



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

**LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE LA
ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD EN INTERNAS DE 26 A 60 AÑOS DE
EDAD EN EL CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ÁLVAREZ GONZÁLEZ BYANKA

LÓPEZ SÁNCHEZ MARIEL

SÁNCHEZ JIMÉNEZ MAGDIEL WENDY

ASESOR DE TESIS:

LIC. EN PSIC. SOC. IVONNE CARREÓN CÁZARES

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO

2018



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.

AMOR INCONDICIONAL
La emoción sobrepasa la razón

La profesión que hoy en día ejerzo, misma que ha dejado una huella imborrable, no solo en mi memoria y en mi recuerdo ahora forma parte de mí de lo que soy, lo cual me llena de orgullo; no recuerdo si fue la carrera la que me eligió a mí o fue mi inconsciente siendo consciente quien la eligió pero bendigo el día en que se cruzó en mi vida siendo el destino su cómplice.

Aceptar a los demás sin juzgarlos y sin expectativas es algo fácil de decir y difícil de vivir.

El miedo es siempre un problema, el amor es siempre la solución. Amar incondicionalmente significa celebrar la inteligencia divina, trascendiendo todos los miedos. Es un constante desafío para el equilibrio entre la razón y la emoción, que significa vivir lo eterno ahora, sin ningún tipo de resentimiento del pasado ni de expectativas para el futuro.

*Amando incondicionalmente se aprende a considerar el futuro solo como una **posibilidad**, no como una **expectativa**. Las expectativas, cuando no se cumplen, generan frustraciones. Una posibilidad, aun cuando se materialice, continúa siendo posibilidad. Hay que vivir el presente y planear el futuro.*

Byanka

“Todo el mundo dice que el amor duele, pero eso no es cierto. La soledad duele. El rechazo duele, perder a alguien duele. La envidia duele. Todo el mundo confunde estas cosas con amor es la única cosa en este mundo que cubre todo el dolor y hace sentir a alguien maravilloso otra vez. El amor es la única cosa en este mundo que no duele.”

Liam Neeson.





Dedicatoria

*A mis **papas** y **abuelitos** con todo mi Amor...*

Si desde el inicio nos contaran que en la infancia se define la salud mental de un adulto. Entonces tratarían con más amor el alma de los niños.

Empiezo con estas líneas agradeciendo su amor, apoyo y comprensión me siento afortunada por los padres que tengo, agradezco la vida, en especial a Dios por ponerlos a ustedes como mis guías y mis maestros en esta vida, por formar y hacer de mí un buen ser humano por lo que soy pues si hay algo de bueno en mí es gracias a ustedes. El esfuerzo que representa cada una de las palabras de este trabajo es un homenaje a su dedicación para hacer de mí una mejor persona, espero se sientan orgullosos de mis triunfos que más que míos son de ustedes.

A mis abuelitos: A quienes tengo grabados en mi memoria en el alma y en el corazón, gracias por demostrarme su amor y siempre darme lo mejor de ustedes, sin duda los abuelitos son nuestros segundos padres son quienes te aman sin condición ni medida, espero estén orgullosos de la nieta que ustedes comenzaron a formar, mi corazón siempre seguirá unido a ustedes hasta mi último día de mi existencia.





A mí Mami Josefina: Te agradezco tu fortaleza misma que me has logrado transmitir, tus palabras de aliento y siempre acertadas en el momento indicado, siempre justa y leal a tus convicciones, siempre te he visto como una mujer a la cual amo, respeto y sobre todo admiro; a pesar de nuestros roces pues somos similares; amo tu dulzura y tu carácter, tu positivismo de ver la vida, das lo mejor de ti a tu familia, sabes mamá has dejado en mí grandes enseñanzas como hija, mujer y madre; este tiempo se me ha hecho tan breve pido a Dios me permita la oportunidad de poderte retribuir todo tu amor, apoyo y esfuerzo que tus desvelos no hayan sido en vano, por lo que al final soy la mujer que soy gracias a tí y a quienes han formado parte de mi vida.

A mí Papi Carlos: Te agradezco tu valor y tu entereza, de tí aprendí el dulce gesto de ser siempre una buena persona, pues lo ví en tí fuiste y eres un buen hombre, un excelente hijo, esposo y sobre todo un maravilloso padre, de tí aprendí a reír que siempre hay una canción para todo y la vida es mejor acompañada con buena música, que es mejor cultivar amistades y sembrar buenas acciones que son los que nos definen, que el respeto y el título que deseamos ocupar en la vida de alguien es algo que debemos merecer cada día, más no es algo que se demande; por ser un papá cariñoso y siempre celoso de nosotras tus hijas, por demostrarme en cada momento tu amor y tu apoyo, espero ser algún día la mitad de lo que tú eres que pueda ser una buena hija con ustedes que son lo que yo más amo y atesoro en mi corazón. Me siento orgullosa del papá que tengo pues para mí tu eres el mejor, si tuviera la oportunidad de elegir los padres que tengo sin duda los volvería a elegir por encima de cualquiera.

Byanka



Agradecimientos

A Dios

Comienzo estas líneas con todo mi AMOR a Dios quien ha sido mi compañero, amigo, y confidente, pues por él todo lo tengo. Si pierdo el agradecimiento mi corazón se llenara de queja, quebranto, protesta y llanto. Por lo que prefiero levantar mi frente y observar todas las pequeñas cosas que Dios me muestra y me regala. Sí, hoy encontrare en mi camino angustias y problemas; pero antes de poner mis ojos en ellas, quiero poner mis ojos en los regalos que Dios me ha dado.

¡¡SOLO SIGUE ADELANTE!!

No llores por lo que perdiste, lucha por lo que te queda, no llores por lo que ha muerto, lucha por lo que ha nacido en tí. No llores por quien se ha marchado, lucha por quien está contigo. No llores por quien te odia, lucha por quien te quiere. No llores por tu pasado, lucha por tu presente; no llores por tu sufrimiento, lucha por tu felicidad, con las cosas que a uno le sucede vamos aprendiendo que nada es imposible de solucionar, solo sigue adelante.

Francisco.

A mis padres

Gracias a ambos pues me dieron mis propias alas para poder volar, porque me brindaron la oportunidad de ser mejor de lo que en su momento lo fueron ustedes; este es el comienzo de lo que nos aguarda pues ustedes son una porción de lo que ahora soy y eso me recuerda que nunca estaré sola.

A mis hermanos

A mi Hermanita Chumis: Bebe eres mi equilibrio, mi amiga y mi compañera, porque sé que aun cuando nos podamos enfadar sé que siempre estarás ahí para mí, eres mi refugio cuando las cosas marchan mal, porque sé que en mi familia siempre será el lugar donde poder encontrar la paz que necesito.



A mi Hermanito Carlitos: Mi hermano gemelo, tan parecidos y tan distintos a la vez, eres el que siempre me hace más fuerte, bueno eso es lo sueles decir, sé que me amas aun cuando no lo dices mucho, pero lo se pues lo puedo ver en tus ojos cuando te presento un amigo veo que con tu mirada lo podrías desaparecer, lo cual me hace saber que siempre cuento contigo como tú siempre vas a contar conmigo sin importar el tiempo y la distancia estaré ahí para ti.

A mis tíos(as) y primos

A mis Tíos(as) y primos: Gracias por ser parte de mi vida estoy orgullosa de la hermosa familia que tengo sé que somos pocos pero, sin duda, sustanciosos, gracias por ser mi aliciente por su amor y cariño los tengo presentes en mi corazón.

A mis profesores

Les agradezco por ser parte de lo que comenzó por ser solo un sueño, para ser posteriormente una idea y finalmente ser una realidad, le agradezco a quienes contribuyeron a ser parte de este proyecto y fueron parte de los pilares; Mtra. Paloma Narváez, así como la Mtra. Clara Ivett Solorzano, a la Mtra. Carmen por ser parte de mi formación.

Mi más sincero agradecimiento por creer en nosotras y no dejarnos a la deriva Mtra. Ivonne Carreón Casares, gracias por su tiempo, apoyo y su dedicación, infinitas gracias que Dios la bendiga.

Al Mtro. Noel Morales Sosa a quien tengo presente como un gran ser humano, por facilitarnos y estar en todo lo que necesitamos por su apoyo.

Así como a todos aquellos quienes fueron mis mentores y formadores en la carrera, de todos me llevo gratos recuerdos y grandes enseñanzas.



A mis amigas...

Para finalizar a mis compañeras y amigas: Mariel y Wendy: Chicas parece como si nunca hubiéramos estado en paz, siempre batallando por cualquier cuestión, sin embargo siempre llegaron los momentos en los que nuestra lucha ceso e hicimos una tregua para lograr metas conjuntas.

Les agradezco no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida, sino por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado, pues pese a los momentos de lo que pareciera la derrota siempre estuvo presente la esperanza, llama que nunca que apago y ahora esto ya no es un sueño es real. Les deseo lo mejor a sus vidas que el éxito las acompañe.

A quienes formaron en mi construcción...

Algunas personas en mi vida tienen más que un rostro y un nombre y aun cuando no las nombre por completo a ellas también se las dedico; A.L.P por ti fue que supere muchos miedos fuiste alguien especial y siempre te llevare en mi corazón, probablemente no fui la persona que necesitabas pero tú fuiste lo que yo necesite en su momento que Dios siempre guie tus pasos, tu vida y tu camino. Y así como tú devolviste mi risa ahora intento devolvérsela a muchas más personas, después de ti me gusto la persona en la que me convertí y sé que si nos volviéramos a encontrar también a ti te gustaría la mujer que hoy soy.





DEDICATORIA

*Este trabajo se lo dedico a mis **padres, María Concepción y Ricardo Juan**, por su apoyo incondicional desde el momento el que escogí mi carrera. Respetaron mi decisión y se mantuvieron a mi lado. No se rindieron pese a algunas circunstancias que parecían detener mi camino.*

Tienen mi respeto y admiración, este proyecto ya concluído es el resultado también de su esfuerzo y perseverancia, para que pudiera seguir adelante y llegar al término de mi licenciatura.

*A mis **amigas, Wendy y Byanka**, juntas emprendimos este camino y, por fin, lo hemos concluído. Este proyecto nos costó esfuerzo, tiempo y dedicación, sin embargo ahora podemos ver los resultados y con ello dar un paso más a nuestro crecimiento como profesionales.*

Mariel



AGRADECIMIENTOS

En este momento de mi vida, donde recorrí un camino sinuoso lleno de barreras y baches en los que en algún momento tropecé, agradezco con cariño a las personas que más quiero y me han apoyado a lo largo de este trayecto, y que ahora me acompañan a la culminación de esta meta.

A Dios, por brindarme la oportunidad de tener una vida plena y seres queridos que me han dado su apoyo en las decisiones que he tomado con respecto a mi carrera, ya que a pesar de los problemas que se han venido presentando no me ha dejado sola y siempre me otorga una luz que me devuelve a mi camino.

Gracias por los milagros hechos personas que has puesto en mi camino.

A mi madre, por sus consejos, su paciencia y sus regaños. Te quiero mucho y nunca terminare de agradecerte todo lo que has hecho por mí, tus sacrificios y tus esfuerzos me ayudan a seguir adelante, porque sé que todo aquello a lo que renunciaste o/y conseguiste fue para que yo pudiera seguir adelante, para tener armas con la que enfrentarme a los nuevos obstáculos que se me van a presentar en el futuro. Me dejas una gran herencia que atesorare siempre, porque no fue fácil este logro pero tú jamás me permitiste renunciar, me empujaste hacia adelante para que me enfrentara los obstáculos que se presentaron. Me enseñaste a enfrentar los miedos e inseguridades que en mí iban naciendo, demostrándome que valiente no es el que no tiene miedo, sino el que es capaz de reconocerlos y enfrentarlos.

Por eso y mucho más voy a agradecerte siempre, mamá.



Padre, fuiste, eres y serás un pilar fuerte para mí, muchas gracias por apoyarme en mis decisiones y luchar a mi lado para que pudiera cumplir con esta meta. Verte esforzarte por mí bien, por ayudarme en este proyecto solo aumenta mi admiración por tí y querer seguir tu ejemplo, donde me demuestras que con perseverancia, empeño y un poco de tozudez una puede conseguir lo que quiere. Con tus palabras, a veces severas, me ayudaste a entender que debía hacerme responsable de mis decisiones y que una vez empezado un proyecto se tenía que terminar, pues el dejar las cosas a medias es cortarnos una parte del camino que queremos seguir.

Muchas gracias papá, gracias por confiar en mí. Te quiero mucho.

A mí Mamito, tus consejos, tu insistencia y tu compañía me ayudaron de igual forma a seguir en este camino. Gracias por compartir incluso mis momentos de exasperación al ver que esta meta aún no estaba terminada cuando se creía lo contrario, pero que de igual forma insistías y asegurabas que iba a lograrlo porque crees en mis capacidades.

Gracias por compartir siempre tu opinión y por tus consejos.

A mí hermano, muchas gracias por aligerar el ambiente en aquellas ocasiones en las que ya no sabía cómo lidiar con las barreras que me ponían enfrente. Tus porras y tus bromas me ayudaban a mitigar mis incertidumbres para después analizarlas y, por último, pensar con la mente fría con el fin de darles una solución. Te quiero hermanito.

Gracias por no hacerme olvidar la parte divertida de las cosas.



Wendy y Byanka, muchas gracias amigas por esta travesía que compartimos y que ha llegado a su final. Les agradezco el querer hacer equipo conmigo y ser un apoyo para cumplir con este proyecto. Los momentos que pasamos juntas siempre voy a atesorarlos, la diversión, la tristeza e incluso la frustración que compartimos con cada bache que se nos venía presentado son hermosos recuerdos. Echarnos porras unas a otras también voy a extrañarlas, la particularidad con la que lo hacíamos para no decaer siempre provocaban risas sinceras y aun cuando este proyecto ya ha terminado yo sé que no es un punto final en nuestra amistad. Tomaremos caminos distintos pero siempre podrán contar con mi apoyo.

Las quiero mucho. Gracias por recorrer este camino conmigo.

Voy a extrañarlas mucho, pero sé que este no es un adiós.

*A la profesora **Ivonne Carreón Cázares**, por su paciencia para responder nuestras dudas y por compartírnos nuevamente sus conocimientos. Gracias por no dejarnos solas y apoyarnos a concluir este parte tan importante de nuestra carrera. Al profesor **Noel Morales Sosa**, gracias por la ayuda que nos fue otorgando a lo largo del desarrollo de la tesis y su paciencia ante nuestras insistentes dudas.*

*A mis compañeros del **8510**, gracias por brindarme no solo amistad sino por mostrarme el significado de compañerismo, ya que aún pese a las diferencias y conflictos que pudiese haber dentro del grupo, se dejaban a lado cuando era por el bien común de todo.*

Les agradezco los momentos que compartimos.





DEDICATORIA

*Mi guerrera y mi segundo grande amor la persona que me dio la vida mi mamá MARY.
Gracias, por estar conmigo siempre que lo necesito, por ser el mejor testigo ante mis logros, mis pasos, mis palabras, por cuidar mis desvelos, por estar conmigo aun en la adversidad y darme la mano para no perderme en el abismo.*

Mami me has dado tantas alegrías, has sido mi mejor amiga y consejera, me escuchas, me has hecho sentir querida, cuidada y protegida. Irradías tanta paz, esperanza y amor, que me inspiras a continuar en cada segundo, y sobre todo me das la seguridad de que pese a mis malos ratos, estrés y enojos, allí seguirás conmigo sin importar lo grave que sea, sin dejar de asumir mis responsabilidades.

Aún recuerdo como de niña te contaba mis sueños, deseos y me motivabas a seguir.

GRACIAS mamá por enseñarme a seguir adelante, pese a las dificultades que la vida nos ponga enfrente, eres una guerrera invencible, eres mi mayor ejemplo y por tu esfuerzo, constancia y dedicación es que he llegado a la culminación de este sueño que aquella niña tenía... has pensado en mí en todo momento, me has dado todo lo que necesito, que no sé cómo compensar todos tus esfuerzos y sacrificios. . .

Tú eres mi más grande orgullo.

Te amo.

Fui bendecida por Dios al darme dos mamás, tú más que una abuela eres mi querida mamá Cande la encargada de educarme, escucharme y apoyarme, gracias por cada palabra, pero también por cada regaño, ya que de ellos aprendí que la vida es una lucha constante.

Haz estado cuando más lo he necesitado, cuando creí que había traicionado tu confianza, me hiciste sentir que pese a ello, estarías conmigo, brindándome todo aquello para que estuviera bien, para que continuara estudiando, has pensado en mí en todo momento.

Gracias por que a pesar de la ausencia de mi mamá (físicamente) a lo largo de mi vida has velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento.

Depositando tú entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. Es por ella que soy lo que soy ahora.

La amo.

“En las profundidades del invierno aprendí por fin que dentro de mi hay un verano invencible”

Albert Camus.

Wendy



AGRADECIMIENTOS

*“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer,
alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.*
Thomas Chalmers.

A DIOS

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, quién supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, por todos esos triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

*El mayor de los honores para mis dos grandes ejemplos a seguir **mis mamás**, porque siempre han apoyado las decisiones que he tomado confiando en mí. Por su amor y comprensión, así también transmitirme su valor para no darme por vencida.*

***Ahlai** y **Lesly** mis queridas e inigualables hermanas, saben Dios escucho mis plegarias cuando le pedí que me diera una persona con la cual compartir travesuras y secretos, y me lo concedió al doble, pues tengo a mis dos mejores amigas, cómplices y compañeras.*

Gracias por estar conmigo, por las risas, momentos de locura y hasta por las peleas, su compañía ha sido la cosa más maravillosa que me ha pasado, pues me inyectan en cada momento de energía para continuar, para esforzarme, simplemente las adoro.

***A mi pequeña Abril**, este es el primero de muchos éxitos juntas.*

Tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti, aun con tu corta edad, me has enseñado y me sigues enseñando muchas cosas de esta vida, una de esas es ser mamá, te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida, eres mi motivación más grande para concluir con este proyecto, representa los esfuerzos que tuvimos que realizar los instantes maravillosos que hemos vivido, la perseverancia y lucha diaria para conseguir nuestra meta. Gracias por tu amor el más puro y sincero que la vida me pudo dar tu mi gran amor, gracias por hacer mis días más felices.

Te amo hija.



Byanka y Mariel

*“Una persona agradecida experimenta afecto hacia quien le ha proporcionado algún valor,
y teniendo a demostrarlo”
Anónimo.*

Basta decirles que ha sido un honor compartir esta hermosa experiencia con ustedes, un sueño que en distintas caras y formas estamos cumpliendo. Hemos contado nuestras experiencias para llegar aquí, que me llenan de placer que al fin se vea realizado. Así igual por brindarme su amistad, por compartir aventuras, experiencias, comida y enfermedades, quien se lo imaginaria que tres personas tan distintas podrían complementarse y culminar con un proyecto tan importante. Sobre todo cuando había tensión por que no estábamos de acuerdo en lo que opinábamos y había discusión, tensión y estrés, pero fueron estas circunstancias las que nos ayudaron a entendernos. Y eran reforzadas por nuestra múltiple e infinita lista de chistes, críticas y pequeñas indirectas que siempre se tomaban con buen sentido del humor, que provocaron muchas risas y contribuyeron que la realización de este proyecto fuera más amena, las quiero mucho amigas y espero que tengan muchas metas más para cumplir.

