.3. Terapia Cognitiva	67
4.3.1. Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva	68
4.3.2. Procedimiento básico de la Terapia Cognitiva	72
4.3.3. Estructuración del proceso terapéutico en la Terapia Cognitiva	72
4.3.4. Técnicas de tratamiento en la Terapia Cognitiva	75
4.4. Relajación	87
4.4.1. Relajación Progresiva	88
4.4.2. Procedimiento de la Relajación Progresiva	89
4.4.3. Variaciones de la Relajación Progresiva	90
4.4.4. Técnicas de Respiración	91
4.5. Técnicas psicológicas utilizadas en niños con cáncer	92
5. Propuesta	97
5.1. Primera sesión	99
5.2. Segunda sesión	100
5.3. Tercera sesión	102
5.4. Cuarta sesión	103
5.5. Quinta sesión	104
5.6. Sexta sesión	105
5.7. Séptima sesión	106
5.8. Octava sesión	107

Conclusiones	109
Referencias	111
Anexos	116
Anexo 1	116
Anexo 2	117
Anexo 3	120
Anexo 4	121

# INTRODUCCIÓN

Hoy en día, mundialmente nos enfrentamos a diversas enfermedades, que ya no sólo las padecen las personas adultas, pues también las padecen niños, como es el caso de las enfermedades crónicas degenerativas. Actualmente cada vez son más los niños que son diagnosticados con algún tipo de cáncer infantil, las estadísticas a nivel mundial señalan que cada año más de 160,000 niños son diagnosticados con cáncer, convirtiéndose en una problemática a la que hay que poner atención, pues es una de las principales causa de muerte infantil.

En México, de acuerdo a los datos estadísticos de la Secretaria de Salud del 2015, se estima que existen anualmente entre 5,000 y 6,000 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, destacando principalmente la leucemia, pues representa un 52% del total de los casos. Gracias al avance científico respecto a esta enfermedad, el diagnóstico a tiempo es importante debido a que si se detecta en la primera etapa se puede curar, según sea el tipo de cáncer, o controlarse para evitar una muerte temprana. Sin embargo, no hay que olvidar que la persona no sólo es afectada en la cuestión biológica, ya que la enfermedad tendrá un impacto psicológico y socialmente, pues no olvidemos que la persona es un ser biopsicosocial, que de acuerdo a Engel y su modelos biopsicosocial, en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, es decir, tanto en lo que respecta a un estado de salud como en los diferentes niveles de enfermedad estarán implicados estos tres factores (Lahaim, 2006). Es por ello que el trabajo del oncólogo siempre deberá ir acompañado del trabajo de otros profesionista, como pediatras, nutriólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros.

Específicamente hablando del psicólogo, este tiene una tarea importante durante y posteriormente del tratamiento médico, pues la atención psicológica no se limita únicamente al momento del diagnóstico de la enfermedad, sino que su apoyo será fundamental a lo largo del proceso de la enfermedad, con el fin de garantizar la

mayor adaptación a la nueva situación y el mayor afrontamiento, tanto por parte del paciente como de las personas que lo rodean (Albarracín y Berdullas, 2006), pues estas últimas son el principal apoyo social con el que el niño cuenta.

Algunas investigaciones realizadas mencionan que el niño con cáncer tiende a presentar estrés, ansiedad, depresión o estrés postraumático, debido a que no saben cómo sobrellevar la noticia, al impacto de las quimioterapias, las radioterapias u otros tratamientos médicos, pues estas pueden resultar muy impactantes para él. El apoyo del psicólogo mediante el entrenamiento en diversas técnicas para controlar el estrés, la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático, será fundamental para que el niño sobrelleve, de la mejor manera posible, el proceso por el que pasará durante esta etapa.

### **Objetivo general**

El objetivo general del presente trabajo, es realizar una propuesta de intervención para controlar el estrés en el niño diagnosticado con cáncer para que afronte de la mejor forma posible la nueva situación ante la que se enfrenta.

### **Objetivo (s) específico (s)**

El capítulo uno, tiene como objetivo describir los modelos teóricos que explica el estrés con el fin de conocer las diferentes explicaciones del desarrollo de éste.

El segundo capítulo tiene como objetivo conocer los distintos métodos de evaluación del estrés para realizar un diagnóstico adecuado.

El capítulo tres tiene como objetivo explicar distintas técnicas de la terapia cognitivo conductual para el control del estrés.

El cuarto y último capítulo tiene como objetivo proponer un tratamiento para controlar el estrés en niños.



# 1. CÁNCER INFANTIL

Cuando a una familia llega un nuevo integrante, los padres los reciben con amor, en un inicio, temiendo a que se enferme, pues sus defensas aún no son fuertes, sin embargo, saben que el enfermarse es parte de la vida, que conforme vayan creciendo sus hijos, irán teniendo más defensas que les ayudarán a vivir, nunca llegan a pensar que su hijo podría llegar a desarrollar cáncer, enfermedad que en algunos casos ha sido mortal, ya que en ocasiones no se detectan los síntomas o los padres no prestan atención pensando que el niño simplemente presenta un resfriado o cualquier otra cosa menos cáncer. Prestar atención a cosas que a simple vista parecen no tener importancia, podría hacer la diferencia, al menos en lo que respecta a este tema.

En México, las posibilidades de que un niño diagnosticado con cáncer pueda curarse o en su caso controlarse, son altas, sin embargo, para que esto ocurra, la enfermedad tiene que diagnosticarse a una etapa temprana, ya que es cuando la enfermedad no ha avanzado ni ha afectado otros órganos ni sistemas. Para que el diagnóstico se dé a tiempo, los padres tiene que estar alertas a ciertos síntomas que el niño presenta, pues de esta forma se puede acudir al médico, quien es el responsable de diagnosticar el cáncer a través de estudios específicos que se le realizarán al niño.

En México, existen 54 Unidades Medicas Acreditadas para la atención de pacientes menores de 18 años con cáncer. Estas unidades tienen como fin vencer el cáncer, cuentan con especialistas, que harán todo lo posible para lograr su objetivo.

Sin embargo, a pesar de que durante los últimos años se ha recorrido un largo y difícil camino para conocer más acerca del cáncer, su desarrollo, y su proceso, no podemos olvidar el hecho que nos falta conocer más sobre él, pues conocer mejor la enfermedad, permitirá mejores resultados.

## 1.1. Cáncer

A lo largo de la historia, el hombre ha padecido distintas enfermedades que han afectado su salud, provocando dolor, sufrimiento e incertidumbre. Una de estas enfermedades es el cáncer, pues se ha convertido en una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en la salud y en una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad. El cáncer es un grupo de enfermedades, cada una con su propio nombre, su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En el **desarrollo normal** las células crecen, se dividen y mueren de forma ordenada, siendo la división celular muy rápida en los primeros años de vida de la persona. Posteriormente, la división de las células únicamente se lleva a cabo para reemplazar células desgastadas o moribundas y reparar lesiones. Por el contrario, el **cáncer** se presenta cuando una célula en particular sufre alteraciones o un grupo de células comienza a multiplicarse y crecer de manera descontrolada anulando a las células normales de alrededor, además, posee la capacidad de invadir órganos vecinos y órganos alejados, esto se debe a que las células enfermas al crecer sin control, adquieren tamaños y formas anormales, destruyendo las células sanas e invadiendo otros órganos y tejido. Este proceso se produce con mucha mayor rapidez en los niños que en los adultos, debido a que las células tumorales suelen ser embrionarias e inmaduras, y por lo tanto de crecimiento más rápido y agresivo.

El cáncer se presenta de distinta forma en el adulto y en el niño, además de que el cáncer en el niño no se da de por las mismas causas que en el adulto. El **cáncer infantil** es una afección rara que representa una baja proporción de los cánceres humanos, pero ocupa el segundo lugar como causa de muerte de niños y niñas de 1 a 14 años de edad (Yélamos, García, Fernández, Pascual & Nemi, Guerrero, Barragán, Rojas, Escobar, García, Díaz, 2014 & Rojas y Pérez, 2011).

De acuerdo a Yélamos, et. al., los **tipos** más frecuentes de **cáncer** en la infancia se pueden dividir en dos grandes grupos:

1) Enfermedades hematológicas: Dentro de esta clasificación está la **leucemia** y los **linfomas**.

La leucemia, es un cáncer de la sangre que se origina en la médula ósea, sustancia que se encuentra en el interior de los huesos y que produce las células sanguíneas (glóbulos rojos, blancos y plaquetas). Se produce por la proliferación incontrolada de unas células que se denominan “blastos” (glóbulos blancos inmaduros), que se acumulan en la médula ósea, desplazando el resto de células sanguíneas, por lo que el niño presenta síntomas de anemia y riesgo de hematomas. A su vez la leucemia se divide en: a) Leucemia linfoblástica aguda (LLA): Es el tipo de leucemia más común en los niños de 2 a 8 años. Afecta a los linfocitos; b) Leucemia mieloide o granulocítica aguda: Se presenta en personas mayores de 25 años, sin embargo, también aparece durante la infancia o la adolescencia. Las células malignas se originan a partir de las células que dan origen a los neutrófilos, c) Leucemia mieloide crónica: Es más rara en niños. Su característica es la presencia de un gran número de neutrófilos inmaduros.

Por otra parte, los linfomas son cánceres que se desarrollan a partir del sistema linfático, el cual forma parte del sistema inmunológico. Este sistema linfático se encuentra en una serie de órganos como son el bazo, el timo, los ganglios, la médula ósea y otros órganos que contienen tejido linfático como las amígdalas, la piel, el intestino delgado y el estómago. Los linfomas pueden dividirse en: a) Linfoma de Hodgkin, afectando a los ganglios linfáticos periféricos, en personas de 10 a 30 años y, b) Linfoma no Hodgkin, es más frecuente en los niños. Con frecuencia se desarrolla en el intestino delgado o en el mediastino (espacio entre los dos pulmones), el hígado, el bazo, el sistema nervioso, la médula ósea y los ganglios linfáticos.

- 2) Tumores sólidos: La palabra tumor no siempre implica el diagnóstico de cáncer, algunos tumores son benignos mientras que en otros las células son muy agresivas originando tumores sólidos malignos.

Los **tumores** más frecuentes en niños son: a) Tumores del sistema nervioso central: Se clasifican y denominan según el tipo de tejido en el cual se desarrollan. Puede aparecer en cualquier edad en la infancia y en la adolescencia, pero son más frecuentes entre los 5 y los 10 años de vida. Pueden producir convulsiones, cefaleas, vómitos, irritabilidad, alteraciones de la conducta, somnolencia, etcétera, b) Neuoblastoma: Es un tumor que se origina en las células nerviosas de la glándula adrenal, del tórax, del cuello y de la médula espinal. Es un tumor que generalmente se desarrolla en niños por debajo de los 5 años, c) Tumor de Wilms: Es un tumor maligno que afecta a las células de los riñones. Ocurre generalmente en niños antes de los 10 años. Los síntomas más frecuentes son la presencia de una masa abdominal, fiebre, pérdida de apetito, presencia de sangre en la orina o dolor abdominal, d) Retinoblastoma: Es un tumor maligno de la retina. Lo más frecuente es que este tumor se desarrolle en niños menores de 5 años, aunque puede aparecer a cualquier edad, e) Rabdomiosarcoma: Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células de los músculos. Aunque puede ocurrir en cualquier área muscular, las localizaciones más frecuentes son cabeza y cuello, pelvis y extremidades. Ocurre más frecuentemente en varones y en edades comprendidas entre los 2 y 6 años, f) Osteosarcoma: Es la forma de cáncer de hueso más frecuente en los niños. Generalmente, aparecen en los huesos largos del brazo (húmero) y de la pierna (fémur y tibia). Ocurre entre los 10 y 25 años, y es más frecuente en varones, g) Sarcoma de Ewing: Es otra forma de cáncer de hueso. Afecta a una parte diferente del hueso (la diáfisis o parte central del hueso) y suele presentarse en huesos diferentes a los huesos largos y huesos planos. Al igual que el osteosarcoma, generalmente se presenta entre los 10 y los 25 años y afecta más a varones que a mujeres

## 1.2. Principales pruebas y procedimientos diagnósticos

Para diagnosticar el cáncer infantil son necesarias un gran número de pruebas para determinar tanto el tipo de cáncer como su localización y su extensión. Lo habitual es que se comience con la realización de pruebas sencillas hasta llegar a un diagnóstico más específico.

Algunos **estudios** que se realizan para el diagnóstico de cáncer son: a) Análisis clínicos: Estos análisis incluyen análisis de sangre, de orina, de líquido cefalorraquídeo, b) Pruebas por imagen: Estos permiten ver determinados órganos en imágenes. Destacan las radiografías (convencional o con contraste), Tomografía Axial Computerizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), ecografía, medicina nuclear (Gammagrafía), Tomografía de Emisión de Positrones (PET), c) Pruebas endoscópicas: Permiten ver directamente el interior de un órgano o cavidad a través de un tubo. Dependiendo de la cavidad a estudiar, la endoscopia recibe diferentes nombres: colonoscopia (colon y recto), gastroscopia (estómago), broncoscopia (bronquios y pulmones), d) Pruebas histológicas: Es el estudio microscópico de las células, obtenidas por diversos métodos (Yélamos, et, al.).

Algunas de las pruebas y procedimientos diagnósticos pueden causar molestias en el niño, sin embargo, el diagnóstico acertado es indispensable para dar el tratamiento, por lo que no se puede pasar por alto realizar alguna de estas pruebas.

## 1.3. Tratamiento del cáncer infantil

En oncología pediátrica, la mayoría de los pacientes se tratan con protocolos bien establecidos. Los protocolos oncológicos son bastante complejos y demandan la intervención de un equipo multiprofesional: quimioterapeutas, cirujanos, radioterapeutas, enfermeras, nutriólogos, psiquiatras, químicofarmacéuticos,

etcétera. Desgraciadamente, la mayoría de los tratamientos eficaces conllevan toxicidad y efectos colaterales que son necesario conocer, además de adoptar medidas para minimizarlos.

El tratamiento en sus primeras etapas es muy intensivo, ya que se pretende lograr la remisión completa y por lo tanto exige hospitalizaciones frecuentes y traslado del paciente y su familia a los centros oncológicos, lo que provoca trastornos en la rutina de la vida familiar y en la escolaridad de los niños (Vargas, 2000), además, de acuerdo a Redd (1990) citado en Soutullo y Mardomingo (2010), también causa estrés, ya que el tratamiento suele ser agresivo y doloroso.

De acuerdo a Nemi, et, al. (2014) & Vargas (2000), el **tratamiento** del cáncer en el niño es el siguiente:

- a) Cirugía: Consiste en retirar el tumor del cuerpo, aunque no siempre es posible, ya que quitarlo por completo depende del tamaño del tumor, del lugar donde se encuentra y si está en contacto con órganos vitales o vasos sanguíneos importantes. La cirugía sigue siendo un arma terapéutica esencial en muchos tumores sólidos. Los principios de la cirugía oncológica en la actualidad son cirugía con bordes de tejido sano pero no mutilante. En tumores, que por el estudio clínico e imagenológico se consideran inoperables, se realiza quimioterapia previa para reducir el tamaño tumoral.
- b) Quimioterapia: En este tratamiento se utilizan diferentes medicamentos que son capaces de destruir células malignas o que pueden detener su multiplicación.

La quimioterapia fue introducida a fines de la década de los 40's por Goodman, Gilman y Farber. Es uno de los pilares del tratamiento del cáncer infantil, actualmente hay en uso más de 30 drogas aprobadas internacionalmente, y una decena de otras se encuentran en protocolos experimentales.

En la actualidad, se tiende a utilizar los agentes quimioterápicos en combinación para aprovechar el sinergismo. Sin embargo, una de las

importantes limitaciones de los quimioterápicos es la toxicidad provocada por su mecanismo de acción de interferir el ciclo celular que es común a todas las células del organismo, especialmente aquellas que tienen una gran multiplicación celular.

- c) Radioterapia: Es la aplicación de rayos de alta energía capaces de destruir células cancerosas. Es un procedimiento muy útil en numerosas neoplasias, ya que proporciona tasas elevadas de control local tumoral de la zona tratada: tumores cerebrales, sarcomas, Hodgkin, retinoblastoma, tumor de Wilms, leucemias y linfomas. Sin embargo, las secuelas que produce, a largo y a corto plazo, en los tejidos en crecimiento ha obligado a disminuir dosis o a prescindir de esta técnica en algunas circunstancias.
- d) Trasplante de médula ósea: Es una quimioterapia muy intensiva y en muchos casos radioterapia corporal total que producen una ablación de la neoplasia y de la médula ósea, la que es rescatada por el trasplante. Es un procedimiento sumamente complejo y que requiere de un equipo muy bien entrenado y de infraestructura y técnicas especiales, todo lo cual hace que los costos sean muy elevados y que solo algunos centros puedan realizarla.
- e) Tratamiento de soporte: Además de las modalidades de tratamiento específicas, el niño con cáncer requiere un tratamiento de soporte muy intenso y complejo que incluye la ayuda psicológica, nutricional, transfusiones de hemoderivados, tratamiento de las complicaciones infecciosas y metabólicas, ayuda escolar, manejo del dolor, manejo de los vómitos, etcétera. Además, se debe seguir con un control después de finalizado el tratamiento.
- f) Por último, toda asistencia a un niño con cáncer debe contemplar un programa de cuidados paliativos y de enfermo terminal. Es un imperativo ético no abandonar y seguir con los cuidados correspondientes de aquellos niños que recaen y se hacen refractarios al tratamiento

El tratamiento del cáncer infantil es muy complejo al combinar numerosos procedimientos, por esto, como se mencionó anteriormente, debe ser un

tratamiento integral que contemple los aspectos médicos, asistencia psicológica, de enfermería, paliativa, etcétera (Nemi, et, al. 2014 & Vargas 2000).

#### **1.4. Impacto psicológico de la enfermedad en el niño**

Cuando una persona padece una enfermedad, existirán fenómenos antes, durante y después de la enfermedad que están mediando dicho proceso, tales como el estilo de vida, el afrontamiento a la enfermedad, estrés, depresión, redes sociales de apoyo, etcétera. En lo que respecta a las reacciones psicológicas de los pacientes pediátricos, estarán influidas por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño, las habilidades de afrontamiento que haya desarrollado o aprendido, la frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar (2008). El conocer el diagnóstico de cáncer representa un fuerte impacto, asociado a estrés y altos niveles de ansiedad y preocupación tanto por parte del paciente como de los familiares (Cruzado, A. citado en INFOCOP ONLINE, 2011)

Es muy posible que a raíz de la enfermedad y de su ingreso en el centro hospitalario el niño cambie sus motivaciones y modifique sus valores, alterando el significado de los estímulos a los que está expuesto. Por consiguiente, la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño a causa de la enfermedad suscitan cambio en el comportamiento que debido a su intensidad pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas como ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social, problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento que se le recomienda seguir, entre otros. Además, tanto el paciente con cáncer como los familiares han de afrontar, a lo largo del proceso de la enfermedad y de la supervivencia, múltiples estresores muy prolongados en el tiempo, que constituyen desafíos que pueden ocasionar un alto nivel de sufrimiento sino se



previenen o se tratan desde los momentos iniciales (Cruzado, citado en INFOCOP ONLINE, 2011 & 2008). Además, generalmente el niño tiende a desarrollar estrés, ansiedad y depresión como respuesta a la enfermedad y las repercusiones que esta tiene en la vida cotidiana del niño.

El enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como son los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado por sus repercusiones psicológicas. El niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones como el miedo, la ira, la soledad, el estrés, la ansiedad o la depresión. Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad. Al conocer el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir y, de igual modo, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y sus miedos (Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada, 2004 & Alarcón, 2007).

A lo largo del tratamiento, el niño con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad, por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, para identificar el tipo de cáncer y determinar el mejor tratamiento se llevan a cabo numerosas pruebas diagnósticas que resultan dolorosas y aversivas para el niño. La prueba diagnóstica inicial en las leucemias es un análisis de sangre y posteriormente un examen de la médula ósea. La aspiración de médula consiste en la inserción de una aguja larga en el hueso de la cadera y en la succión de una porción de médula mediante una jeringuilla para obtener una muestra y poder detectar la presencia o ausencia de células cancerosas. Con el propósito de conocer si la enfermedad se va extendiendo al sistema nervioso

central se lleva a cabo una punción lumbar. El procedimiento consiste en la introducción de una aguja delgada entre la 4ª y 5ª vértebra lumbar para tomar una muestra de fluido cerebroespinal o, en su caso, inyectar algún fármaco. Otro de los posibles tratamientos para el cáncer infantil es la intervención quirúrgica, siendo uno de los momentos potenciales de estrés, pues consiste en la preparación del paciente antes de la cirugía, el traslado al quirófano, la separación de los padres, la entrada al quirófano, la anestesia, el despertar y la recuperación post-quirúrgica. En los casos en que existe una masa tumoral se realizan pruebas de imagen, como radiografías o escáner, y se confirma el diagnóstico definitivo mediante una biopsia. Las resonancias magnéticas, aunque no es dolorosas, generan en el niño un nivel muy elevado de ansiedad debido a que deben permanecer con una luz tenue, casi inmovilizados y sin compañía durante su realización (Méndez, et, al., 2004).

También, los trastornos del sueño y/o la fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro. La fatiga puede deberse a problemas de anemia o desnutrición. Los problemas de ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos, entre las que destacan las frecuentes hospitalizaciones que suponen una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus padres y hermanos, y el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria (2008 & Alarcón, 2007). Junto a la ansiedad, el niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc., síntomas que pueden constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo.

Como hemos expuesto hasta aquí, el niño tendrá una secuela psicológica ante la enfermedad. Sin embargo, habría que recalca, que el estrés juega un papel

importante, pues como más adelante se menciona, éste es una respuesta adaptativa que el organismo tiene ante ciertas situaciones que son consideradas como amenazantes, pues movilizará recursos fisiológicos y psicológicos para lograr el afrontamiento a tales amenazas. Dado que el niño se enfrentará a muchas situaciones estresantes durante su enfermedad, es necesario que controle el estrés, pues esto podría ayudar al niño a afrontar de una forma eficaz dicha situación.

## 2. ESTRÉS

El estrés ha sido considerado como un proceso que se pone en marcha cuando la persona percibe una situación como amenazante. Debido a la actividad que la persona experimenta ante el estrés, se ha considerado que el estrés en algunas situaciones es bueno, ya que en una cantidad moderada puede ser útil y un importante recurso para hacer frente a los retos de la vida diaria de la persona, permitiéndole poner en práctica recursos nuevos, fortaleciendo la autoestima por el éxito obtenido en la solución de la situación estresante ante la que estuvo expuesta, además de incrementar las posibilidades de tener éxito en ocasiones futuras.

Pero, por otro lado, el estrés hoy en día ha sido considerado un tema preocupante debido a las consecuencias negativas que trae, por ello distintas profesiones como la medicina y la psicología se han dedicado a su investigación de los efectos negativos, pues los efectos nocivos que trae el estrés puede afectar la salud física y mental del individuo, que a su vez afectará la vida cotidiana de éste, ya que no olvidemos que el ser humano es un ser bio-psico-social, que si es afectado en cualquiera de estas tres áreas se puede padecer un desequilibrio.

Si la persona a la que se le presente una situación estresante no tiene herramientas necesarias para hacer frente a dicha situación puede sufrir de taquicardia, temblores, respiración rápida y cortada, ansiedad, agotamiento, disminución en su capacidad de atención, entre otras consecuencias que podrían ir empeorando. Es por ellos la importancia de controlar el estrés que nos causan situaciones estresantes.

Pero hablar de estrés es difícil, aun siendo uno de los temas que más atención ha recibido en las últimas décadas y que más investigaciones tiene tanto en el campo de la psicología como en otras ciencias de la salud. Por ello este capítulo se iniciará mencionando breves antecedentes de este concepto, para posteriormente

pasar a algunos modelos teóricos que explican cómo o debido a qué se da el estrés, prosiguiendo con algunos síntomas que pueden ayudarnos a detectar el estrés a tiempo y finalmente mencionar algunos factores que nos hace ser más susceptibles a padecer estrés.