*A mi comprensible asesora la **Lic. Ivonne Carreón Cázares** por su infinita paciencia, tiempo, experiencia, confianza y su guía en este proyecto por ayudarme a concluir una etapa más y por aguantarnos a estas tres testarudas chicas, al Profesor: **Noel Morales Sosa**, por su apoyo, no hay palabras de gratitud que reflejen la deuda que tengo con ustedes.*

A mis profesores de toda la carrera han sido una extensión más de mi familia, me hicieron crecer profesionalmente gracias por sus consejos, apoyo y disciplina, gracias a ustedes soy mejor que ayer

*Al **8510** ese grupo que era único, unido y sobre todo el más escandaloso de toda la universidad, ellos mis amigos, todas esas experiencias que pasamos juntos, me las llevo grabadas, gracias por sus consejos, mis paños de lágrimas y por aguantar mi carácter, gracias los quiero mucho y recordare siempre.*



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	20
RESUMEN.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23

CAPITULO I PRISIÓN

1. EL SISTEMA PENITENCIARIO EN MÉXICO.....	26
1.1 El sistema penitenciario actual y las consecuencias de las normas Mínimas.....	28
1.2 Instituciones totales y las consecuencias del encarcelamiento.....	31
1.3 La cadena de pérdidas al ingresar a prisión.....	35
1.3.1 <i>Alteraciones somáticas</i>	38
1.3.2 <i>Consecuencias psicosociales</i>	40
1.3.3 <i>Afección de la esfera sexual</i>	42
1.3.4 <i>El significado del tiempo en prisión</i>	43
1.4 La psicología y la prisión.....	45

CAPITULO II DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA VIDA ADULTA (DE LOS 20 A LOS 60 AÑOS).

2.1 La perspectiva conductista.....	47
2.2 Adultez temprana.....	47
2.2.1 <i>Funcionamiento sensorial y psicomotor</i>	49
2.2.2 <i>Personalidad</i>	49

2.2.3 Desarrollo cognoscitivo.....	51
2.2.4 La inteligencia Emocional.....	52
2.2.5 Desarrollo moral.....	53
2.2.7 La teoría triárquica.....	54
2.3 Madurez.....	55
2.3.1 El desarrollo físico.....	55
2.3.2 Desarrollo intelectual.....	56
2.3.3 La sexualidad y el funcionamiento reproductivo.....	57
<u>2.3.3.1 La menopausia.....</u>	58
2.3.4 Influencia de los estados emocionales, la personalidad y el estrés.....	60
2.3.5 Desarrollo psicosocial: Cambios en la madurez y sus teorías.....	60
2.4 Vejez.....	61
2.4.1 Los significados de un cuerpo envejecido.....	62
2.4.2 Los roles familiares.....	63
2.4.3 Dolor psíquico en el envejecimiento.....	65
<u>2.4.3.1 Situaciones vitales asociadas al dolor psíquico.....</u>	65
<u>2.4.3.2 Los duelos.....</u>	66
<u>2.4.3.3 La depresión en la vejez.....</u>	68
<u>2.4.3.4 La ansiedad en la vejez.....</u>	70
<u>2.4.3.3.5 Ansiedad predominante primaria y secundaria.....</u>	72
2.5 La hipocondría.....	73

CAPITULO III ANSIEDAD

3. CONCEPTO DE ANSIEDAD.....	75
3.1 Teoría conductista de la ansiedad.....	76
3.2 Teoría psicodinámica.....	77
3.3 Modelo fisiológico.....	80
3.4 Clasificación psiquiátrica de la ansiedad.....	82
3.5 Teoría cognitiva de la ansiedad.....	84

3.6 Estilos de afrontamiento.....	87
3.6.1 <i>Concepto de afrontamiento</i>	89
<u>3.6.1.1 <i>Estrategias de afrontamiento</i></u>	90
<u>3.6.1.2 <i>Factores que modulan el afrontamiento</i></u>	91
<u>3.6.1.3 <i>Evaluación de los estilos de afrontamiento</i></u>	94
<u>3.6.1.4 <i>Aplicaciones del estudio del afrontamiento</i></u>	95

CAPITULO IV AGRESIVIDAD

4. CONCEPTO DE AGRESIVIDAD	97
4.1 Teorías de agresividad.....	97
4.1.1 <i>Teoría etológica-evolutiva de la agresividad</i>	98
4.1.2 <i>Teoría biológica de la agresión</i>	99
4.1.2.1 <i>Áreas del sistema nervioso central implicadas en el control de la agresión</i>	100
4.1.3 <i>Teoría del aprendizaje social</i>	101
4.2 Factores que causan la agresividad.....	103
4.3 Desarrollo de la agresión.....	104
4.4 Diversos tipos de agresión.....	104
4.4.1 <i>Sistema de clasificación de la agresión</i>	105
4.4.2 <i>Tipo de agresión en base a Berkowitz 1996</i>	106
4.4.3 <i>Tipos de agresión según Moyer 1968</i>	106
4.4.4 <i>Tipos de agresión de acuerdo con Wilson 1980</i>	107
4.5 La conducta antisocial.....	108
4.5.1 <i>Desarrollo de la conducta antisocial desde la perspectiva del Aprendizaje</i>	108
4.5.2 <i>Teoría del desarrollo del comportamiento social</i>	109
4.5.3 <i>Genética del desarrollo antisocial</i>	110
4.6 Trastornos mentales vinculados con la agresividad.....	110
4.6.1 <i>Trastorno antisocial de la personalidad</i>	111
4.6.2 <i>Trastorno explosivo intermitente</i>	112

CAPÍTULO V TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

5. DESARROLLO HISTÓRICO	113
5.1 Definición de la Terapia Cognitivo Conductual.....	115
5.2 Características de la Terapia Cognitivo Conductual.....	117
5.3 Aplicación de la terapia cognitivo conductual.....	121

CAPITULO VI TÉCNICAS CONDUCTUALES.

6.1 Modelado.....	124
6.2 Moldeamiento.....	126
6.3 Técnicas para mantener conductas modificadas.....	127
6.4 Reforzamiento intermitente de intervalo fijo.....	128
6.5 Reforzamiento intermitente de intervalo variable.....	129
6.6 Técnicas conductuales para incrementar el número de conductas Positivas.....	129
6.7 Reforzamiento positivo.....	132
6.8 Reforzamiento negativo.....	135
6.9 Técnicas para reducir o extinguir conductas inadecuadas.....	137
6.10 Técnicas para reducir y eliminar la ansiedad.....	140

CAPITULO VII MÉTODO

7. 1 Pregunta de investigación.....	143
7.2 Hipótesis.....	143
7.3 Tipo de investigación.....	143
7.4 Diseño.....	144
7.5 Variables.....	144

7.6 Muestra.....	146
7.7 Instrumentos.....	146
7.8 Procedimiento.....	147

CAPITULO VIII RESULTADOS

8.1 Confiabilidad y Validez del Inventario de Desorden de Ansiedad Generalizada (GADI).....	156
8.1.1 <i>Resultados de la aplicación del Test y Postest de GADI</i>	156
8.2 Confiabilidad y Validez del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI).....	162
8.2.1 <i>Resultados de la aplicación del Test y Postest de BDHI</i>	164
 CONCLUSIONES	 169
 RECOMENDACIONES	 173
 ANEXOS	 175
 REFERENCIAS	 197

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se centra en los trastornos de Ansiedad y Agresividad en las internas dentro de los centros de reinserción social, y los efectos que conlleva la vida en prisión; ideamos un taller apoyándonos en la terapia Cognitivo-conductual; con el deseo de aportar una herramienta que pueda ser aplicable dentro de los centros de reinserción social, para que las mujeres puedan tener una mejor readaptación en el momento en el que sean dadas en libertad. Las diversas técnicas que contiene dicho taller cumplen el objetivo en común, la reducción de los niveles de Ansiedad y Agresividad.

Lamentablemente con el avance del tiempo y los cambios ocurridos en la sociedad, se crean circunstancias en las que muchas personas buscan el camino fácil y las mujeres no son la excepción. Al delinquir provocan la privación de su libertad, por supuesto que no es en todos los casos. Hay mujeres que son detenidas aun cuando no cometieron falta alguna. Al ser encerradas se les obliga a entrar a un mundo completamente distinto, en centros de reinserción social en los cuales existe una jerarquía y una jerga a la cual cada mujer debe buscar su lugar si quiere sobrevivir.

Lo anteriormente mencionado, nos motivó a llevar a cabo la realización de nuestra investigación, fue necesario comprender el origen del problema e intentar dar una solución al mismo, puesto que la modificación de las conductas en las internas y los estragos que genera el encarcelamiento, potencializan los niveles máximos de ansiedad y agresividad, haciendo que rebasen los índices normales por lo que controlarlos es algo que resulta casi imposible para las internas

RESUMEN

Para la realización de este trabajo y obtener resultados favorables tras la intervención psicológica desde el enfoque Cognitivo-Conductual, se recopiló información que fue dividida en ocho capítulos. En el primer capítulo se comienza con la explicación sobre el Sistema Penitenciario, así como parte de su funcionamiento, las normas que les rigen además de alteraciones y consecuencias que puede tener una persona reclusa. Contrario al capítulo dos que está centrado en el desarrollo psicológico de la vida adulta de las mujeres, al igual que la inteligencia emocional, la sexualidad e interacción psicosocial.

Al ser privadas de su libertad se pueden generar consecuencias, refiriéndonos en el aspecto psicológico, de las antes mencionadas nos enfocamos primordialmente en los trastornos de Ansiedad y Agresividad, los cuales están explicados de una forma más extensa, al igual que algunas teorías y clasificaciones, en el tercer y cuarto capítulo, respectivamente.

Mientras que en el quinto capítulo se muestra parte del desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo-Conductual, su definición, características y aplicación. Entretanto que en el capítulo seis se describen algunas técnicas que se aplican en dicha terapia.

En el capítulo siete se desglosa el método que se utilizó para nuestro trabajo, desde la pregunta de investigación, así como las hipótesis, diseño, variables, los instrumentos que fueron utilizados, etc. Y en el capítulo ocho se muestran los resultados que se obtuvieron de forma estadística al aplicar el Taller para disminuir Ansiedad y Agresividad en las internas.

Finalmente dentro de las conclusiones se dará una breve explicación de lo que fue nuestra investigación y en lo que refiere a las recomendaciones, esta última es enfocada en lo que se pudieran llevarse a cabo en los centros de reinserción social

con la finalidad de que surjan nuevos programas que puedan aplicarse a las reclusas; siendo de nuestro mayor interés, fomentar la investigación en este campo ya que permite el crear nuevas alternativas o emplear las ya existentes dentro de la psicología, logrando innovar técnicas que no subyuguen la esencia del ser sin importar lo que hicieron, esperando que a las personas que tengan el deseo de conocer sobre el tema y de la vida en prisión tengan mayor facilidad para encontrar información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al hablar de prisión hay muchos rumores, sin embargo, la retórica de la realidad sólo la pueden expresar aquellas/os que han estado en ésta; si algo ha caracterizado la prisión a lo largo de la historia no es sólo el exceso de los castigos, sino las profundas huellas que dejan en las y los sujetos que la habitan.

Así es que, surge el motivo que nos llevó a la realización de nuestra investigación, el de comprender el origen del problema, y dar una solución a éste, tal es el de reducir los niveles de ansiedad y la agresividad de aquellas mujeres que se encuentran reclusas en los llamados Centros de Reinserción Social. El cual crea en el sujeto, un profundo sentimiento de soledad y vacío, además de una imagen deteriorada de sí mismas/os, es necesario puntualizar los efectos detractores que trae consigo la prisión y detectar cómo se convierte en un espacio de transformación, construcción o deconstrucción de identidades deterioradas.

Podemos observar cómo una mujer en reclusión es doblemente estigmatizada porque por una parte rompe un esquema social en el cual el delincuente no tiene cabida, pero es peor aún la vergüenza de que una madre, hermana, hija, abuela, amiga haya trasgredido estas normas, más que jurídicas, sociales del ser buenas mujeres.

Las mujeres que se encuentran reclusas en los llamados Centros de Reinserción Social del Sistema de Impartición de Justicia Nacional Mexicano, son mujeres a las que se les considera como delincuentes o criminales, pues se les presume responsables de una o más faltas, ya sea por acción u omisión, a las normas dictadas por nuestro sistema legislativo. Dicho sistema no solo describe las transgresiones posibles sino también las penas que deben imputarse a quienes incurren en ellas. Los delitos imputados a las mujeres mexicanas se han incrementado y han cambiado. La mayor parte de las que se encuentran

actualmente reclusas en México, lo está por delitos contra la salud; le siguen los delitos de robo, secuestro y extorsión.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Seguridad Pública Federal (SSP, 2013), en enero del 2013 la población penitenciaria mexicana ascendía a 242 754 personas, de las cuales 231 113 eran hombres y 11 641 mujeres, que representan el 49.3% de la población total femenina procesada, De los 389 centros penitenciarios del país, 372 son administrados por autoridades estatales y 17 por autoridades federales, dos de ellos concentran a mujeres, donde la CNDH detectó mayor desarraigo familiar de la internas por la lejanía del lugar con sus seres queridos.

¿Es la Terapia Cognitivo Conductual una alternativa para el control de la ansiedad y agresividad?

Desde una opresión e invisibilidad a la que se enfrentan las mujeres que se encuentran internas en los centros de reclusión del sistema penitenciario mexicano; discutiendo el tema de la cárcel como un espacio reproductor de desigualdades basadas en el género, la clase social y el estatus como delincuentes.

Es por esta necesidad que se deben considerar alternativas y se elaboró un programa basado en la terapia cognitivo-conductual con el objetivo de disminuir la agresividad y ansiedad en mujeres del centro de reinserción social femenil, mediante talleres, pláticas, eventos socio-culturales, que les ayuden a replantear un proyecto de vida que no las conduzca a reincidir en la actividad ilícita, es decir, formar mujeres empoderadas que decidan sobre su propio tiempo, espacio y cuerpo, fomentando oportunidades donde se puedan desenvolver según sus propias necesidades.

Siendo pues una intervención integral que las ayude a poder vislumbrar alternativas de cambio social para los avatares de la vida cotidiana y ésta que impacte no sólo en sus relaciones interpersonales sino que influya en las diferentes relaciones humanas que existen.

Objetivos:

General: Conocer si la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a la disminución de la ansiedad y agresividad que se presenta en las internas de los centros de reinserción social.

Específico:

- Indicar de qué manera la terapia cognitivo-conductual puede coadyuvar en el control de la ansiedad y agresividad en mujeres de 26 a 60 años.
- Identificar los niveles de ansiedad mediante el cuestionario de GADI.
- Aplicación del inventario de hostilidad de Buss- Durkee para determinar el grado de agresividad que presentan las internas.
- Realizar un análisis de correlación entre nuestra variable dependiente ansiedad y agresividad y la variable independiente la terapia cognitivo conductual (taller propuesto) para contrastar de forma gráfica y analítica los resultados.

Proponer un plan de intervención que incluya estrategias que contribuyan a la disminución de la ansiedad y agresividad.

CAPITULO I PRISIÓN.

1. EL SISTEMA PENITENCIARIO EN MÉXICO.

La prisión es y ha sido una institución utilizada desde tiempos remotos, para cumplir con la función de asegurar a los delincuentes de tal manera que éstos no eludan las consecuencias jurídicas de sus acciones antisociales. Así como una forma de castigo para lograr la corrección y el arrepentimiento de los delincuentes.

Los diversos estudios sobre prisión en diferentes áreas del conocimiento como historia, filosofía, economía, sociología, politología, demografía, geografía urbana y social, psicología y antropología, nos permiten identificar la evolución y transformación de los sistemas punitivos y pensar que la pena es más que la consecuencia jurídica del delito y que debe cumplir con tal o cual función (Rivera, 2003).

Las reformas al artículo 18 constitucional, del 18 de junio del 2008, promueve la atención de los criminólogos, con la “readaptación social” al de “reinserción social”. Estos conceptos se encuentran relacionados debido a que la readaptación a los valores de la sociedad que la persona que delinque rechaza era el principal objetivo que se anhela lograr con el fin de ser reinsertado al núcleo social que lo vio cometer un delito.

Es importante destacar las diferencias de tales conceptos; para ello tomaremos a Rafael Martínez que en su diccionario jurídico (2008) lo define de la siguiente manera.

Readaptación social: Es la finalidad de la sanción penal; principalmente de la privativa de la libertad. Consiste en proporcionar a los reclusos elementos educativos y laborales para que en su reincorporación al grupo social se conduzca de una manera aceptable para la comunidad.

Para Paola Galindo en su tesis “La eficacia de la reinserción social en el sistema penitenciario en el distrito federal” (2011, pág. 46). Define:

LA READAPTACIÓN SOCIAL del delincuente, más que un procesos de rehabilitación, es un proceso de adaptación por así decirlo, ya que el delincuente o presunto delincuente, al estar internado en los llamados Centros de Readaptación Social, ya sea Federal o Estatal, el propio individuo, se adapta a las costumbres y reglas del lugar o de lo contrario su estancia sería, muy difícil o incluso no viviría para contarlo, así que la readaptación social es un procedimiento institucional que tiene como fin primordial, precisamente regenera, rehabilitar e integrar nuevamente a la sociedad al delincuente. La regeneración del delincuente, se obtiene a través de los centros penitenciarios, donde se cumplen las detenciones preventivas, las sanciones y medidas de seguridad privativas de la libertad, sobre la base del trabajo como medio de regeneración. El objetivo de la REINSERCIÓN es evitar la desadaptación; en el caso de las y los sentenciados, será la readaptación a la comunidad libre y socialmente productiva.

Jorge Ojeda Velázquez en su obra “Reinserción social y su función de la pena” (2012, pág. 70) menciona:

Reinserción significa volver a encauzar al hombre delincuente dentro de una sociedad que lo vio cometer un delito, siendo en efecto, el comportamiento criminoso, la consecuencia de un desajuste social del individuo; una forma de reacción a los esquemas y valores de la sociedad, a la cual el delincuente permanece, y que no logra aceptarlo asimilar, la reinserción va dirigida a obtener la responsabilización del reo hacia sí mismo y hacia la sociedad a través del logro, sea de un mayor conocimiento de sus deberes y una mayor capacidad de resistencia a los estímulos criminosos, sea el reconocimiento de su culpabilidad o de los errores del pasado.