## 2.1. Antecedentes

El término estrés es actualmente muy utilizado en una gran variedad de contextos, ya sea para describir una característica del ambiente o enunciar las reacciones que presenta un individuo ante situaciones particulares. En la física, disciplina de la que proviene este término, se utiliza para designar la fuerza o resistencia que se produce en el interior de un objeto a consecuencia de una fuerza externa que actúa sobre él, pero no sólo se utiliza en la física, también en la medicina.

En la medicina, la palabra “estrés” se utiliza para definir aquella condición meramente muscular, una rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal (Arteaga, 2005 & González, 2002).

Partiendo de este punto, podemos mencionar que en el área de la salud el término estrés se empezó a utilizar en los años 30's. W. **Cannon**, en 1932, fue el primero en utilizarlo, aunque de forma poco sistemática en esta área (González, 2002). Sin embargo, el estudio y uso del término con carácter técnico se inició en 1936 con Hans Selye. **Selye**, siendo estudiantes de segundo año de la carrera de medicina en la universidad de Praga, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales como el cansancio, la pérdida de apetito, la baja de peso, la astenia, entre otros, denominándolo así, “Síndrome de estar enfermo”. Posteriormente, al graduarse como médico, inició un postdoctorado que finalizó en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill. En esta escuela Selye desarrolló su experimento del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina,

noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de esta “triada de la reacción de alarma” le denominó “estrés biológico” y luego simplemente “estrés”. Al continuar sus investigaciones, concluyó que no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que, además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno de estrés (González, 2002 & Caldera, 2007).

Consecutivamente definió al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, es decir, como una alteración del homeostasis, equilibrio, del organismo (González, 2002). Selye (1978), proponía distinguir entre **eustrés** y **distrés**. El primero, es considerado como el buen estrés, el cual es necesario, no es dañino y es una cantidad de estrés esencial para la vida, el crecimiento y la sobrevivencia. Este tipo de estrés nos incentiva a la vida, el crecimiento y la sobrevivencia, nos permite enfrentarnos a los retos y a tratar de obtener buenos resultados adaptándonos a los cambios. El distrés, por el contrario, se considera un mal estrés, pues es dañino y patológico, destruye al organismo y es acumulable, es un estrés excesivo y puede conducir a la angustia, rompiendo la armonía entre el cuerpo y la mente (Camargo & Naranjo, 2009 & González, 2002).

Finalmente, **Lazarus**, profesor de la Universidad de California, presentó un modelo transaccional para el estudio del estrés en seres humanos, en dicho modelo definió el estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, entorno que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. De acuerdo a esta concepción, para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones tanto internas como externas, pues la relación entre estas condiciones es lo que genera la aparición del estrés. Esto explica por qué cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo, pues su historia, sus experiencias y sus características personales tienden a diferentes interpretaciones y estilos de enfrentamiento ante cada situación (González, 2002 & Triane, 2003).

## 2.2. Modelos teóricos

Existen diferentes modelos teóricos que intentan explicar cómo se produce el estrés. El primer modelo se basa en la **respuesta** al estrés. Uno de los autores más sobresalientes de este modelo es Hans Selye, quien estudió el estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas (respuesta del sistema nervioso simpático y de los sistemas neuroendocrinos corticosuprarrenales y medulosuprarrenal), que surgen ante cualquier demanda que supera nuestra capacidad adaptativa. Para este autor, la clave del estrés no estaba en el estresor sino en el conjunto de reacciones orgánicas y procesos originales como respuesta a la demanda. Bajo esta línea, Selye estableció su modelo teórico basándose en el Síndrome General de Adaptación (SAG), este modelo menciona las fases por la que pasa una persona cuando se enfrenta a una situación estresante (Robles y Peralta, 2010 & Jaureguizar y Espina, 2005).

De acuerdo a Camargo, & Naranjo (2009), las **fases** son: a) Fase de alarma: La cual es inmediata a la percepción del estímulo estresante. Le caracterizan el congelamiento o paralización, eso se debe a que se da excitación de la sustancia gris periacueductal del tallo cerebral. También se da la activación cortical, pues debido a la estimulación de la amígdala se produce liberación de noradrenalina (NA) encefálica. Aquí participa todo el sistema noradrenérgico cortical el cual se origina en el Locus Coeruleus y lleva información hacia el prosencéfalo. Esta activación cortical establece un estado de consciencia hiperaguda en la que el individuo identifica su entorno detalladamente. Puede haber manifestaciones faciales o muecas, que unidas al congelamiento inicial se denomina estado de shock. En estas manifestaciones participan el par craneal V (su función es mixta, es decir, es tanto sensitivo como motor) y el par craneal VII (cuya función es más compleja que la del par V, su función es sensitivo, motor, sensorial y parasimpático). Esta fase constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante, las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez

percibida la situación. El individuo en esta fase puede hacer frente y resolver esto de la mejor forma posible, solamente, cuando las barreras estresantes superan a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes puede decirse que toma conciencia del estrés existente dando lugar a la segunda fase, b) Fase de resistencia: El organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella, de esta forma el organismo sobrevive. Esta fase puede durar semanas, meses y años, si es muy larga se le considera como estrés crónico. Durante este tiempo el individuo intenta continuar frente a la situación, pero puede darse cuenta de que su capacidad tiene un límite por lo que puede frustrarse y sufrir. Si el estrés acaba en esta fase, el organismo puede retomar a un estado normal, si ocurre lo contrario, el individuo empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento es menor, la cual la hace tratar de salir adelante, sin embargo, no encuentra la forma, por lo que se convierte en un círculo vicioso. La última fase es, c) Fase de colapso o agotamiento: Esta se produce sólo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación. Se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. Respecto de la ansiedad, la persona la vive frente a una diversidad de situaciones que son causadas por el agente estresante y/o ante experiencias que normalmente no se la producirían. Por otro lado, cuando el estrés ha continuado más allá de la fase de alarma y se ha mantenido constante durante un tiempo prolongado en la fase de resistencia, se entra en la fase de agotamiento, en la cual el resultado más próximo es la depresión. La persona carece de motivación para encontrar placenteras sus actividades, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí misma son cada vez más negativos. También puede haber falta de concentración y abatimiento. La persona deprimida ya no realiza proyectos ni siente deseos de proponerse ninguno.



Estas tres fases pueden ayudar para identificar el estrés ya que generalmente no sobreviene de manera repentina, el organismo del ser humano posee la capacidad para detectar las señales de que se está ante un evento productor de estrés. Mason (1968 citado en Jauregizar y Espina, 2005), añadió que la respuesta fisiológica al estrés implicaba sistemas y subsistemas neuroendocrinos, indicando, además, que las respuestas fisiológicas presentan peculiaridades que dependen del tipo de estimulación.

A nivel fisiológico, de acuerdo a Oblitas (2010), se pueden distinguir tres ejes de activación en la respuesta de estrés: 1) Eje neural: Se activa de manera inmediata en todos los casos, lo cual provoca una activación simpática así como un incremento en la activación del sistema nervioso somático, 2) Eje neuroendocrino: Es más lento para activarse y necesita condiciones de estrés sostenidas. Su activación implica la activación de la médula espinal y de las glándulas suprarrenales, con la secreción de catecolaminas, ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica. La activación sostenida de este eje facilita la aparición de enfermedades cardiovasculares; 3) Eje endocrino: Implica mayor actividad hormonal. Por una parte, las conexiones adrenales-hipofisarias responden mediante la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticosterona), así como de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), lo cual facilita la retención de sodio por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado. Una excesiva liberación de estos mineralocorticoides parece facilitar el desarrollo de problemas como hipertensión, síndrome de Cushing o necrosis de miocardio. Por otra parte, este eje implica la secreción de hormona del crecimiento y de hormonas tiroideas, cuyo efecto implica un aumento de la tiroxina y, en consecuencia, desgaste general. Finalmente, la secreción de vasopresina altera el funcionamiento de los riñones y su consiguiente incremento en la retención de líquidos, lo cual puede colaborar al desarrollo de la hipertensión. Por último, la hipófisis anterior también segrega  $\beta$ -lipotropina y  $\beta$ -endorfina conjuntamente con la estimulación de adenocorticotropa (ACTH) por parte del factor liberador de corticotropina. El disparo de este último eje, más lento de los anteriores y de

efectos más duraderos, necesita una situación de estrés más sostenida. Suele dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando sólo le queda resistir o soportar el estrés. Sus efectos más importantes tienen que ver con la depresión, la indefensión, la pasividad, la no percepción de control, la inmunosupresión, y la sintomatología gastrointestinal.

En segundo lugar, encontramos un modelo que se basan en el estrés como **estímulo**. En este modelo se interpreta y se entiende el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo que requiere una adaptación por parte del individuo. Así, cualquier circunstancia que de una manera inusual o extraordinaria requiera del individuo un cambio en su modo de vida habitual será considerada como una circunstancia estresante (Milena, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007 & Jauregizar y Espina, 2005).

Dohrenwend y Dohrenwend (1981 citado en Robles y Peralta, 2010), principales exponentes del modelo del estrés psicosocial, definen el estrés como un proceso que comienza con uno o más acontecimientos vitales estresantes y termina en un cambio psicológico, existiendo la posibilidad de volver al estado inicial. Así, se produce una serie de pasos consecutivos. En el primer paso se especifica en qué grado el evento estresante puede estar originado ambientalmente o por características del mismo sujeto. En el segundo paso, el modelo hace especial énfasis en la distinción entre un estímulo o evento que inicia la respuesta de estrés y la propia reacción del estrés y la propia reacción a tal evento, teniendo aquí especial importancia los factores situacionales y psicológicos. En esta línea de investigación. Se han llevado a cabo numerosos intentos por delimitar las situaciones que constituyen estrés, entre estos se encuentra la escala de Eventos Vitales Estresantes de Homes y Rahe, (1967) que se presenta a continuación (Véase Figura 1).

### Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (1). Holmes y Rahe, 1976

1. Muerte de cónyuge	23. Cambio de responsabilidades en el trabajo
2. Divorcio	24. Hijo (a) que deja el hogar
3. Separación matrimonial	25. Problemas legales
4. Encarcelación	26. Logro personal notable
5. Muerte de un familiar	27. Esposa comienza o deja de trabajar
6. Lesion o enfermedad personal	28. Comienzo o fin de escolaridad
7. Matrimonio	29. Cambios en las condicones de vida
8. Despido del trabajo	30. Revisión de hábitos personales
9. Paro	31. Problemas con el jefe
10. Reconciliación matrimonial	32. Cambio de turno o de condicones laborales
11. Jubilación	33. Cambio de residencia
12. Cambio de salud de un miembro de la familia	34. Cambio de colegio
13. Drogadicción y/o alcoholismo	35. Cambio de actividad de ocio
14. Embarazo	36. Cambio de actividad religiosa
15. Dificultades o problemas sexuales	37. Cambio de actividades sociales
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	38. Cambios de hábito de dormir
17. Reajuste de negocio	39. Cambio en el número de reuniones familiares
18. Cambio de situación económica	40. Cambio de hábitos alimenticios
19. Muerte de un amigo intimo	41. Vacaciones
20. Cambio en el tipo de trabajo	42. Navidades
21. Mala relación con el cónyuge	43. Leves transgresiones de la ley
22. Juicio por créfiyo o hipoteca	

Figura 1. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe (1978), citado en Gonzales (2014).

Como podemos ver, ambos modelos presentados anteriormente sólo toman en cuenta uno de los factores involucrados en el desarrollo del estrés, por ejemplo, el modelo de Selye presenta la respuesta fisiológica del estrés, pero no nos aporta nada sobre el estresor. Por otro lado, los modelos basados en el estímulo presentan el problema contrario, ya que se centran demasiado en los tipos de estresores sin hacer referencia a la respuesta del estrés y a su posible consecuencia en la salud, por lo que estos déficits nos sitúan en el tercer modelo.

El tercer modelo define el estrés como un **proceso**. Lazarus y Folkman (1984), principales ponentes en este modelo, sostienen que el estrés no se puede entender simplemente como respuesta fisiológica, ya que son muchos los acontecimientos que provocan un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo y sin embargo no constituyen acontecimientos estresantes. Además, la misma respuesta fisiológica puede ser interpretada como positiva en un contexto y como negativa en otro. Por otro lado, si tenemos en cuenta el hecho de que existen diferencias muy relevantes en la forma en que distintas personas reaccionan ante los mismos estímulos tampoco se podría entender el estrés como estímulo. Por todo ello, dichos autores proponen definir el estrés como proceso, basándose fundamentalmente en el individuo (su valoración cognitiva), y más específicamente, en las relaciones entre el individuo y el medio (Jauregizar y Espina, 2005).

Este modelo, define el estrés como el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiendo que la persona es un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas. La cantidad de estrés estará en función de la falta de adecuación entre las demanda del medio y los recursos del organismo, o de las discrepancias entre las demandas del organismo y la manera en que el sujeto puede dar respuesta a esas demandas, o de la percepción por parte del individuo de la propia habilidad para manejar la situación (Jauregizar y Espina, 2005 & Milena, et. al., 2007).

Folkman y Lazarus distinguen tres **fases** en dicho proceso: a) Fase de anticipación: En la que el sujeto se prepara ante el estresor pensando en cómo será y qué consecuencias puede tener, b) Fase de espera: En la que el sujeto espera el feedback sobre lo adecuadas que son sus respuestas de afrontamiento ante el estresor y, c) Fase de resultado: Incluye la exposición y reacciones de la persona ante el resultado exitoso o fracaso de su respuesta de afrontamiento. En todo este proceso destacan dos conceptos que juegan un papel muy importante: 1) La evaluación cognitiva, que a su vez se dividirá en: a) Evaluación primaria, en la cual solamente las situaciones evaluadas como estresantes son las que implican cambio. Éstas pueden ser de tres tipos: de daño o pérdida, de amenaza y de desafío, y b) Evaluación secundaria, donde el sujeto hace análisis de las conductas, los recursos o las habilidades con las que dispone para enfrentar la situación. Cuando en la evaluación el individuo encuentra que no los hay o que son insuficientes se desencadena la respuesta de estrés. Debido a que esta evaluación tiene que ver con las habilidades de la persona se deben considerar otros factores como la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación. Estos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles son los que tienen impacto sobre la salud y, 2) La respuesta de afrontamiento, en la cual el organismo selecciona las posibles soluciones a las demandas percibidas y decide cuál o cuáles debe utilizar (Milena, et. al., 2007 & Jauregizar y Espina, 2005). Dicho proceso se puede ver en la siguiente ilustración. (Véase Figura 2).

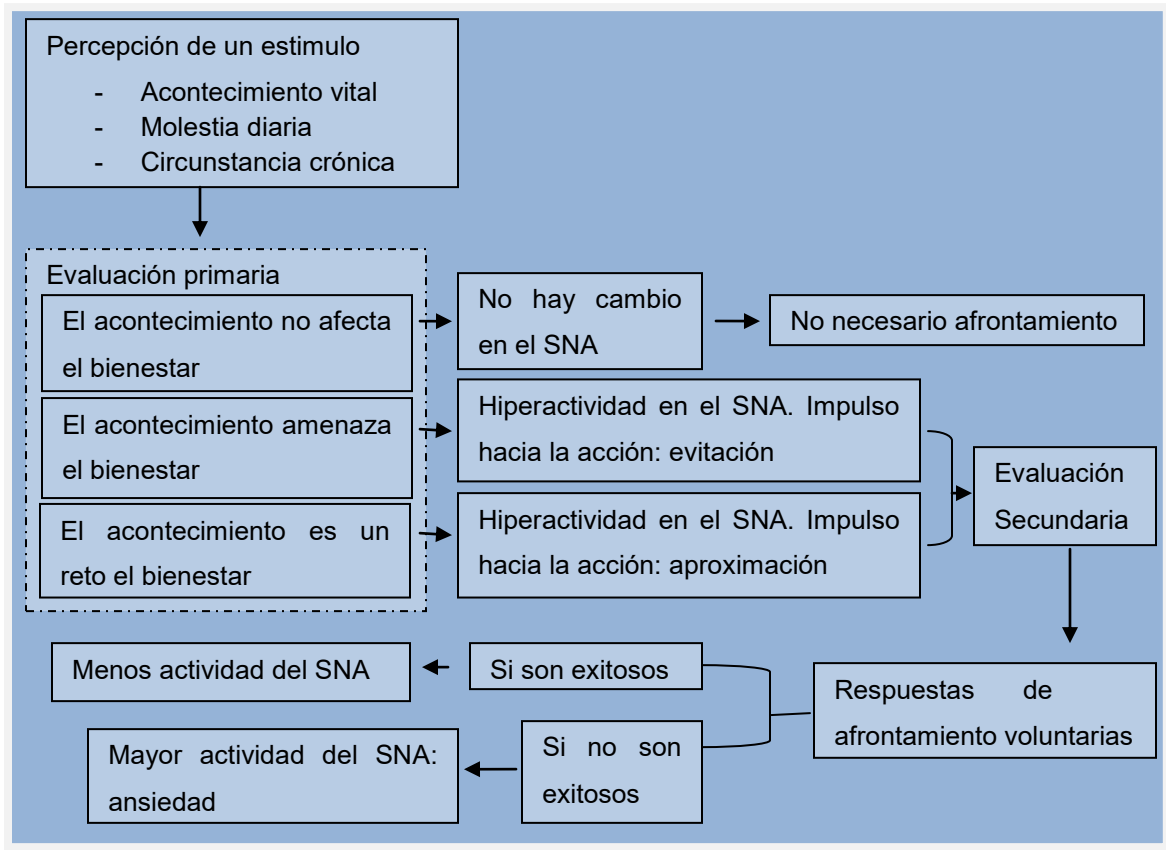


Figura 2. Conceptualización del estrés como proceso, propuesta por Lazarus (en Reeve, 1994 citado en Jauregizar y Espina, 2005).

### 2.3. Tipos de estrés

De acuerdo a la American Psychological Association (2015), y a Arteaga (2005), hay distintos tipos de estrés, como lo son el estrés agudo, el estrés agudo episódico y el estrés crónico, que a continuación se explicarán.

El **estrés agudo** es la forma de estrés más común. Este tipo de estrés es producto de una agresión intensa, ya sea física o emocional, limitada en el tiempo, pero que superando el umbral del sujeto da lugar a una respuesta intensa, rápida y muchas veces violenta.

Otro tipo de estrés es el **estrés agudo episódico**, este tipo de estrés lo sufren aquellas personas que asumen muchas responsabilidades, que tienen

demasiadas cosas entre manos, no puede organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante, ven preocupación donde no hay riesgos y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación, suelen estar muy ansiosos y deprimidos.

Finalmente, el **estrés crónico**, este estrés se presenta en forma crónica, prolongada en el tiempo y no necesariamente intensa, sin embargo, exige una adaptación permanente, llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar enfermedades de adaptación. Este tipo de estrés puede darse por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés.

#### **2.4. Síntomas**

De acuerdo a Selye (citado en Camargo), los síntomas que indican que el individuo no está controlando el estrés debidamente se pueden dividir en tres categorías: 1) **Síntomas de comportamiento y emocionales**: Aprensión, cambios de estado anímico, depresión, desconfianza, disminución de la iniciativa, falta de satisfacción con las experiencias gratas, indecisión, inquietud, ira y hostilidad, irritabilidad, negación, pánico, retraimiento, tiende a ser crítico con el o con los demás, a llorar y a culpar a los demás, come a la carrera, se come las uñas, suele comportarse siempre a la defensiva, tiene tendencias suicidas y deterioro de la memoria, 2) **Síntomas intelectuales**: Falta de atención a los detalles, falta de concentración, falta de conciencia de los estímulos externos, tendencia a enfocar el pasado en vez del futuro, y 3) **Síntomas físicos**: Boca seca, anorexia, alteración de la capacidad motriz, contracciones musculares atípicas, diarrea o estreñimiento, dolor de cabeza, dolor de estómago, eczema, picazón del cuero cabelludo, estornudos, fatiga crónica, frecuente necesidad de orinar, indigestión, ingesta desmedida de alimentos, hiperactividad, insomnio, náuseas y/o vómito, palmas de manos sudorosas, palpitations del corazón,

pérdida de apetito, piel húmeda y pegajosa, pupila dilatadas, temblores, tics o espasmos, aumento del nivel de colesterol y otros lípidos.

La American Psychological Association (2015), menciona que algunos síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una agitación prolongada, es decir, dolores de cabeza intenso y persistente, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca.

## **2.5. Factores estresantes**

Como hemos visto anteriormente, no todos tenemos la misma reacción ante lo que nos ocasiona estrés y no son las mismas situaciones la que nos lo ocasiona, esto dependerá en gran medida a que no hemos vivido la situación de igual forma, y que para unos la situación pudo haber sido una experiencia desagradable, para otros no tan desagradable y para otros quizá haya sido agradable. Para Selye (1875 citado en Arteaga, 2005), la diferencia en la percepción del estrés está determinada por las características del estresor, las cuales podemos definirlos como aquellos agentes que estimulan los procesos de estrés, sin olvidar que también existen otras variables que van a modular, moldear o interferir en la percepción del estrés, además, de que los estresores actualmente son comunes a la mayoría de las vidas individuales y se relacionan con las experiencias vitales, como son las situaciones físicas y ambientales.

Para Graham (1988 citado en González, 2014), que entiende el estrés como estímulo, los estresores pueden **clasificarse** en tres grupos: 1) Los acontecimientos vitales, que se describen como aquellos hechos que acontecen a lo largo de la vida de la persona, que son impredecibles, conllevan cambios en la vida cotidiana de la persona exigiendo un reajuste adaptativo, como los que se pueden ver en la lista de Holmes y Rahe (1978), 2) Estrés cotidiano, estos son acontecimientos vitales menores. Son debidos a las demandas diarias estresantes o frustrantes de menos intensidad, que pueden provocar molestia o irritación.



Alteran el bienestar emocional y físico de la persona, esto puede ocurrir desde la infancia, 3) Estresores crónicos, las cuales se pueden definir como una situación de tensión crónica mantenida, sucesos que se van manteniendo durante el tiempo y podrían llegar a convertirse en importantes fuentes de estrés.

Por otra parte, Sarason, (1980) al igual que Lazarus y Folkman, (1984) ambos citados en Jaureguizar y Espina (2005), coinciden en señalar algunos **factores** que intervienen en el desarrollo de la respuesta al estrés, como son: 1) Características personales (fisiológicas, cognitivas y motoras), 2) Apoyos sociales y ambientales. Sarason, (1980) clasifica los factores de la siguiente forma: a) Demanda al medio o naturaleza de la tarea a realizar, b) Habilidades específicas del organismo para llevar a cabo la tarea o cumplir con las demandas y, c) Experiencias previas e historia personal. Por otro lado Dorothy Cotton, (1990) citado en Cruz y Vargas (2001), clasifica los estresores simplemente en: 1) Estresores físicos, los cuales afectan primordialmente el cuerpo, 2) Estresores psicológicos, cuya amenazas crea una reacción interna en la persona, en sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones acerca de amenazas percibidas. Cotton menciona que estos estresores son subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso y, 3) Estresores psicosociales, que provienen de las relaciones sociales.

Como se puede observar la clasificación de los estresores depende del autor, sin embargo, llegan a coincidir en algunos factores. A continuación se citarán algunos factores estresantes.

### **2.5.1. Edad**

La forma de percibir las situaciones estresantes en las diferentes edades es debido, principalmente, a los distintos estadios del desarrollo cognitivo y social. El desarrollo, potencia la comprensión de las situaciones y la consideración de distintas soluciones objetivas para esta. Los niños pequeños pueden tener

percepciones simples, mágicas, etcétera, que no facilitan una respuesta adaptada. Los niños mayores tiene más posibilidades de afrontamiento, pues ya han pasado por un desarrollo cognitivo que les ayudará a una interpretación objetiva de la situación estresante, además, de que presentan un mayor control emocional que les ayuda a evitar que las emociones sean un obstáculo para solucionar la situación ante la que se sienten amenazados. La forma en que el niño mayor afronte la situación dependerá de las experiencias previas y al repertorio amplio o escaso de recursos para afrontar el estrés (Trianes, 2003).

En lo que respecta al conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, de acuerdo a Méndez, et. al. (2004), el niño menor de dos años no tiene capacidad para comprender que significa la enfermedad, pero si tiene miedo y ansiedad al separarse de los padres y a los tratamientos. De los dos a los siete años de vida, el niño comprende mejor la enfermedad, pero la vinculan con hecho concreto, por ejemplo, como castigo por un mal comportamiento. A partir de los siete años la comprensión de la enfermedad y el tratamiento por parte de los niños es mayor, por lo que se les puede dar una explicación más detallada y disipar sus dudas y preocupaciones. Los niños mayores de doce años logran comprender la complejidad de la enfermedad y los efectos de tratamiento.

Sin embargo, algunos autores consideran que también este factor dependerá del contexto en el que se desarrolló la persona.

A pesar de que se han hecho estudios del estrés en niños en situaciones cotidianas, no se han hecho estudios sobre el estrés en el niño ante una enfermedad como el cáncer, pues para muchos, la vida durante la infancia es una época de goce, libre de preocupaciones, donde el niño no corre el riesgo de morir, pues apenas empieza a vivir, además, de que se duda de que en los niños se den las condiciones necesarias, porque aún no se han desarrollado una serie de habilidades, principalmente de tipo cognitivo, para experimentar estrés, pues desconoce lo que implica la enfermedad (Trianes, 2003). Pero habría que cuestionar el hecho de que si en el adulto con una enfermedad crónica se genera estrés, por qué en el niño no, pues habría que ponernos a pensar lo que le

ocurre al niño ante la presencia de la enfermera, ante el doctor, ante los tratamientos, ante el nuevo rol de cada miembro de la familia, etcétera.

### **2.5.2. Género**

Algunas investigaciones hacen referencia a que los varones son más vulnerables al estrés físico y más propensos a sufrir traumas psicosociales, ya que son más activos, más desobedientes y se ven más involucrados en peleas que las mujeres. Por el contrario, las mujeres suelen cooperar más, ayudar a los otros, muestran más empatía, pero, suelen sufrir más de emociones negativas y sentimientos de tristeza y soledad ante los estresores y tardan más en establecer interacciones positivas (Trianes, 2003).

Las diferencias que se perciben en cuanto al género, son más cualitativas que cuantitativas, sin olvidar que depende del contexto cultural en el que se desarrollan.

### **2.5.3. Tipo de personalidad**

Respecto a la forma de enfrentarse al estrés, Camargo hace referencia a dos tipos de personalidad: 1) Tipo A o débil de estrés y 2) Tipo B o resistente al estrés.

La personalidad Tipo A como conducta general manifiesta movimientos constantes, son impacientes, su expresión facial es tensa, su risa es a carcajadas, suele estar insatisfecho, y con frecuencia se queja. Friedman y Rosenman (1974), lo definen como un complejo particular acción-emoción. Por otra parte, la personalidad Tipo B, es todo lo contrario al Tipo A, es decir, manifiesta tranquilidad motriz, su expresión facial es relajada, y rara vez se queja.

Robles y Peralta (2010), menciona un tercer Tipo de personalidad. La personalidad Tipo C, que fue definido por Grosarth-Maticek, Eysenck y Vetter (1980), como patrón característico de personas que son excesivamente serviciales con los demás, planificadoras y con dificultades para reivindicar o defender sus

derechos, además de ser sumisas y pacientes, evitando los conflictos y buscando la armonía. Debido a su incapacidad para defenderse de los demás suele estar a la defensiva, suprimiendo la expresión de sus emociones, son incapaces de enfrentarse a situaciones en el ámbito interpersonal generando sentimientos de indefensión y desesperanzas que incluso puede llevar a la persona a la depresión.

#### **2.5.4. Valores, creencias y actitudes**

Beck (1984 citado en Buceta, 2001), se ha referido a la influencia de los valores, las creencias y las actitudes sobre la atención selectiva y el procesamiento mental de las situaciones potencialmente estresantes como sobre la apreciación de los propios recursos para hacer frente a tales situaciones. De acuerdo a Beck (1984), el estrés prejudicial coincide con la activación de cogniciones estables que propician una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresante y de los propios recursos con una tendencia a percibir grave la situación. Para este autor, el contenido de los valores, las creencias y las actitudes más estables afecta la interpretación que se hace de las situaciones, dependiendo de este contenido el que la situación sea o no estresante. De igual modo, la rigidez de cogniciones en contextos específicos puede influir en la valoración que las personas hacen de sus propios recursos.

#### **2.5.5. La amenaza percibida por la persona**

La **amenaza** es el agente productor más representativo del estrés, debido a que el estrés es una respuesta al peligro o desafío, el cual justamente es una amenaza a nuestra integridad. Para que el estímulo psicológico alcance a ser estresor, son importantes: su intensidad, su duración, la novedad y la sorpresa (Cruz y Vargas, 2001).

### **2.5.6. Hábitos de conducta**

Existen hábitos de conducta que hacen que percibamos las diferentes situaciones cotidianas de una forma más o menos estresante. Así, existen hábitos que se relacionan de forma positiva con un mejor abordaje de las situaciones estresantes (Robles y Peralta, 2010).

### **2.5.7. Alexitimia**

Esta es entendida como la incapacidad de describir verbalmente la experiencia emocional y cuenta con cuatro emociones: 1) Dificultad para identificar emociones, 2) Dificultad para comunicar emociones, 3) Reducción de ensueños y fantasías y, 4) Pensamientos orientados externamente (Robles y Peralta, 2010). Debido a la incapacidad de la persona de describir sus emociones, la persona tiende a tener dificultades para convivir con otras personas.

### **2.5.8. Estilos de afrontamiento**

De acuerdo con Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986), diversos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés provocando un desequilibrio emocional. El estrés, como hemos mencionado anteriormente, se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante y cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento. Se presentan de esta manera dos procesos: 1) Una valoración cognitiva del acontecimiento en la cual la persona, valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir, cuánto y cómo repercute en su autoestima y 2) Un proceso de afrontamiento, estimando qué puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus perspectivas (Naranjo, 2009).

Los procesos **cognoscitivos**, **emocionales** y **conductuales** influyen en la forma en la que enfrenta y en la que hace frente al evento la persona, la diferencia estará

en la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio. La evaluación cognitiva es la que principalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. El **afrontamiento** es entendido entonces, como los esfuerzos cognoscitivos, emocionales y conductuales que se desarrollan para controlar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria. El afrontamiento tiene dos **funciones** principales: 1) Manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y 2) Regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Los **tipos de afrontamiento** varían dependiendo de lo que las personas estimen que está en juego y de las opciones y recursos de cambio que poseen (Milena, et. al., 2007 & Naranjo 2009).

Lazarus y Folkman (1986), citado en Robles y Peralta (2010), enlistan algunas estrategias de afrontamiento de estrés.

- a) Confrontación: Acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- b) Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación tratando de olvidarse del problema o negándose a tomarlo en serio.
- c) Autocontrol: Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones guardando los problemas para uno mismo y procurando no precipitarse.
- d) Búsqueda de apoyo social: Acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión de alguna persona. La clave está en el apoyo social que la persona percibe, ya que esta percepción tiene la disponibilidad de ayuda por parte de los que lo rodean. Se considera que el apoyo social amortigua el efecto del estrés debido a: 1) Que influye en las valoraciones cognitivas que el individuo realiza en las diferentes situaciones estresantes, además de que 2) La percepción de disponibilidad de apoyo social puede modificar las respuestas del estrés, aunque en un principio haya sido valorado como algo amenazante

- e) Aceptación de la responsabilidad: El reconocimiento de la responsabilidad del problema muchas veces implica culparse, criticarse a sí mismo, etcétera.
- f) Huida-evitación de la situación de estrés: implica quedarse parado ante una situación esperando que ocurra un milagro. Puede que la persona con una estrategia evite el contacto con la gente.
- g) Planificación: Esfuerzo para alterar la situación que implica una aproximación analítica a ésta. Normalmente se establece un plan de acción y se sigue, intentando cambiar algo para que las cosas mejoren,
- h) Reevaluación positiva: Esfuerzo para crear un significado positivo de la situación estresante centrándose en el desarrollo personal. Esta estrategia modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.

## **2.6. Efectos del estrés en la salud**

La respuesta de estrés supone la activación de recursos extraordinarios y ello implica un desgaste importante para el organismo. Si se presenta de forma negativa puede producir serios problemas como hipertensión, asma, insomnio, problemas gástricos, ansiedad, depresión, y disminución de la energía, disminuye el rendimiento, se cometen más errores, y se pierde la capacidad de concentración y suele enfrentarse a las cosas de manera poco efectiva (Robles y Peralta, 2010).

De acuerdo a Robles y Peralta (2010), y Naranjo (2009), quien cita a Melgosa (1995), las consecuencias del estrés básicamente pueden dividirse en tres categorías: 1) **Área cognitiva** (pensamientos e ideas): La persona tiene dificultad para permanecer concentrada en una actividad por lo que puede empezar una actividad sin haber acabado la actividad anterior, presenta una frecuente pérdida de atención. La atención memorística se reduce tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo. Los problemas que exigen una reacción inmediata y espontánea se resuelven de una manera impredecible. Cualquier problema que

requiera actividad mental tiende a solucionarse con un número elevado de errores. Además, la manera de pensar no sigue patrones lógicos y coherentes dentro de un orden, sino que se presenta desorganizada, también suele tener menos pensamientos racionales. Por lo general, la persona se siente incapaz de evaluar acertadamente una situación presente y tampoco puede acertar a proyectarla en el futuro. De forma general, se puede decir que la persona disminuye su rendimiento;

2) **Área emotiva** (sentimientos y emociones): La persona experimenta dificultad para mantenerse relajada tanto física como emotivamente. Aparte del desajuste de nuevas enfermedades, aparecen rasgos como el desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo y la falta de consideración por otras personas. Los principios morales que rigen la vida de la persona se relajan y se posee menos dominio propio. Hay un aumento de desánimo y un descenso del deseo de vivir. La autoestima también se ve afectada por pensamientos de incapacidad y de inferioridad. Otra reacción común de las personas sometidas a estrés es la frustración (estado de ánimo que lo irrita) y con frecuencia presenta síntomas de ansiedad, tales como la aprehensión, la preocupación, la tensión y el temor por el futuro;

3) **Área conductual** (actitudes y comportamientos): En el lenguaje se presenta una incapacidad para dirigirse oralmente a un grupo de personas de forma satisfactoria, puede darse tartamudez y un descenso de fluidez verbal. La persona experimenta falta de entusiasmo por las aficiones preferidas así como por sus pasatiempos favoritos. El nivel de energía disponible fluctúa de un día para otro. Los patrones de sueño se alteran, generalmente se sufre de insomnio y se llega a veces a una extremada necesidad de dormir. En cuanto a las relaciones interpersonales se trata, tiende a culpar a las otras personas o a atribuirles responsabilidades propias. También aparecen tics, aumento de la torpeza (aumentando la incidencia de accidentes), conductas compulsivas, hay cambios en los hábitos de la escuela. Incluso pueden manifestarse ideas e intentos suicidas.

Naranjo (2009), menciona que cuando una persona se encuentra bajo el efecto del estrés puede aumentar su capacidad de percepción, de memoria, de razonamiento y de juicio durante un periodo de tiempo limitado para poder hacer



frente a la situación, pero cuando la tensión se lleva más allá del límite, sobreviene el declive y se observan dificultades en las capacidades cognitivas. Así mismo, la capacidad de razonar, de resolver problemas o de emitir juicios se ve perjudicada por la presencia del estrés.

El estrés prolongado provoca una reducción de la respuesta inmunológica más potente que el estrés agudo, aunque este último es más intenso. Herrmann y cols., concluyeron que el estrés adquiere un importante papel como desencadenante y agravante de brotes en enfermedades autoinmunes. Posteriormente, y tras el desarrollo de estudios en enfermedades autoinmunes y con diferentes tipos de estresores, se puede afirmar que el estrés psicológico en algunos casos precipita, y en la mayoría de los casos empeora, el desarrollo de las enfermedades autoinmunes, lo que se comprueba en la investigación realizada por Andersen, profesora encargada del Departamento de Psicología de la Universidad Estatal de Ohio. Pues según menciona, el estrés se ha convertido en un grave problema de salud que afecta a quienes padecen cáncer, debido a que el sistema inmunológico se debilita. De acuerdo al estudio realizado por la doctora Andersen, con base en un tratamiento psicológico practicado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, lograron descubrir que la enfermedad avanza ante la presencia de estrés, pues encontraron una relación entre los niveles altos de estrés y los niveles bajos del sistema inmunológico (Rangel, 2015 & Galán y Camacho, 2012). A pesar de que los efectos del estrés en enfermedades autoinmunes son evidentes no han sido lo suficientemente estudiados. Actualmente un grupo de investigadores en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ha desarrollado un programa enfocándose en menores de edad con alteraciones emocionales tales como estrés, depresión y ansiedad, por miedo a la enfermedad o a los procedimientos médicos, con el fin de que pudieran adaptarse mejor a su vida cotidiana. En cuanto a la familia, el impacto del diagnóstico de cáncer resulta mayor cuando el diagnóstico se dirige hacia un infante debido a que se da en un periodo temprano de la vida.

Si no se toman las medidas necesarias para controlar el estrés, puede ser muy perjudicial para la persona, ya que como se mencionó anteriormente si la persona no sabe cómo afrontar las situaciones podría llegar a suicidarse. Es por ello que en la terapia la persona debería desarrollar herramientas que le ayuden a hacerle frente de la mejor forma posible, ya que esto también ayudará a que la persona se sienta más segura, además, de que la persona podría mejorar su calidad de vida.

Conocer qué caracteriza el estrés es importante ya que de esta forma se pueden descartar otras enfermedades y/o trastornos, pues no cumplirán con el perfil del estrés, lo que a su vez puede facilitar la selección de las pruebas psicométricas o la técnica que se utilizará para evaluar a la persona para tener un diagnóstico certero del estrés. Hoy en día es posible medir los efectos en la salud a través de afecciones corporales o trastornos somáticos producidos por canales de expresión inadecuados del estrés. Sin embargo, no olvidemos que la evaluación con niños supone un gran desafío para el clínico pues este requiere de conocimientos y técnicas especiales, ya que en algunos casos, la información que el niño pueda proporcionar puede ser limitada, es por ello que en el siguiente capítulo se plantearán algunas técnicas para la evaluación del estrés en el niño.

### 3. EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

En la psicología la evaluación es un procedimiento esencial y muy importantes, pues a partir de esta podemos conocer el factor o los factores desencadenantes de la conducta problema, la o las respuestas organísmicas de la persona ante este factor, para que a partir de esta información se pueda generar una hipótesis sobre la que se trabajará, pues seguidamente de la hipótesis se preparará y se aplicará un plan de intervención para la problemática de la persona.

Ya que el psicólogo no puede errar su diagnóstico, no sólo debe basarse en un tipo de evaluación, pues cada tipo de evaluación tienen sus limitaciones y un margen de error, por ello deberá realizar más de una evaluación, por ejemplo, las pruebas psicométricas no nos dicen nada más allá de lo que evalúa por lo que apoyada de la entrevista podemos tener más información sobre la problemática.

En el proceso de evaluación pueden y deben emplearse todas las técnicas de evaluación que pueden aportar alguna información, sin embargo, cada una de ellas deberá tener un criterio de utilidad, pues se debe estar seguro de que servirá en el diagnóstico, un criterio de calidad, pues no todas las pruebas tienen una fiabilidad y validez adecuada a la población, y un criterio económico, debe de mantenerse un equilibrio entre los costes y beneficios en términos económicos de la persona.

Como pudimos ver, anteriormente el estrés no sólo parte de una variable, es decir, es un proceso complejo de interacción entre el sujeto y su medio, por ello su evaluación irá dirigida a evaluar los tres sistemas de respuesta: los aspectos fisiológicos, motores y cognitivos. Sin embargo, dado que se trata de un infante se tendrá que tener cuidado con el sesgo de información, pues se tendrá que usar un lenguaje de acuerdo a la edad de este, así como pruebas que estén adaptadas a la población. En algunos casos, como en las pruebas psicométricas, sólo se usará el apartado que interesa y en las entrevistas se deberá tener cuidado con lo que se pregunta y el cómo se le pregunta al niño. Así como también se tendrá que

contar con la autorización de los padres del niño, pues no olvidemos las implicaciones legales en las que nos podríamos ver envueltos.

### **3.1. Evaluación de los aspectos situacionales**

#### **a) Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC)**

Instrumento que evalúa específicamente estrés diario en niños y niñas de 8 a 12 años. Consta de 25 ítems referentes a los ámbitos de salud, escuela/iguales y familia, problemas diarios en el dominio académico y en las relaciones con iguales, así como en el dominio familiar. Este inventario evalúa exclusivamente pequeños fastidios, problemas y dificultades, que son considerados estresores cotidiano (Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, Maldonado y Muñoz, 2009).

#### **b) Escala de Afrontamiento para niños (EAN)**

Este instrumento se dirige a evaluar el afrontamiento en referencia a estresores cotidiano del ámbito de la salud, escuela, iguales y familia del niño. Se trata de un instrumento de autoinforme, dirigido a población normativa de habla hispana (Morales- Rodríguez, Trianes, Blanca, Miranda, Escobar, Fernández-Baena, 2012).

#### **c) Escala de Acontecimientos Vitales para la Infancia**

Este instrumento fue elaborado para padres de niños entre 3 y 13 años de edad, quienes deben contestar si un determinado acontecimiento ha sido experimentado por el niño y cuántas veces ha ocurrido (Jaureguizar y Espina, 2005).

Como sabemos muchas veces las pruebas psicométricas sólo nos aporta ciertos datos ya estandarizados, por lo que obtener información de otras fuentes nos

pueden ser útiles al momento de diagnosticar a la persona, es por ello que a continuación se describen otras técnicas utilizadas.

#### **d) Autorregistros, observación y entrevista**

El **autorregistro** es una técnica utilizada en la Terapia de Reestructuración Cognitiva que consiste en identificar y cuestionar los pensamientos negativos o desadaptativo que produce malestar, para sustituirlos por otros más apropiados que generen una emoción positiva (ADMIN, 2015). Estos permiten obtener información de la frecuencia, intensidad y forma en que ha sido interpretado un determinado suceso, incluso de las estrategias utilizadas para hacerle frente, evitando problemas como la caída del recuerdo o la valoración impersonal del impacto, además, permite la evaluación de los diversos acontecimientos que el sujeto va experimentando día a día. Se evalúan acontecimientos cotidianos o situacionales vitales estresantes crónico. El diseño de un autorregistro debe incluir al menos una referencia temporal y situacional, una descripción del evento estresante, el valor que se le otorga al evento y las conductas de afrontamiento utilizadas (Buceta, 2001 & Jaureguizar y Espina, 2005).

En los autorregistros se anota lo que sucede, lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos al respecto de la situación estresante para así poder entender nuestro modo automático de actuar, esto nos llevará a poder tomar el control de la situación, del comportamiento y de las emociones. Es decir, el autorregistro nos ayuda a analizar de qué situación inicial partimos, qué pensamos ante la situación, qué sentimos a partir de dicha situación y cuáles son las consecuencias (ADMIN, 2015).

Otra técnica utilizada, pero muy poco, es la **observación**. El poco uso de la observación se debe a la dificultad de llevarla a cabo en ambientes naturales de la persona, además de su costo elevado.

Pero, cuando se utiliza se deben de tomar en cuenta 6 elementos, 1) ¿Qué se observará?, 2) ¿Cuándo y/o a quién se observará?, 3) ¿Con qué se observará?, 4) ¿Dónde se observará?, 5) Recogida de datos y optimización y, 6) Interpretación de la observación (Beenguría, Martín, Valdés, Pastellides y Gómez, 2010), pues estos elementos nos ayudarán a enfocarnos en la problemática del paciente y así evitar centrarnos en conductas que no son de interés.

Y, por último, la **entrevista**. Es el método más común para la obtención de información. La entrevista es una interacción de por los menos dos personas, la cual implica encuentros o intercambios verbales cara a cara. La entrevista se inicia con una meta o conjunto de metas en mente. El entrevistador tiene la responsabilidad de mantener el rumbo de la entrevista y avanzar hacia la meta, por lo que éste deberá saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que hará, pues estos son aspectos importantes para que se pueden tomar decisiones en cuanto a pruebas psicológicas posteriores, el diagnóstico y el tratamiento que se seguirá (Morgan, 2012 & Arteaga, 2005).

Morgan (2012), & Perpiña (2012), clasifican la entrevista de acuerdo a la **estructura**, es decir, por el grado de especificación y estandarización de sus distintos elementos (preguntas, respuestas, secuencia de las preguntas, etcétera). En esta clasificación nos encontramos con los siguientes tipos de entrevista: a) Entrevista no estructurada, que sólo se realiza en función de algunas líneas muy generales, es su propio proceso de interacción el que determinará el orden de preguntas y su tipo, en este caso, el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propio propósito, b) Entrevista estructurada, en este tipo de entrevista las preguntas están previamente establecidas, el orden de formulación y las posibilidades de respuestas del entrevistador están acotados y restringido. Este tipo de entrevista facilita la posibilidad de estandarizar, cuantificar y, por tanto, someter los resultados a comparaciones numéricas. Suelen ser las

más indicadas para realizar diagnóstico. El entrevistador se ciñe fielmente al cuestionario y no pregunta nada fuera de este, c) Entrevista semiestructurada, en este tipo de entrevista las preguntas tienen algún tipo de estructuración, el guion está formado por áreas concretas, dentro las cuales, el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezca oportuno, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada. El objetivo de esta entrevista es aclarar puntos en los que han quedado lagunas dentro de las preguntas cerradas.

El que la entrevista sea estructurada puede presentar ciertas desventajas y limitaciones, pues la rigidez a la que se tiene que someter y su poca flexibilidad en la aplicación individual podría llevar a formular las preguntas en el momento menos conveniente, así como también puede correr el riesgo de convertirse en un interrogatorio provocando resistencias por parte del entrevistado (Perpiña, 2012). Para no caer en ninguno de los estos errores el terapeuta debe de contar con ciertas habilidades que le ayuden a llevar por buen camino la entrevista.

Dado que la entrevista tiene un propósito, es importante crear una estructura que ayude a alcanzar dicho fin. Morgan (2012), que cita a Colín (2009), y Keats (2009), sugiere dividir a la entrevista en tres etapas: rapport, cima y cierre.

La primera etapa, rapport, tiene como objetivo el lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador, así como dispuesto a hablar lo más posible de cualquier tipo de inhibición. En general, la palabra rapport se utiliza para definir la relación entre el clínico y el paciente, implicando al mismo tiempo una atmósfera cómoda y una comprensión mutua del propósito de la entrevista (Morgan, 2012 & Arteaga, 2005).

La actitud del entrevistador juega un gran papel durante la entrevista, ya que los pacientes no desean que se les prejuzgue con base en los problemas para los cuales buscan ayuda. Algunas de las actitudes del entrevistador que facilitan el rapport son: contacto visual, postura relajada y centrada en el entrevistado, un lenguaje amistoso y espontáneo, además de un tono cálido y expresivo (aceptación, incondicional y empatía), es decir, en el rapport, las buenas

habilidades de comunicación verbal y no verbal son necesarias para que el entrevistado se sienta bien ante las preguntas del entrevistador (Morgan 2012 & Arteaga, 2005).

La segunda etapa, fase de desarrollo o cima, constituye el núcleo de la entrevista, pues en esta se recaba la mayor parte de la información y se profundiza en los aspectos identificados en la fase anterior, se clarifica, se analiza y se confronta la información, se toman algunas decisiones sobre posibles soluciones y líneas de acción. Esta es la etapa más larga y profunda en cada entrevista (Morgan, 2012).

La tercer y última fase es el cierre. Su objetivo consiste en consolidar los logros alcanzados durante las etapas de cima y cierre. Se busca ofrecer al cliente la oportunidad de aclarar malentendidos y se brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos (Morgan, 2012).

### **3.2. Evaluación de los aspectos cognitivos**

#### **a) Evaluación automática inicial**

Este tipo de evaluación se centra en el estudio del reflejo de orientación o patrón de respuestas orientación/defensa (RO/RD), determinados, esencialmente por cambios físicos de determinadas respuestas fisiológicas.