Lo que en un principio era designado como cárcel, no era otra cosa que un lugar destinado para la guarda y custodia de los reos, así como para restringir la libertad de los mismos. Posteriormente se le conoce con el nombre de Penitenciaría, esto a

causa de la evolución de la pena privativa de la libertad, la penitenciaria tiene como finalidad el arrepentimiento de los presos por haber trasgredido una norma de carácter penal. En la actualidad se les conoce como Centros de Readaptación Social.

Describe Arturo Salgado (2003) El sistema penitenciario en el Distrito Federal cuenta con una penitenciaria, tres reclusorios preventivos, dos centros de ejecución de sanciones penales y tres centros de readaptación social de los cuales dos son destinados a mujeres, mientras que en los demás casos se acondiciona un área específica para albergar a las mujeres y un centro de readaptación psicosocial y un centro para sanciones administrativas. Todos estos centros presentan graves deficiencias desde organizacionales hasta funcionales.

La falta de información oficial autorizada y objetiva es limitante para poder analizar la eficacia del sistema penal.

1.1 El sistema penitenciario actual y las consecuencias de las normas mínimas.

Este subtema se basa en la LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MÍNIMAS SOBRE READAPTACIÓN SOCIAL DE SENTENCIADOS, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de mayo de 1971. Última reforma publicada DOF 13-06-2014 (Ley Abrogada DOF 16-06-2016).

Un sistema penitenciario real y avanzado, cuando se le priva de la libertad a un individuo, debe buscar por medio de la readaptación que éste, cuando reingrese a la sociedad lleve una vida normal y bien adaptada con todo lo que ello implica. Se deben emplear todos los medios de que se puedan disponer, en cualquier ámbito, ya educativo, laboral tratamiento técnico, etc.

Pues esto se busca con la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de sentenciados, dicha Ley abarca todos los aspectos esenciales del tratamiento técnico penitenciario (tratamiento preliberacional, asistencia a liberados remisión parcial de la pena, normas instrumentales.) En esta ley se adopta el sistema progresivo individualizado, el cual toma en cuenta las circunstancias personales del interno además se clasifica a este para canalizarlo una vez sentenciado, a la institución especializada que a este le convenga. Buscando que el interno, desde su ingreso, sea preparado para su conveniente retorno a la sociedad.

En el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal cuando se dice que la Ley que establece las Normas Mínimas adopta el sistema progresivo se refiere que habrá períodos de estudio, diagnóstico y de tratamiento preliberacional, con esto se evidencia que la Ley no apuesta por la eliminación física del recluso como solución, sino que tiende a la reincorporación social del recluso mediante todos los recursos disponibles. También acerca de la ya citada ley y con respecto al término sistema individualizado se refiere a que el tratamiento debe adecuarse conforme lo reclaman sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales

La Ley de Normas Mínimas establece que el sistema penal se organizará sobre la base del trabajo, la capacitación para uno mismo y la educación como medios para la readaptación social de la persona que delinque, se alude también a la necesidad de crear instituciones destinados al tratamiento de alineados y de menores infractores.

“En la parte 2ª del artículo 7 se establece que se procurará realizar el estudio de personalidad desde que la persona quede sujeta a proceso, en cuyo caso se turnará copia de dicho estudio a la autoridad jurisdiccional de la que dependa, lo cual, si la sentencia es absoluta, le servirá al juez para la individualización de fallo y si es condenatoria para la individualización de la pena” (Carrancá y Rivas, 1986.)

Otro elemento importante que establecer esta ley es el trabajo, ya que, éste es uno de los medios más importantes para la readaptación social del delincuente; sin embargo, es muy importante que lo haga en aquello que obedezca a su vocación y aptitudes y de esto dependa un alto índice de readaptación social, por eso la Ley de Normas Mínimas recoge la más avanzada doctrina en la materia y da al trabajo la jerarquía penitenciaria que merece. Por medio del trabajo se pretende el propio sostenimiento en el reclusorio, la reparación del daño, es sostenimiento de dependientes y un fondo de ahorro.

Como se menciona en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, otro rubro que contempla es la educación tal como especifica en el artículo 11 estableciendo que la educación parte del carácter académico, pero abarcará también el cívico, social, higiénico, artístico y ético, llevándose a cabo preferentemente mediante profesionales especializados. Con la ley se buscó el funcionamiento y atención más completo al problema penitenciario ya que, además se contempló en la redacción de sus artículos, la visita íntima, el asunto de los favoritismos, la remisión parcial de la pena (por cada 2 días de trabajo, buena conducta, Se remite una por prisión.

Con esto, el sistema penitenciario apuntó a un desarrollo basado en la humanización, no se olvide que la ley recogió en su momento las corrientes más avanzadas en la materia y reconsidero las recomendaciones de las Naciones Unidas emitidas en el primer congreso de la O.N.U. sobre prevención del delito y tratamiento el delincuente. (Del Campo, 1963).

1.2 Instituciones totales y las consecuencias del encarcelamiento.

El sistema penitenciario en México ha sido objeto de estudio en diversas ocasiones debido a que se encuentra en un periodo de crisis por factores como: un alto índice de corrupción, hacinamiento, violaciones a los derechos humanos, saturación, etc.

Ni todos los delincuentes están en prisión, ni todos los reclusos son delincuentes. Esta es una aseveración popular que alude tanto al fenómeno de la impunidad como a los desaciertos de la justicia penal, agravando sistemáticamente la injusticia, así la función de la cárcel es negativa en casi todos los aspectos; consigue objetivos contrarios a los que debería perseguir, ya que es una institución que se maneja en los extremos y como en muchos ámbitos todo extremo o exceso es negativo. Debe existir un equilibrio para que pueda realizar la función que motiva a su existencia.

En la Ciudad de México existen 10 centros penitenciarios destinados a recibir personas indiciadas, procesadas o sentenciadas por delitos del fuero común y del fuero federal. De ellos, tres centros sirven para reclusión preventiva, seis para la ejecución de sanciones penales y uno para rehabilitación psicosocial. De éstos dos reclusorios son para la población femenil: el de Santa Martha Acatitla y Tepepan. (Cuevas, 2011). Siendo éste último espacio, objeto de nuestro estudio.

Respecto a esto Rodríguez Manzanera dice “La prisión cuando es colectiva corrompe, si es celular enloquece y deteriora; con régimen de silencio disocia y embrutece, con trabajos forzados aniquila físicamente, y, sin trabajo destroza moralmente, en casi todas sus formas es altamente neurotizante, disuelve el núcleo familiar y lo daña seriamente, convirtiéndose en una pena terriblemente, pues lleva a un agudo sufrimiento a aquellas personas que quieren al recluso” (Rodríguez 1998).

En la actualidad pueden encontrar varios autores que describen el funcionamiento de las prisiones, lo que significa la entrada a éstas, así como las consecuencias del internamiento tiene sobre las personas en las diferentes esferas de la vida. Esto dicho no es nada nuevo y ha sido descrito por varios autores como es el caso de Biurrun dice que: “las condiciones de vida en la prisión son un reconocido factor de estrés para los internos”. (Biurrun, 1993).

Las cárceles son instituciones muy particulares, son consideradas como subculturas, ya que dentro de éstas se suele transformar la vida de las internas, tienen que aprender a vivir en un medio hostil y violento, con nuevas reglas y códigos propios de la prisión

Goffman, 1972 (citado por Legánes, 1999) habla de las características de las instituciones a las que llama “totales”, estas son:

- Se está sometido a una autoridad
- Se está separado en forma más o menos radical de su entorno
- Todas las necesidades y todos los aspectos de los internos están sometidos a un plan omnicompreensivo (hay un reglamento de la institución que regula toda la actividad que se desarrolla en la misma)
- Se intenta absorber la personalidad total del interno
- Se elimina la usual separación entre el ámbito del trabajo, del ocio y de la vivienda

El ingreso de una persona en prisión supone su aislamiento afectivo y social, conlleva la pérdida de sus roles sexuales, familiares y sociales, y produce un deterioro de su propia identidad y de su autoestima. Su comportamiento es supervisado continuamente por los funcionarios de la prisión y corregido predominantemente por un sistema de normas formales que le exigen una subordinación que llega a lo servil y que invaden su intimidad. Como consecuencia

se desarrolla un código de normas y valores en contra de las normas y fines oficialmente declarados por la institución.

Cabe aclarar que para dicho autor “instituciones totales” además de la prisión son los hospitales psiquiátricos, campos de concentración, cuarteles internados; sin embargo, se diferencia entre sí por el objetivo que se persigue ese internamiento.

Así cuando una persona ingresa a una institución total, se encuentra de regreso en un estado infantil y de desprotección, se destruye su sentido de identidad y su autoestima. Se pierde la identidad ya que, además de la pérdida de libertad se pierde el estatus que tenía en el trabajo, en la familia, la escuela, etc. Se le impone una subordinación total, sus actividades son controladas todo el tiempo, desde lo más simple y trivial como, llamar por teléfono hasta ver a sus familiares, se vuelve una forma de vida regida por castigos.

Méndez (1995) revela que cuando la mujer es llevada a prisión, tanto ella como los integrantes suelen ser estigmatizados en la sociedad y ante sí mismos; representan un cambio radical en todo su vida, privándola de su hogar, trabajo, identidad, relaciones interpersonales, entre otras provocando alteraciones en su afectividad, dificultades en la percepción de su autoimagen, depresión, aumentó en el estrés y de la angustia.

“La interna asilada del mundo exterior se convierte en un “objeto” fácilmente incorporado por la maquinaria administrativa del establecimiento y manipulado por la rutinas propias de la institución total. La interna queda sometida a un proceso burocrático, institucionalista en el que la institución busca absorber plenamente a la interna, quien en ocasiones trata de evitarlo oponiéndose a la administración y a los funcionarios, y uniéndose para ello a las demás internas, de esta forma surge ya necesariamente el típico enfrentamiento entre reclusas y funcionarios” Goffman, 1972 (citado por Legánes, 1999 p.340.)

Goffman, (1972) citado por Legánes en 1999 habla de cuatro formas de adaptación al entorno carcelario:

RETIRADA: el interno se evade psicológicamente de un tipo de vida que no le gusta, solo se preocupa por satisfacer sus necesidades propias.

RECHAZO: el interno se enfrenta con la institución, no quiere cooperar con la misma.

COLONIZACIÓN: el interno hace de la institución su mundo procurando vivir lo mejor posible dentro de las posibilidades de la institución, tratando de obtener el mayor número de gratificaciones inmediatas existentes en la misma.

CONVERSIÓN: el interno acepta el juicio que sobre él tiene la institución y su personal, tratando de convertirse en un “interno modelo”.

Según el autor los internos no suelen usar el medio institucional solo una de las diferentes formas de adaptación, ya que, las mezclan según su conveniencia, intereses y objetivos.

Lo anteriormente descrito ha sido estudiado por algunos autores bajo el concepto de prisionalización que de acuerdo con Rodríguez (1998) se refiere a una adaptación a la prisión, un adoptar costumbres, el lenguaje, adaptarse pues a la subcultura carcelaria. Y aunque queda claro a que se refiere el autor con adaptación (es decir no porque hay una adaptación hay un bienestar), es muy acertado decir que prisionalización es la absorción total del interno por parte de la institución.

Continuando con el citado autor “este proceso de prisionalización se inicia desde que la persona ingresa a la cárcel y se va desarrollando, cambiando al sujeto su concepto temporo-espacial, sometiéndolo a una continua situación de estrés, obligándolo adaptarse con rapidez a la prisión y llegando a serios deterioros mentales” Rodríguez (1998).

Valverde, (1997) presenta un punto de vista muy completo acerca de las consecuencias del encarcelamiento, por lo que se aborda mencionado parte del supuesto que el ser humano, no está “diseñado” mental, social y biológicamente

para vivir en cautiverio, por lo que surgen muchas consecuencias tanto a nivel físico, somático y psicosocial.

1.3 La cadena de pérdidas al ingresar a prisión.

En el ingreso a un reclusorio los elementos a perder pueden ser muchos, la familia, el empleo, la identidad, el espacio, la dignidad, sus derechos, etc. Al ingresar inicia un proceso, como menciona Patricia Ibarra (2013), comienza la inevitable experiencia de duelo. Sienten que una parte de sus vidas se ha quedado con las personas amadas, se sienten diferentes y saben que irse por el camino del olvido es imposible, porque sería como querer olvidarse de sí mismos. El dolor los golpea y los puede destruir si no lo asumen de una manera constructiva y positiva. Tienen que aprender a lidiar con ese dolor para poder continuar con su vida.

“La vida obliga al ser humano a renunciar a todas las personas y cosas amadas, ya que todo, absolutamente todo lo podemos perder, lo material como la familia, la casa, el auto, etc., y lo inmaterial como la seguridad, la autoestima, la juventud, los sueños y las metas” (Castro, 2011).

Cuando un ser humano entra en un reclusorio no le queda otra que despojarse de sus ropas, alejarse de sus seres queridos y empezar a pensar un cómo le hará para salir adelante. Neimeyer (2002) citado por Castro menciona que “Todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio.” (Castro, 2011 p.20).

Una actitud muy constante en el duelo por prisión es la de la desesperanza, en la que surgen sentimientos de desánimo y negatividad ante la vida, Castro nos hace mención de 5 actitudes frente al sentimiento de desesperanza las cuales veo muy cercanas a la experiencia de los presos.

- ✓ La primera de ella es la “Omisión de lo real o lo positivo: El lamentarse implica enfocar la atención en los detalles, perdiendo de vista el todo. Percibimos más los defectos que las virtudes, y los valores de otros y de uno mismo.” (Castro, 2011).

Los internos del reclusorio siempre están mencionando lo que la familia no les da, las veces que no los visitan y lo malo que es estar ahí, hay cosas de la pareja, por ejemplo, en las que el interno no había puesto su mirada, de las que se da cuenta hasta caer en el centro de reclusión.

- ✓ La segunda es la “Sensación de Víctimas: al enfocar la atención en lo negativo y malo que puede ofrecer la vida, nos convierte en víctimas del mundo y de las circunstancias.” (Castro, 2011).

Muchos de los internos toman una actitud de víctimas, hayan o no tenido que ver con el delito, aun sabiendo que son responsables de lo que los culpan, el hecho de haber perdido tantas cosas al llegar ahí, hace que tomen esta actitud de sentir que todos están contra ellos, que el mundo, las autoridades y en ocasiones hasta la propia familia, están aprovechándose de ellos, están siendo injustos con ellos todo el tiempo.

- ✓ La tercera actitud es la “Carencia de responsabilidad: La responsabilidad se elimina en el momento en que la persona se lamenta y se percibe como víctima de las circunstancias, negando y olvidando su participación en la situación vivida, culpando a los demás y al entorno de lo sucedido. Se culpa a Dios, al gobierno, a los padres y a la pareja, entre otros de lo ocurrido.” (Castro, 2011).

En ese sentido, para el interno el destino es el único que sabe lo que pasará con sus vidas, no hay futuro para muchos, sólo lo que los demás decidan, quienes

fueron los culpables de que él esté ahí, es lo que escribirá su historia, lo que pasará con ellos.

- ✓ La cuarta actitud es la “Renuncia a la proactividad: El ser humano es libre, posee el poder de ser proactivo. Es capaz de iniciar el proceso de cambio, de enfrentar las adversidades de la vida y de manejar adecuadamente su emocionalidad ante los duelos. Sin embargo, al lamentarse se renuncia a ello, limitándonos a reaccionar ante los estímulos externos, convirtiendo a la persona como víctima de las circunstancias.” (Castro, 2011).
- ✓ La quinta y última actitud que menciona la autora es la “Eliminación de la esperanza: El perder la responsabilidad y la proactividad trae como consecuencia la pérdida de la esperanza, siendo ésta el motor que pone en acción las ilusiones, las metas y los objetivos de la vida. Al eliminarse, se pierden los remos para dirigirnos a lo anhelado.” (Castro, 2011).

Aunque muchos de los internos siguen luchando por salir del reclusorio, hay otros a los que ya no les interesa salir, quienes han perdido la ilusión de estar fuera y recuperar lo que en un momento les fue quitado, aunque hay que reconocer que habrá cosas que ya no podrán recuperar y que les fueron quitadas para siempre, como la juventud, en muchos casos el respeto de los hijos, el puesto laboral y lo más doloroso desde el punto de vista de los internos, la muerte social que provocó el hecho de pisar la prisión.

Sensación de víctima: Al enfocar la atención en lo negativo y malo que puede ofrecer la vida, nos convierte en víctimas del mundo y de las circunstancias.

Lo lamentable de la situación de un preso es su calidad de vida y por tanto, como dice Carlos Díaz (2011), su calidad de muerte. Si la muerte carece de sentido entonces también la vida; dicho de otro modo, la búsqueda de un horizonte para la vida debe ir acompañada por una búsqueda de sentido para la muerte, y quien huye de la muerte carga con su propio ataúd, incluso en el gimnasio, sin saberlo.

La entrada en prisión implica el aislamiento inmediato respecto a todo lo que se dejó fuera. A partir de ese momento todo contacto con el exterior se va a producir en prisión y va a ser filtrado por la institución con unos requisitos muy limitativos.

1.3.1 Alteraciones somáticas.

En este sentido, Goffman (1961), argumenta que para comprender a las personas “encerradas”, cualquier grupo de personas, ya sean integrantes de un grupo primitivo, enfermos hospitalizados, miembros de una tripulación, o presos recluís en centros de tortura, forman una vida propia, que mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal, puede parecer hostil o incluso inaceptable con un entorno socialmente “normalizado”.

Cuando el interno participa por primera vez en el método colectivo se pueden observar trastornos en la esfera sensorio-motriz las consecuencias de la prisionización no son sólo psíquicas. Con el tiempo aparecen serios problemas sensoriales, (p. 9, 10).

La visión sufre trastornos, producto de la limitada perspectiva con que cuenta, además de padecer con los extremados contrastes de luz entre los escasos espacios abiertos y la celda. A los pocos meses de ingresar en prisión, experimenta lo que se denomina “ceguera de prisión” provocada por la permanente ruptura del espacio, la existencia de continuos impedimentos a la evasión que impiden la visión a distancia; en el mejor de los casos no le permiten ver más allá de unos centenares de metros. Por otra parte, la gran carencia de colores hace de la prisión un lugar poco estimulante y de gran pobreza cromática. Eso explica que uno de sus primeros deseos al salir sea ver distancia y “descansar la vista”

“Esa configuración espacial produce frecuentes dolores de cabeza, así como incluso una deformación de la percepción visual que hace que se pierdan formas e

incluso colores. No se trata de alucinaciones sino de perturbaciones espaciales de la visión. Además, la configuración arquitectónica produce también grandes contrastes de iluminación. Los espacios interiores son sumamente oscuros, por lo que es necesaria permanente iluminación artificial que, por otra parte, no es excepcionalmente buena en el espacio disponible” (Valverde 1997, p. 69).

Vale la pena mencionar que el contraste de colores es casi nulo ya que, predomina el beige, negro y gris y escasean los colores de tonos cálidos.

Se afecta el sentido de la audición, pues la vida en un espacio permanentemente cerrado, en el que conviven multitud de personas y sonidos que retumban en los muros, hace que el nivel de ruido sea muy alto. Destacamos también entre las carencias, los sabores y olores muy reducidos que los presos tienen a disposición, predominando un olor constante mezcla de todo, desde comida hasta olores personales.

El gusto se ve afectado, no sólo porque la comida no sea muy buena, sino por insípida; no se puede hacer comida cuidadosamente para un número elevadísimo de personas y además durante días, meses y años. Igualmente se da pobreza olfativa, con limitación de olores en un internado, unida al olor que desprenden los fuertes desinfectantes que se usan para fregar los suelos.

En ocasiones, se llega a perder la imagen del propio cuerpo, ello inducido por la carencia total de intimidad. Además el preso mide mal las distancias quizá por la confusión entre los límites del propio cuerpo y los del entorno, sobre todo en convictos (as) en régimen de estricto aislamiento. Mucho más frecuente es la falta de aseo personal y autocuidados, lo cual se debe, sobre todo, a la falta de motivaciones para asearse, amén de no infrecuentes deficiencias en las instalaciones.

Finalmente, también son frecuentes los agarrotamientos musculares, producidos por la tensión diaria en la que se mezcla ansiedad y una sensación continua de peligro y miedo al futuro, añadidos a la escasa movilidad y práctica deportiva.

Al respecto Valverde, 1997, puntualiza esa tensión muscular, procedente de la tensión de la vida diaria en la prisión, en la que se mezcla desde la ansiedad con la que se vive en la cárcel hasta la sensación permanente de peligro y el miedo al futuro a la que se añade la escasez de movilidad”.

1.3.2 Consecuencias psicosociales.

Pinatel (1969), presenta como efectos psicológicos el desarrollo de ansiedad, depresión, hipocondría, ideas de suicidio, así como un empobrecimiento general de los repertorios de conducta, el deterioro cognitivo, las alteraciones de la percepción, la ansiedad y, en general, sobre un posible deterioro mental generalizado y Sykes (1958), quien encontró que el encarcelamiento producía un incremento de la ansiedad en los encarcelados, así como importantes problemas en torno a la propia imagen y autoestima, debido a que la condena efectiva de privación de libertad conlleva una condena moral, al presentar a la persona como alguien no aceptable moral y socialmente. También destaca una afectación sobre el yo por la privación.

Sólo si el recluso mantiene su firmeza a los intentos de “reformularles”, logrará conservar su autoestima; y ello va a ser frecuentemente el parámetro esencial de la manera en que establezca sus relaciones con la institución penitenciaria. Pero esta institución llevará a un endurecimiento del régimen penitenciario, y paralelamente, a una nueva autoafirmación a cada vez más agresivas. Se trata de una de las fases más importantes del proceso de prisionización.

No todos los individuos utilizan la autoafirmación agresiva como de forma de adaptación al ambiente. “Los mecanismos de adaptación que utilice el preso estarán en función de encontrar refuerzo en la propia prisión en función de cómo se incluya

en el grupo de presas, lo que suele estar relacionado con el tipo de delito”. (Valverde, 1997, p. 107)

En este sentido, en el “sistema social alternativo” que es la cárcel, hay delitos prestigiosos y delitos que no sólo humillan a su autor, sino que lo convierte en un marginado. Entre esos “delitos marginadores”, destaca sobre todo el de violación. El profundo rechazo que suelen encontrar por parte de sus compañeras le obliga a utilizar como forma de supervivencia y por tanto, de adaptación, la sumisión, es decir, el sometimiento prácticamente absoluto a la institución. Por eso la mayoría de los “destinos” suelen ser violadores.

Entre estos dos extremos; enfrentamiento y sumisión, se encuentran las formas de adaptación del a la cárcel. Cuando el internamiento es por poco tiempo hay formas intermedias de adaptación entre ambos extremos, pero si el internamiento se prolonga, no le quedará más que elegir entre ambos extremos.

Dominio o sumisión en las relaciones personales. Esta autoafirmación agresiva es un elemento muy importante a la hora de establecer relaciones interpersonales con otros reclusos. En un entorno violento, todo se vuelve violento y quienes, por capacidad de liderazgo están en condiciones de dominar a los demás, lo van a hacer. El compañerismo y la solidaridad se manifestarán frente a la institución, pero no siempre entre los mismos presos. Por esos un preso que es capaz de tener un enfrentamiento con la institución porque se ha tratado mal al otro preso, es capaz de extorsionarles para conseguir droga o para conseguir algo que le interesa. Valverde (1997).

Como por otra parte, la institución rara vez tiene capacidad para garantizar la seguridad del preso, se ve obligado a agruparse, tanto para defenderse como para domina.

1.3.3 Afección de la esfera sexual.

La facilitación de las comunicaciones íntima, no es suficiente para satisfacer las pulsiones sexuales, aumentadas por la situación de estrés que provoca la prisión: En consecuencia se produce una alteración de la sexualidad en tres direcciones: privatización de relaciones, masturbación y homosexualidad.

Caballero (1986), destaca al igual que Valverde, (1997) que la privación de relaciones heterosexuales, además de escasas, van a tener que realizarse en el interior de la cárcel, y por tanto van a estar reguladas por la estructuración de la vida penitenciaria y se van a ver envueltas en la normalización que supone la vida en prisión. Las internas no tienen tiempo para sutilezas amorosas, sólo dispone de un breve espacio de tiempo (una o dos horas y tal vez únicamente al mes) y tiene que darse prisa.

Es evidente que los niveles de niveles de masturbación se disparan (sin tratar la masturbación como una desviación sexual). La masturbación adquiere una naturaleza especial en un ambiente total de prisión, tanto en el ámbito cuantitativo como cualitativo. A menudo es la única válvula de escape que tiene el recluso, pero como ha perdido el contacto con el exterior, las fantasías sexuales se normalizan. Valverde (1997).

Y en última dirección, en cuanto a la homosexualidad, sin pretender considerarla como una desviación o alteración sexuales. Se trata en este punto porque en muchos casos no es una opción elegida, sino impuesta por la realidad de la vida del recluso, produciéndose en muchos casos redes de prostitución, que se van a dejar una profunda huella en quien caiga en ella, ya sea por miedo o por necesidad.

1.3.4 El significado del tiempo en prisión.

En estas condiciones de vida, el recluso llega prácticamente a no tener ningún control sobre su propia vida, esto se debe a:

El ámbito institucional, depende por completo del régimen de la prisión, que va a dirigir todas sus actividades. La capacidad de elección del individuo queda reducida a la mínima expresión. Ni puede planificar su tiempo ni el lugar donde desea estar en cada momento. En la mayoría de las situaciones es la institución quien decide donde va a estar y qué va hacer, incluso si va a hacer algo o no. (Rocher, 1990).

En el ámbito de las relaciones interpersonales, su conducta se va a ver frecuentemente presionada por las relaciones de poder y en función de la posición que ocupe en las mismas. Casi nada depende de ella. Todo depende del contexto que le rodea dando lugar al concepto de socialización, definido por Rocher, 1990 como el "proceso por el cual la persona aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, adaptándose así al entorno social en que ha de vivir".

Estado permanente de ansiedad

En la prisión se está siempre en peligro, lo que desarrolla en el preso un estado de permanente ansiedad, que va a derivar hacia la manifestación de la ansiedad como una consistencia comportamental que se generalizará en todo tipo de situaciones y que le conduce a vivir aún con más estrés las permanentes tensiones de la vida en la cárcel.

Ausencia de expectativas de futuro.

Si el recluso no puede controlar su presente, mucho menos puede planificar su futuro. En consecuencia, se dejar llevar por lo irremediable de la situación, configurándose en él un fatalismo, que supone una de las principales consecuencias del proceso de inadaptación social y en la cárcel se presenta con unas características especiales.

Cuando el inadaptado tropieza con la respuesta jurídico-institucional a su comportamiento, sobre todo a partir de su entrada en prisión esa “adaptación situacional” le va a conducir progresivamente al fatalismo, debido al gran poder de la institución penitenciaria frente a la debilidad del individuo. A partir de ese momento, va a ver su propia vida como una película en la que él mismo es un actor secundario. Va a pensar que “lo que tenga que ocurrir, ocurrirá”, y que él no tiene ningún poder para evitarlo.

Ausencia de responsabilidad.

Como en la prisión todo está preestablecido y la interna apenas tiene ninguna influencia sobre las decisiones que toma sobre él, acaba adoptando una actitud pasiva, esperando que las cosas “le vengan dadas”. Esta situación desemboca en una auténtica delegación de la responsabilidad de propia vida en el entorno institucional. Se convierte en un apático, porque es una buena manera de sobrevivir y porque aunque lo intente rara vez conseguirá modificar el destino. Rocher (1990).

Cuando salga en libertad, esta ausencia de responsabilidad será una de las conductas desarrolladas en prisión que más va a perturbar las posibilidades de aprovechar las pocas oportunidades que se le ofrezcan. Sin ningún tipo de preparación, el individuo pasa de la cárcel, donde se le dice todo lo que tiene que hacer, cómo hacerlo y dónde hacerlo, a la situación de libertad en la que ha de tomar sus propias decisiones, planificar y dirigir sus propia vida, a menudo sin ayuda, con

un sistema de funcionamiento completamente distinto del que estaba acostumbrado en la cárcel y con fuertes impedimentos.

1.4 La psicología y la prisión.

La Psicología trata de averiguar, de conocer qué es lo que induce a un sujeto a delinquir, qué significado tiene esa conducta para él, por qué la idea de castigo no lo atemoriza y le hace renunciar a sus conductas criminales. La tarea psicológica consiste en aclarar su significado en una perspectiva histórica-genética. Como menciona Marchiori (1985) “la psicología trata de averiguar, de conocer que es lo que induce a un sujeto a delinquir qué significado tiene esa conducta para él, porque la idea de castigo no lo atemoriza y le hace renunciar a sus conductas criminales. La tarea psicológica consiste en aclarar su significado” (Marks, M 1987)

Y es que en los últimos años la ciencia psicológica ha aportado importantes conocimientos por la comprensión, manejo y tratamiento del delincuente, sin embargo, a pesar de ello la situación penitenciaria, como es de conocimiento general, obstaculiza e impide que se dé una real canalización y aplicación del conocimiento para la solución o mejoramiento de los problemas surgidos en este ámbito, dicho sea de paso que esta situación no es particular de la psicología sino también de los demás ciencias que abordan el mismo objeto de estudio. La ya mencionada corrupción, el hacinamiento, fallas jurídicas, etc. Son factores que se deben tener en cuenta al analizar la labor del psicólogo en estas instituciones.

Pero no sólo eso, sino que la experiencia del encarcelamiento no pueden sino producir una fuerte afectación psicológica, caracterizada por un sufrimiento constante, sobre las personas encerradas las veinticuatro horas del día durante largos periodos de tiempo.

A todo ello hay que añadir los obstáculos que provienen del exterior. Las propias expectativas post-prisión, tanto laborales como económicas, de la mayor parte de los internos, aseguran un porvenir sin posibilidades de salir adelante, como lo prueba que más del ochenta por ciento de los reincidentes delinque contra la propiedad. Consciente o no, el preso lo sabe. De ello pueden ser indicativos, tanto las fantasías sobre las expectativas de futuro, como la valoración del rol de delincuente y el desprecio a las formas de vida socialmente aceptadas. También, a menudo, se constituyen en obstáculos las relaciones sociales y familiares del interno. La familia se habitúa a las circunstancias de tener a un miembro encerrado y sigue desarrollándose con esa ausencia con lo que, a la salida del interno, son frecuentes los conflictos tanto con la esposa como con los hijos. La sociedad misma también reacciona: los procesos de estigmatización social se reanudan con la puesta en libertad, produciéndose un rechazo al ahora *ex-presidiario*, tanto social como laboralmente.

CAPITULO II DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA VIDA ADULTA (DE LOS 20 A LOS 60 AÑOS).

2.1 La perspectiva conductista.

Aunque sus antecedentes se ubican en las aportaciones de Thorndike y Pávlov, los personajes que más renombre ha tenido en nuestros tiempos son J. B. Watson y B. F. Skinner. Este último con otros seguidores, postuló que el comportamiento del hombre, como animal, está supeditado a las consecuencias que recibe del medio ambiente sean estas reforzantes o castigantes. Otro personaje ubicado en esta perspectiva es A. Bandura con su afirmación sobre el aprendizaje social. Según Bandura, aprendemos con base a lo que observamos le sucede a otras personas por su comportamiento (U.N.A.M, 1989).

2.2 Adulthood temprana.

Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen

hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida.

La manera como comen los adultos, cuándo beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro; también se analizarán las implicaciones de las decisiones que se toman sobre el colegio y la educación media o superior, que están relacionadas con los desarrollos del desempeño intelectual de la persona. Para mucha gente, la esencia de los adultos jóvenes está encerrada en estas palabras: "El tiempo". Por ejemplo: Expresan el dilema de las presiones de una madre soltera que, abrumada por el estrés de criar un bebé, sola, y arreglárselas para que todo le alcance, siente que esto la conduce a fumar mucho y a comer muy poco.

La gente en estas situaciones establece prioridades cada día de su vida. Toma decisiones importantes que afectan su salud, sus carreras y sus relaciones personales. Todavía están madurando de muchas maneras muy importantes. Los años adultos tienen un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y físico, aún. Los avances importantes ocurren durante temprana edad adulta (definida arbitrariamente como el periodo entre los 20 y los 40 años de edad). Algunos de estos avances suceden como resultado de los papeles nuevos y significativos que mucha gente asume en la edad adulta: como trabajador, esposo y padres.

Estos afectan la manera como la gente piensa y actúa; esto afecta la manera como realiza estos papeles - o si no los realiza-. Las interacciones entre los diversos aspectos del desarrollo - físico, intelectual, social y emocional- están influyendo en forma muy importante durante este período. Se mirara también la experiencia de la escuela media superior o superior y el desarrollo intelectual y de personalidad que sucede cuando el individuo pasa más del tercio de su tiempo en ella. También se analizará el momento en que se elige una carrera y/o un estilo y modo de vida.

2.2.1 Funcionamiento sensorial y psicomotor.

Arbelaez (2009), menciona que el adulto joven típico es un espécimen físicamente bueno, le caracteriza su fuerza, energía y resistencia. Desde de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) hasta alrededor de los 50, el declive de las capacidades físicas está generalmente tan graduado que se nota difícilmente. Hoy día los que tienen 20 años tienden a ser más altos que sus padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud. La destreza manual es más eficiente en esta etapa; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años.

Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años.

2.2.2 Personalidad.

Hay muchas diferencias en la forma en que el adulto joven logra integrar los diferentes aspectos de su personalidad y hay grados en la forma en que cada uno lo logra. Básicamente se trata alcanzar la identidad del yo y la capacidad de alcanzar una intimidad verdadera.

Para ello, debe haber logrado independencia y límites con sus padres y reconocer que sus caminos y los de sus padres son divergentes porque sus metas lo son. Puede verlos en forma más realista sin la rebeldía que le ayudó antes a constituir su identidad. Los internaliza como padres y como progenitores.

Aunque existen diferentes teorías que consideran la personalidad de una forma estática, se debe entender que el sujeto adulto es el producto de las experiencias vividas a lo largo de su ciclo vital.

En este sentido, existen dos posturas fundamentales: las representadas por Erikson y Levinson, teniendo en cuenta las dos etapas de la vida adulta.

Para Erikson (2000), el problema de la edad adulta temprana es intimidad versus aislamiento. Los sujetos adultos buscan la intimidad y el compromiso con otras personas, y si no lo consiguen o temen hacerlo, se aíslan. Para conseguir una relación íntima es necesario compromiso y sacrificio. Pero en primer lugar, un sentido de la identidad que se debe de haber fraguado a lo largo de la adolescencia.

Por su parte, Levinson (1988) considera que todo adulto tiene una estructura de la vida, en la que incluye aspectos internos y externos: lugares, gentes, instituciones, casos, valores, causas, sueños, emociones, y todo esto unido en torno al trabajo y la familia.

Pero además pueden existir acontecimientos que hagan cambiar sus estructuras de vida, como son libros interesantes que lea, situaciones sociales, o cualquier acontecimiento de la vida que pueda influir en su desarrollo personal.

2.2.3 Desarrollo Cognoscitivo.

Es importante mencionar que el pensamiento del adulto es mucho más diferente al de un niño o un joven, ya que la madurez del adulto debido a sus experiencias e intereses provoca un cambio de pensamiento. En la adultez ya el pensamiento no solo se rige por el formal donde se visualiza tanto la realidad y lo abstracto, en esta etapa se utiliza el Pensamiento Pos-formal, (Rice, 1997).

El Pensamiento Pos-formal, suele presentarse en una forma más flexible, no estrígrado al contrario es abierto y está dispuesto a escuchar otras opiniones, además es adaptativo, individualista, esto significa que el adulto está en la capacidad de cambiar su pensamiento según sus vivencias o por otras opiniones y por lo tanto es individualista porque pertenece a cada uno de los adultos, no todos los adultos en esta etapa piensan igual cada uno posee un pensamiento propio. Este pensamiento se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a otros. Para Rice (1997), existen varios criterios utilizados en el pensamiento pos-formal como lo son:

- ✓ Herramientas de cambio: en este el adulto utiliza el razonamiento abstracto junto a la experiencia práctica.
- ✓ Casualidad múltiple o soluciones múltiples: es cuando se es consciente de que un problema puede poseer varias causas y al igual este problema puede tener varias soluciones.
- ✓ Pragmatismo: en este al tener en cuenta las posibles soluciones ya obtenidas anteriormente por el adulto, se basa en la mejor elección de la posible solución para el problema.
- ✓ Conciencia de la paradoja: en este caso se basa en reconocer que ante un problema o una solución siempre va a implicar un conflicto, o sea siempre se va a presentar una dificultad ya sea en la búsqueda de soluciones o en realizar la posible solución.

Schaie (2000) propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital, cuyas etapas son:

1. Etapa de adquisición: (niñez y adolescencia). Los niños y adolescentes adquieren información y habilidades por sí mismos o como preparación para participar en la sociedad.
2. Etapa de logros: (19 o 20 años a principios de los 30). Los adultos jóvenes usan lo que saben para obtener competencia e independencia.
3. Etapa de responsabilidad: (finales de los 30, inicios de los 60). Las personas de mediana edad están preocupadas por metas de largo alcance y problemas prácticos asociados con la responsabilidad para con otros.
4. Etapa ejecutiva: (30 o 40 hasta final de la mediana edad). El adulto joven es responsable de sistemas sociales trata con relaciones complejas en varios niveles.
5. Etapa reorganizadora: (fin de la mediana edad, inicio de la edad adulta tardía). Personas jubiladas reorganizan sus vidas alrededor de actividades no relacionadas con el trabajo.
6. Etapa reintegradora: (edad adulta tardía). Los adultos mayores deciden concentrar su limitada energía en tareas que tienen significado para ellos.
7. Etapa de creación del legado: (vejez avanzada). La gente mayor se prepara para morir documentando las historias de su vida, distribuyendo posesiones, etc.