La forma habitual de medir el patrón RO/RD consiste en presentar una serie de estímulos físicos, suficientemente novedosos, intensos y separados entre sí, ante lo cual la tarea del sujeto consistirá en atender a ellos, mientras se evalúan los cambios en la tasa cardiaca tras la presentación de cada estímulo, correspondiendo las aceleraciones a la RD y las deceleraciones a la RO (Buceta, 2001).



### **b) Evaluación del procesamiento central controlado**

Este tipo de evaluación es la menos desarrollada e investigada. El trabajo que únicamente destaca es esta evaluación son los trabajos realizados por Lazarus y Folkman, Dunkel-Schetter, DeLongis, Gruen, (1986), citados por (Buceta (2001), que para la evaluación primaria emplean 13 ítems, utilizables en forma de cuestionario o de entrevista, que describen posibles riesgos en una situación, para la evaluación secundaria, utilizan 4 preguntas que describen alternativas de afrontamiento para una situación específica.

Para complementar esa evaluación se pueden utilizar tanto la entrevista como los autorregistros, esto con la finalidad de establecer las relaciones entre eventos y respuestas de estrés. Además, Buceta (2001), añade una evaluación más, la evaluación en el laboratorio, el cual consiste en un procedimiento de evaluación donde se le presenta al sujeto algunas situaciones que conlleven respuestas de estrés.

## **3.3. Evaluación de los aspectos motores**

### **a) Conductas generales de afrontamiento o coping**

Este tipo de evaluación se basa principalmente en cuestionarios que ayuden a determinar las conductas del afrontamiento a las que tiende la persona para solucionar ciertas situaciones, es decir, parte del concepto de estrés como proceso, por lo que también se puede utilizar la entrevista, el autorregistro y la observación (Buceta, 2001).

### **b) Conductas específicas**

Su estudio está poco desarrollado debido a que su evaluación depende de la situación de estrés.

### 3.4. Evaluación de los aspectos fisiológicos

#### a) Eje neural

La reacción en el **Eje neural** es el más inmediato, se da en segundos. Se activa el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), fundamentalmente la rama simpática, a través de la inervación del corazón, los músculos lisos y las glándulas. Prepara al organismo para una acción motora inmediata. También, se activa el Sistema Nervioso Somático (SNS), el cual es el responsable de incrementar la tensión de los músculos estriados necesarios para actuar ante el estresor. Este eje no puede mantener la activación por mucho tiempo, por lo que pasa a activarse el segundo eje. Algunas respuestas son: dilatación pupilar, secreción de saliva escasa y espesa, aumento en la tasa cardiaca, aumento en la contractibilidad del corazón, incremento en el impulso cardiaco, dilatación de los bronquios, inhibición de la digestión (Lozoya, 2011 y Trianes, Mena, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2012). La evaluación se centra en las respuestas cardiovasculares y electrodinámicas del Sistema Nervios Autónomo y la respuesta de la actividad eléctrica producida por los músculos esqueléticos.

#### b) Eje neuroendocrino

El segundo eje, el **eje neuroendocrino**, actúa más lentamente (20-30 segundos). Implica la activación de la médula de las glándulas suprarrenales, con lo que se segregan las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, produciendo efectos similares a la activación simpática, aunque con un efecto más lento y duradero. Permite la respuesta de lucha o huida, así como prepara al organismo para una posible lesión en el enfrentamiento. Se activa cuando el sujeto considera que puede realizar algo activamente para afrontar la situación. Algunas alteraciones son: aumento en la presión arterial, incremento en la tasa cardiaca, aumento en la estimulación de los músculos estriados, disminución de riego sanguíneo al sistema gastrointestinal, así como también en el riego sanguíneo a la piel (Lozoya, 2011 y Trianes, Mena, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2012). Así pues, el

objetivo es evaluar los niveles de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, para la que existen diversos estudios entre ellos el más conocido y nada invasiva, el análisis de orina.

### **c) Eje endocrino**

Por último, se activa el **eje endocrino**, dentro del cual, la vía más importante es el eje adrenal-hipofisario que segrega desde la hipófisis anterior la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual llega hasta la corteza suprarrenal provocando la liberación de corticoides. Además, se activa la liberación de prolactina, endorfinas y encefalinas y de vasopresina. Por otro lado, se inhibe la secreción de hormonas reproductivas. Este eje es de disparo más lento y duradero, por lo que se asocia a estresores crónicos. Algunas consecuencias son el aumento en la producción de glucosa, aumento en la irritación gástrica, al igual que una supresión de los mecanismos inmunológicos, supresión de apetito, desarrollo de sentimientos asociados a depresión, indefensión, desesperanza de control, interferencia en la fabricación de proteínas, entre otras (Lozoya, 2011 y Trianes, Mena, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2012). Esta evaluación se puede llevar a cabo a través de análisis de sangre o de orina.

Habiendo realizado la evaluación, el terapeuta deberá proponer un tratamiento, con base en los resultados obtenidos de las pruebas, por ello es importante una evaluación antes de un tratamiento, pues no todos los tratamientos funcionan con todos los problemas psicológicos. Como se pudo ver, la evaluación es un trabajo interdisciplinario, pues como se comentó al inicio, el psicólogo se apoyará y apoyará otras disciplinas para que el paciente obtenga resultados positivos.

## 4. TÉCNICAS USADAS PARA CONTROL DE ESTRÉS

El tratamiento es una de las partes fundamentales en la psicología, pues en esta fase se interviene con el objetivo de mejorar el estado de la persona. El paciente en esta fase tiene que trabajar conjuntamente con el terapeuta, pues el mayor esfuerzo será del paciente.

A continuación se describirán algunas técnicas cognitivas conductuales, pues nos enfocamos en estas puesto que de acuerdo a lo revisado en capítulos anteriores, y de acuerdo a la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), existen tres elementos responsables del estrés, uno de ellos es el ambiente, el otro es la fisiología de la persona y otro es la valoración cognitiva que hace la persona de la situación. Por ello desde este punto, la terapia cognitiva conductual es el enfoque terapéutico más conveniente para tratar el estrés.

La terapia cognitivo conductual tiene como objetivo ayudar al paciente a entender que los pensamientos y los sentimientos influyen en el comportamiento. A pesar de esta ardua tarea, la terapia cognitivo conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los últimos años. La terapia cognitivo conductual se ha ido conformando a través del análisis de destacados profesionistas como lo son Ellis y Beck. Sin embargo, no hay que olvidar que siempre debemos estar actualizados respecto a los problemas psicológicos y a las técnicas que se van desarrollando.

Las técnicas que se revisarán son la inoculación de estrés, seguida de esta está la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck. Finalmente se revisarán algunas técnicas de relajación, pues no olvidemos la parte fisiológica que se activa durante el estrés. En cada una de las técnicas se hace un breve resumen de su antecedentes, así mismo se mencionan algunas evidencias empíricas que sustentan la eficacia de estas.

#### 4.1. Inoculación de Estrés

La **Inoculación de Estrés (IE)**, es una técnica de intervención en el que se entrena a la persona en un **conjunto de habilidades** para que pueda hacerle frente a situaciones estresantes. En este tipo de intervenciones la persona aprende a interpretar su problema desde un modelo teórico, permitiéndole seleccionar las técnicas que mejor se adecuen a las demandas de la problemática a la que se enfrenta (Guerri, 2013).

Los antecedentes de la inoculación de estrés están en los inicios de la década de los 70's, año en que se formó en la Universidad de Waterloo un grupo de trabajo en el que colaboró **Meichenbaum**. En un principio, este grupo trabajó centrándose en la proposición de lo que Maichenbaum denominó entrenamiento en autoinstrucciones. Sin embargo, en ese mismo periodo, específicamente en 1972, Meichenbaum y Cameron, describen otra técnica a la que denominaron inoculación de estrés, la cual tenía como propósito el control del estrés, la ira, el dolor y principalmente la ansiedad, control que se lograba a través de un entrenamiento de habilidades.

Aunque, en un inicio la inoculación de estrés se convirtió en una de las primeras estrategias de intervención psicológica en centrarse de forma prioritaria en la prevención con el tiempo aparecieron las aplicaciones de la inoculación de estrés como tratamiento (Galán y Camacho, 2012 & Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

De acuerdo a Labrador, Cruzado y Muñoz (2008), algunas líneas de evolución de esta técnica son: 1) En un inicio decir autoinstrucciones e inoculación de estrés era lo mismo, debido a que nacen en el mismo equipo de trabajo y en la misma década, lo que de igual modo ocasiono que se confundieran y se entrelazaran sus componentes. A pesar de que en la actualidad se han diferenciado dichas técnicas, las fases iniciales para un programa de autoinstrucciones puede tener un papel fundamental en la coordinación de la fase de aplicación y consolidación de la inoculación de estrés; 2) La inoculación de estrés se propone en un inicio como

una técnica concreta para entrenar a los sujetos en habilidades para controlar la ansiedad, posteriormente, extiende su aplicación al dolor y al estrés. A la par, se amplía hacia un programa de intervención global que admite la posibilidad de la modificación de la conducta. En 1985, Meichenbaum, presenta la inoculación de estrés como una forma de actuar aplicable a todos los trastornos y situaciones relacionadas con el estrés, así como en distintas áreas como es el deporte, el trabajo o la clínica; 3) Se presentó como una estrategia preventiva, permitiendo entrenar a los sujetos en la adquisición de habilidades para afrontar situaciones difíciles de ansiedad o dolor. Hay que destacar el hecho que el carácter de prevención en una estrategia de una intervención psicológica no era frecuente en esa época; 4) La escasa base teórica inicial de la inoculación de estrés.

#### **4.1.1. Bases teóricas de la inoculación de estrés**

Cuando Meichenbaum desarrolla la inoculación de estrés partió de su experiencia clínica, pero de una información teórica limitada. Intentó justificar la utilidad de la inoculación de estrés con base a modelos explicativos de las características de **afrontamiento** de estrés, principalmente el modelo de Murphy y el modelo de Lazarus y Folkma (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008)

Sin embargo, una desventaja que se puede identificar en la teoría de la técnica es que parte de un marco centrado en los modelos de afrontamiento y no en los marcos que describen el estrés.

#### **4.1.2 Fases de la Inoculación de estrés**

El procedimiento consta de tres **fases**: educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación. A continuación se describirán cada una de las fases.

Fase educativa: Se proporciona al paciente información sobre la génesis y el mantenimiento de los fenómenos emocionales problemáticos. Uno de los objetivos

de esta fase es que el paciente considere las situaciones estresantes como problemas que se pueden resolver, para ello se le ha de proponer un modelo comprensible, que a su vez le permita reconocer los elementos en la situación problema e interpretar de forma adecuada las relaciones entre dichos elementos. Es importante que la persona comprenda la naturaleza transaccional de las reacciones de estrés, por ello, la explicación del modelo debe dejar clara la naturaleza interactiva de los elementos incluidos. Una vez que la persona ha comprendido el modelo, es necesario recoger toda la información posible sobre las relaciones funcionales entre los elementos de su entorno y la respuesta, esto se realiza a través de entrevistas, memorización basada en imágenes, autorregistros, evaluaciones conductuales y test psicológicos, pues el planteamiento inicial del problema puede ser útil en la planificación y el establecimiento de metas y objetivos a corto, medio y largo plazo. Hay que tener claro que los objetivos que se lleguen a establecer deberán ser realistas (Guerri, 2013 & Meichenbaum, 1987). Otros objetivos que se persiguen durante esta fase son, que la persona: a) Disponga de un modelo alternativo de mantenimiento de sus reacciones de estrés; b) Debió haber identificado y aclarado los desencadenantes; c) Debió haber aclarado si su déficit se debe a una falta de habilidades o de ejecución (Guerri, 2013).

Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades: En esta segunda fase, el objetivo es adquirir las habilidades y destrezas necesarias para el manejo de las respuestas fisiológicas y cognitivas problemáticas así como de asegurarse de que la persona es capaz de ponerlas en práctica (Guerri, 2013). De igual modo, la persona debe ser capaz de distinguir claramente entre las situaciones modificables de aquellas que no lo son. En las modificables, los esfuerzos de la persona irán encaminados al control de las situaciones, centrándose en el problema (técnicas instrumentales), mientras que en las no modificables, los esfuerzos estarán centrados en la emoción que se experimenta (técnicas paliativas).

En algunos casos, los pacientes ya cuentan con habilidades de afrontamiento en su repertorio, por lo cual el objetivo sería consolidarlas, sin embargo, también podría ser el caso en el que la persona necesite un adiestramiento muy explícito de las habilidades (Guerri, 2013 & Meichenbaum, 1987).

Las estrategias a entrenar pueden agruparse en cuatro grandes categorías: 1) Habilidades cognitivas, como la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, y las autoinstrucciones; 2) De control de la activación emocional como es la relajación; 3) Conductuales, por ejemplo, la exposición in vivo, el modelado o el ensayo de conductas, se aplican para la modificación de parámetros morfológicos de las respuestas problema; y 4) De afrontamiento paliativo, las principales son la distracción, cambio de perspectiva, y habilidades sociales, como la expresión adecuada de afecto y la gestión del apoyo social de que se disponga (Guerri, 2013).

Fase de aplicación o puesta en práctica y seguimiento: Lo que se pretende es que la persona ponga en práctica lo aprendido en situaciones reales. Para conseguirlo, se le somete a niveles moderados y controlables de estrés, lo que se pretende es activar las estrategias aprendidas así como comprobar hasta qué punto son eficaces y si existen problemas en su puesta en práctica. Las principales estrategias utilizadas durante esa fase son el ensayo imaginario, el ensayo conductual, la representación de papeles, el modelamiento y la práctica graduada in vivo (Guerri, 2013 & Meichenbaum, 1987).

Por último, se debe hacer especial énfasis en los riesgos de **recaída** y en la forma de afrontarlos, pues la manera como los pacientes interpreten un desliz, un fracaso o una recaída es esencial, ya que si lo interpreta como una prueba de su inadecuada eficacia personal puede debilitar los esfuerzos posteriores de la persona, provocando que el paciente infiera que no es capaz de controlar los estresores y así abandonar todo esfuerzo y avance obtenido. Por ello, es importante que la persona acepte las recaídas como oportunidades para el



aprendizaje y no como situaciones de derrota. Junto con esta actitud, el entrenamiento en la detección precoz de signos de recaída, así como de situaciones de alto riesgo permitirán a la persona anticiparse y poner en marcha habilidades necesarias para resolver la situación. Cuando el fracaso ha ocurrido, lo más importante es analizar las posibles razones por las que este ha tenido lugar. Una vez que la persona es capaz de anticipar ciertas situaciones de alto riesgo, pueden programarse “recaídas controladas” en las que la persona pone en marcha lo aprendido (Guerri, 2013 & Meichenbaum, 1987).

## 4.2. Terapia Racional Emotiva Conductual

**Albert Ellis** (1913-2007), creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual, a pesar de haber tenido una formación en el psicoanálisis mostró cierta crítica hacia este, pues consideraba que adquirir el insight de las experiencias traumáticas infantiles no conducía a cambios en los problemas actuales de las personas, pero que el dar orientación a los pacientes para cambiar creencias básicas relacionadas con actitudes ante la vida conseguía más cambios en las personas. Como resultado a esta crítica e influido por su práctica clínica y por filósofos como Marco Aurelio, Kant, Spinoza, Schopenhauer Popper, Reichenbach y Epicteto, de este último tomó la frase “Los hombres no se perturban por las cosas, sino por cómo se las toma”, Ellis desarrollo la Terapia Racional Emotiva. Se apoyó en estos filósofos para reafirmar la relevancia de las **creencias** en el **comportamiento** y en las **emociones**, además de la importancia de los **métodos lógicos** y **empíricos** en que se basan los seres humanos para analizar la **realidad** de acuerdo a sus **reglas** y **principios**, pues aunque las personas tienen ideas irracionales y filosóficas de la vida, que son inventadas por ellas mismas, las mantienen dogmáticamente produciéndoles perturbaciones emocionales, cognitiva y conductuales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El desarrollo de la Terapia Racional Emotiva Conductual fue el siguiente. En 1957, Ellis presentó un modelo de intervención psicoterapéutica que denominó Terapia Racional, en el cual enfatizó el papel que juegan las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, pues un cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual. Posteriormente, en 1961, cambió el nombre de su enfoque a Terapia Racional Emotiva, pues en esta ocasión se centró tanto en las creencias como en las emociones que experimentaban las personas. Pero en 1993, le vuelve a cambiar el nombre por el de Terapia Racional Emotiva Conductual, con el objetivo de enfatizar que tanto las creencias, como las emociones y las conductas son el objetivo de tratamiento (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

#### **4.2.1. Conceptos básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

Los seres humanos buscan a través de sus metas principales la **felicidad** y al mismo tiempo permanecer vivos dentro de una sociedad. Sin embargo, que la persona sea parte de un grupo social no quiere decir que tengan el mismo significado de felicidad que los demás, pues todos los miembros de un grupo social difieren respecto a lo que lleva o produce o no felicidad, ya que construyen y buscan metas y valores mediante los cuales intentan aportar un significado a sus vidas. Es decir, el ser humano como ser individual y ser social busca satisfacer, tanto sus intereses personales, como sus intereses sociales (Gabalda, 2009).

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas se van encontrando con acontecimientos activadores que les permite o dificulte la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realice de estas situaciones estimulantes. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis propone el **modelo ABC**: donde “**A**” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, “**C**” la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “**B**” las creencias que tenemos sobre “**A**”, ampliando este último en: 1) Observaciones y percepciones no evaluadas (cogniciones frías), 2)

Evaluaciones positivas y negativas preferenciales (cogniciones cálidas), 3) Exigencias y evaluaciones positivas y negativas de tipo absolutistas (cogniciones calientes) (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

Para entender mejor el modelo ABC de Ellis, citaremos a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), quien lo describe de la siguiente forma:

*“Los seres humanos no podemos tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrá algún tipo de consecuencia (C). Sin embargo, difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A)” (p. 323).*

A la Terapia Racional Emotiva Conductual le interesa diferenciar entre las creencias racionales e irracionales, y cómo es que estas a su vez contribuyen en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales, ya que estas pueden interferir o no en las metas y propósitos de la persona (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ellis define las **creencias racionales** como un carácter preferencial que se expresa en forma de deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado. También se describen como probabilísticas, preferenciales o relativas y se expresen en términos de “me gustaría”, “quisiera”, “no me gustaría”, “preferiría”, entre otras. Cuando la persona no consigue lo que desea los sentimientos negativos de displacer o insatisfacción que generan no impiden el logro de nuevos objetivos o propósitos, pues los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos. Así mismo, para el modelo de Ellis lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad y que facilita que la gente logre sus metas y propósitos (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

Contrario a las creencias racionales, las **creencias irracionales** son cogniciones evaluativas de carácter absolutistas y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como “debería de” y “tendría que” y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad. Se expresan en forma de obligación o exigencia. El fracaso provoca emociones negativas inapropiadas que interfiere en la persecución y obtención de metas y genera alteraciones de la conducta. Es decir, lo irracional es aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad. Estas ideas son en mayor parte las causantes de los trastornos emocionales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

Hay que tener en cuenta que la Terapia Racional Emotiva Conductual define la racionalidad e irracionalidad en un sentido relativo, pues lo que realmente dificulta o ayuda a conseguir las metas dependerá de la persona y de su situación particular. Por ello, en cada paciente se deberá indagar y hacer explícitas cuales son las creencias irracionales que están operando en su forma de sentir y comportarse, para posteriormente enseñarle la manera de abandonarlas o cambiarlas por otras más racionales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

En sus años de práctica, Ellis identificó cerca de 200 creencias irracionales, de las cuales seleccionó sólo 11, considerándolas las más significativas. Estas creencias irracionales son: 1) Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno, 2) Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo, 3) Hay personas a las que se deben considerar malvadas, infames o inmorales y deben ser culpadas y castigadas por sus malas acciones, 4) Realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo, 5) Los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos muy escasa influencia, 6) Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme

tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor, 7) Es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida, 8) Se debe depender de los demás, se necesita tener a alguien más fuerte que uno mismo en quien confiar, 9) Las cosas que me ocurrieron en mi historia pasada son determinantes de mi conducta actual y de mi conducta futura porque siempre y de manera definitiva me influirán, 10) Debo preocuparme mucho y constantemente por los problemas y perturbaciones de los demás, y 11) Existe una solución precisa, acertada y perfecta para cada problema y es horrible y catastrófico no encontrarla (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Galbada (2009). Ellis menciona que para simplificar la cuestión del pensamiento irracional, se puede reducir a tres **debos absolutistas** o de tres **tipos de demanda**: 1) Demanda sobre sí mismo, 2) Demandas o exigencias sobre los otros y 3) Exigencias sobre el mundo o las condiciones de vida.

A pesar de que las experiencias vividas pueden afectar al proceso de adquisición de la perturbación psicológica lo que realmente es decisivo es cómo vivimos e interpretamos esas experiencias. Por ello, la Terapia Racional Emotiva Conductual hace una propuesta sobre cómo se mantienen o perpetúan los problemas psicológicos señalando tres **insights**: 1) El sistema de creencias sobre acontecimientos activadores pasados a presentes suele crear sentimientos y conductas trastornadas en la persona. 2) Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, éstas se mantendrán, por ello recomienda cambiarlas y 3) Sólo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y, practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Galbada, 2009).

A pesar de que se ha mencionado el hecho de que las creencias irracionales afecta tanto a emociones como a conductas y cogniciones, la Terapia Racional Emotiva Conductual considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables, ya que las emociones y conductas adecuadas son todos aquellos sentimientos positivos y

negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida sin interferir con el establecimiento y consecución de metas encontrándose dentro del rango de la interpretación racional (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

#### **4.2.2. Procedimiento básico de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

De acuerdo a Labrador, Cruzado y Muñoz (2008), el **procedimiento** terapéutico de la terapia racional emotiva conductual consta de cuatro fases: 1) Explicación del esquema ABC, 2) Detección de las ideas irracionales, 3) Debate, distinción y discusión de las creencias irracionales y 4) Consecución de un nuevo efecto o filosofía.

Explicación modelo ABC: Antes de explicar el esquema ABC al paciente, es necesario conocer la naturaleza y dinámica de sus problemas. Para ello, el terapeuta determinará la problemática a partir de una **evaluación** realizada con el apoyo de instrumentos básicos de evaluación como la entrevista clínica, cuestionarios, pruebas psicométricas, medidas de autoinforme, y en algunas ocasiones en los criterios diagnósticos estandarizados del DSM IV-R (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Posteriormente, se realiza una lista con los **problemas** que presenta el cliente, clasificándolos como: a) Externos: Los cuales dependen fundamentalmente de acontecimientos ambientales, es decir, acontecimientos activadores, b) Internos: Entendiéndolos como aquellos síntomas que presenta el paciente, es decir, las perturbaciones emocionales y las conductas desadaptativas que manifiesten, como la depresión, ansiedad, ira, culpa, etcétera, que a menudo son generados por los acontecimientos activadores o problemas externos, pues les provoca reacciones emocionales internas o conductas disfuncionales. También se debe tener en cuenta si es una problemática **primaria** o **secundaria**, pues no es raro que el paciente manifieste síntomas secundarios ante la percepción de sus síntomas primarios (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Una vez que el terapeuta haya explicado el esquema conductual ABC, con sus respectivos ejemplos, se le explicará al paciente que se trabajará sobre las creencias irracionales que generan los problemas emocionales y las conductas que presenta hasta que vaya adquiriendo creencias más racionales y por ende se vayan reduciendo sus problemas emocionales y conductuales. En el caso de que existan problemas secundarios, en primer lugar se trabajará sobre las creencias irracionales que mantienen los síntomas secundarios, para, a continuación, hacer frente a las que sostienen los problemas primarios. Posteriormente, cuando los problemas emotivo-conductuales estén resueltos, la terapia se dirigirá a los problemas ambientales o externos. Siguiendo la línea del modelo ABC, las metas de la terapia se relacionan con dos aspectos básicos: 1) El paciente reconozca lo irracional y las consecuencias que para él tiene esta irracionalidad y 2) Que el paciente intente cambiar lo irracional, convirtiéndolo en racional. Por tanto, la meta final de la Terapia Racional Emotiva Conductual va a ser lograr esta nueva filosofía racional (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Gabalda, 2009).

Detección de las ideas irracionales: Para identificar las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo, es necesario, buscar las **afirmaciones imperativas y exigentes** que el paciente se hace a sí mismo cuando debe, quiere, necesita o desea de forma absoluta e imprescindible conseguir algo, además de las afirmaciones no empíricas e irreales que nacen de afirmaciones que apenas tienen validez porque constituyen sobregeneralizaciones extraídas de los datos que observan y que distorsionan la realidad. Una vez encontradas las exigencias internas, se está en condiciones de poder buscar las **formas de pensamientos irracionales**, las cuales son: 1) Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es, 2) Calificar de horrenda, terrible, horrorosa esta situación, 3) Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así, y 4) Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece reprobación, y puede calificarle de canalla, podrido y despreciable (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Debate, distinción y discusión de las ideas irracionales: En esta fase se lleva a cabo la Terapia Racional Emotiva Conductual propiamente dicha, puesto que se enseña y se entrena una base de conocimiento racional que permita aprender a debatir y refutar creencias irracionales y a generar o afianzar creencias racionales alternativas para eliminar los problemas actuales, además, de prevenir que se repitan en el futuro. Para lograr esto, una vez que se han puesto de manifiesto las ideas irracionales, se procederá a su **eliminación**. El modo de lograrlo es a través de la **discusión**, principal enfoque terapéutico de la Terapia Racional Emotiva. El método seguido para debatir es el **lógico-empírico** (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Para discutir y eliminar las creencias irracionales se utilizan **preguntas retóricas** que susciten el **debate**, que tiene como objetivo distinguir y hallar diferencias claras entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos y las exigencias (imperativos), las ideas racionales e irracionales, los resultados indeseables de lo insoportable, los inconvenientes de los horrores y las conclusiones lógicas de las ilógicas. Realizadas estas distinciones, se debe concluir el debate con la **redefinición semántica** de las creencias irracionales, esto evitará la sobregeneralización y ayudará a mantener al individuo más cerca de la realidad. Se debe prestar más atención a aquellas personas que manifiestan miedos y resistencias para dejar de pensar de la manera que lo hacen habitualmente, pues esto podría dificultar el tratamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Consecución de un nuevo efecto o filosofía: En resultado final de la Terapia Racional Emotiva es el conseguir una **nueva filosofía o efecto emotivo o conductual** que permita a los individuos pensar de un modo casi automático de forma más lógica sobre uno mismo, los demás y el mundo. Para conseguir que prevalezcan de manera permanente y estable las nuevas creencias racionales que se han ido aprendiendo en la fase anterior, el terapeuta animará al paciente a que encuentre por sí mismo formas para convencerse de la validez y del valor pragmático de lo que ha aprendido. En esta fase la Terapia Racional Emotiva



Conductual trabaja con lo de que denomina el **fortalecimiento del hábito**, para ello, el paciente deberá trabajar permanentemente en interiorizar las nuevas creencias con los procedimientos conductuales, cognitivos o emocionales utilizados durante el proceso terapéutico, así como realizar tareas de enfrentamiento o acontecimientos activadores. Los objetivos que persigue esta fase son: 1) Conseguir que las creencias racionales que han ido instaurando a lo largo de las etapas anteriores se arraiguen y 2) Fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo a Walen, DiGiuseppe y Wessler (1980 citado en Gabalda, 2009), otro aspecto importante en el proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual es la **tarea**, la cual debe estar en **función** de: 1) Intentar cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta adaptativa, 2) Reducir las cogniciones irracionales y reemplazarlas por otras más saludables y más beneficiosas para los pacientes, 3) Comprobar si los clientes han entendido adecuadamente los principios básicos del modelo. Además, debe contar con las siguientes **características**: 1) Consistencia con la sesión y el tema tratado durante esta, 2) Especificidad, pues las tareas debe prescribirse con un nivel suficiente de detalle y con instrucciones muy claras, 3) Seguimiento sistemático, el terapeuta debe intentar ser muy sistemático a la hora de programar una determinada tarea para casa en una sesión y comprobar la recepción de esa tarea y como le ha ido al paciente en la próxima sesión. No se debe dar por sentado que con una vez realizada la tarea el paciente va a poder generalizarla en otras áreas, por ello lo adecuado es repetir la asignación de la tarea durante una serie suficiente de sesiones, y 4) Intentar dar grandes pasos, es decir, el terapeuta va a pedir al paciente y lo va a animar para que en lugar de ir poco a poco se esfuerce lo más posibles.

No hay que olvidar que el paciente deberá ser parte de la planeación de las tareas, pues recordemos que el paciente debe ser capaz de realizarlas.

#### **4.2.3. Estilo terapéutico y relación con el paciente**

Ellis y sus colaboradores han señalado las **características** del terapeuta que favorecen la relación con el cliente. Entre esta señalan: ser activo y directivo, ser verbalmente muy activo y al mismo tiempo promover la participación del cliente, ser didáctico y comportarse como un buen profesor, saber promover cambio en la filosofía de vida, no fomentar la catarsis y finalmente ser flexibles (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Además, Labrador, Cruzado y Muñoz (2008), menciona que el terapeuta debe mostrar: Aceptación incondicional hacia el paciente, genuinidad, empatía con el paciente, pues estas características ayudarán a facilitarle al paciente que se exprese con libertad y sin miedo a ser juzgado, convirtiendo así al terapeuta en un modelo racional de sentir y comportarse.

#### **4.2.4. Técnicas de tratamiento de la Terapia Racional Emotiva Conductual**

La Terapia Racional Emotiva utiliza una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales en el curso de su terapia, pues defiende el eclecticismo técnico siempre y cuando las técnicas sirvan para conseguir sus objetivos terapéuticos, evitando aquellas técnicas que faciliten o incrementen la dependencia del paciente, las técnicas que animan a las personas a ser más crédulos, bienintencionados y sugestionable, las técnicas o intervenciones ineficaces y de larga duración, métodos que ayudan a las personas a sentirse bien o a aliviar su malestar a corto plazo más que a conseguir que se sientan mejor a largo plazo, técnicas que distraen a los pacientes de trabajar sus filosofías irracionales, métodos que inconscientemente refuerzan la filosofía de baja tolerancia a la frustración, técnicas que incluyen una filosofía anticientífica, técnicas que intenten cambiar las situaciones negativas sin identificar ni tratar de modificar previamente las creencias irracionales y finalmente aquellas técnicas de dudosa validez (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), es decir, la técnica deberá justificar su uso, uso que deberá ser para el bienestar de la persona.

A continuación se describirán algunas de las técnicas utilizadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

**Técnicas cognitivas:** El objetivo que tienen estas técnicas es modificar las creencias irracionales del paciente a otras más racionales y funcionales. A continuación se describen algunas.

Técnicas de persuasión verbal o refutación de creencias irracionales: Esta técnica pretende, a través del debate entre paciente y terapeuta, determinar la validez de las creencias irracionales que presenta el paciente adaptando el método científico a la vida cotidiana. Ellis, para debatir las creencias irracionales de los pacientes utiliza tres tipos de **argumentos**: 1) Argumento empírico: El paciente debe buscar evidencia que confirme o refute la verdad de sus creencias irracionales, 2) Argumento lógico: Implica analizar la lógica de sus creencias irracionales y 3) Argumento pragmático: Ayudará a cuestionarse la utilidad de sus creencias irracionales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Algunas técnicas de persuasión son: a) Análisis y evaluación lógica: Consiste en enseñar al paciente a utilizar los principios de la lógica para analizar y modificar creencias irracionales. La discusión lógica se realiza en dos direcciones: 1) El análisis de la validez lógica de las premisas del paciente y 2) El análisis de la incongruencia de la premisa válida del paciente en relación con su conducta, para este análisis se puede usar el razonamiento deductivo (principalmente para demostrar que una conducta no se deriva de una creencia) o el inductivo (para mostrar cómo una creencia no se deduce de una conducta); b) Reducción al absurdo: Implica llevar al extremo la creencia expresada para que, ante lo absurdas que pueden resultar sus consecuencias, vea la necesidad de reformularla; c) Análisis y evaluación empírica: Trata de aportar evidencia empírica que avale las creencias u opiniones que se están sosteniendo; d) Contradicción con el valor apreciado: El terapeuta trata de resaltar creencias particulares del paciente que son contradictorias con otras que pertenecen también a su repertorio y muy valoradas por él; e) Apelar a consecuencias negativas: El terapeuta muestra

al paciente las consecuencias negativas que tiene lo que está diciéndose a sí mismo: f) Otras técnicas utilizadas son: Explicación de los fundamentos de la terapia, reacción incrédula del terapeuta, apelar a las consecuencias positivas del cambio, analogías negativas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Una vez entrenado el paciente en alguna de estas técnicas de refutación, el terapeuta le pedirá, como ejercicio para casa, que se las autoaplique cada vez que detecte una creencia o cognición errónea (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008), además se le recomendará que registre los acontecimientos activadores, las creencias irracionales y las consecuencias, el método que utilizó para refutar esas creencias irracionales, los pensamientos racionales alternativos que eligió y los resultados que obtuvo tanto emocionales como conductuales.

Entrenamiento en autoinstrucciones: Útil como técnica cognitiva para aquellas personas que tiene dificultades intelectuales o les resulta muy complicado refutar sus creencias irracionales por procedimientos socráticos y/o de discusión. El paciente deberá decir una serie de frases racionales como método para contrarrestar sus creencias irracionales. A lo largo de las sesiones se irán generando autoinstrucciones que el paciente deberá escribir en tarjetas de 3x5 centímetros, deberá leerla varias veces al día con la finalidad de que las aprenda y posteriormente pueda utilizarlas ante determinados acontecimientos activadores (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Distracción cognitiva e imaginación: El terapeuta entrena a los pacientes en distintos procedimientos de distracción cognitiva para que puedan utilizarlos y practicarlos posteriormente en las tareas para casa. Entre esos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y distintas estrategias de distracción mediante la imaginación. Este tipo de técnica sólo se utiliza en situaciones concretas, fundamentalmente ante situaciones de muy alta intensidad emocional o para facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal puesto que en la Terapia Racional Emotiva Conductual lo que se pretende es que la persona

aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementado así su tolerancia a la frustración (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Entrenamiento en detección de creencias irracionales: Consiste en ayudar al paciente a buscar las creencias irracionales, los debo, tengo que, los debería, es mi obligación, que le conducen a conductas y emociones perturbadoras. Además, el terapeuta le pedirá que realice, como tarea para casa, el registro de los acontecimientos activadores, creencias irracionales y consecuencias que acontezcan entre las sesiones (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Utilización de la Terapia Racional Emotiva en otras personas: Consiste en que pacientes ayude a sus familiares y amigos a hacer frente a sus problemas utilizando la Terapia Racional Emotiva Conductual, cuyo objetivo es que el paciente adquiera una mayor práctica en el uso de argumentos racionales y refuerce la filosofía racional (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

**Técnicas conductuales:** Debido a que se considera que el cambio conductual facilita a menudo el cambio cognitivo, la Terapia Racional Emotiva Conductual utiliza diversas técnicas conductuales.

Ensayo conductual: En esta técnica el paciente señala distintas situaciones en las que sienta malestar emocional o en la que se comporte de forma disfuncional para posteriormente representarla en la sesión, permitiendo que emerjan las creencias que la situación suscite, esto con el objetivo de analizar y debatir las distintas creencias irracionales que surgen, para posteriormente ensayar nuevas creencias racionales adecuadas en dicha situación (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Inversión del rol racional: El terapeuta adopta el rol del paciente y verbaliza las creencias irracionales subyacentes a sus problemas, mientras que el paciente deberá adoptar el rol del terapeuta y discutir y debatir las creencias que presenta,

ayudándole a generar nuevas creencias racionales adaptativas. Evidentemente, la inversión de roles se lleva a cabo cuando el paciente ya ha adquirido cierta habilidad para debatir creencias irracionales. Cuando el paciente conozca como debatir y modificar sus creencias inadecuadas, se puede comenzar el entrenamiento en aquellas habilidades específicas que aparezcan como problemáticas o no aparezcan en el repertorio del paciente (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Entrenamiento en solución de problemas: Igual que en las otras técnicas conductuales, no se lleva a cabo hasta que el paciente ha aprendido a debatir sus creencias irracionales. Posteriormente, terapeuta y paciente ensayan estrategias específicas que pueden ser eficaces para resolver los problemas concretos que se van enseñando (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). El desarrollo de la técnica parte desde que el paciente identifique o genere un problema para posteriormente, proponer varias soluciones al problema de las cuales se evaluarán los pros y los contras de cada una de las soluciones, seguido de esto, el paciente elegirá la solución más adecuada para él para que finalmente la ponga en acción (Kazdin, 1995).

Exposición a la situaciones temida/inundación in vivo: El objetivo de la técnicas es que el paciente tenga debates cognitivos en aquellas situaciones reales que le provoque miedos intensos. Se le pide al paciente que se enfrente a las situaciones que les causan temor, vergüenza, etcétera y que permanezcan en ellas dándose cuenta de que pueden tolerar experiencias incómodas. Para darle confianza al paciente, se considera importante motivarlo para que persista durante un largo periodo de tiempo en la realización de estos ejercicios, ya que una escasa práctica no es suficiente ni para cambios en creencias irracionales ni para que los acontecimientos activadores dejen de serlo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Refuerzos y castigos: Este tipo de procedimiento es especialmente útil en aquellos que por sus ideas de baja tolerancia a la frustración no ponen en práctica las tareas que estimularían el cambio en sus creencias irracionales, por ello tienen como objetivo animar al paciente a asumir la responsabilidad de ser su propio agente de cambio.

Debido a que el refuerzo positivo se utiliza muy poco en la Terapia Racional Emotiva Conductual, porque se considera que muchos de los problemas emocionales se deben a una necesidad de aprobación social y el refuerzo positivo por parte del terapeuta puede incrementar o favorecer esta necesidad, se entrena en un autorefuerzo y en un autocastigo. Para lograr el autorefuerzo y el autocastigo, el terapeuta y el paciente establecerán qué refuerzos o castigos concretos se dispensará el propio paciente en función de la realización o no de determinadas tareas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**Técnicas emotivas:** La insistencia de Ellis, de que el debate de creencias irracionales es muy energético, es porque facilita no sólo la convicción y persuasión de la importancia de la racionalidad sino también de la emocionalidad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), por ello se llega a usar alguna técnica emotiva.

Imaginación Racional Emotiva: Su objetivo es proporcionar al paciente un método de entrenamiento que le posibilite cambiar emociones negativas inapropiadas por otras más adecuadas a las situaciones en las que habitualmente aparecen esas emociones perturbadoras. Consiste en pedir al paciente que trate de cambiar ante una situación imaginada determinada una emoción negativa muy perturbadora por otra más apropiada o moderada, modificando para ello las creencias irracionales. El terapeuta le pedirá que visualice una situación que le produzca malestar cuando el paciente indica que se visualiza es nítidamente, se le pide que trate de cambiar la emoción de angustia por la de frustración o descontento. Cuando el paciente consigue sentir este tipo de emociones, se le pide que describa los pensamientos

que le han ayudado a conseguir estos sentimientos (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Después del entrenamiento en la consulta, se le pide al paciente que practique la técnica en casa, pues deberá intentar cambiar las emociones negativas por otras más adecuadas. Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 recomiendan que se practique todos los días al menos durante diez minutos.

Técnicas humorísticas: Ellis considera que muchas perturbaciones emocionales se deben a los excesos de dramatismo o seriedad con el que nos tomamos a nosotros mismo o las cosas que nos ocurren en la vida, así como las exigencias absolutas que la persona se demanda a sí mismo y a los demás, por ello propone esta técnica, en la cual usualmente suele utilizarse una serie de historias, frases ingeniosas, ser irónico, usar lenguaje exagerado, llevar las cosas al extremo, hacer juegos de palabras o retruécanos, usar bromas chistosas, hablar en argot, lemas, parábolas, chistes, poemas y aforismo como complementos a las técnicas de debate cognitivo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Otros terapeutas de la Terapia Racional Emotiva Conductual han escrito numerosas canciones divertidas y a veces disparatadas para facilitar la asunción de una filosofía racional

Un elemento fundamental de la Terapia Racional Emotivo Conductual es el trabajo realizado fuera de las sesiones, pues es necesario trabajar diariamente para poder contrarrestar la tendencia a la repetición de las creencias irracionales y de los patrones conductuales y emocionales disfuncionales por estar muy arraigados durante años. Las tareas o ejercicios que se suelen realizar entre sesiones incluyen actividades cognitivas, conductuales y emotivas. Entre las **técnicas cognitivas** realizadas fuera de la sesión están los autorregistros que se utilizan para detectar entre sesiones las relaciones entre ABC, para el autodebate y la refutación de creencias. Otras de las técnicas son el debatir grabaciones de algunas sesiones anteriores, autoinstrucciones racionales y biblioterapia. Las **terapias conductuales** son fundamentalmente técnicas de exposición in vivo a



estímulos amenazantes, el objetivo es que el individuo compruebe que es capaz de tolerar niveles altos de malestar emocional y por consiguiente, rebatir sus creencias irracionales de no poder soportarlo o que le ocurra algo espantoso. Otras de las técnicas utilizadas entre sesiones son el auto-refuerzo y auto-castigo. Finalmente, entre las **técnicas emotivas**, las más utilizadas son la Imaginación Racional Emotiva, ejercicios de ataque de vergüenza y el uso del sentido del humor (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Durante el entrenamiento de alguna de las técnicas el terapeuta deberá tener en cuenta que no todas las técnicas son apropiadas o igualmente de eficaces para todos los pacientes, además deberá recordar que se deben adaptar a la persona.

### **4.3. Terapia cognitiva**

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron T. Beck a principios de los años 60's hasta principios de los años 80's. En un inicio fue desarrollada para el tratamiento de pacientes depresivos y posteriormente amplió su rango de aplicación al campo de los trastornos de ansiedad, fobias y trastornos de personalidad. El uso del término "terapia cognitiva" es para destacar que el trastorno psicológico proviene de errores o déficits, específicos y habituales de pensamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009). No porque sólo se enfoque en los aspectos cognitivos, ya que de igual modo que la Terapia Racional Emotiva Conductual utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas.

Beck empezó a desarrollar la Terapia Cognitiva a partir de la decepción que tuvo del psicoanálisis respecto a los resultados desfavorables obtenidos en sus estudios controlados cuyo objetivo era comprobar la hipótesis de que la depresión es un sentimiento de hostilidad dirigida hacia uno mismo, expresada en términos de necesidad de sufrimiento, además de que se esperaba que partir de esta comprobación se pudiera desarrollar una breve psicoterapia. Los resultados

obtenidos demostraron que las personas tendían a evitar conductas susceptibles de provocar desaprobación social, pues los deprimidos no buscan el fracaso sino que distorsionan la realidad para alcanzar bienestar o felicidad. Por ese motivo, Beck evaluó de un modo crítico la teoría psicoanalítica (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

#### **4.3.1. Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva**

Para entender el proceder de la Terapia Cognitiva debemos conocer y tener claros algunos conceptos, por ello a continuación se describirán algunos.

Lo que nos dicta como debe reaccionar las personas ante cualquier situación o cualquier hecho que le ocurra son las **reglas**, pues son patrones cognitivos estables. Estas se van formando desde la infancia, a partir de las experiencias concretas, además de que forman parte de la herencia social creada de observaciones (Gabalda, 2009).

Otro de los conceptos básicos es el de esquemas cognitivos. Beck basado en la teoría sobre los constructos personales de George A. Kelly, define los **esquemas cognitivos** como entidades organizativas complejas compuestas de unidades más simples que contienen conjuntos de creencias nucleares con distintos niveles de profundidad y especialidad relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Estos esquemas están organizados de acuerdo a su función. Permite a la persona investigar, codificar y evaluar el rango total de estímulos internos y externos y decidir un curso subsecuente de acción (Vease Ilustración 1) (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 Gabalda, 2009).

De acuerdo a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), y Gabalda (2009), los esquemas tienen tres cualidades: 1) Amplitud (reducidos, discretos o amplios), 2) Capacidad para modificarse (flexible o rígido) y 3) Densidad (influencia relativa en la organización cognitiva). De igual forma que las reglas, los esquemas cognitivos se

van forman desde las experiencias de la infancia. La persona aprende a evaluarse a sí mismo y al ambiente, mediante la interacción con las otras personas significativas y a construir la realidad a través de la experiencia persona.



Figura 3: Tipo principales de esquemas (Clark, Beck y Alford, 1999, citado en Gabalda 2009).

A partir de estos esquemas la personas realizan **procesos cognitivos**, los cuales son reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando las personas se enfrentan a una situación determinada, atienden indicios existentes en su marco de referencia. Estas operaciones son **procesos automáticos** que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Estos procesos contribuyen a una mayor economía y

eficacia del sistema, no obstante, pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. Los sesgos más frecuentes son los **sesgos confirmatorios** que hacen alusión a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información consistente con las claves contenidas en algunos de sus esquemas previos. A los **sesgos negativos** que cometen las personas y que hacen alusión a los problemas emocionales, Beck los denominó **distorsiones cognitivas**. Las distorsiones cognitivas se pueden entender como distorsiones de la realidad que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismo. Aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. La persona puede sacar conclusiones erróneas, aunque la percepción que haga de una situación sea la correcta. Si la situación se percibe de forma equivocada, las distorsiones cognitivas ampliarán el impacto de estas percepciones erróneas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

Es decir, las distorsiones cognitivas son los errores en el procesamiento de la información que facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, además, permiten mantener la validez. Beck identifica 11 distorsiones cognitivas: 1) Pensamiento de todo o nada, 2) Sobregeneralización, 3) Descontar lo positiva, 4) Saltar a las conclusiones, 5) Leer la mente, 6) Adivinación, 7) Magnifica/minimizar, 8) Razonamiento emocional, 9) Declaración de debería, 10) Etiquetar y 11) Culpabilidad inapropiada. Otros autores como Freeman y Oster (1999) incluyeron tres distorsiones 1) Valía personal dependiente de opiniones externas, 2) Comparación y 3) Perfeccionismo. Yurica y DiTomasso agregan 1) Catastrofismo, 2) Personalización y 3) Abstracción selectiva. Las distorsiones cognitivas tienen una doble **función**: 1) Facilitan los sesgos, es decir, tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo, en uno que se experimenta como negativo, 2) Mantienen la validez de las creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, Beck los denominó **productos cognitivos**. Los contenidos de estos suelen ser más accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. A estos contenidos cognitivos Beck los llamó **pensamientos automáticos**. Los pensamientos automáticos, son autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada. Son el resultado de la interacción entre los acontecimientos activadores y los sesgos que se cometen al interpretar tales acontecimientos, de igual modo son parte importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo. Los esquemas y la triada cognitiva (más adelante explicada) toman la forma de pensamiento automático o pensamientos o imágenes voluntarias (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

La **Triada Cognitiva** hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa del **mundo** provoca que el individuo perciba las demandas del medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, y por tanto, está desprovisto de interés, gratificación o alegrías. La visión negativa del **futuro** es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, del desánimo o el sufrimiento. La visión negativa de **sí mismo** hace que el individuo se perciba como inadecuado, incompetente y desgraciado. De acuerdo a este modelo, de estos patrones cognitivos negativos se derivan los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales en personas con depresión, fatiga, pasividad, indecisión, falta de energía, dependencia, falta de motivación, ideas de suicidio, etcétera, esta sintomatología sirve para confirmar y reforzar los pensamientos asociados a la triada cognitiva (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En este modelo la depresión se consideró como un trastorno de la cognición, de modo que el paciente percibe que ha perdido algo que considera esencial para su felicidad, anticipa resultados negativos que cualquier cosa que haga y se considera a sí mismo como deficiente para logara metas importantes. En cuanto a la ansiedad, se asume que el paciente ansioso posee una visión del sí mismo como vulnerable, del mundo como amenazante y del futuro como algo impredecible (Gabalda, 2009).