2.2.4 La Inteligencia Emocional.

Esta es la capacidad de los adultos de entender y regular las emociones tanto las propias como las de las personas que lo rodean, esto permite al adulto tener

relaciones afectivas donde hay comprensión de las emociones de la otra persona (Rice, 1997).

2.2.5 Desarrollo moral.

Los teóricos más influyentes en el campo del razonamiento moral sostienen que el desarrollo moral en la infancia y en la adolescencia descansa en el desarrollo cognoscitivo, el desprenderse del pensamiento egocéntrico y la habilidad creciente de pensar en abstracto. Se ha visto, sin embargo, que muchos adolescentes no alcanzan los estadios más altos del pensamiento moral -autonomía de moralidad-, quedando sujetos a la moralidad o decisión de los adultos -moralidad heterónoma- (U.N.A.M, 1989).

El papel de la experiencia en los juicios morales. El adagio “vive y aprende” resume el desarrollo moral del adulto. La experiencia, a menudo, lleva a la gente a reevaluar su criterio sobre lo que es correcto y justo. Generalmente, las experiencias que promueven tal cambio tienen un componente emocional fuerte, lo que motiva el volver a pensar, de manera tal que las discusiones impersonales e hipotéticas no pueden descontrolarnos. A medida que la gente pasa por tales experiencias, tiene más probabilidad de ver los otros puntos de vista de otras personas en relación con los conflictos morales y sociales. Es más probable que alguien que ha tenido una experiencia real con cáncer, perdona a un hombre que roba una droga para salvar a su esposa que se está muriendo, que alguien que no ha pasado, por esta experiencia, y que dé como explicación para perdonar, su propia enfermedad o la de un ser amado. El estadio cognoscitivo, entonces, parece establecer el límite más alto para el potencial de crecimiento moral. Alguien cuyo pensamiento está todavía en el nivel de las operaciones concretas no es probable que exhiba un nivel

complejo para tomar decisiones de carácter. Pero alguien en el estadio cognoscitivo de operaciones formales puede no obtener el nivel más alto de pensamiento moral tampoco - hasta que la experiencia alcance el conocimiento – (U.N.A.M, 1989).

2.2.7 La teoría triárquica.

Otra manera de mirar lo que distingue el funcionamiento intelectual de los adultos y los niños es en términos de ciertas clases de pensamiento que llegan a ser más importantes y más completas en la vida adulta. ¿Recuerda usted que en sus años de estudio en la primaria o la secundaria (en profesional, incluso) hubo compañeros que obtenían muy buenas calificaciones, otros tenían promedios mínimos (pasaban de panzazo- decimos-) y un mayor número, en algunas materias “les iba bien” y en otras “ahí la llevaban”? ¿Qué pasó con ellos? Seguramente alguno de los “aplicaditos” que conoció no son ahora ejecutivos o potentados, contrariamente con alguno de los “vagos” que no prometían, ahora es una destacada personalidad. ¿Cuántas veces hemos visto a personas que, sin contar con la educación elemental, obtienen resultados de un cálculo matemático más rápido que un profesionalista? (Papalia, 1992)

Estas notorias situaciones parecen ser explicadas si consideramos que puede presentarse alguno de estos elementos:

El elemento *componente*.- ¿Qué tan eficientemente la gente procesa y analiza la información? Este es el lado crítico de la inteligencia, el cual le dice a la gente cómo aproximarse a los problemas, cómo hacer para solucionarlos y cómo monitorear y evaluar los resultados. La gente, fuerte en esta área es buena para presentar

pruebas de inteligencia, buscar fallas en discusiones y resolver exámenes tipo memorístico.

El elemento de *experiencia*.- Esto se refiere al cómo se aproximan las personas a las tareas nuevas y familiares. Esta es la dimensión de la inteligencia de penetración, la que permite a la gente comparar la nueva información con la que ya sabe, o llega a nuevas maneras de reunir los hechos.

Elemento *contextual*: Este se encuentra más relacionado con la interacción de la gente con su medio ambiente. Esta es la práctica, aspecto de la inteligencia del “mundo real” que llega a ser de un valor que va en aumento en la vida adulta. Es la habilidad para juzgar una situación y resolver qué hacer; sea adaptarse a ella, cambiarla o encontrar una nueva situación más cómoda, (U.N.A.M, 1989).

2.3 Madurez.

2.3.1 *El Desarrollo físico.*

En esta edad se consideran que son bastantes los cambios físicos de las personas durante el lapso de la adultez intermedia, es importante tomar en cuenta que los cambios físicos dependerán del estilo de vida que llevaron en su juventud.

Entre los cambios encontramos:

- Los cinco problemas visuales que ocurren son: visión cercana. visión dinámica (leer señal movimiento), la sensibilidad a la luz, la búsqueda visual (localizar una señal) y la velocidad de procedimiento de la información visual.

- Problemas auditivos como la presbiacusia.
- Declinación de la sensibilidad del gusto y el olfato, provocan que la comida pierda su sabor.
- La fuerza y la coordinación disminuyen de manera gradual al igual que la destreza manual.
- La piel se vuelve menos firme y suave esto debido a que la capa de grasa bajo la piel se vuelve más delgada.
- La densidad ósea disminuye ocasionando huesos delgados y quebradizos.
- La capacidad vital al igual disminuye, es decir, el volumen máximo de aire que los pulmones pueden inhalar y exhalar disminuye.

2.3.2 Desarrollo intelectual.

Las personas en la Edad Intermedia se encuentran en su máximo nivel del rendimiento intelectual (Hernández, 1989)

El desempeño se observa en seis habilidades intelectuales como lo son:

- El razonamiento inductivo: resolución de problemas lógicos.
- Relaciones espaciales: manipulación mental de objetos en un espacio bidimensional.
- Vocabulario: reconoce y comprende las palabras.
- Memoria verbal: recupera palabras en su memoria de largo plazo.

- Numeral: realiza cálculos.
- La velocidad perceptual: hace discriminaciones rápidas.

En esta se distinguen dos clases de inteligencia características:

- La Inteligencia Fluida: es la facultad de aplicar la capacidad mental a problemas nuevos que requieren poco o ningún conocimiento previo e implica la relación entre percepciones.
- La Inteligencia Cristalizada: es la capacidad de recordar y emplear información adquirida durante toda la vida y que son habilidades que dependen de la educación y la experiencia cultural, esta se mantiene y mejora con la edad.

2.3.3 La sexualidad y el funcionamiento reproductivo

Los cambios sufridos en esta etapa de la vida no son el significado de que las personas no puedan disfrutar de su sexualidad. Uno de los cambios más significativos en cuanto a la mujer es:

2.3.3.1 La menopausia.

La perspectiva tradicional de la menopausia la concebía como un momento de grandes cambios en la vida de la mujer a partir del cual no solo surgirían síntomas físicos, sino que se auguraban grandes cambios en la personalidad. La “época crítica”, la “edad peligrosa”, la “primera muerte” o “fin de la edad productiva” fueron algunas de las terminologías con las que se definía esta etapa, resaltando los significados negativos y el valor social que se le otorgaba. Incluso, desde esta perspectiva, resultarían esperables trastornos psicopatológicos tales como psicosis, demencias o incluso perversiones (Iacub, 2006).

La literatura feminista y gerontológica reciente ofrece una nueva perspectiva acerca del modo en que las mujeres interpretan su menopausia (Winterich, 2003). Sin dejar de tener en cuenta los síntomas habituales que se expresan a nivel biológico y psicológico, propios de los cambios hormonales producidos, que dan lugar a sofocos, irritabilidad, sudores nocturnos, dolor de cabeza, trastornos del sueño, parestesia, etc., se ha cuestionado la magnitud de los efectos y la extensión con que se planteaba anteriormente la temática. Es importante distinguir procesos normales de cambios en la involución ovárica de procesos patológicos que puedan acarrear mayores síntomas.

Gran parte de los postulados no habían sido fruto de investigaciones, sino de generalizaciones acerca de un pequeño grupo que consultaba (Neugarten, 2000). Asimismo, existen factores psicológicos que condicionan el modo en que una mujer vivencia su menopausia y factores idiosincrásicos que inciden en las representaciones que tiene para una mujer el ser madre o el ya no poder serlo.

Un estudio multicultural con mujeres israelíes pertenecientes a tres subculturas: inmigrantes europeas, inmigrantes del Medio Oriente y árabes musulmanas israelíes permitió evidenciar las diversas concepciones acerca de la menopausia. Los resultados mostraron que las de origen europeo al ser interrogadas sobre la

mediana edad no mencionaron la menopausia, a diferencia de los otros dos grupos culturales. Para estos últimos, los cambios menopáusicos eran más importantes y se relacionaban estrechamente con sus percepciones de los principales cambios que se producen con la edad (Davis, Lantzi y Cox, 1970).

La cantidad de mujeres que ve la menopausia como un fenómeno neutral o de transición biosocial positiva está aumentando. A diferencia de la preocupación de las mujeres de mediana edad por el cuidado de sus padres, parejas e hijos, la menopausia aparece como un hecho menor, ya sea insignificante o positivo (Winterich y Umberson, 1999).

Las gerontólogas feministas sugieren que la menopausia permitiría nuevas identidades y elecciones, y la entrada a una fase de la vida sin género o con posiciones de género menos estereotipadas (Iacub, 2006).

Dillaway (2005) relativiza la noción de límite que genera la menopausia, remarcando que las mujeres actuales viven más de la mitad de su vida sin ser reproductivas, lo que relativiza pensarlo como una experiencia del envejecer. Por otro lado, la generación actual de mujeres con menopausia tuvo acceso a las píldoras anticonceptivas y a otros avances en las tecnologías de anticoncepción que evitaban la maternidad biológica (Dillaway, 2005). Tales acontecimientos permiten que la mujer se pueda definir a sí misma por fuera del orden biológico reproductivo, por lo cual no debería pensar la menopausia como el fin de la fertilidad, ya que tampoco haría falta esperarla para ello.

Por último, existen tendencias, aún incipientes, que van descronologizando las etapas de reproducción a través de nuevas tecnologías que congelan los óvulos o de mujeres mayores que han podido recibir óvulos fecundados y embarazarse.

2.3.4 Influencia de los estados emocionales, la personalidad y el estrés.

Las emociones negativas como la ansiedad y la depresión generan una mala salud física y mental además de suprimir el Sistema Inmunológico aumentando la susceptibilidad a las enfermedades. Al contrario de una aptitud positiva la cual genera una buena salud.

El estrés intenso y prolongado al igual afecta el sistema inmune, provoca la disminución del sueño, aumenta el consumo del tabaco y alcohol. El manejo del estrés es importante debido a que hasta cierto punto este debe ser normal por las obligaciones del hogar o del trabajo, pero las personas deben ser realista y afrontar sus problemas.

El estrés ocupacional es una epidemia mundial directamente relacionado con el trabajo la presión y las obligaciones de este son la causa.

2.3.5 Desarrollo psicosocial: Cambios en la madurez y sus teorías.

Modelos de Etapas Normativas:

- Según Carl G. Jung (1967), la adultez intermedia se basa en la individualización y trascendencia, la individualización se refiere al surgimiento del verdadero yo a través del equilibrio o la integración de las partes de la personalidad.
- Según Erick Erickson (1982), consideraba que en la adultez intermedia las personas ingresan a la séptima etapa normativa de generatividad frente a

estancamiento, la generatividad se refería a la preocupación de establecer y orientar a la siguiente generación se puede expresar mediante la paternidad o ser abuelos, si las personas no encuentran la salida a la generatividad caen en un ensimismamiento por lo que se estanca.

2.4 Vejez.

Las definiciones de envejecimiento suelen apuntar a su biología, reduciendo y generalizando este campo a otros. A su vez, suelen tener un claro tinte ideológico en tanto plantean un esquema evolutivo-involutivo que lleva a concebir el envejecer como un proceso que se sintetiza en el deterioro progresivo. Por esta razón, nos inclinamos a destacar dos definiciones que describen de una manera general este proceso.

La primera parte de la biología y considera al envejecimiento como *“el resultado de una acumulación de cambios diversos que se producen en el organismo y en el funcionamiento del cuerpo humano”* (Ribera, 1995).

Este proceso supone que el sujeto, a lo largo de su vida, toma las características asociadas a la vejez. Estas resultan variables y se relacionan con la diversidad cultural, histórica, generacional y subjetiva. Razón por la cual los signos del proceso de envejecimiento, previos a la edad de comienzo de la vejez, podrán ser significados de maneras tan disímiles como las clasificaciones existentes sobre la vejez, incluyendo tanto el deterioro o la involución como la maduración y la sabiduría.

A su vez, es importante diferenciar los diversos procesos de envejecimiento biológico, psicológico o social que, aun produciéndose en un mismo individuo,

pueden tener formas diferenciales. Cada uno de estos procesos no es lineal y presenta rasgos diferenciales en cada persona.

Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: *modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto con su mundo y su propia historia. Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza; en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece* (Beauvoir, 1970, pág. 15).

Pero si la vejez, como destino biológico, es una realidad transhistórica, no es menos cierto que ese destino es vivido de manera variable según el contexto social (Beauvoir, 1970).

2.4.1 Los significados de un cuerpo envejecido.

En el siglo XIX emerge una preocupación biológica y médica por tratar de solucionar las enfermedades que presentan en la vejez, evitar los signos del envejecimiento y alargar el curso vital (Bourdelaís, 1993; Katz, 1996). Este enfoque produjo una reducción de interpretaciones acerca del fenómeno del envejecimiento a un hecho biológico, en el cual todo debía ser visto y constatable en el cuerpo. Las enfermedades propias de la vejez se vuelven el eje de la temática, concibiendo incluso un término específico para denominarlas: la senilidad. Por ello, el médico ruso y premio Nobel Elie Metchnikoff (1903) sugiere que se debería construir un saber (*logos*) sobre la vejez (*geron*) que dé lugar al vocablo “gerontología”. Así es como en 1909 el médico austríaco Ignaz Nascher crea la palabra “geriatría” como una rama de la medicina dedicada a atender las patologías “específicas” de la vejez.

2.4.2 *Los roles familiares.*

El rol en la familia puede replantear el rol social del sujeto. Una de las temáticas más divulgadas, coincidentes con esta etapa, es el “síndrome del nido vacío”, el cual describe la sensación de desamparo que padecen los padres ante la ida de sus hijos del hogar familiar.

La vivencia suele describirse como de tristeza frente a la pérdida, no solo de la cercanía de los hijos, sino de un rol social asociado a su identidad. La elaboración de esta pérdida dependerá del tipo de relación de objeto que se estableció, de las posiciones relativas al género, más o menos tradicionales, así como de los diversos roles (laborales o sociales) que se lleven a cabo.

Podemos observar que, en las mujeres con una cultura no tradicional con respecto a cierto estereotipo femenino, la liberación de ciertos roles permite una mayor capacidad de elección y un cierto aumento en la satisfacción vital (Neugarten, 2000).

Resulta importante destacar que aquellos que viven el “síndrome del nido vacío” pueden no manifestar afectos demasiado elocuentes relativos a la ida de los hijos, aunque existen otras esferas que pueden verse amenazadas, como la relación de pareja, el propósito vital, los significados del sí mismo, etc.

También es importante rescatar el trabajo de elaboración de los padres frente a sus hijos mayores, donde sus éxitos personales serán evaluados de una manera personal como el haber sido “buenos o malos padres”. De igual manera, la introducción de nuevos miembros familiares plantea celos, rivalidades y una sensación de pérdida de lugares afectivos y de poder frente a los hijos.

Actualmente, y de manera contemporánea con el “síndrome del nido vacío”, aparece la ida más tardía de los hijos, lo cual genera en los padres una sensación de cansancio por tener que ocuparse de estos en edades que se supone ya deberían

haber ido. El reclamo es que les brindaría más recursos para ocuparse de la pareja o de sí mismos. Hecho que nos muestra la variabilidad cultural y los efectos en la subjetividad de una época.

La abuelidad suele aparecer como uno de los logros de esta etapa vital, ya que se puede recuperar una posibilidad de vínculo afectivo intenso, renovar la relación con los hijos, reparar situaciones que no se pudieron compartir con estos, y sentir que la vivencia de finitud y de pérdidas físicas se compensa con la continuidad que brindan los más jóvenes. Aunque no siempre se producen estos resultados; también es posible hallar celos y envidia, tanto de lado de los padres como de los hijos, por perder un espacio sin sentir que los nietos representen una recuperación.

La prolongación de la vida también ha generado que muchas personas de mediana edad deban ocuparse de padres con altos niveles de dependencia. Lieberman (1978) señalaba que: *“no es ni el matrimonio, ni la paternidad, ni la abuelidad, ni el climaterio o el abandono de la casa paterna por los hijos, sino el cuidado de los propios padres lo que trae el mayor problema en el área de la vida familiar y que constituye la mayor fuente de estrés”*.

Erikson (2000), señalaba que el desafío de la mediana edad se producía entre la generatividad y el estancamiento, considerando que en esta etapa de la vida se pone en juego el servicio a las otras generaciones, principalmente a través de la crianza de los hijos, aunque también podría darse a través de otros vínculos de cuidado y preocupación. Este autor consideraba que la generatividad era una energía sexual que se sublimaba y ese desvío energético se dirigía hacia la productividad y a la creatividad al servicio de las generaciones. El estancamiento aparece como la antítesis de este modelo pensado como auto absorción: *“que se manifiesta a través de una necesidad obsesiva de pseudo intimidad, o de un tipo compulsivo de preocupación por la autoimagen y en ambos casos con un sentimiento generalizado de estancamiento”* (Erikson, 2000, pág. 73). Es importante aclarar que estas posiciones son dinámicas y que el sujeto puede pasar de una a otra.

2.4.3 Dolor psíquico en el envejecimiento.

2.4.3.1 Situaciones vitales asociadas al dolor psíquico.

Antes de adentrarnos en las cuestiones más específicas sobre el dolor psíquico, quisiéramos señalar una serie de reacciones emocionales frecuentes que darán lugar a la idea de crisis emocional. Entendiendo por crisis un cambio de posición subjetiva que acarrea cierto trabajo psíquico para su resolución y el cual puede relacionarse con el malestar psíquico o dar lugar a una patología psicológica.

Butler (1998) propone algunas de estas situaciones vitales:

- *La viudez*: Como uno de los mayores temas psicológicos, ya que representa una serie de cambios que involucran lo afectivo, el sentirse apoyado y cuidado, la seguridad económica, etc.
- *Los cambios en la pareja*: En parte relacionados con la ida de los hijos o la jubilación, que implican cambios en las formas de convivencia.
- *Los cambios a nivel sexual*: Debidos a cambios en la capacidad sexual, nuevas maneras de relación entre los partenaires, o la no percepción de si, o del otro como alguien erótico.
- *La jubilación*: Implica no solo un cambio de rol sino en la propia identidad de un individuo.
- *Los cambios económicos*: Que producen una cierta sensación de dependencia.
- *Las pérdidas a nivel de los sentidos y capacidades*: Como el oído, la vista o las capacidades cognitivas, que pueden provocar aislamiento social e inseguridad personal.