#### **4.3.2. Procedimiento básico de la Terapia Cognitiva**

La Terapia Cognitiva cuenta con un procedimiento de intervención activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Utiliza como estrategia de intervención el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis. El tratamiento pretende cubrir dos objetivos fundamentales: 1) Identificar las distorsiones cognitivas para poder eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente y 2) Que el paciente adquiera las habilidades necesarias para que en el futuro corrija las distorsiones cognitivas que identifique, además, de agregar en su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

#### **4.3.3. Estructuración del proceso terapéutico de la Terapia Cognitiva**

Ingram y Hollon (1986 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), señalan los siete pasos que se llevan a cabo a lo largo del proceso terapéutico para conseguir el cambio cognitivo: 1) Explicar la lógica del tratamiento, 2) Entrenar al paciente en técnicas de autorregistro, 3) Promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas para casa, 4) Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por lo que se han formado defectuosas, 5) Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas, 6) Articular los supuestos básicos

subyacentes (esquemas) y 7) Preparar para la terminación de la terapia y prevención de recaídas.

En la primera sesión se tiene como objetivos: a) Recoger información relevante sobre la problemática del cliente. Aunque una evaluación completa puede requerir varias sesiones, en esta primera es necesario que los problemas principales queden claros y se concreten los síntomas más urgentes y accesibles. Beck clasifica los problemas en: Los que sean más problemáticos para el paciente y los más susceptibles de intervención terapéutica. Para ayudar a especificar los síntomas que relata el paciente de forma objetiva y concreta, Beck clasifica los **síntomas** en cinco categorías: 1) Afectivos: Tristeza, apatía, pérdida de alegría, de sentimientos y afecto por otras personas, ansiedad, 2) Motivacionales: Deseo de escapar, de evitar problemas o incluso de evitar actividades cotidianas, 3) Cognitivos: Dificultad para concentrarse, problemas de atención, de memoria y distorsiones cognitivas, 4) Conductuales: Lentitud, pasividad, agitación, evitación de contacto con otras personas y, 5) Fisiológicos: Alteraciones del sueño, del apetito, etcétera, b) Establecer un buen rapport, pues no olvidemos que la colaboración del paciente con el terapeuta es importante para una mejoría, además, es fundamental, c) Explicar la relación entre pensamiento y sentimientos utilizando ejemplos de la vida cotidiana del paciente para facilitar la comprensión, d) Conseguir una cierta mejoría de los síntomas que presenta el paciente, e) Esbozar los objetivos del tratamiento y el tratamiento f) Generar expectativas de cambio en el paciente (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De la segunda sesión en adelante tienen la siguiente estructura: 1) Se comienza dedicando un tiempo a revisar el estado general del paciente y establecer los objetivos de la sesión, 2) Discutir y comentar aspectos relacionados con la última sesión y lo que el paciente ha sentido o le ha ocurrido entre sesiones, 3) Revisar los registros de las tareas programadas para casa en la sesión anterior, prestando atención a los puntos de mayor conflicto o dificultad, 4) Cuestionar y buscar evidencia empírica de pensamientos automáticos, sesgos negativos, y creencias

subyacentes extraídos de las tareas para casa o lo acontecido durante la semana, 5) El paciente programará nuevas tareas junto con el terapeuta, de acuerdo a las habilidades en las que se le va entrenando, anticipando las posibles dificultades, dudas o predicciones de los resultados y realizando ensayos de conducta, en caso de considerarse necesario, y 6) Obtener feedback de la sesión comentando y resumiendo el contenido de la sesión, incluyendo lo que se ha dicho o le ha alterado, lo que le ha sido útil o no le ha ayudado, cómo se siente, y si algo de ello debe tratarlo en siguiente sesión (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Gabalda (2009), menciona que las sesiones duran aproximadamente entre 45 y 60 minutos. Si partimos de que la sesión tiene 60 minutos, los primeros 5 o 10 minutos se dedican a revisar lo que ha pasado en la vida del paciente desde la última sesión a la cual el paciente acudió. En segundo lugar, se pueden dedicar 5 minutos a establecer cuáles son o cuáles van a ser los temas a tratar en la sesión, estos estarán basados en el estado del paciente y sobre el curso del tratamiento y la estructura que el terapeuta ha dedicado darle. Se puede dedicar otros 5 o 10 minutos a revisar la tarea que el paciente ha traído a sesión. Una vez llevado a cabo esta primera parte de la sesión se pasaría a trabajar; ya de forma más específica, con problemas o situaciones del paciente que deben ser tratadas con las diversas técnicas de la terapia cognitiva. Antes de terminar hay que dedicar tiempo, a concretar y explicarle al paciente la tarea que debe hacer para la próxima sesión, dicha tarea debe tener una conexión muy cercana y directa con lo tratado en la misma sesión e igualmente con lo tratado en las sesiones anteriores. Finalmente, los últimos 5 minutos de la sesión podrían utilizarse para una retroalimentación sobre cómo se ha sentido el paciente en el transcurso de la sesión, además de las opiniones que tiene sobre cómo marcha la terapia.

Otro de los asuntos importantes a retomar en las sesiones son las recaídas, pues la **prevención de recaídas** se debe considerar desde las primeras sesiones del tratamiento. El terapeuta debe preparar al paciente para que espere fluctuaciones



en la intensidad de los síntomas motivándole para que las utilice en su beneficio, pues podrá poner en marcha sus nuevas habilidades (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Una vez que los síntomas se van reduciendo y los pensamientos negativos automáticos se van detectando y modificando, la fase final de la terapia cognitiva se dedica a la detección de los esquemas cognitivos negativos para modificarlos y evitar que su activación produzca trastornos emocionales en el futuro (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

No olvidemos que en la Terapia Cognitiva se recomienda que el terapeuta tenga las siguientes habilidades: Mostrar una aceptación incondicional hacia su paciente, ser empático con el paciente, mostrar autenticidad, franqueza, y honestidad, además, deberá tener la capacidad de poder comunicarse con el paciente.

#### **4.3.4. Técnicas de tratamiento de la Terapia Cognitiva**

Se considera que la mayoría de los pacientes requieren en su programa terapéutico una combinación de técnicas conductuales, cognitivas y emotivas. En la Terapia Cognitiva, en las primeras sesiones de la terapia se emplean técnicas conductuales con el objetivo de reestablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes. Conforme vayan avanzando en la terapia, se irán utilizando las técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como punto de entrada en la organización cognitiva del paciente (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008; Gabalda, 2009).

**Técnicas conductuales:** Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en sí, para el terapeuta cognitivo es un medio para conseguir la modificación cognitiva, pues a través de estas el paciente realiza experimentos para probar la validez de sus hipótesis o creencias. El objetivo de estas es lograr un cambio en las cogniciones negativas que produzca una modificación en la conducta inadecuada. Además, de que las técnicas

cognitivas exigen un mínimo de funcionamiento conductual, cuando éste no existe, se instaure mediante la aplicación de técnicas conductuales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Preparación de actividades/ asignación de tareas graduales: Durante la sesión, terapeuta y paciente programan actividades diarias que realizará el paciente, teniendo en cuenta la dificultad y las posibilidades de realización por parte del paciente, pues si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel de dificultad que presentan para el paciente se pueden producir efectos contraproducentes. El programa debe ser realista para llevarse a cabo. El paciente deberá registrar las actividades, con el objetivo de que identifique aquellas que le proporcionan mejoría, además, deberá evaluarlas en una escala de 0 a 5 puntos, respecto al grado de agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría relacionados con la actividad) y dominio (sensación de logro alcanzado al realizar una tarea) que ha experimentado al llevarlas a cabo. Conforme al paciente se le vaya facilitando la realización de las actividades se le irán asignando actividades más complejas, proporcionándole feedback continuo de sus éxitos, esfuerzos y capacidades y a la vez refutando las minimizaciones que haga de sus logros y estimulándole a que se evalúe de forma más realista (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009).

Práctica cognitiva: Consiste en pedirle al paciente que imagine y describa detalladamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. El objetivo de esta técnica es contrarrestar la falta de concentración de los pacientes, obligándoles a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que llevarán a cabo y a identificar y resolver los posibles obstáculos que pudieran impedir la realización de una tarea (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Entrenamiento asertivo: Se centra en el entrenamiento de habilidades sociales específicas utilizando técnicas como la imitación, el ensayo conductual, el role-

playing. Tiene como objetivo enseñar las conductas adecuadas para que posteriormente pueda ponerlas en práctica ante personas o situaciones concretas. Entre las conductas que se le enseñan al paciente están el decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Role-playing: Suele llevarse a cabo durante las sesiones. Las técnicas de modelado y role-playing no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), mencionan que otras de las técnicas conductuales utilizadas son: 1) Técnicas de afrontamiento: Que tienen el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales, 2) Técnica de control de estímulos: Puede utilizarse para aliviar las dificultades de sueño. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen, 3) Relajación: La relajación es utilizada para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular, 4) Exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas: Fundamentalmente utilizada en pacientes que padecen ansiedad. Puede realizarse mediante desensibilización sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad, y 4) Control de la respiración o técnicas de hiperventilación: Se utiliza especialmente en los trastornos o ante síntomas somáticos amenazantes, también se utiliza cuando la relajación resulta difícil de aplicar.

**Técnicas cognitivas:** Se denomina técnicas cognitivas a un conjunto de técnicas que se realizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos. Los dos procedimientos fundamentales para detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones y

creencias son los autorregistros y el descubrimiento guiado. Durante el curso de la terapia, el terapeuta pondrá de manifiesto las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas, a través de preguntas que le ayuden a identificar y reconocer cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas y corregirlas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**Autorregistros:** El autorregistro más utilizado es el registro diario de pensamientos distorsionados (DTR). Los datos se distribuyen en una tabla de 6 columnas. Los datos que se anotan son: 1) Día y hora en la que ocurren los acontecimientos, 2) Situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió, 3) Emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su intensidad, 4) Pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas se utilizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones. Cuando se va a iniciar el debate y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se procede a rellenar las dos columnas siguientes, 5) Respuestas alternativas a los pensamientos automáticos indicados, añadiendo la credibilidad que se les concede y 6) Resultado de la evaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus emociones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**Descubrimiento guiado:** Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. El terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que haga sus asociaciones y argumentaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**Negación de los problemas:** En esta técnica los pacientes realizan una lista de por qué una situación no es un problema, más que las razones por las que es un problema (Gabalda, 2009).

Entrenamiento en observación y registro de cogniciones: Esta tarea debe realizarse siguiendo los siguientes pasos: 1) Definir qué se entiende por cognición (pensamientos o imágenes de valoraciones subjetivas de los acontecimientos, que el individuo interpreta como representaciones objetivas de la realidad, y de las que puede no ser consciente, a no ser que les preste atención, ya que se producen de forma automática), 2) Mostrar la relación ente cognición, emoción, afecto y conducta por medio de ejemplos. El terapeuta puede describir una situación y los pensamientos que tiene el individuo inmerso en ella. A continuación, se le preguntará al paciente qué es lo que cree que el individuo estará sintiendo y cómo cree que se comportará. Posteriormente, el terapeuta describirá la misma situación de forma diferente, pensando de forma diferente y le volverá a preguntar al paciente por los sentimientos que cree que experimentaría en esta ocasión y las conductas que realizaría, 3) Mostrar la existencia de cogniciones en el paciente basándose en las experiencias recientes que él ha suministrado, 4) Asignar, como tarea para casa, el registro de cogniciones y, 5) Revisar los registros del paciente y proporcionarle un feedback. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Técnicas de reatribución: Se emplea en aquellos casos que el paciente se atribuye la responsabilidad de acontecimientos negativos o tiene tendencia a culpabilizarse de cualquier circunstancia adversa. Para contrarrestar las cogniciones del paciente, el terapeuta puede: 1) Revisar los hechos que dieron lugar a la autocrítica, 2) Mostrar los distintos criterios que existen para atribuir responsabilidad y cómo podrían ser aplicados a la conducta de otra persona o 3) Poniendo en duda la creencia de que el paciente es el responsable de cualquier consecuencia negativa (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Técnicas de conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, soluciones o interpretaciones distintas a las realizadas por el paciente, además de encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a considerar los problemas como irresolubles y únicas. El procedimiento

consiste en definir de forma clara el problema que presenta el paciente para posteriormente, buscar tantas soluciones como sea posible, independientemente de que sean factibles o eficaces. A continuación, se examinan las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones propuestas y se elige una de ellas, planificando como llevarla a cabo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Técnicas basadas en la imaginación: Su utilización es principalmente útil debido a que algunas personas tienen imágenes visuales asociadas a sensaciones de malestar. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al paciente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Labrador, Cruzado y Muñoz (2008) y Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), describen dentro de esta categoría las siguientes técnicas: a) Paradas de imágenes: Consiste en pedir al paciente que interrumpa el curso de la imaginación cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que provoca malestar emocional, el paciente deberá dar un fuerte golpe o decir “alto”. Después, se le pide que intente imaginar algunas fantasías agradables para evitar la repetición de las imágenes desagradables, b) Repetición continuada: Se utiliza cuando el paciente presenta grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación. Consiste en pedirle que rememore y repita insensatamente las imágenes y fantasías que le producen malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional, c) Proyección temporal: Se le pide al paciente que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto. Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación, d) Imaginar metáforas: Tienen como objetivo proporcionar al paciente nuevas alternativas a una situación problema. Se le pide al paciente que represente mentalmente

determinadas imágenes metafóricas que le puedan ayudar a imaginar puntos de vista alternativos a la situación, e) Imaginación descatastroficadora: Pretender que la escena catastrófica de los pacientes se vuelvan más realistas al incluir un mayor número de datos objetivos. Se le pide al paciente que ante la representación mental de escenas o imágenes catastróficas intente incluir todos los datos, los positivos, agradables o neutros que también ha tenido lugar, esto se hace con la finalidad de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos, f) Imaginación inducida: Se pide al paciente que trate de transformar una imagen negativa en otra más neutra positiva. Con ello se pretende que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas, g) Imaginación positiva: Se pide al paciente que genere fantasías o imágenes positivas permitiéndole reducir el tiempo dedicado a las negativas. También sirve como técnica distractora que el paciente deberá utilizar cuando aumente la intensidad del malestar emocional, h) Imaginación como estrategia de coping: Comenzando con las situaciones menos amenazantes, se pide al paciente que se imagine a sí mismo haciendo frente a las situaciones problemáticas y/o visualizando cómo las resolverían otras personas (modelado encubierto). Debería ir cambiando la situación de menos a más amenazantes y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales, i) Repetición de metas: Se le pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución,

Gabalda (2009), agrega la técnica de identificación y categorización de pensamientos automáticos: Hoja de registro de pensamiento automático. En un principio el terapeuta puede trabajar con el paciente, en sesión, para que registre o informe de lo que le pasa por su cabeza al recordar. A veces es recomendable que en lugar de utilizar registros estructurados, lo haga en una hoja que tenga a su alcance en la que haya anotado la idea o ideas identificadas y ponga una señal cada vez que tengas esas ideas, a lo largo de dos días, entre sesión y sesión.

Para llevarse a cabo se recomiendan las siguientes instrucciones: 1) Saber identificar y enseñar al paciente la naturaleza del problema, 2) Especificar el

problema en términos concretos, 3) Pedir al paciente que proporcione un ejemplo, 4) El terapeuta intentará hacerse una idea lo más completa posible de la situación, 5) El terapeuta debe ser capaz de repetir, comentar y describir el problema tal y como ha sido expuesto por el paciente. Una vez que se han detectado los principales pensamientos negativos se pasará a analizarlos, para lo cual hay tres formas: 1) Análisis lógico, se examinan los tipos de inferencia utilizada para sacar conclusiones, 2) Análisis empírico, mediante el cual el paciente debe valorar si dispone de evidencia para apoyar dicho pensamiento y, 3) Análisis pragmático, que sirve para que el paciente se dé cuenta de cuáles son las consecuencias prácticas de mantener esas creencias.

Las siguientes técnicas permiten acceder a estas metas (Gabalda, 2009): a) Análisis de la lógica incorrecta: Las preguntas deben hacer que el paciente reflexione, b) Búsqueda de respuestas alternativas: La meta está en que el paciente lleve a cabo una investigación activa que le permita encontrar soluciones alternativas para su problema. En esta técnica se utilizan normalmente los registros de pensamientos disfuncionales, c) Comprobación de hipótesis: El paciente tiene que tomar todos y cada uno de sus pensamientos automáticos o sus ideas negativas y convertirlas en hipótesis, si surgen varias ideas negativas asociadas se debe acordar con el paciente elegir una, y dejar las otras para tratarlas más tarde en la sesión o para sesiones posteriores. Es muy importante que la comprobación de hipótesis se realice, única y exclusivamente, sobre una idea en concreto y no sobre varias ideas aunque estas estén relacionadas. Los pasos a seguir son: 1) Anotar la idea negativa, 2) Buscar evidencia tanto a favor como en contra de la idea negativa, 3) Plantear un experimento que permita comprobar la hipótesis negativa, no debe de formar parte de un experimento que no sea relevante o importante para el paciente, 4) Observar el resultado del experimento, el terapeuta deberá retroalimentar al paciente así como seguir animándolo a seguir planteando nuevos experimentos para comprobar nuevas hipótesis, 5) En función del experimento y de las consecuencias de este se debe intentar modificar o reevaluar la idea negativa, de manera que el paciente debe ser capaz de obtener una nueva conclusión sobre la hipótesis inicial.



**Técnicas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes:** Independientemente de si el contenido de un pensamiento automático es verdadero o falso, el objetivo es identificar qué creencias nucleares o supuestos básicos se activan ante las situaciones conflictivas que generan malestar.

Dobson y Dobson (2009 citados en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), señalan algunos requisitos importantes para iniciar el cambio de los esquemas cognitivos en el paciente: a) Que haya reducido notablemente el malestar emocional, las conductas disfuncionales y los pensamientos negativos; b) Que sus creencias disfuncionales supongan un riesgo para posibles recaídas; c) Que tenga la capacidad de establecer un debate más abstracto; d) Que no tenga riesgo de un trastorno psicótico; e) Que conozca y esté dispuesto a llevar a cabo un tratamiento de mayor duración con resultados a más largo plazo.

Algunas técnicas que utilizan para identificar creencias son: Búsqueda de reglas de inferencia del tipo “si A ... entonces B”, detectar los debería y tendría, detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones, utilizar la técnica de la flecha descendente, plantear situaciones hipotéticas, perspectiva histórica, técnicas emotivas y la evaluación mediante cuestionarios. Para el cambio de creencias negativas por otras nuevas más adaptativas las técnicas más usadas son: Reconocimiento de un continuo, registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas, establecer el criterio de lo que se considera cambio de creencia, role-playing, ensayo conductual, actuar “como si”, confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias, promover una nueva imagen, solicitar apoyo social y consenso, análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquemas, proyección en el tiempo y la biblioterapia, además, también nos encontramos con la psicoeducación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012 & Gabalda, 2009). De acuerdo a Bunge (2014), la psicoeducación consiste en darle al paciente una breve explicación acerca de: 1) el trastorno: causas, cuán frecuente es en la población, características de la sintomatología, 2) el tratamiento: alternativas disponibles,

criterios para elegir uno u otro, aspectos básicos, técnicas específicas y duración estimada.

**Técnicas emotivas:** Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla.

Inducción de autocompasión: Se utilizan excepcionalmente con personas que no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas: 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos, 2) Contándole la historia de otra persona, con un problema similar al suyo, y con quien pueda identificarse. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida, 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente, 4) Proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente. Beck sugiere que hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que ha de centrarse la terapia, pues sirve para reducir la tristeza (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Inducción de cólera o ira: Se hace hincapié en aspectos de la vida del paciente que puedan generar enfado. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. Esta técnica ha de ser utilizada con precauciones porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Distracción externa: Son formas de distracción que sirven para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar. Los pacientes pueden valerse de la distracción para aliviar la tristeza, se le indica que utilice la tristeza como una señal para llevar a cabo actividades que le distraigan, como llamarle a alguien por teléfono, dé un paseo, converse con alguien, contemple un paisaje, también el humor suele ser de un buen distractor de los sentimientos de tristeza (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Hablar de forma limitada de los sentimientos de infelicidad: Procurar no hablar permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad del tipo “no pudo soportar tanto sufrimiento”, esto ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Alivio de los sentimientos de culpa: El sentimiento de culpa en el paciente se debe a que se creen responsables de la conducta de otras personas o de la ocurrencia de acontecimientos negativos. La forma de contrarrestar estos sentimientos consiste en analizar con detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También, se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincráticos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos Se

pretende, a través de preguntas, recopilar información objetiva y evidencias que le lleven a reconsiderar sus sentimientos de culpa (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Métodos para mitigar la vergüenza: La vergüenza suele aparecer cuando cree que los demás le juzgan inferior, infantil, débil o loco por alguna de sus conductas. Como el paciente no manifiesta que se siente avergonzado, el terapeuta debe indagar este sentimiento. Para combatirlo se puede decir al paciente que anote las ventajas e inconvenientes de manifestar vergüenza o que, cuando cometa un error que le parezca vergonzoso, lo reconozca en lugar de ocultarlo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Técnicas para aliviar la ansiedad: En primer lugar se le pide al paciente que evalúe el grado de ansiedad experimentado, las situaciones en las que esta aparece y el tiempo que tarda en desaparecer. Esta información proporcionará al paciente información sobre la relación entre niveles de ansiedad y acontecimientos ambientales y le permitirá descubrir qué es, en concreto, lo que le asusta de esa situación. Posteriormente, se le enseña diversos procedimientos para hacer frente a la ansiedad, como: 1) Ejercicios físico, 2) Tareas que impliquen actividad física, 3) Métodos distractores o 4) Procedimientos específicos de coping para hacer frente a la situación problema (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Al igual que las dos técnicas expuestas anteriormente, en la Terapia Cognitiva las tareas son una parte importante, pues a través de ellas se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos, además permiten al paciente comprobar la validez de sus pensamientos. También sirven para proporcionar datos relacionados con los problemas que se van presentando y facilitan la estructuración y programación de sesiones de trabajo terapéutico (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Aunque se debe de tomar en cuenta que la asignación de tareas para casa se ha utilizado en niños mayores, muy raras veces se les utiliza con los

pequeños, pues con frecuencia los niños pequeños no las realizan y son los padres o tutores los que la complementan (O'Connor y Schaefer, 1997).

#### 4.4. Relajación

Los más antiguos antecedentes de las técnicas de relajación se encuentran en las técnicas de meditación de las **filosofías orientales**, seguidas de estas se sitúa **Smith**, con la hipnosis autoritaria, el yoga y la meditación, pero el nacimiento formal de las técnicas de relajación se debe a **Jacobson** con la relajación progresiva en 1929 y a **Schultz** con el entrenamiento autógeno en 1932. Estas dos últimas técnicas se han aplicado a problemas como la ansiedad, el estrés, el insomnio, la hiperactividad, el fracaso escolar, en tics, tartamudez y otras. Otra técnica utilizada para controlar las funciones fisiológicas del cuerpo humano es el **biofeedback**, cuyo soporte está en los avances electrónicos, pues se tiene la posibilidad de medir con precisión diferentes parámetros vitales (Taibo, 2012).

Debido a los tres **ejes** (neural, endocrino y neuroendocrino) activados por estrés, con la relajación se desea lograr un estado de reposo en el que se liberará la tensión, además de que se alargarán las fibras musculares tensadas. Para Sweeney (1978) la relajación es un estado o respuesta percibida positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento, así mismo, la relajación tenderá a aumentar la actividad parasimpática y a reducir la simpática (Payné, 2002 & Taibo, 2012). Los objetivos de la relajación son: 1) Como medida de prevención, para proteger a los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario, 2) Como tratamiento, para facilitar el alivio de estrés en condiciones tales como hipertensión idiopática, dolor de cabeza debido a la tensión, asma, deficiencia inmunitaria, ansiedad entre otras, y 3) Como técnica para poder hacer frente a las dificultades, pues permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz (Payné, 2002).

A continuación se expondrán algunas de técnicas de relajación

#### 4.4.1. Relajación progresiva

Trabajando como médico fisiólogo en los 30's, **Jacobson** desarrolló una de las relajaciones más utilizadas en terapia de conducta. Jacobson descubrió que el pensamiento tenía conexión con el estado de los músculos, es decir, identificó que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Aunque tradicionalmente se ha sostenido que los músculos, en todo momento se hallan en un estado de concentración leve y sostenida (tono muscular), Jacobson encontró que los músculos voluntarios podían alcanzar un estado de completa relajación durante el reposo a través de la relajación muscular profunda (Payné, 2002).