- *Las enfermedades y discapacidades:* Sin que la vejez se caracterice por la enfermedad o la discapacidad, existen más probabilidades de que puedan ocurrir, sumado a los mitos que tienden a exagerar ciertos cambios dándoles mayor gravedad de la que tienen.

- *El temor frente a la hospitalización o la institucionalización:* Implica abandonar ámbitos que promueven seguridad, como la casa, cambios en la red social y fundamentalmente la pérdida del control personal o autonomía.

- *La preocupación y ansiedad frente al cambio de imagen o de la capacidad física:* Ambos ponen en juego el reconocimiento del otro hacia uno mismo y los recursos de afrontamiento.

- *El miedo a la muerte:* Particularmente en la mediana edad y posteriormente el temor ante el momento y el modo en que se produzca la muerte.

2.4.3.2 Los duelos.

El proceso de duelo que nos acompaña a lo largo de la vida, aunque con el envejecimiento, ciertas pérdidas pueden resultar más frecuentes. Entre las pérdidas consideradas hallamos la de los seres queridos, roles, espacios, ideales, capacidades, recursos que nos daban una cierta imagen, afecto, valor, apoyo, es decir aquellos vínculos que constituían parte de la identidad. Por esto, el duelo implica que la persona deba rever una serie de supuestos que ordenaban su mundo, la representación de sí mismo y del modo de interactuar con la realidad.

El duelo es el acto de reafirmar o construir un mundo personal de significado que ha sido desafiado por la pérdida. Las pérdidas más complejas pueden haber

invalidado la estructura de suposiciones o creencias que orientan la vida, al arrancar al duelo de las teorías e identidades construidas. Este cambio puede dar lugar a narrativas traumáticas, caracterizadas por ser incoherentes, fragmentadas, desorganizadas y disociadas con respecto al conjunto de los relatos que hacen a la biografía personal.

Esta narrativa traumática lleva a que el sujeto pierda control y manejo sobre su propia vida. Una serie de referencias a la pérdida de dicha coherencia narrativa se evidencian en “no sé cómo llegué hasta aquí”, “parece que fuera una pesadilla”, “no entiendo que me pasa”. Es allí donde el sujeto o autor debe realizar cambios que vuelvan comprensible lo sucedido y que vuelva predecible el futuro. Las narrativas contienen indicaciones concretas y útiles respecto a la visión que se puede asumir sobre el proceso de duelo y los modos en que pueden ser facilitados.

Los sentimientos tienen sus funciones y deben ser entendidos como señales de nuestros esfuerzos por dar significado. Kelly (1995) define las “emociones transicionales” como la función que cumple cada sentimiento y el modo en que se integra a un proceso de reconstrucción de significados. Por ejemplo la negación puede ser concebida como un intento de posponer un acontecimiento que resulta imposible de asimilar; la depresión como un intento de limitar la atención, volviendo el contexto más manejable; la hostilidad como el intento de forzar a los acontecimientos a adaptarse a nuestro modo de comprender las cosas; la ansiedad como la percepción de la pérdida pero sin poder terminar de captar lo desestabilizadora que resulta la situación.

Todos construimos y reconstruimos nuestra identidad como supervivientes de la pérdida en negociación con los demás. Solemos pensar el duelo en el sujeto, sin tener en cuenta el marco o contexto en el que sucede dicha pérdida, la familia o la comunidad. La pérdida en la familia implica que su expresión suele estar regulada por normas tácitas de interacción, roles, jerarquías de poder y apoyo, etc. Incluso el recordar al fallecido se maneja según convenciones particulares familiares y extra

familiares. Asimismo en la comunidad la pérdida es codificada según valores y expresiones peculiares que inciden en el propio sujeto (Kelly, 1955).

Los factores sociales más relevantes que inciden en el estrés de los adultos mayores, se encuentran en las críticas y los conflictos interpersonales, producidos por las malas relaciones familiares, como por ejemplo con esposos, compañeros, y con la familia, los cuales se vinculan con procesos depresivos (Finch, Okun, Pool, Ruehlman 1999).

2.4.3.3 La depresión en la vejez.

Es el diagnóstico más frecuente en las personas de la tercera edad y constituye un problema serio que entraña el sufrimiento y el aislamiento social, una tasa elevada de suicidio y un aumento de la morbilidad y la mortalidad. (Hotin y Carrier, 1997).

Esta patología está subdiagnosticada, se le trata poco, y muchas veces de maneras no adecuadas. Las formas atípicas, enmascaradas, caracterizadas por quejas somáticas o por su coexistencia con síndromes orgánicos complican su diagnóstico.

Resulta importante señalar que uno de los prejuicios más habituales consiste en calificar a todo adulto mayor depresivo, probablemente por las representaciones sociales actuales de la vejez, ya que se considera depresógena la idea misma de envejecer.

Los adultos mayores parecen tener tasas más bajas de todo tipo de psicopatología que los demás grupos de edad. Esto fue denominado "*patetismo*" que indica reacciones emocionales más diferenciadas, así como una mejor regulación de las emociones que lleva a que los episodios de tristeza duren menos tiempo y que

tengan menor tendencia a que se desarrolle una depresión. Esta perspectiva coincide con la investigación que muestra que con el paso de los años disminuyen las depresiones pero aumentan los síntomas depresivos (Salvarezza, 2002), lo cual estaría dando cuenta de este modo de regulación mental.

Los efectos que tienen las depresiones en las personas mayores también pueden resultar diferenciales. Existe evidencia acerca de los efectos adversos de los síntomas depresivos sobre el sistema autoinmune (Fortes, et.al., 2003).

La depresión en la vejez puede producir deterioros sobre las capacidades cognitivas, que remitirán una vez que la patología de base se cure. Uno de los cuadros que representa esta situación es la Pseudodemencia u otros trastornos funcionales; dicho proceso genera que el primer diagnóstico diferencial de la demencia se realice con la depresión. Debido a las creencias viejistas ciertos síntomas depresivos son confundidos con “cambios debidos a la edad” o con síntomas físicos; incluso la depresión puede ser tomada como una consecuencia normal del envejecimiento (Cartensen, 2003)

2.4.3.4 La ansiedad en la vejez.

Krassoievitch (1993) dice que cuando el envejecimiento promueve altos niveles de incertidumbre, existe un riesgo potencial aumentar la ansiedad. Ciertos factores contribuyen a dicha emergencia:

1. La personalidad ansiosa: Es un factor favorable a las descompensaciones, especialmente en las situaciones de estrés. Así también aquellas dominadas por trazos obsesivos, histéricos o fóbicos. La historia individual, la experiencia acumulada, los modos de reacción anterior juegan un rol considerable.
2. La afectividad: El estado del humor determina el grado de resistencia a la fragilidad psicológica. Por ejemplo la depresión, por los fuertes sentimientos de culpa que produce, genera altos niveles de ansiedad.
3. El funcionamiento intelectual: Las limitaciones intelectuales son factores que predisponen a la ansiedad, por la vulnerabilidad que produce la restricción de recursos para comprender situaciones nuevas. Lo cual aparece de un modo muy claro cuando existen déficits cognitivos debido a importantes restricciones a nivel de la memoria.
4. La vida de relación: La vejez puede acarrear un aislamiento progresivo por la pérdida de la pareja y de amigos. Estas carencias afectivas pueden resultar ansiógenas debido a la falta de recursos seguros con los que se encuentra un sujeto.

5. La percepción del cuerpo: Las pérdidas de eficacia y de control del propio cuerpo pueden producir una pérdida de seguridad y una serie de limitaciones en las actividades que pueden llevar a incrementar los montos de ansiedad frente a la carencia de recursos.
6. La enfermedad física: Encontrarse enfermo, discapacitado o accidentado produce un sentimiento de vulnerabilidad y angustia. También es importante destacar que la ansiedad puede ser un síntoma de numerosas enfermedades físicas (cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neurológicas y por ende la necesidad de tomar una variedad de medicamentos, para dichas enfermedades).
7. La vida social: El corte con la vida social, la perspectiva de incapacitarse, las miradas prejuiciosas sobre la vejez llevan a que la imagen de si se ponga en duda y se vea de un modo negativo. Particularmente la entrada en una institución geriátrica u otros hechos que arrebatan el sentido del control personal pueden ser altamente ansiógenos.

Krassoievitch, (1993) describió la “ansiedad por vaciamiento”, en la que el adulto mayor percibe la amenaza de una aniquilación total, porque siente que su “yo” interno se vacía gradualmente en tanto que van desapareciendo los objetos externos y se pierde la capacidad operativa para resolver este estado.

2.4.3.3.5 Ansiedad predominante primaria y secundaria.

Ansiedad primaria. Distinguiremos según el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) aquellas patologías en donde la edad avanzada tenga incidencia.

Los problemas ansiosos fóbicos son más frecuentes entre las mujeres y su prevalencia disminuye después de los 75 años. En la mayoría de los casos las fobias específicas aparecen en la adultez temprana, pero un tercio aparecen por primera vez después de los 60 años. Este es el caso de la agorafobia, el cual a menudo es consecuencia de acontecimientos o experiencias vitales tales como una enfermedad, un accidente o un hecho de violencia. Ella también se explica por una situación crónica de discapacidad o deficiencia. El miedo al mundo exterior y al alejamiento del domicilio van a la par, por lo que se busca conservar la seguridad protectora que experimentan en su hogar.

En el cuadro de otros problemas ansiosos, el pánico es raro después de los 60 años y le afecta a personas que ya lo han sufrido de jóvenes. La ansiedad generalizada es probablemente con la agorafobia, la más frecuente de las tablas clínicas de este grupo.

El trastorno obsesivo compulsivo comienza raramente después de los 50 años, lo cual no significa que esté ausente en este grupo etario. Generalmente encuentran un equilibrio con el tiempo, aunque frente a un cambio importante puede detonar un fuerte acceso de ansiedad.

La ansiedad puede interferir con el funcionamiento de la memoria. La inquietud frente al olvido de una palabra puede generar que la persona deje de buscarla. Así también puede estar en el origen de un funcionamiento amnésico perturbado, por la falta de atención y disminución de la concentración.

Ansiedad secundaria. La ansiedad puede ser el resultado de múltiples cuadros entre los que se destacan los comienzos de las demencias, frente a la toma de conciencia de la aparición de problemas.

En el delirium, por ejemplo, la ansiedad es uno de sus síntomas y está ligada a una percepción caótica de la realidad.

2.5 La Hipocondría (CIE-10)

El problema hipocondríaco que se observa tanto en el hombre como en la mujer sobreviene generalmente después de los 50 años. El enfermo está convencido que está afectado, o tiene posibilidades de estarlo, de una o varias enfermedades. Expresa quejas múltiples, repetidas, a menudo alimentadas por sensaciones o signos físicos normales o anodinos. La ansiedad y la depresión pueden acompañar este cuadro.

En los reportes del entorno el paciente se muestra dependiente y tiránico, sus innumerables quejas son acompañadas de actitudes defensivas hacia los próximos como la indiferencia, la agresividad o el abandono.

La queja hipocondríaca no excluye que haya enfermedades reales, particularmente en personas mayores donde puede haber una pluripatología.

Muchos estiman a la hipocondría como un síntoma de la depresión por la atención exagerada al cuerpo y su funcionamiento, así como la detección de trastornos en la esfera somática. Sin embargo como veremos existen otras posibles causas, lo que nos lleva a presentarlo separado hasta que haya evidencias más ciertas de su origen.

También es válido considerar que socialmente pareciera haber un aliento a la queja por la vía somática de las personas mayores. Por un lado por la fuerte biomedicalización de la vejez y por el otro porque el trato afectivo con los mayores suele estar referido a sus enfermedades, convirtiéndose estas en un código por el cual se establecen intercambios con los otros.

Según Krassoievitch (1993) la hipocondría tiene una alta función adaptativa: ya que le permite desplazar a la ansiedad hacia una enfermedad imaginaria que pareciera darle un papel más aceptable socialmente; por otro lado permitiría una expiación de sentimientos de culpa por el malestar que siente con su entorno, y por último implicaría un goce autoerótico por los cuidados corporales que se brinda.

CAPITULO III ANSIEDAD

3. CONCEPTO DE ANSIEDAD.

Los conceptos dentro de psicología se caracterizan muchas veces por ser subjetivos, por lo que ha resultado común encontrar diferentes formas de nombrar un fenómeno y definirlo. Para el fenómeno de la ansiedad no ha sido la excepción, como menciona Marks (1987), no hay escasez de expresión para el miedo y emociones similares, por el contrario; las diferentes expresiones designan sutilezas de intensidad, duración, sorpresa, dolor, temblor y ambigüedad del peligro, así como cualquier relación con pérdidas pasadas, presentes y futuras. Sin duda se podrían añadir muchos más términos a la lista como ahora se señalaran: preocupación, nerviosismo, aprensión, trepidación, alarma, agitación, terror, angustia, pánico, etc., sin embargo la mayor confusión se ha generado entre el término ansiedad y angustia.

En gran parte de la literatura psicológica y psiquiátrica, estos dos términos aparecen como términos sinónimos; incluso en algunas lenguas, como el alemán, existen un solo vocablo que agrupa indistintamente a las dos: Angst; en cambio, en francés hay dos conceptos: angoisse y anxieté. Lo mismo ocurre en la lengua inglesa: Anguish y Anxiety. En español existen también dos expresiones: angustia y ansiedad, sin embargo, con gran frecuencia los profesionales en esta área, explican indistintamente una de la otra (Ramales, 1996).

Debido a lo anterior se ha generado una serie de problemas tanto a nivel metodológico como de tratamiento, por lo que, necesitamos aclarar que para fines

de este trabajo, prescindiremos de las sutiles diferencias y nos referiremos a la angustia y ansiedad de manera indistinta.

Las confusiones para con el problema de la ansiedad no han surgido de la nada; es precisamente el reflejo de las diferentes vertientes de estudio que se han originado desde diversas teorías o áreas científicas. La ansiedad es un problema complejo y para entender que es, como funciona y afecta al ser humano, así como sus alternativas de tratamiento se hace necesario abordar, aunque de manera breve algunos de los enfoques teóricos, aclarando que este estudio se adhiere a la teoría cognitiva de la ansiedad.

3.1 Teoría conductista de la ansiedad.

Si uno examinara la lista de emociones que se experimentan alguna vez como lo son: el amor, odio, angustia, alegría, vergüenza, etc., resulta difícil encontrar algún denominador común a todas ellas, recientemente han comenzado a aparecer las líneas básicas de una teoría general de las emociones. Tal teoría sostiene que el elemento común a todas las emociones radica en que todas ellas representan algún tipo de reacción frente a factores de refuerzo o alguna otra señal premonitoria. Los factores de refuerzo se resumen en premios y castigos, por lo tanto, la cualidad específica de una emoción particular viene determinada por dos factores de acuerdo a Gray (1971):

- 1) El tipo particular de refuerzo involucrado,
- 2) El conocimiento previo personal acerca de estos refuerzos.

Desde este punto de vista, la ansiedad es un tipo de reacción emocional frente al castigo; pudiendo definirse al castigo como un estímulo que la mayoría de los miembros procuran rehuir, terminar o evitar. Esto por lo que respecta a las condiciones que determinan la ansiedad. En cuanto al comportamiento subsiguiente y en términos generales, podemos decir en el caso de un animal atemorizado por la presencia o amenaza del castigo intentara escapar, atacar o bien permanecerá absolutamente quieto y silencioso; alternativamente, puede aprender algo totalmente nuevo con objeto de dar fin a la situación o mantenerse alejado en el futuro de situaciones peligrosas similares. El más interesante de los animales, lo es el hombre, se comporta generalmente así (Gray, 1971).

El punto de vista conductista aborda el fenómeno de la ansiedad con base en el condicionamiento clásico ya que postula que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos. Vallejo y Gasto (1990) citan, que la formulación de Watson y Rayner respecto al condicionamiento clásico, identifica la ansiedad con respuestas condicionadas provocadas por estímulos condicionados que en el pasado estuvieron temporo-espacialmente asociados con hechos o estímulos traumáticos incondicionados.

3.2 Teoría psicodinámica.

La personalidad total, según la concebía Freud, está integrada por tres sistemas principales: el “ello”, el “yo” y el “súper yo”; en la persona mentalmente sana esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica, al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente, la finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre, a la inversa, cuando los tres sistemas

de la personalidad están en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada, es decir se encuentra insatisfecha consigo misma y con el mundo y su eficiencia se reduce (Calvin, 1996).

Así se describe de manera general el funcionamiento de la personalidad, en la teoría psicoanalítica la angustia es uno de los conceptos más importantes debido al papel que desempeña en la dinámica del funcionamiento de la personalidad, sobre todo en la teoría freudiana de la neurosis y psicosis, pero también en el funcionamiento de la personalidad normal.

Angustia es sinónimo de miedo, Freud prefirió el término angustia al de miedo porque por lo general se piensa que el miedo se refiere a algo del mundo externo. Freud reconoció que cabe tener miedo a peligros tanto externos como internos. Distinguió tres tipos de angustia: Angustia real, neurótica y moral (Calvin, 1996).

La diferencia entre estos tipos de angustia es únicamente respecto de sus fuentes. En la angustia real el origen del peligro se encuentra en el mundo externo; la angustia neurótica es provocada por la percepción de un peligro que proviene de los instintos, es el miedo a las acciones impulsivas, en este tipo de angustia se encuentra un miedo intenso e irracional, llamado fobia, en el cual la intensidad del miedo no es proporcional a la peligrosidad real del objeto temido. Dentro de la angustia neurótica se encuentran las reacciones de pánico, las cuales se manifiestan repentina y aparentemente sin ser provocadas. La finalidad de estas reacciones es liberar a la persona de una angustia neurótica excesivamente penosa, haciendo lo que el "ello" exige, a pesar de las prohibiciones del "yo" y del "súper yo". Por último en la angustia moral la fuente de la amenaza es la conciencia del sistema *superyoico* y se experimenta sentimientos como lo son: la culpa o vergüenza en el "yo", proviene de la conciencia moral internalizada por la autoridad de los padres al transgredir el ideal del yo inculcado en la personalidad.

La función de la angustia es actuar como una señal de peligro para el "yo", de modo que cuando la señal aparece en la conciencia el "yo" pueda tomar medidas para

enfrentar el peligro, por lo que la angustia se acumula y abrumba a la persona, (Calvin, 1996).

Karen Horney reconoce la diferencia entre miedo y angustia, plantea que se usan como sinónimos, pues ambas son reacciones físicas como temblor, sudor, palpitaciones cardiacas, etc., pero existen diferencias, “el miedo sería una reacción proporcionada al peligro que se debe encarar, mientras la angustia es una reacción desproporcionada al peligro, o inclusive una reacción ante riesgos imaginarios” (Horney 1968). Habla también de la falla de que adolece la anterior definición ya que para decidir si la reacción es proporcionada es menester ajustarse a la noción media de peligro que rige en una cultura particular.

Sin embargo, la persona no hallaría la menor dificultad para dar a sus actos un fundamento racional, es decir de como la vive, por lo que agrega “La angustia es proporcional al significado que la situación tenga para la persona afectada, aunque ella ignore esencialmente las razones de su ansiedad” (Horney, 1968). Dice también que nuestra cultura nos brinda cuatro vías principales para escapar a la angustia, estas son: racionalizarla, negarla, narcotizarla o evitando cualquier idea o situación que pudiera despertarla.

En general, Karen Horney (1968), explica la angustia recurriendo a la teoría de Freud aunque con diferencias ya que Freud plantea que los impulsos de las más diversas especies constituyen la fuente principal de la mayoría de las neurosis (o de las angustias) y no de los impulsos sexuales en sí. Concordando enteramente con Freud, en que todo impulso cuya expresión acarrearía un peligro exterior puede producir angustia. Es evidente que los impulsos sexuales caen dentro de esta categoría, pero solo en la medida en que haya estrictos tabúes individuales y sociales que los tornen peligrosos.

Desde tal punto de vista; la probabilidad de que los impulsos sexuales promuevan angustia, depende en buena parte de la actitud cultural reinante respecto de la sexualidad; claramente sin concebir que la sexualidad pueda ser por sí sola, una

fuente específica de angustia, mientras aceptamos, por el contrario, los impulsos hostiles reprimidos son efectivamente motivo de ansiedad” (Horney, 1968).

Otro motivo de disparidad con Freud es acerca de que para este último la angustia solo podría ser engendrada en la infancia, desde la pretendida angustia del nacimiento hasta la angustia de castración, en tanto que toda ansiedad ulterior obedecería a reacciones que continúan siendo infantiles “y es cierto que en algunos raros casos una reacción infantil de ansiedad puede emerger de nuevo, sin modificación alguna, en periodos ulteriores de la vida. Más lo que sucede de ordinario no es, en suma una repetición sino una evolución (Horney, 1968).

3.3 Modelo fisiológico.

Desde este punto de vista, el estado ansioso implica una activación a nivel del sistema nervioso central de los mecanismos de control corticales y subcorticales a nivel periférico, un incremento en la actividad del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino constituido por el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal.

No pocas reacciones fisiológicas vinculadas a la angustia ocurren en el sistema nervioso autónomo. Este sistema regula el medio interno, que incluye procesos de digestión, evacuación, presión sanguínea, etc., este sistema se divide en simpático y parasimpático. El hipotálamo se ocupa de activar e integrar los subsistemas autónomos, la parte posterior del hipotálamo se ocupa básicamente de activar el sistema simpático mientras que su parte interior activa el parasimpático (Rosenzweig, 1996).

Las divisiones simpáticas y parasimpáticas actúan en sentidos opuestos para muchas funciones corporales, dando como resultado un control muy exacto: por

ejemplo, la tasa de latidos aumenta durante el ejercicio por la actividad de los nervios simpáticos y esta misma tasa es enlentecida por el nervio vago (parte del sistema parasimpático) durante el descanso (Rosenzweig, 1996). Esta parte resulta muy importante, debido que, cuando una persona sufre ansiedad estos mecanismos se ponen en funcionamiento y juegan un papel muy importante en la dinámica y comprensión de la respuesta de ansiedad ya que este sistema permite el enfrentamiento con situaciones de fuga o lucha.

El significado biológico de la mayoría de reacciones simpáticas está suficientemente claro; aunque el ritmo de las pulsaciones, las vísceras (estómago, intestinos y colon) se vacían de sangre y la piel se tensa para que aquella pueda abastecer al corazón a los músculos y al cerebro en mayor cantidad.

La combinación del aumento del output cardiaco, unido a la constricción de los vasos sanguíneos viscerales y epidérmicos, se traduce en un aumento de la presión sanguínea, quedan inhibidas la salivación en la boca, las contracciones musculares en el estómago y los intestinos y las secreciones gástricas.

Se dilatan los bronquios pulmonares para dar paso a una mayor cantidad de oxígeno, exigida por el aumento del ritmo del metabolismo; se dilatan las pupilas a fin de incrementar la sensibilidad visual y sudan las palmas de las manos y de los pies; la glándula medular adrenal se ve estimulada para secretar epinefrina y norepinefrina en el flujo sanguíneo; la epinefrina tiende a favorecer muchas de las reacciones simpáticas provocadas directamente por los nervios simpáticos la norepinefrina produce vasoconstricción sanguínea en la piel y en las vísceras.

El sistema parasimpático conserva más que entender las funciones del cuerpo; resultan de él una disminución en el ritmo de las pulsaciones y una dilatación de los vasos sanguíneos de la piel y de las vísceras, la consiguiente caída de la presión sanguínea tiende a disminuir el consumo de combustible por todo el cuerpo.

El estímulo parasimpático promueve los procesos digestivos, incrementa la actividad muscular y la dilatación de los vasos sanguíneos del estómago y del

aparato intestinal y aumenta la secreción de jugos gástricos en el estómago; también favorece los procesos evacuadores y contrae las pupilas para reducir las estimulaciones exteriores (Martin, 1974).

Entonces durante los estados de ansiedad, se da un aumento de la actividad autónoma simpática, como la frecuencia cardiaca, volumen sanguíneo, frecuencia respiratoria, dilatación bronquial, pupilar, etc., esto en segundos.

La ansiedad también puede ser clasificada en endógena y exógena; en la ansiedad endógena los síntomas ofrecen un carácter súbito, sin relación aparente con las situaciones ambientales, se asocian frecuentemente con fobias y espontáneamente tiende a incrementar la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

Es considerada como trastorno de base metabólica, determinado genéticamente y generalmente requiere tratamiento psicológico y en su evolución no se registran ataques de angustia, es menos común el desarrollo de la conducta fóbica y su curso es influido por circunstancias ambientales (Vallejo y Gasto, 1990).

En cuanto a la ansiedad exógena, se refiere a que hay objetos o situaciones que se encuentran en el exterior y son el motivo del desarrollo del estado ansioso.

3.4 Clasificación psiquiátrica de la ansiedad.

En la psiquiatría podemos encontrar una clasificación muy completa de la ansiedad, dicha clasificación se basa principalmente en las causas del padecimiento así como a los síntomas que se presentan en los diferentes cuadros ansiosos; a continuación se hace una breve revisión de esa clasificación recordando que el objetivo no es ser exhaustivos sino dar un panorama de como se ha estudiado la ansiedad desde las

diferentes áreas de estudios, de acuerdo al DSM IV tenemos la siguiente clasificación:

- La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.
- La *agorafobia* se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- El *trastorno de angustia sin agorafobia* se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El *trastorno de angustia con agorafobia*, se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- La *agorafobia sin historia de trastorno de angustia*, se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperada.
- La *fobia específica*, se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones y objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamiento de evitación.
- La *fobia social*, se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a ciertas situaciones sociales o actuación en público o del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

- El *trastorno obsesivo-compulsivo*, se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad medida se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o toxico.
- El trastorno no especificado es una clasificación que se emplea cuando se encuentra ante un trastorno de ansiedad o evitación fóbica, que no reúnen los criterios de diagnóstico de los cuadros anteriormente mencionados.

3.5 Teoría cognitiva de la ansiedad.

Actualmente ya se ha establecido la importancia del papel que desempeñan los aspectos cognitivos en la etiopatogenia de los estados de ansiedad. Esta teoría se basa en procesos cognitivos para explicar la conducta del individuo incluyendo a las respuestas emocionales, en este caso, en la ansiedad.

El cognitivismo se desarrolló precisamente a partir del conductismo. El hombre ya no es como pasivo receptáculo de las influencias ambientales sino como activo constructor de los significados que constituyen su mundo. El hombre no viene

determinado por su ambiente, sino por su modo de inventar el mundo a través de hipótesis y comprobaciones (Sassaroli y Lorenzini 1998).

Al concebirse el hombre como “constructor de los significados” se hace referencia a las interpretaciones que se dan a eventos u objetos en función de la propia vivencia aquí intervienen los diferentes niveles de peligro con que son percibidos los eventos y que finalmente estos niveles determinarían en parte el desarrollo de la ansiedad.

Como expresa Sassaroli y Lorenzini (1998), la detención se traslada de las experiencias realmente vividas a los contenidos mentales, es decir, a los significados atribuidos a dichas experiencias y el análisis se centra a las representaciones internas, las valoraciones, las narraciones con las que el sujeto se cuenta sus vivencias.

Cuando los autores anteriores hablan de “los significados atribuidos” se habla de la valoración de la interpretación que el sujeto hace esto también lo resalta Sandín y Chorot, cuando hablan del componente cognitivo (también llamado subjetivo por los autores) de la ansiedad.

“Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad” Sandí y Chorot (1995).

Lazarus y Averill (1972) definieron la ansiedad como: una emoción basada en la valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos. Aquí nuevamente se hace referencia a la valoración subyacente mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional.

Respecto a los postulados de Beck, Vallejo y Gastó (1990), estos autores ponen en relieve la importancia de la interacción entre los factores cognitivos y la ansiedad en el desarrollo de síntomas psicofisiológicos (psicosomáticos). Concede gran

importancia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos a la continua interacción, con la creación subsiguiente de círculos viciosos, entre la cognición, la ansiedad y los síntomas físicos, sin olvidar el papel que la predisposición pueda desempeñar en la aparición del trastorno.

La ansiedad o más específicamente el estado de ansiedad (A-state), es una reacción emocional compleja que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes; la intensidad y duración de tal estado estarán determinados por la cantidad de amenaza y la persistencia de interpretación cognitiva de la situación como peligrosa, Spilberg en Beck, Vallejo y Gastó (1990), estos últimos autores agregan a manera de resumen la teoría de la ansiedad rasgo estado de la siguiente forma:

1. En situaciones en que el sujeto interpreta como amenazantes se produce un estado de angustia. A través de los mecanismos de retroacción sensoriales y cognitivos, esta situación se vivencia como desagradables.
2. La intensidad de la reacción será proporcional a la cantidad de temor que la situación crea en el sujeto.
3. La duración de tal reacción de ansiedad dependerá de la persistencia del sujeto en interpretar tal situación como amenazante.
4. Los sujetos con alta tendencia a la ansiedad como rasgo percibirán las mismas situaciones como más amenazantes que los que tienen bajo nivel de ansiedad basal.
5. Incrementos en el estado ansioso tienen propiedades de estímulos e impulsos que pueden ser expresados directamente en conductas o servir para iniciar defensas psicológicas que reduzcan el gradiente de angustia.
6. Situaciones estresantes pueden desarrollar respuestas específicas o mecanismos de defensa cuya misión es reducir la ansiedad.

Como se puede notar dentro del enfoque cognitivo se torna importante y fundamental la forma en que el individuo interpreta (conoce) su medio y más

particularmente un evento que puede desencadenar un estado de ansiedad. Por lo anterior, en este enfoque la perspectiva terapéutica incorpora una serie de procedimientos cognitivos, que tiene por objetivo identificar y corregir las distorsiones del pensamiento, así como ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información del paciente.

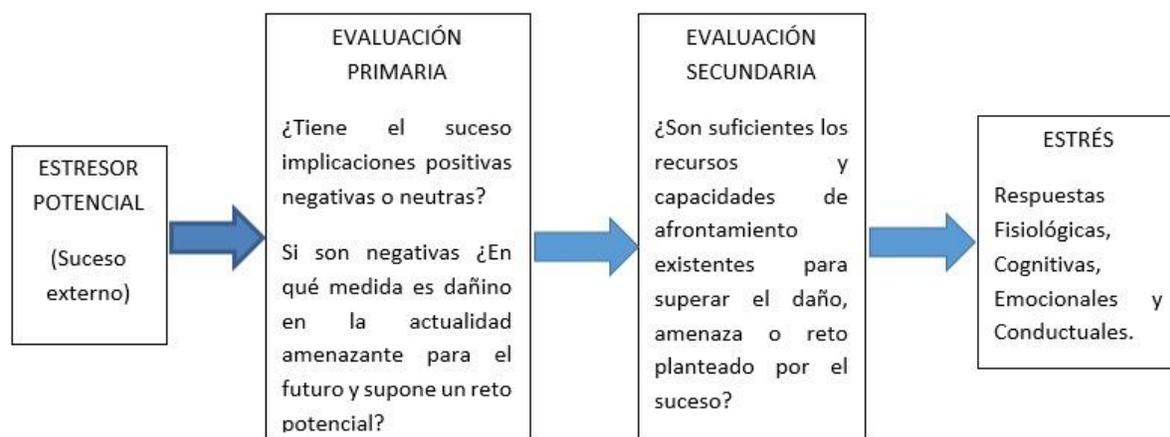
Lo verdaderamente importante es entender cuál es el centro de interés e intervención cognoscitiva: el mundo de significados a través de los cuales cada persona construye su relación con la realidad, el sentido subjetivo que atribuye a los acontecimientos. Este universo de significados puede ser indagado, conocido, discutido y por lo tanto modificado, Vallejo y Gastó (1990).

3.6 Estilos de afrontamiento ante la ansiedad.

A lo largo de la vida los seres humanos habrán de enfrentarse a diversos sucesos unos más sencillos, otros más complicados y por lo tanto más estresantes. Son tan diversos dichos eventos que pueden resultar infinitos, sin embargo existen algunos que más probablemente serán vividos por las personas a lo largo de su vida, así algún día la mayoría de las personas habrán de acudir por primera vez a la escuela, a su primer trabajo, ocurrirán separaciones, accidentes, enfermedades, etc., ante estos hechos la gente presenta reacciones diversas por ejemplo; la muerte de un familiar supondría un fuerte golpe emocional que ocasionaría, una crisis, incluso se han registrado desde ideación hasta intentos de suicidio y es cierto muy probablemente ocurre pero no en todos los casos ya que hay personas que presentan una rápida asimilación y manejo del evento y continúan con su vida normal. Entonces se ha encontrado que existen grandes diferencias en como las personas afrontan un mismo suceso.

De aquí que se haya generado interés por investigar estas cuestiones desde una perspectiva psicológica, según la cual un suceso es estresante en el momento en el que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales fueren las características físicas objetivas del evento.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), ante la aparición de un suceso determinado el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo. En primer lugar se da una valoración primaria en la cual se va a analizar si el suceso es positivo o no y también se valoran las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. Posteriormente se produce una valoración secundaria, aquí se analizan las capacidades con las que se cuentan para afrontar el evento y será lo que con más probabilidad suscite reacciones de estrés. (Cuadro 1)



Cuadro 1
Tomado de Vázquez et. Al. (2000)

Por lo tanto, los modelos actuales, conciben la propia respuesta de estrés no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universales e inequívocamente definibles, sino como el resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables (Vázquez, et. al. 2000).

3.6.1 *Concepto de afrontamiento*

Se ha generado, conocimiento acerca de las estrategias de afrontamiento (coping, en inglés), por lo que hay diferentes autores que han conceptualizado el afrontamiento. Su objetivo, es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991).

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» C. Vázquez Valverde, Crespo López y Ring (2000). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986).

Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante. Por ejemplo, quedarse en la cama cuando uno se siente deprimido es un tipo de estrategia de afrontamiento, del mismo modo que lo puede ser una estrategia más activa (p. ej., ir a la consulta médica). Aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre es consciente, la investigación empírica se ha centrado básicamente en aquellas que los individuos pueden conscientemente reconocer.

3.6.1.1 Estrategias de afrontamiento.

Como ya se mencionó anteriormente, en el planteamiento de Lazarus se evita que se confundan las funciones del afrontamiento con los *resultados*. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia y el resultado se refiere al efecto que cada estrategia tiene. Cabe decir que una estrategia puede servir a una función determinada, por ejemplo el autocontrol, pero fracasa en su intento de auto controlar. Para comprender las funciones en: afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

“La teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en la emoción es cambiar el modo en que se trata (por ejemplo, vigilancia, evitación) o interpreta (por ejemplo navegación, reevaluación), lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés” (Sandín, 1995, p. 24).

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce; por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987).

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento (*Ways of Coping, WOC*) de Folkman y Lazarus (1986), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes. Las

dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas:

1. Confrontación: Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. Autocontrol: Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape- evitación: Empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias de como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social: Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.)

3.6.1.2 Factores que modulan el afrontamiento.

Durante el proceso y resultado final del afrontamiento pueden presentarse variables que lo potenciaran o por el contrario van a interferir dificultándolo.

Tanto los factores internos (estilos, habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular de forma

favorable o desfavorable, el impacto de un estresor C. Vázquez Valverde, Crespo López y Ring (2000).

Al respecto Lazarus escribe “Decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son realmente útiles (por ejemplo, dinero, juguetes, personas a las cuales recurrir, conocimientos importantes) como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles” (Lazarus y Folkman 1986, p. 181).

Son tan variados los elementos de nuestra vida diaria, que las estrategias que tenemos que desarrollar son diferentes de un evento a otro de una persona a otra, con la edad también varía la forma de afrontar tal o cual evento por lo que resulta imposible catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar dichas demandas de la vida, sin embargo se puede mencionar algunos de los recursos del afrontamiento.

Salud y Energía: Se trata de recursos considerados relevantes e incluso determinantes de muchas sino de todas situaciones estresantes, así una persona que está enferma evidentemente va a afrontar de manera diferente que una persona plena y saludable. Esto se hace más evidente cuando hay que resistir situaciones difíciles o estresantes que exigen una movilización importante.

Habilidades Sociales: Las habilidades sociales consisten en la capacidad de los individuos de comunicarse y actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva. Esto facilita el enfrentarse a los problemas con la ayuda de otros. Queda claro que la mayoría de las veces la solución de un problema depende menos de los actos individuales que de la capacidad de acción que se puede desplegar en grupo y las habilidades sociales aumentan la capacidad de atraer esa cooperación y apoyo.

Apoyo Social: El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas. El apoyo social se puede considerar primeramente como un recurso o estrategia de afrontamiento (por ejemplo, hablar con un familiar o amigo ante un problema), en este sentido es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones difíciles C. Vázquez Valverde, Crespo López y Ring (2000).

Recursos Materiales: Hace referencia al dinero, a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él, como menciona Lazarus (1986), las personas que tienen dinero muy probablemente viven mejor que quien no lo tiene. Estos recursos aumentan las opciones de afrontamiento ya que por ejemplo facilitan el acceso a la asistencia legal o médica. El solo hecho de tener dinero incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo.

Condicionantes Personales: Lazarus plantea que existen condicionantes personales que van a influir de manera importante en la forma en que un individuo afronte un problema “Estos condicionantes se refieren a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo”(Lazarus y Folkman 1986, p. 188).