Definiendo la **relajación** como el cese de la actividad en los músculos esqueléticos, Jacobson ideó una técnica que denominó relajación progresiva, la cual consistía en enseñar al paciente a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo a través de ejercicios de **tensión** y **relajación**. El objetivo de esta técnica es alcanzar un estado de relajación muscular profunda en periodos cada vez más cortos, además, de controlar el exceso de tensión en situaciones inductoras de estrés, pues podrá poner en marcha estas habilidades, una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo. Esta técnica es aconsejable para aquellas personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican altos niveles de tensión y que además interfieran con otras conductas (Payné, 2002).

Para el entrenamiento en relajación progresiva se recomienda toma en cuenta las siguientes **consideraciones**: 1) El entrenamiento debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa, 2) El paciente utilizará un sillón reclinable y acolchonado, para poder colocarse completamente sobre él. También se tiene la posibilidad de solicitarle una colchoneta, sabana o algo en la que puedan acostarse así como una pequeña almohada para reposar la cabeza, 3) El sujeto deberá llevar ropa cómoda y holgada. Una sesión previa se debe avisar al paciente. Durante el

entrenamiento el terapeuta deberá solicitarle que retire todo accesorio que le pueda estorbar durante el entrenamiento, como gafas, zapatos, relojes o cualquier otro objeto, 4) Es importante evitar las interrupciones una vez iniciados los ejercicios de relajación (Payné, 2002).

Durante el entrenamiento se pueden adoptar las siguientes **posiciones**: 1) Sentado cómodamente en un sillón, apoyando la cabeza y la espalda. Los pies deben de reposar en el suelo. Los brazos pueden estar apoyados sobre los muslos con las palmas de las manos hacia abajo o sobre el reposabrazos, 2) Tendido sobre una superficie dura que permita apoyar completamente todo el cuerpo y con una ligera elevación de la cabeza, piernas y brazos deberán estar ligeramente en ángulo y apartadas del cuerpo, 3) Postura del cochero, sentado en una silla y con el cuerpo un poco inclinado hacia adelante, con la cabeza sobre el pecho y los brazos apoyados sobre las piernas (Trianes, et. al., 2012 & Gutiérrez, 2013).

#### **4.4.2. Procedimiento de la Relajación Progresiva**

De acuerdo a Trianes, et. al., (2012), en la primer sesión el terapeuta deberá dar al paciente una explicación apropiada y la justificación de los procedimientos que se van a seguir, de igual modo se aclararán las dudas que este tenga de la técnica. Posteriormente, el terapeuta irá describiendo y realizando cada uno de los ejercicios de tensión y distensión.

El procedimiento que tiene que seguir el terapeuta durante el entrenamiento de relajación progresiva es el siguiente: 1) La atención del paciente debe centrarse en un grupo de músculos, 2) A la señal del terapeuta, el paciente tensará aproximadamente cinco segundos los músculos, 3) Cuando el terapeuta lo indique el sujeto relajará rápidamente sus músculos, 4) El paciente tiene que concentrarse en las sensaciones que experimenta en la zona relajada. Una vez que el paciente haya efectuado los ejercicios de tensión-distensión de todos los grupos musculares se recomienda dejarle varios minutos disfrutando de ese estado de

relajación completa, tras los cuales el terapeuta finaliza la relajación mediante una cuenta regresiva: cinco, mueva las piernas; cuatro, mueva los brazos; tres, mueva el tronco; dos, mueva la cabeza; uno, abra los ojos, cero (Trianes, et. al., 2012 y Barrios, 2010).

El método de relajación progresiva de Jacobson se puede utilizar en prácticamente todos los **grupos musculares**, aunque, de acuerdo a Barrios, (2010) el siguiente orden es el establecido: 1) Mano derecha o izquierda, luego proseguiremos con la otra, y así con todos los demás ejercicios, 2) Antebrazo y brazo derecho, deltoides, 3) Espalda dorsal, zona lumbar, 4) Cuello, 5) Rostro y Ojos, 6) Zona anterior del tronco y abdomen, 7) Pie derecho, 8) Pantorrilla derecha y 9) Muslo derecho.

Sin embargo, no hay que olvidar que la práctica entre sesiones es muy importante, por lo que se le recomienda al paciente realice esta en casa, en este caso, dos veces por semana con una aproximación de 15-20 minutos, de igual modo se le sugiere que realice un registro para que el mismo paciente identifique su avance.

#### **4.4.4. Variaciones de la relajación progresiva**

Ya que en un inicio la relajación progresiva requería un amplio periodo de tiempo para aprender a relajarse algunos autores han modificado esta técnica, acortando su duración. Una de estas variantes es la **relajación diferencial** cuyo objetivo es aprender a tensar sólo aquellos músculos necesarios para realizar una actividad y mantener relajados aquellos que no se ocupan para dicha actividad, pretendiendo así que el sujeto aprenda a relajarse en situaciones estresantes cotidianas. Se puede usar como estrategia generalizadora, o como técnica de afrontamiento. Otra variante es la **relajación condicionada**, se entrena al paciente para asociar la relajación a una palabra que el sujeto se dice a sí mismo. Una vez que el paciente este relajado, se le instruirá para que centre su atención en la respiración y para que repita, inicialmente en voz alta la palabra-señal, en cada exhalación,



alterando la sílaba final y disminuyendo el volumen de su voz. Posteriormente, se le pedirá al paciente que repita la palabra-señal mentalmente en cada exhalación hasta que quede condicionada la palabra a la sensación de relajación. Sin embargo, podemos encontrar una variante de esta, la relajación condicionada a una escena relajante. En esta se le pedirá al paciente que trate de evocar una escena o situación que le resulte relajante cada vez que se repita la palabra-señal. De esta forma, la palabra-señal y/o imagen-clave evocan respuestas de relajación. Vera y Vila (1991), citados en Amodeo (2013) propusieron otra variante, la **relajación pasiva**, en esta técnica sólo se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares, sin necesidad de tensarlos antes. Indicada para personas con problemas orgánicos en los que no es posible la tensión de determinados grupos musculares. Esta se lleva a cabo con la ayuda de una cinta previamente grabada con las instrucciones, por lo que se puede practicar en casa, sin embargo, esta técnica hace más dependiente al paciente de la voz del terapeuta que otra técnica (Amodeo, 2013 y Trianes, et. al., 2012)

#### **4.4.5. Técnicas de respiración**

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la actividad fisiológica producidos por éstas. El objetivo de esta técnica es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés, pues unos hábitos de respiración completa y profunda (abdominal, ventral y costal) son terapéuticos por sí mismo como consecuencia de los efectos beneficiosos que producen actuar directamente sobre el Sistema Nervios Autónomo, además, la concentración en la propia respiración facilita al paciente desviar la atención de problemas, pensamientos obsesivos, etcétera que puedan estar provocando una respuesta de ansiedad en ese momento.

Habría que recalcar el hecho, que es una técnica de fácil aprendizaje, además de que se puede utilizar en cualquier situación para controlar la situación fisiológica.

Labrador, (1995) citado por Trianes, et. al. (2012), ha diseñado un programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración que consta de **seis ejercicios** graduados en orden de dificultad creciente, antes de iniciar los ejercicios es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales. El primer ejercicio tiene como objetivo que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones (inspiración abdominal), el segundo ejercicio (inspiración abdominal y ventral) tiene como objetivo que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones, el tercer ejercicio, tiene como objetivo desarrollar una inspiración completa (inspiración abdominal, ventral y costal). En el cuarto ejercicio se pretende que el paciente sea capaz de hacer más completa y regular la respiración, el quinto ejercicio, ritmo inspiración-espирación, como objetivo tiene conseguir una adecuada alternativa respiratoria entrenando la inspiración y espирación completa, finalmente, el sexto ejercicio, sobregeneralización, el paciente aprenderá a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces, o hasta que el paciente aprenda a realizarlos correctamente.

No hay que olvidar que esta técnica también se realiza en condiciones óptimas para su realización, pues si la persona no se siente cómoda o interrumpen su sesión, no se obtendrán los resultados esperados.

#### **4.5. Técnicas psicológicas utilizadas en niños con cáncer**

En los últimos años, las instituciones sanitarias han constituido una de las áreas principales para la intervención psicológica. Específicamente hablando del cáncer, de acuerdo al National Cancer Institute (NCI) (2013) el 90% de los pacientes con cáncer, presenta problemas psiquiátricos clínicamente significativos, principalmente en la etapa diagnóstica y de tratamiento. Mientras que el 70% de

los pacientes con cáncer presentan trastornos adaptativos, de un 25 al 58% reportan sintomatología ansiosa o estrés y del 15 al 25% cumplen con criterios de trastorno depresivo mayor. Ante estas cifras es evidente que el cáncer es una enfermedad que coloca al paciente ante situaciones complejas las cuales en consecuencia producen la creación de pensamientos y emociones negativas que requieren de intervenciones psicológicas. Durante el período de diagnóstico, la intervención del especialista consiste en detectar las necesidades emocionales para reducir el miedo, la ansiedad y el estrés. La intervención psicológica que más se utiliza en este período de la enfermedad es la psicoeducación.

El diagnóstico de cáncer infantil es generalmente inesperados, y funcionan como fuente de estrés que provoca alteraciones biológicas y cambios en las conductas relacionadas con la salud, además de que el estrés asociado con la enfermedad y con el impacto de la hospitalización, la quimioterapia y otros procedimientos invasivos, continúan siendo una experiencia difícil de asimilar para el niño (Cely-Aranda, Duque y Capafons, 2013 & Valencia, Flores, Sánchez, 2006 & Reynoso y Becerra, 2014).

Algunas técnicas utilizadas en niños con cáncer son:

a) Terapia Racional Emotiva Conductual

Valencia, Flores, Sánchez (2006), mencionan que ante el diagnóstico de cáncer genera en los niños cambios emocionales y de comportamiento, lo que puede predisponer a la enfermedad o a agravar el carácter de su diagnóstico. Algunos factores psicológicos relacionados con las respuestas ante padecimientos oncológicos son: 1) factores conductuales, 2) factores emocionales, 3) factores cognitivos y 4) factores sociales. Debido a los efectos que el comportamiento muestra sobre enfermedades como el cáncer y el malestar que éstas originan en los niños, es importante contar con estrategias de intervención psicológica que permitan desarrollar conductas para adaptarse al proceso. Por ello, estos autores desarrollaron un estudio cuyo propósito fue diseñar y evaluar una intervención

orientada a mejorar las conductas de autocuidado en el niño con cáncer, y dado que el cáncer es una fuente de estrés que impacta de manera negativa al niño otro objetivo fue reducir sentimientos de desesperanza e indefensión. Para lograr el segundo objetivo, los niños tuvieron que identificar pensamientos pesimistas y cambiarlos por pensamientos optimistas, identificando, en ambos casos, las consecuencias emocionales y conductuales de cada patrón de conducta cognitiva. Los resultados demostraron que los niños mejoraron sus habilidades para lidiar con la indefensión y lograron identificar las reacciones emocionales adecuadas ante diversos retos determinados por la enfermedad, además, lograron generalizar el cambio de cogniciones a su vida cotidiana en aquellos aspectos que tenían impacto en su salud, por ejemplo a situaciones en el ambiente hospitalario, con su familia, en la escuela y con sus amigos.

#### b) Relajación

Posteriormente del diagnóstico, el niño se expone a tratamientos médicos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre. La intervención quirúrgica, es un estresor muy importante, siendo los momentos potenciales de estrés: la preparación del paciente antes de la cirugía, el traslado al quirófano, la separación de los padres, la entrada al quirófano, la anestesia, el despertar y la recuperación post-quirúrgica enfermedad. En una reciente revisión sobre el cuidado de los niños oncológicos se concluyó que ciertas conductas de los padres se asocian con un descenso del estrés y la ansiedad del niño antes y después de los procedimientos médicos. Los padres que utilizan la distracción, tratando de focalizar la atención del niño en un elemento diferente del procedimiento médico, y que le instruyen para llevar a cabo conductas de afrontamiento, logran que sus hijos tengan menos estrés. Cuando los padres emplean críticas, excusas o disculpas sobre lo que le ocurre al niño, el estrés de éste aumenta. Por otro lado, los programas de preparación psicológica basados en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento con niños oncológicos suelen introducir la relajación/respiración profunda, la distracción/imaginación y las

autoinstrucciones/autoverbalizaciones. El objetivo del entrenamiento en relajación es enseñar al niño cómo alcanzar el máximo control sobre la respuesta fisiológica. (Méndez, Orgilés, López.-Roig y Espada 2004 & Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009).

### c) Modelado

Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009), menciona que la aplicación del modelado en sus variantes en vivo o filmado en el que un modelo demuestra cómo enfrentar eficazmente un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico a través de estrategias de afrontamiento ha mostrado su eficacia. El procedimiento médico más atendido con la técnica de modelado filmado es la cirugía mayor programada, que permite planificar y disponer de tiempo suficiente para preparar a un niño para su operación. La mayoría de las filmaciones abarcan los momentos más importantes de la hospitalización, desde que los niños son ingresados hasta el día del alta, incluyendo extracciones de sangre, rayos X, separación de la madre, inducción de la anestesia, sala de recuperación y retorno a la habitación. En el cáncer infantil destacan los trabajos del grupo de Susan M. Jay que se centran en la preparación a procedimientos médicos dolorosos como la aspiración de la médula ósea y el pinchazo lumbar, en el cual presentan al niño y a sus padres información, además, les muestra un modelo positivo de conductas de afrontamiento. Más recientemente, Klosky et. al., ha elaborado un video educativo de 7 minutos de duración para preparar a los niños para la radioterapia. El video muestra a un modelo infantil completando de modo competente cada uno de las fases de la radioterapia e instruyendo en tres cuestiones: 1) Las modalidades y aparatos que se van a emplear, 2) La importancia de estar quieto durante la radioterapia, y 3) La presencia de Barney, un muñeco que aparece en el vídeo y que le acompañará durante cada fase del tratamiento. Faust y Melamed, identificaron que los niños preparados el mismo día de su operación mostraban mayores niveles de ansiedad que los que vieron una película distractora o los que fueron preparados la noche antes a la intervención quirúrgica. Sin embargo, uno

de los inconvenientes del vídeo es la pasividad de los niños y sus padres a la hora de interactuar con el audiovisual.

d) Inoculación de estrés

En lo que respecta a la aplicación de la inoculación de estrés en medicina conductual revisada por Turk, Meichenbaum y Genest, menciona que las intervenciones con inoculación de estrés en el ámbito sanitario han sido muy amplias y dirigidas a poblaciones muy diversas. Sin embargo, ha sido muy usada en pacientes que van a sufrir una intervención quirúrgica, ya sea en niño o en adultos (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008 & Meichenbaum, 1987).

Finalmente, para concluir habrá que mencionar que de acuerdo a Reynoso y Becerra (2014), para trabajar los cambios del estado de ánimo que con frecuencia se presentan en los niños con cáncer se han utilizado programas de educación emocional, de actividades agradables (reforzamiento positivo) y de reestructuración cognitiva. Además, es importante preparar a los niños para la hospitalización y la cirugía, proporcionándoles información y entrenándolos en estrategias de enfrentamiento.

## 5.PROPUESTA

### **TALLER PARA EL CONTROL DE ESTRÉS**

Partiendo del modelo de Lazarus y Folkman (1984), el cual menciona que la reacción a una situación estresante depende de la evaluación cognitiva de la misma como amenazante para la supervivencia física o psíquica del individuo, consideramos que una herramienta importante para controlar la sensación de estar estresado es controlar nuestros pensamientos a través de la reestructuración cognitiva, sin embargo no olvidemos que la parte cognitiva de la persona no es la única en ponerse en marcha, también la parte fisiológica de la persona juega un papel importante, por lo que también se recomienda un entrenamiento en relajación.

El programa aquí propuesto está compuesto por 8 sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana. Cada sesión durará aproximadamente 60 minutos. El taller está programado para 8 participantes como máximo.

Todas las sesiones tiene el mismo formato a proseguir a excepción de la primera y la última sesión.

La primera sesión estará dividida en tres partes, en la primera se tratarán algunos temas como la presentación del psicólogo, los niños y las mamás de estos, las reglas, los objetivos y las expectativas del taller, la duración de cada sesión y del programa. Durante la segunda parte, se realizará una actividad para ir creando un vínculo de confianza entre los niños y el terapeuta. Finalmente, en la última de la sesión se resolverán las dudas que los niños hayan tenido.

Desde la segunda sesión hasta la séptima sesión, las sesiones se dividirán en cuatro partes. La primera parte se hablará sobre la tarea (errores y aciertos). En la segunda parte se pasará a explicar la técnica, además de explicar y realizar ejercicios de la técnica según corresponda la sesión. La tercer parte corresponderá a aclarar las dudas o inquietudes de los niños acerca de la técnica.

En la última parte, se terminará la sesión mandándoles como tarea la práctica de la técnica en casa para ir logrando la generalización de esta.

Durante la última sesión del programa el terapeuta aclarará dudas de la tarea de la séptima sesión, posteriormente se recogerán algunas de las conclusiones más relevantes a las que los niños pudieron llegar durante las sesiones del programa. Además se le proporcionarán algunas recomendaciones.



## **5.1. Primera sesión**

### **Objetivo**

1. El tutor del niño y el niño conocerán algunos aspectos de la terapia para trabajar de la mejor manera.
2. Los niños realizarán una actividad junto con el terapeuta para ir creando un vínculo de confianza.

### **Procedimiento**

1. Se presenta el terapeuta con los niños y el tutor o tutores del niño.
2. El terapeuta explicará que la terapia está programada para 4 semanas, con dos sesiones por semana, y que cada sesión tiene una duración de 60 minutos aproximadamente. Además de que se trabajará bajo el modelo cognitivo-conductual, es decir un modelo que incluye tanto técnicas cognitivas como técnicas conductuales, ya que de acuerdo a este modelos la conducta y los pensamientos y emociones están vinculados. Asimismo, se le mencionará que el objetivo de este programa es el control del estrés en el niño mediante el aprendizaje de técnicas para el manejo del estrés producido por la enfermedad y la adherencia al tratamiento médico para llevar de la mejor manera su enfermedad.
3. Posteriormente, se le entregará un consentimiento informado al tutor del niño y un asentimiento informado al niño para que autoricen audiogravar las sesiones, además de informales que también se respetará la confidencialidad.
4. Al tutor del niño, se le entregará otra hoja que de igual modo tendrá que firmar, pues se comprometerá a respetar las reglas de la sesión. Mientras terapeuta y tutor leen la hoja, se irán resolviendo las dudas que vayan surgiendo.

5. Habiendo aclarado cualquier duda que tenga el tutor se proseguirá a trabajar con el niño con la siguiente actividad.  
Material: cuento Lina. La pequeña golondrina. (Ana María García de Motiloa Gámiz).  
Actividad: Lectura del cuento.
6. Posteriormente, el terapeuta preguntará si en algún momento se sintieron identificados con Lina y por qué.
7. Finalmente, se le pregunta al niño si ha tenido alguna duda, sobre la terapia y/o sobre algún aspecto tratado en esta sesión.
8. Se le pide que para la siguiente sesión se presente vestido con ropa cómoda, pues se realizarán ejercicios de relajación.
9. Se despide de los niños, haciéndoles mención de que se le espera la siguiente sesión.

## **5.2. Segunda sesión**

### **Objetivo**

1. El niño aprenderá términos básicos del estrés para identificar en que situaciones se siente estresado.
2. El niño conocerá cuestiones básicas de la relajación para posteriormente realizar un ejercicio de tensión-distensión.
3. El niño aprenderá a identificar cuando sus manos, brazos y hombros estén tensos para posteriormente relajar.

### **Procedimiento**

1. La sesión se inicia preguntando a los niño si sabe qué es estrés, por qué creen que se da, y cómo pueden identificar ellos el estrés, además, se les pedirá algún ejemplo de una situación que le cause estrés respecto a su enfermedad.

2. Partiendo de las respuestas de los niños, se les explicará que el estrés es un conjunto de reacciones tanto a nivel biológico como a nivel psicológico que se producen por ciertas situaciones que el niño no puede controlar. Siendo un divorcio de sus padres, el maltrato, el cambio de escuela, un examen, ser molestado por otros niños, ir al dentista, una enfermedad, el ser hospitalizado, romper o perder cosas, entre otras situaciones lo que causan que un niño se estrese.

Algunos síntomas que le ayudarán a identificar que esta estresado son la tristeza, la ansiedad, la indiferencia, están temerosos, lloran sin causa alguna, sudan de las manos, dolor de cabeza y de estómago, se muerden las uñas, pueden llegar a orinarse mientras duermen, algunos tienen pesadillas, taquicardias, etcétera.

Debido a que algunas de esas reacciones se dan cuando estas estresado, en esta sesión realizaremos un ejercicio de relajación, pues la relajación te ayudará a eliminar la tensión muscular.

La técnica de relajación que a continuación te enseñaremos consiste en aprender a tensar y relajar los distintos grupos musculares del cuerpo, de forma que discrimines las sensaciones cuando el músculo está tenso y cuando está relajado. Al aprender a discriminar la tensión cuando estas estresado y convertir en un hábito la relajación, estarás en mejores condiciones para identificar y tratar las diferentes situaciones cotidianas que te estrés.

3. Ejercicio de relajación. Instrucciones (Anexo 1)
4. Después de haberles dado un tiempo a los niños, se le preguntará si tuvo alguna dificultad durante el entrenamiento.
5. Finalmente, habiendo contestado sus inquietudes, se le dejará de tarea que lo aplique en su casa con la ayuda de su tutor, por lo que se le entregará al tutor las instrucciones explicándole que tiene que ser en un ambiente tranquilo, donde no lo interrumpan, con ropa cómoda.

### **5.3. Tercera sesión**

#### **Objetivo**

1. El niño realizará un ejercicio completo de tensión-distensión para deducir algunas ventajas de la relajación.

#### **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Se pedirá a las mamás que se quede en sesión.
3. Ejercicio (Anexo 2)
4. Después de haber terminado el ejercicio y haberle dado un tiempo a los niños, el terapeuta les explicará que la relajación tiene como ventaja la disminución de la tensión muscular, la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco, también, tendrá más control de su respiración, mejorará su estado de ánimo, por lo que disminuirá la posibilidad de que te sientas enojado, o frustrado, o con ira, o que sienta ansiedad o que le duela la cabeza. Mejorará su concentración y la sensación de bienestar.
5. Finalmente, se les preguntará tanto a tutores como a niños si hay dudas, en casa de haberlas se les contestarán las dudas que le hayan surgido del ejercicio de relajación.
6. La tarea de esta sesión, será la realización del ejercicio en casa. Por lo que se le entregará una hoja con las instrucciones completas. Asimismo, se le dejará a los niños que traten de identificar en que situaciones siente tensión muscular.

## **5.4. Cuarta sesión**

### **Objetivo**

1. El niño conocerá conceptos básicos de la TREC para identificar una situación que le genere estrés, la emoción y el pensamiento que le provoca la situación.
2. El niño conocerá las 11 creencias irracionales propuestas por Ellis para posteriormente identificar algunas fuera de la terapia.

### **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Posteriormente se le explicará la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis. Este método intenta descubrir las ideas irracionales que mantenemos ante ciertas situaciones. Ellis parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). Por tanto, si cambiamos nuestros esquemas mentales (D) seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.
3. Se les dará un ejemplo de la vida cotidiana para que le quede clara la explicación.
4. Se continuará con la explicación. Para lograr la modificación de nuestras creencias, tenemos que aprender a identificar en qué momento y situación estamos pensando negativamente de nosotros mismos, del futuro o de la vida en general. Hay que tener en cuenta que esta técnica no trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, pues aquellos pensamientos que surgen inmediata y habitualmente en

determinadas circunstancias y que suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas son experiencias pasadas en una etapa temprana de la vida, por ello procuraremos aprender a analizar, cuestionar y generar alternativas para modificarlos estos pensamientos.

5. Se les entregará una hoja con las creencias irracionales (Anexo 3). Se les explicarán y se les proporcionarán ejemplos para que queden claro.
6. Posteriormente, con base en alguna caricatura, película, canción el niño irá dando ejemplos.
7. Para ir finalizar la sesión, se les preguntará si tiene alguna duda sobre lo visto en la sesión.
8. Finalmente, se les pedirá a los niños que en casa traten de identificar tres situaciones que le generen estrés, lo que piensa, lo que siente, y que conducta tiene ante la situación, además qué creencia irracional de las vistas en la sesión identifica ante la situación, anotándolo en la hoja que se les proporciona (Anexo 4).

## **5.5. Quita sesión**

### **Objetivo**

1. El niño analizará el sustento de sus creencias irracionales para posteriormente cambiarlas por otras más racionales.
2. El niño realizará un ejercicio completo de relajación para crear un estado de reposo.

### **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Con base a las situaciones que los niños lograron identificar que les generaron estrés, y con apoyo de la lista de creencias irracionales, que se

le proporcionó la sesión pasada, en esta sesión se cuestionará su pensamiento. El cuestionamiento será cognitivo para la cual se recomienda utilizar las siguientes preguntas: ¿es lógico?, ¿es verdad?, ¿por qué no?, ¿por qué es así?, ¿cómo lo sabe?, ¿por qué tiene que ser así? Otras preguntas, cuya finalidad es que los pacientes evalúen si sus creencias son consistentes con la realidad empírica son ¿cuál es la prueba?, ¿qué sucedería si...?, ¿puede soportarlo?, Si eso fuera verdad, ¿cuál sería lo peor que podría ocurrir?, ¿qué sucede si ocurre?, ¿de qué modo podría ser tan terrible?

3. Se les preguntará si tienen alguna duda sobre el debate cognitivo, en caso de tenerla se le responderá la duda.
4. Posteriormente del cuestionamiento cognitivo se realizará el ejercicio de relajación progresiva con las instrucciones dadas anteriormente.
5. De tarea el niño tendrá que realizar el ejercicio de relajación progresiva con ayuda del tutor, además de identificar mínimo dos situaciones que le generen estrés, la emoción generada de la situación, así como lo que piensa y lo que realiza, para finalmente cuestionarse dicho pensamiento.

## **5.6. Sexta sesión**

### **Objetivo**

1. El niño ejecutará una escena donde aplicará una creencia racional para ir creando evidencia empírica.
2. El niño realizará un ejercicio completo de relajación para crear un estado de reposo.

## **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Se realizará el cuestionamiento conductual a través de la representación, donde el niño tenga que actuar de diferente forma a lo que haría habitualmente, de las situaciones que el niño logró identificar en casa.
3. Se le preguntará si hay alguna duda sobre lo realizado en sesión.
4. Nuevamente se realizará el ejercicio de relajación progresiva usando las mismas instrucciones.
5. En casa el niño tendrá que realizar el ejercicio de relajación progresiva con ayuda del tutor. En esta ocasión el niño tendrá que realizar experimentos conductuales para comprobar lo irracional de sus pensamientos, anotando por lo menos una creencias racional por cada creencia irracional.

### **5.7. Séptima sesión**

#### **Objetivo**

1. El niño realizará un debate imaginario para crear emociones positivas.
2. El niño realizará un ejercicio completo de relajación para crear un estado de reposo.

#### **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Se le pedirá a los niños que recuerden una situación en la que se haya sentido estresado, además de la emoción, el pensamiento y lo que hicieron.
3. Después se debatirá cognitivamente la situación



4. Posteriormente se realizará un debate imaginario, para la cual se les pedirá que cierren los ojos y traten de recordar una situación que le haya generado estrés, así como la emoción, la conducta y el pensamiento que tuvieron ante la situación. Se espera hasta que indiquen que lo ha hecho, entonces, se les pide que se centren en los pensamientos que parecen relacionarse con estas consecuencias emocionales. Luego, se les instruye para que cambien los sentimientos de una emoción negativa a una emoción positiva
5. Habiendo acabado el ejercicio se seleccionarán a dos niños pidiéndoles que la redacten cómo se sintieron después de haber cambiado la emoción, para identificar si el ejercicio está funcionando.
6. Se preguntará al paciente si tuvo alguna duda sobre la realización del ejercicio, en caso de haberlas tenido se le resolverán.
7. Finalmente se hará el ejercicio de relajación progresiva.
8. Como tarea, tendrán que realizar experimentos conductuales, tratando de identificar la emoción y el pensamiento y cambiándolos por otros más positivos. También realizará el ejercicio de relajación progresiva.

## **5.8. Octava sesión**

### **Objetivo**

1. El niño analizará situaciones en las que haya puesto en práctica alguna de técnica para controlar el estrés para evaluar su avance.

### **Procedimiento**

1. Se revisan las tareas programadas en la sesión anterior, además de reforzar las tareas y se aclaran las dificultades que haya tenido el niño.
2. Finalmente, en esta sesión se trabajará con la evidencia que los niños tuvieron durante el y que deberá seguir trabajando, además, se les

recordará que el tener recaídas no es malo, que deberán tomarlas como una prueba donde deberán poner en práctica, lo aprendido.

3. Finalmente, se les indicará poner en práctica lo aprendido, y realizando la anotación de situaciones que le generen estrés, como se sintieron, lo que pensaron y la creencia nueva.

## CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis fue crear un taller de intervención para el control de estrés en niños con cáncer. El control de estrés puede posibilitar una mayor cooperación del niño en el tratamiento médico, pues durante todo el proceso de tratamiento médico se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar físico y psicológico. Sin embargo, no hay que olvidar que el diagnóstico, la evolución, y el tratamiento del cáncer son acontecimientos difíciles, estresantes y temidos para la mayoría de las personas que lo padecen (Vega, Villagrán y Nava, 2012).

La intervención psicológica aquí desarrollada está dirigida a controlar la tensión muscular y algunas creencias irracionales ante esta nueva circunstancia, pues lo que se quiere es favorecer la adaptación del paciente ante la enfermedad, ya que el niño se enfrentará a intervenciones dolorosas, a hospitalizaciones, a recaídas, entre otras situaciones que le pueden provocar molestia que si no son atendidas a tiempo pueden complicar el tratamiento.

Un aspecto que no hay que olvidar, y que no fue revisado, es el dolor provocado por el tratamiento médico, el cual también puede ser canalizado a través de técnicas psicológicas. Para los procedimientos dolorosos y estresante es necesario que al niño se le proporcione responsablemente información sobre lo que le esperar durante el procedimiento médico. Esta información debe ser individualizada, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Etapa de desarrollo del niño, estilos de afrontamiento y sistemas de apoyo. Arrambide, Gabaldón, Mayoral, Guerrero, Albisu, Amayra (2003), menciona que se deberían combinar enfoques farmacológicos que proporcionen analgesia y sedación con enfoques cognitivo conductual para el tratamiento del dolor, el estrés y la ansiedad asociados a procedimientos dolorosos, ya que las intervenciones psicológicas no son suficientes para controlar el dolor ocasionado por algunos procedimientos como la aspiración medular o punciones lumbares.

También, es importante, reducir las náuseas y vómitos anticipatorios, que en algunos niños se presenta, pues esto puede ser a través de técnicas como la desensibilización sistemática, la imaginación guiada y la relajación muscular progresiva. (Reynoso y Becerra, 2014 & Cely-Aranda, Duque y Capafons, 2013)

Habría que resaltar que la propuesta aquí presente está dirigida únicamente al niño, pero no olvidemos que el círculo social del niño juega un papel importante, como es el caso de la familia, pues desde el momento en que se diagnostica al niño con cáncer es recomendable que el niño no perciba el malestar emocional de los familiares pues transmitir esta falta de control puede repercutir en la estabilidad emocional del niño (Nemi, et, al. 2014). Además, la familia se verá alterada en las relaciones interpersonales, como la relación de pareja o la relación entre los padres y los otros hijos y hasta posiblemente en aspectos económicos. Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004), mencionan que la comunicación del diagnóstico es una de las fases más estresantes de la enfermedad ya que ningún miembro de la familia se encuentra preparado para escuchar que el niño tiene cáncer, por lo que conocer el diagnóstico supone un impacto psicológico muy fuerte en la familia y despierta muchas emociones en todos sus miembros. Por ello se recomienda que en futuras propuestas, dentro de este marco, se incluyan a los padres en la intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADMIN. (2015). Para qué usar el autorregistro. Página web. Blog. Recuperado de <http://www.psicologiayutopia.es/psi/para-que-usar-el-autorregistro/>
- Alarcón, A. (2007). Impacto del cáncer infantil. Blog. Recuperado de: <http://blogdelcancer.blogspot.mx/2007/07/impacto-del-cncer-infantil.html>
- Albarracín, D. y Berdullas, S. (2006). La necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica. Entrevista a J.A. Cruzado. Página Web. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/vernumeroCOP.asp?id=1409>
- American Psychological Association. (2015). Los distintos tipos de estrés. Página Web. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>
- Amodeo, S. (2013). Programa de control de la ansiedad. Cuaderno de Salud Mental del 12. No. 8 Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. Pp. 50-64.
- Arrambide, M., Gabaldón, O., Mayoral, J., Guerrero, R., Albisu, J. Amayra, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos doloroso en oncología pediátrica: revisión teórica. Página Web. Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2779>
- Arteaga, A. (2005). El estrés en adolescentes. Universidad Autónoma Metropolitana. Gaceta. México. Pp. 7-10
- Barrios, F. (2010). La relajación progresiva de Jacobson. Página Web. Recuperado de <http://www.larelajacion.com/larelajacion/16jacobson.php>
- Beenguría, S. Martín, B. Valdés, M. Pastellides, P y Gómez, L. (2010). Observación. Página web. PDF. Recuperado de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/Observacion\\_trabajo.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Observacion_trabajo.pdf)
- Buceta, J. Bueno, A. y Mas, B. (2001). Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid. Dykinson. P. 25.
- Bunge, E. Gomar, M. Mandil, J. (2014). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Argentina. Akadia. Pp. 7-21

- Caldera, J. Pulido, B. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de Psicología de Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educacion y Desarrollo*. No. 7. Pp. 77-82
- Camargo, B. Estrés, Síndrome General de Adaptacion o Reacción General de Alarma. *Revista Medico Científica*. Panamá. 17(2). Pp. 78.86.
- Cely-Aranda, Duque y Capafons (2013). *Psicooncología pediátrica*. Universidad de Tolima. Colombia. Pp. 289-304.
- Cruz, C. y Vargas, L. (2001). *Estrés. Entenderlo es manejarlo*. México. Alfaomega. Pp. 39, 70.
- Gabalda, I. (2009). *Manual teórico- práctico de Psicoterapias Cognitivas*. España. Editorial Desclée de Brouwer. Pp. 93-174
- Galán, S. y Camacho, E. (2012). *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*. México. Manual Moderno. Pp. 181-187.
- González, M. (2002). *Intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en personas que vivieron VIH/SIDA*. Tesis para obtener el grado de Mestar en ciencias con especialidad en Psicología de la salud. Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León. Pp. 17-28
- González, R. Conocer el estrés. Repercusión del estrés en la infancia. (2014). PDF. Recuperado de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5098/GonzalezAparicioRM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Guerri, M. (2013). *Las mejores técnicas para afrontar el estrés*. Página web. Recuperado de [http://www.psicoactiva.com/ebook/ebook\\_estres.htm](http://www.psicoactiva.com/ebook/ebook_estres.htm).
- Gutiérrez, J. (2013). *La relajación progresiva de Jacobson*. Página web. Recuperado de <http://es.slideshare.net/JosselyGutierrezArbizu/la-relajacion-progresiva-de-jacobson>.
- INFOCOP ONLINE. (2011). *La atención psicológica a los pacientes de cáncer y sus familiares sigue siendo muy insuficiente*. Página Web. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3310](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3310)
- Jaureguizar, J. Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia*. Libros en red. Pp. 17-21.

- Keats, D. (2009). Entrevista. Guía práctica para estudiantes y profesionales. México. MC Graw Hill. Pp. 19, 49, 50, 51.
- Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastorno de conducta. *Psicología conductual*. 3(2). Yale University. Pp. 231-150
- Labrador, F. Cruzado, J. Muñoz, M. (2008). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid. Pirámide. Pp. 530-748
- Lahaim, M. (2006). El modelo biopsicosocial. Página Web. Recuperado de <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1pp=1pp=1pp=1p>
- Lozoya, P. (2011). El estrés. Página web. Recuperado de <https://redneuropsicologica.wordpress.com/2011/11/21/el-estres/>.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. España. Ediciones Martínez Roca. Pp. 25-32.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S. y Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Pisooncología*. 1(1). Universidad de Murcia. Pp. 139-154.
- Milena, A. Vinaccia, S. Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*. Colombia. No. 20 Pp.56-59.
- Morales- Rodríguez, F. Trianes, M, Blanca, M. Miranda, J. Escobar, M. Fernández-Baena, F. (2012). Escala de Afrontamiento para niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*. 28(2). España. Pp. 465-483.
- Morga, L. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. México.Red Tercer Milenio. Pp. 12-25
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educación*. 33(2). Costa Rica. Pp. 171-190
- Natinal Cancer Institute. (2013). Cáncer. Página web. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/instituto>

- Nemi, J. Guerrero, I. Barragán, J. Rojas, G. Escobar, A. García, M. Díaz, J. (2014).  
Cáncer en la infancia y en la adolescencia Gaceta. Veracruz. Pp. 4, 5.
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México. CENGAGE Learning. Pp. 27-29.
- Ortigosa, J. Méndez, F. Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procesos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: perspectiva cognitivo-conductual. Psicooncología. 6(2-3). Universidad de Murcia.Pp. 413-428.
- O'connor, K. y Schaefer, C. (1997). Manual de terapia de juego. México. Manual moderno. P. 60.
- Payné, R. (2002). Técnicas de relajación. Guía práctica. España. Editorial Paidotribo. Pp. 15-29
- Perpiña, C. (2012). Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar. Madrid. Ediciones pirámide. Pp. 23-37.
- Rangel, I. (2015). Menos estrés mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer. Página web. Recuperado de <http://www.udg.mx/es/noticia/menos-estres-mejora-la-calidad-de-vida-en-pacientes-con-cancer>.
- Reynoso y Becerra. (2014). Medicina conductual. México. Quartuppi. Pp. 129-146
- Robles, H. y Peralta, M. (2010). Programa para el control del estrés. México. Pirámide. Pp. 21-35.
- Rojas, V. Pérez, Y. (2001). Cáncer infantil. Una visión panorámica. Página Web. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/cancer-infantil-una-vision-panoramica/>
- Ruiz, M. Díaz, M. Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual. Bilbao. Desclée. Pp. 30-45.
- Secretaría de Salud. (2015). Cáncer infantil en México. Página Web. Recuperado de [http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer\\_infantil.html](http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer_infantil.html)
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. México. Panamericana. P. 301.
- Taibo, I. (2012). Técnicas de relajación I: Estrés, historia y la relajación progresiva de Jacobson. Página Web. Recuperado de:



- <https://academiadelafelicidad.wordpress.com/2012/02/14/tecnicas-de-relajacion-i-estres-historia-y-la-relajacion-progresiva-de-jacobson/>
- Trianes, M. (2003). Estrés en la infancia. Su prevención y tratamiento. Madrid. Narcea, S. A. de Ediciones. P. 29.
- Trianes, M., Blanca, M. Fernández, F. Escobar, M. Maldonado, E y Muñoz, A. (2009). Evaluación de estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). Universidad de Málaga. 21(4). España. Pp.598-603
- Trianes, M., Mena, M., Fernández-Baena, F., Escobar, M. y Maldonado, E. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. 33(1). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. Pp. 30-35
- Vargas, L. (2000). Cáncer en pediatría. Aspectos generales. Revista Chilena de pediatría. (71)4. Página Web. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000400002&script=sci_arttext)
- Valencia, A., Flores, A., Sánchez, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. 32(2). Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta Guadalajara, México Pp. 179-198.
- Vega, Villagrán y Nava, (2012). Estrategias de afrontamiento, estrés y depresión infantil. Página web. Recuperado de <http://www.psicologiaincientifica.com/estrategias-afrontamiento-estres-depresion-infantil/>
- Yélamos, C, García, G. Fernández, B. Pascual, C. El cáncer en los niños. Gaceta. Asociacion Española contra el cáncer. Madrid. Pp.10, 11.
- (2008). Reacciones psicológicas en el paciente pediátrico. Blog. Recuperado de <http://medicinaunp2008.blogspot.mx/2008/09/reacciones-psicologicas-en-el-paciente.html>

# ANEXOS

## Anexo 1

Instrucciones: Siéntate, ponte cómodo, ahora pon atención. Estás cómodo y relajado... Ahora me gustaría que concentras tu atención en tu mano imagina que tienes un limón en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estas exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Nuevamente siente el limón, lo tiene en tu mano, exprímelo, sacarle todo el jugo. Suéltalo. Relaja tu mano... Tu brazo... Ahora tómalo en tu mano derecha. Nuevamente trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estas exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Nuevamente siente el limón, lo tiene en tu mano, exprímelo, sacarle todo el jugo. Suéltalo. Relaja tu mano... Tu brazo... Relaja tus manos, tus brazos.

Ahora vamos a imaginarnos que eres un gato muy perezoso quieres estirarte. Estira tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia a atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados.

Ahora imagina que eres una tortuga, imagínate que estás sentado encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquilo y seguro allí. ¡Oh! De repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! Mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol, relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! Más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la

cabeza totalmente metida para poder protegerte. O.K. ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estas relajado que cuando estas tenso.

## **Anexo 2**

Instrucciones: Siéntate, ponte cómo, ahora pon atención, estas cómodo y relajado... Ahora me gustaría que concentras tu atención en tu mano imagina que tienes un limón en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estas exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Nuevamente siente el limón, lo tiene en tu mano, exprímelo, sacarle todo el jugo. Suéltalo. Relaja tu mano... Tu brazo... Ahora tómallo en tu mano derecha. Nuevamente trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estas exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Nuevamente siente el limón, lo tiene en tu mano, exprímelo, sacarle todo el jugo. Suéltalo. Relaja tu mano... Tu brazo... Relaja tus manos, tus brazos.

Ahora vamos a imaginarnos que eres un gato muy perezoso quieres estirarte. Estira tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia a atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados.

Ahora imagina que eres una tortuga, imagínate que estás sentado encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquilo y seguro allí. ¡Oh! De repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! Mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu

caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol, relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! Más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la cabeza totalmente metida para poder protegerte. O.K. ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estas relajado que cuando estas tenso.

Imagínate que tienes un enorme chicle en tu boca, es muy difícil de masticar, esa muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. Ahora relájate, deja tu mandíbula floja, relajada, fíjate que bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer. Muy bien, vamos a masticar ahora otro chicle, mástícalo fuerte, intenta apretarlo, que se metra entre tus dientes. Muy bien, lo estas consiguiendo. Ahora relájate, deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así, que estar luchando con ese chicle. Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte como flojo, lo más flojo que puedas.

Bueno, ahora viene volando una de esas molestas moscas y se han posado en tu nariz, trata de espantarlas pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada, fuerte. ¡Bien! Has conseguido aÑejarlas, ahora puedes relajar tu nariz, ¡Oh! Por ahí vuelve esa pesada mosca, arruga tu nariz fuerte, lo más fuerte que puedas. O.K. se ha ido nuevamente. Ahora puedes relajar tu cara.

Vas a respirar hinchándote y deshinchándote como un globo. Vas a coger aire por la nariz intentando llenar todos tus pulmones de aire... Aguanta la respiración contando tres segundos... Siente la presión en todo tu pecho... Luego sueltas el aire por la boca despacio poco a poco y cierras los ojos y comprueba como todo, todo tu cuerpo se va desinflando como un globo y como todo tu cuerpo se va hundiendo y aplastando contra el sofá donde estas... Con el aire suelta toda las cosas malas, todas las cosas que no te gustan, todas las cosas que te preocupan... ¡Fuera!... ¡Échalas!... Y quédate respirando normal y notando esa sensación tan buena de tranquilidad, de dejadez de paz... Respirando como tu

respiras normalmente y notando como el aire entra y sale sin dificultad... ¡Vamos a respirar de nuevo profundamente!... Coge el aire por tu nariz, hincha el globo todo lo que puedas y cuenta hasta tres aguantando el aire, uno, dos, tres... Y suelta por la boca, despacio, cerrando los ojos y convirtiéndote en un globo que se va deshinchando, deshinchando hundiéndose, hundiéndose... Aplastándose y quedándose tranquilo.

Imagina que estás tumbado sobre la hierba ¡Vaya! Mira, por ahí viene un elefante, pero él no está mirando por donde pisa, no te ha visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ¡No te muevas! No tiene tiempo de escapar. Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así, espera, parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección. Relájate, deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! Por ahí vuelve otra vez, ¿Estás preparado? Tensa el estómago fuerte, si él pisa y tiene el estómago duro no te hará daño. Pon tu estómago duro como una roca. O.K. parece que nuevamente se va, puedes relajarte. Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo, relajado. No podrás creerlo pero ahí viene derecho a ti. Tensa el estómago, ténsalo fuerte, lo tienes casi encima de ti, por duro el estómago, está poniendo una pata encima de ti, tensa fuerte. Ahora ya parece que se va, por fin se leja. Puedes relajarte completamente, estar seguro, todo está bien, te sientes seguro, relajado y tranquilo.

Esta vez va a imaginarte que quieres pasar a través de una estrecha valla en cuyos bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar y para ello te vas a hacer delgado, metiendo tú estomago hacia adentro, intentando que tu estómago toque columna. Trata de meter el estómago todo lo más que puedas, tiene que atravesar esa valla. Ahora relájate y siente cómo tu estómago está ahora flojo. Muy bien, vamos a intentar nuevamente pasar a través de esa valla. Mete el estómago, intenta que toque tu columna, déjalo realmente metido, muy metido, tan metido como puedas, aguanta así, tiene que pasar esa valla. Muy bien, has

conseguido pasar a través de esa estrecha valla sin pincharte con sus estacas. Relájate ahora, deja que tu estómago vuelva a su posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

Ahora imagínate que estás parado, descalzo y tus pies están dentro de un pantano lleno de barro espeso. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. Empuja hacia adentro, siente como el lodo se mete entre tus pies. Ahora salte fuera y relaja tus pies dejan que tus pies se queden como flojos y fíjate cómo estás así. Te sientes bien cuando estas relajado. Volvemos dentro del espeso pantano. Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas. Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. Empuja fuerte, el barro cada vez está as duro. O.K. sal de nuevo y relájate tus piernas y tus pies. Te sientes mejor cuando estás relajado. No tenses nada. Te sientes totalmente relajado.

### **Anexo 3**

1. **Radical/extremo.** Visión polarizada. Si el individuo se percibe como bueno o malo en función de los resultados en su comportamiento.
2. **Muy generalizado.** Extender conclusiones más a allá de una situación. “siempre, nunca, etc.”
3. **Catastrófico.** Acontecimientos se maximizan al punto de aparentar dimensiones irremediables o catastróficas, sin posibilidad de control.
4. **Muy negativo.** Sólo se atiende a aspectos negativos de algo. Pensando que no existe un futuro, alto juicio negativo a sí mismo y a los demás.
5. **Muy distorsionado.** Afirmar algo por sus mínimos detalles en evidencia y si hay ausencia de datos se fabrica. Perspectiva subjetiva.
6. **Poco científico-confuso.** Ignorar la evidencia empírica, haciendo caso sólo a la evidencia distorsionada. Las emociones se toman como prueba de algo y no los hechos.

7. **Totalmente positivo/ negativo de lo negativo.** Afirmar que no hay problemas y minimizar la importancia de las cosas (cuando lo son). Negar emociones negativas cuando es evidente la situación.

8. **Extremadamente idealizado.** Visión de la realidad exageradamente “romántica”. Expectativas irreales, de sí mismo, los demás y el mundo.

9. **Extremadamente exigente.** Percepción de la persona respecto a “deber o tener que” lograr sus objetivos personales y sociales. Y expectativa de que los demás deben o tienen que seguir su forma de pensar.

10. **Obsesivo.** Cuando un pensamiento repetitivo predomina en el individuo como máximo objetivo, dejando a un lado otras tareas.

#### Anexo 4

Situación:				
A: situación en la que empiezas sentirte mal	B: creencias de lo que sucede en A	C: que se siente y se piensa de A y B	D: debate de las creencias de B	E: nuevas filosofías