El mismo autor agrega que los valores y creencias sirven como normas que determinan cuando ciertas conductas ciertos sentimientos son apropiados o no. Entones vemos que los valores, las creencias y las normas derivadas de la cultura actúan como importantes agentes de coacción, esto queda claro en el siguiente ejemplo, “es posible que el individuo en crisis tenga a su disposición muchas formas de apoyo social, pero sea incapaz de utilizarlas por la forma en que se siente coaccionado por este apoyo”. Puede que no acepte la ayuda que se le ofrece por que aceptarla significaría que está necesitado o desvalido; o puede no querer sentirse obligado o quizá desconfía de los motivos por los que tal ayuda se le brinda” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 188).

Condicionantes Ambientales: Es importante mencionar que existen condicionantes en el ambiente lo cual va a influir en el afrontamiento. Es entonces el entorno el que impide el uso apropiado y/o eficaz de los recursos, por ejemplo si una persona tiene problemas por la inseguridad ante robos y asaltos que hay en la calle donde vive y no escatima esfuerzos por encontrar una solución; realiza quejas y denuncias una y otra vez ante las autoridades, pero no consigue que patrullen la zona o que investiguen para acabar con el problema. De esta manera el entorno puede responder a los esfuerzos del individuo de un modo tal que acabe anulando sus estrategias.

3.6.1.3 Evaluación de los estilos de afrontamiento.

Es muy difícil captar la complejidad y variabilidad inter-personal e inter-institucional de un fenómeno como el afrontamiento, sin embargo se han tratado de evaluar mediante instrumentos (cuestionarios y escalas) ciertas dimensiones que de alguna manera muestran de forma general cuales son las pautas o formas de afrontamiento de las personas ante eventos concretos.

Como una segunda opción para la evaluación del afrontamiento, también puede usarse la observación conductual, esto cuando nuestro foco de interés es el modo de afrontamiento de la persona ante un estresor ambiental concreto. Esto se puede lograr reproduciendo el estresante mediante presencia física, imaginaria o rol playing, así se observa que hace el sujeto para manejarlo. Otra alternativa es que se realice a observación en el escenario natural donde surgen esos acontecimientos estresantes, por ejemplo en un congestionamiento de tráfico, una discusión en la calle, enfermos hospitalizados o como en el caso de este trabajo directamente en los centros de reclusión.

La entrevista es una tercera alternativa para la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas para el tratamiento; en este caso se le pide al paciente que hable del problema y reporte con detalle que es lo que hizo para controlarlo o afrontarlo, cuya teoría es un instrumentos de los más conocidos y utilizados por diversos autores. Como menciona Sánchez- Cánovas (1991, p. 247). “Aun cuando a partir de los años 70’s, la investigación sobre estrés y afrontamiento fue creciendo de modo notable en virtud de investigadores diversos, consideramos desde el punto de vista teórico como practico, es más ventajoso centrarse en los trabajos de Lazarus (1986). Sus investigadores han recibido confirmación, al menos en lo sustancial en estudios realizados por otros investigadores y su instrumento de medida está lo suficientemente depurado y validado para proponerlo como uno de los más útiles”.

3.6.1.4 Aplicaciones del estudio del afrontamiento.

El estudio de afrontamiento sea perfilado como una herramienta útil para conocer que recursos usan las personas ante eventos de la vida, especialmente esos eventos que trascienden y que afectan a un importante número de individuos y este tipo de investigación como primer ejemplo se puede mencionar que se han desarrollado investigaciones para describir las reacciones ente padecimientos como el cáncer, diabetes, dolor crónico y SIDA por mencionar algunos, estas enfermedades generan dificultad para encontrar un tratamiento, impacto en la red social, además surgen limitaciones en el ámbito laboral, escolar y se deteriora la autoestima, todos ellos son retos y tareas que dependen del como afronten la enfermedad a persona y de los recursos con que cuente.

En segundo lugar ante eventos estresantes-traumáticos como la violación sexual, el estudio del afrontamiento ha resultado muy importante ya que ha contribuido a la comprensión de los procesos por los que se atraviesa al afrontar el evento, lo cual

facilita la intervención en varios niveles para dar apoyo a las víctimas de este delito; tal es el caso del estudio realizado por Burgess y Holmstrom (1986), donde investigaron cuales son las estrategias de afrontamiento que resultan más útiles, tras una violación.

La depresión es otro padecimiento que necesita el apoyo de varias líneas de investigación para su comprensión y al respecto el afrontamiento ha hecho lo propio; de lo anterior Vázquez dice: “la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y quizá es uno de los paradigmas en los que parece demostrarse que quien la padece no está siendo capaz de afrontar con éxito una situación difícil... si somos capaces de comprender de forma adecuada el tipo, la frecuencia y la utilidad de las diversas estrategias de afrontamiento que la gente emplea para combatir el propio estado de ánimo negativo posiblemente seremos capaces de maximizar la utilidad de los programas de intervención de este padecimiento” C. Vázquez Valverde, Crespo López y Ring (2000).

CAPITULO IV AGRESIVIDAD

4. CONCEPTO DE AGRESIVIDAD.

La agresión es un comportamiento interpersonal específico entre un agresor y una víctima. El término agresión está marcado de estereotipos y valores, y revela ser la mayor parte del tiempo el resultado de juicios circunstanciales de parte de actores y observadores de un comportamiento en particular (Moser, 1991).

También se afirma que la agresividad es “*cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien*” (Berkowitz, 1996). Es un intento de causar daño a una persona, siendo característica de la agresividad la *intencionalidad*.

La agresividad es una violencia destructiva contra la vida y los bienes de una persona, es un concepto que se refiere a una variable interviniente e indica la actitud o inclinación que siente una persona o colectivo humano a realizar actos violentos (Gómez y Ramírez, 2005).

4.1 Teorías de la agresividad.

La agresividad tiene, al igual que varios conceptos, diferentes modelos teóricos con el objetivo de generar una comprensión de la misma así como su origen. En seguida se explicarán de manera breve diferentes teorías arraigadas al tema.

4.1.1 Teoría etológica-evolutiva de la agresividad.

La teoría evolutiva considera que la agresividad es natural en el ser humano y al igual que otras conductas, tiene su origen en la filogenia. De esta forma las conductas agresivas humanas se dan analógicamente a las presentadas por los animales (Zaczyk, 2002).

La agresividad natural del ser humano puede volverse excesiva bajo la influencia de una multitud de factores tanto internos como externos que al interactuar entre sí, pueden desencadenar en conductas violentas. Entre los factores internos se encuentran todas las causas biológicas capaces de alterar la función normal del cerebro como las producidas por los daños de las estructuras cerebrales o las enfermedades mentales. Entre los factores externos están la exposición a hechos violentos durante el desarrollo y la exposición a factores físicos, psicológicos o sociales inmediatamente antes de los actos violentos. Dentro de la perspectiva etológica, el comportamiento agresivo se interpreta de forma tanto animal como humana. Dicha conducta se desglosa de adaptaciones filogenéticas de base fisiológica e interactúan entre ellas como las secreciones hormonales, los impulsos nerviosos centrales y otras variables genéticas (Zaczyk, 2002).

Desde la perspectiva etológica la conducta agresiva es dividida en dos grupos:

- ✓ Agresión intra-específica: Entre individuos de la misma especie, motivada por un exceso de impulsos, por la posesión de territorio u objetos, o por la falta de alimentos.
- ✓ Agresión inter-específica: Lucha por el territorio ante individuos semejantes.

La madurez y la educación son factores importantes para superar la tendencia a la agresividad excesiva y para controlar el comportamiento personal, pero bajo ciertas condiciones ambientales, el ser humano pierde con mayor facilidad el control. Y es por esto que la misma se toma como un mecanismo de adaptación y de

supervivencia. Por ello, se considera a la motivación como la única defensa que posee el hombre contra sus impulsos, instintivamente destructivos, heredados genéticamente de forma ancestral, sostiene que es el medio externo quien lo inhibe y le frustra, lo cual causa la agresividad (Lorenz, 1985).

4.1.2 Teoría biológica de la agresión.

Gran parte del conocimiento sobre la fisiología del comportamiento agresivo proviene de investigaciones con ratas y ratones de laboratorio. Se ha observado que las hormonas masculinas tienen una función importante y en múltiples experimentos se demostró que existe una correlación positiva entre el nivel de andrógeno en el plasma de machos adultos y la agresión (Hernández, 2002).

Lorenz (1966), menciona que en los estudios etológicos sobre la agresividad humana le lleva a proponer el instinto universal de la agresión, con diversas funciones:

- El control de la población.
- La selección de los animales mejor dotados para la reproducción de la especie.
- La defensa del territorio.
- El garantizar la organización social.

La necesidad de las personas de descargar la agresividad lleva a realizar actos criminales.

4.1.2.1 Áreas del sistema nervioso central implicadas en el control de la agresión.

Existen varios investigadores que han presentado, una gran cantidad de datos en donde se asocian manifestaciones extremas de violencia en humanos quienes sufren daños en los lóbulos temporales. Con esta base define un síndrome de descontrol ocasionado por disfunciones en los lóbulos temporales la cual podría subyacer a muchas conductas violentas (Hernández, 2002).

Encontraron además que la remoción quirúrgica, reduce de manera manifiesta los comportamientos agresivos. En estudios realizados a jóvenes y adultos arrestados por crímenes violentos, se observó que un alto porcentaje mostraba anomalías en los registros electroencefalográficos (EEG) y tenían ataques epilépticos que comprendían estructuras del sistema límbico. En muchos de estos varones no había evidencia de la existencia previa de factores sociales relacionados tradicionalmente con la agresión, -abuso familiar, pobreza y drogas- (Hernández, 2002).

De acuerdo con Kandel (2001), citado por Ramírez (2005), se encuentran hallazgos importantes sobre la biología del cerebro y su relación con la agresividad, los cuales serán descritos a continuación:

- Modelos neuroquímicos: la agresión se ha relacionado con la presencia de distintos neurotransmisores, especialmente con la serotonina, se considera que bajas concentraciones de este neurotransmisor en el cerebro son la base de comportamientos agresivos.
- Modelos neuroendocrinos: se relaciona la agresión con el efecto de las hormonas esteroideas, entre éstas la testosterona, ya que muestran relevancia en la agresión intra-específica entre machos. Debido a que esta hormona está relacionada con la reproducción y apareamiento.
- Modelos neurobiológicos: la agresividad se vincula a una disminución de la actividad cerebral en determinadas áreas corticales, como las pre-frontales. El córtex orbito-frontal y anomalías en la asimetría cerebral.

Diversos estudios dan notabilidad al papel de la amígdala cerebral en la aparición de diversas reacciones defensivas, entre los que se encuentran la ira y la agresión. Es el hipotálamo quien se encarga de regular las funciones neuroendocrinas relacionadas con la agresión de forma específica, ya que tres de las regiones que lo constituyen están implicadas en diferentes tipos de agresión tales como se ha encontrado que en la región lateral se encuentra la agresión predatoria, en la región medial se vincula con la agresión afectiva y la zona dorsal relacionada con la conducta de fuga (Blair, 2001).

4.1.3 Teoría del aprendizaje social.

La teoría del aprendizaje social se basa en una situación en la que al menos participan dos personas: el modelo que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje (Cloninger, 2003).

Bandura (1973), propone que el comportamiento agresivo se aprende y se mantiene por medio de experiencias ambientales, de manera directa o vicaria y que el aprendizaje de la agresión es controlado por experiencias de reforzamiento y castigo. El individuo puede adquirir estos nuevos comportamientos de manera vicaria, al ver cómo un modelo influye en él, realiza acciones con las que obtiene efectos positivos (Cloninger, 2003).

Cloninger (2003), considera la teoría del conductismo ya que ésta se focaliza sobre las variables que pueden observarse, medirse y manipularse así como rechazar todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible. Él observa un fenómeno ocurrido en la agresión y expone que el ambiente causa comportamiento, pero que el comportamiento causa el ambiente también, a esto lo llama *determinismo*

recíproco. Analiza el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol y da una importancia relevante al papel que juegan medios, como aquellos que tienen un carácter agresivo, y que aumentaban la propensión a la agresividad cuando los sujetos son expuestos ante imágenes de personalidades violentas, dichos medios pueden aparecer como modelos de referencia en etapas de observación cognitiva social como la infancia y la juventud.

El aprendizaje vicario u observacional consiste en aprender observando a otros, los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo, estos procesos simbólicos pueden generar la adquisición de respuestas nuevas. Los elementos del aprendizaje observacional son los siguientes:

- Atención: Para aprender algo se necesita prestar atención, lo que influye sobre ésta, tiene que ver con las propiedades del modelo.
- Retención: Recordar aquello a lo cual se le ha prestado atención en forma de imágenes mentales, o descripciones verbales.
- Reproducción: Traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual.
- Motivación: No se puede realizar nada, al menos que se esté motivado a imitar, es decir, a menos que se tenga una buena razón para hacerlo.

En este enfoque las consecuencias externas y ambientales influyen en la adquisición del comportamiento agresivo, asimismo el comportamiento agresivo casi siempre está sujeto a los principios del reforzamiento ambiental (Bandura, 1973).

4.2 Factores que causan la agresividad.

Factores socio-culturales: Los estudios realizados acerca de la conducta agresiva han demostrado que se debe al resultado de las experiencias tempranas o de aprendizaje social, debido a las motivaciones externas como la frustración, aversión o amenaza de un peligro físico o psicológico (Pastor, 1994).

Factores biológicos: Estos factores explican que la agresión es algo adjunto a la naturaleza humana. Las hormonas sexuales tiene un efecto sobre los comportamientos concretos de cada sexo, los andrógenos producen un aumento en el enfado y en la tendencia hacia la agresividad. Por el contrario la administración de estrógenos tiene un efecto opuesto (Morris, 1969).

Factores psicopatológicos: Existen factores que pueden desencadenar hechos violentos, como el alcoholismo, graves problemas económicos, drogadicción o trastornos psicopatológicos, todos éstos actúan como generadores de estrés, que sí no se afrontan de manera positiva y sana pueden tener una fatal consecuencia. Una de las causas más importantes de los maltratos en el hogar está en la personalidad del maltratador, los hombres violentos muestran ciertos rasgos patológicos como, impulsividad, paranoia, inseguridad, etc. Desde esta perspectiva se considera que el hombre actúa de esta manera desadaptada por tener un problema psicológico o psiquiátrico (Torres, 1996).

4.3 Desarrollo de la agresión.

La conducta agresiva comienza en la infancia, está presente en la mayoría de los animales como instrumento de supervivencia, lo cual hace comprensible que en el caso de los humanos aparezca al comienzo de su existencia (Raine, 2002).

De acuerdo con Keenan y Shaw (2003) citados por González (2011), son dos los elementos fundacionales primarios de la conducta agresiva: las diferencias individuales y los procesos de socialización. Los aspectos iniciales de los primeros momentos de vida, hacen referencia a diferentes componentes emocionales de carácter temperamental, tales como el umbral de activación, la intensidad de la respuesta, el efecto negativo y la dificultad de su autorregulación.

Reed (2007), toma como referencia a Loeber (1998), en su propuesta de un modelo multidireccional en el desarrollo de diferentes conductas agresivas:

- ❖ Vía abierta: inicia con problemas menos de agresión y evoluciona hasta culminar con actos violentos.
- ❖ Vía de conflicto con la autoridad: inicia con conductas obstinadas, y finalmente recae en la evitación de autoridad.
- ❖ Vía encubierta: pequeñas conductas encubiertas evolucionando con daños a la propiedad.

4.4 Diversos tipos de agresión.

La agresión no procede de una entidad única sino, de un constructo múltiple en el que pueden encontrarse distintos tipos de comportamientos agresivos. Y esto es debido a su propia naturaleza multidimensional, en la cual interactúan distintos procesos fisiológicos y mentales que crean distintas formas de agresión (Liu, 2004).

4.4.1 Sistema de clasificación de la agresión.

Liu (2004), en las últimas décadas, ha propuesto diferentes sistemas de clasificación de la agresión, las cuales tienden a sobreponerse, mostrando en algunos casos diferencias sutiles entre sí. Resaltando los más aceptados, junto con los autores que los proponen y el criterio clasificatorio empleado:

- Agresión física: ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales, conductas motoras y acciones físicas (Buss, 1961).
- Agresión verbal: respuesta oral que resulta nociva para el otro, a través de insultos o comentarios de amenaza o rechazo (Valzelli, 1983).
- Agresión social: acción dirigida a dañar la autoestima de los otros, a través de expresiones faciales, desdén, rumores o manipulación de las relaciones interpersonales. (Galen y Underwood, 1997).
- Agresión directa o abierta: Confrontación abierta entre el agresor y la víctima, mediante ataques físicos, rechazo, amenazas verbales, destrucción de propiedad y comportamiento autolesivo (Lagerspetz, 1988).
- Agresión indirecta o relacional: conductas que hieren indirectamente a otros a través de la manipulación de las relaciones con los iguales, control directo, mantenimiento de secretos, avergonzar en un ambiente social, rechazo por parte del grupo y exclusión social. (Crick, Casas y Nelson, 2002).

4.4.2 Tipo de agresión en base a Berkowitz 1996.

Menciona que existen diferentes conceptos, además que de que la agresividad no siempre es provocado por el estresor externo, sino el efecto negativo activado por dicho estresor es el que produce las tendencias agresivas y la ira experimentada.

- Agresión hostil: acción intencional encaminada a causar impacto negativo sobre el otro, por el mero hecho de dañarle.
- Agresión instrumental: acción intencional de dañar por la que el agresor obtiene un objetivo o recompensa, social o material, no relacionada con el malestar de la víctima.
- Agresión emocional: agresión de naturaleza fundamentalmente emocional generada no por un estresor externo, sino por el afecto negativo que dicho estresor activa.
- Agresión pro-activa: conducta aversiva y no provocada, deliberada controlada, propositiva, no mediada por la emoción, dirigida a influencias, controlar, dominar o coaccionar a otra persona.
- Agresión reactiva: reacción defensiva ante un estímulo percibido como amenazante o provocador, acompañada de forma visible de expresión de ira.

4.4.3 Tipos de agresión según Moyer, 1968.

Según el estímulo que se presente es el que facilita la agresión, Moyer clasificó las conductas agresivas de los animales, estas también pueden aplicarse a numerosas conductas humanas de carácter agresivo, de la siguiente manera:

- Agresión predatoria: expresada por la presencia de una presa natural.
- Agresión inducida por el miedo: por el confinamiento o acorralamiento y la incapacidad de escape.
- Agresión inducida por irritabilidad: por la presencia de cualquier organismo atacable en el medio, y reforzada por la frustración, la privación o el dolor.
- Agresión territorial: por la defensa de un área frente a un intruso.
- Agresión material: por la presencia de algún agente amenazador para las crías de la hembra, incluidas otras madres de la prole.
- Agresión instrumental: tendencia a comportarse agresivamente cuando en el pasado esta conducta ha sido particularmente reforzada.
- Agresión entre machos: por la presencia de un competidor masculino de la misma especie.
- Agresión destructiva y constructiva: la primera consiste en un acto de hostilidad hacia un objeto u otra persona, innecesario autoprotección-auto conservación.

4.4.4 Tipos de agresión de acuerdo con Wilson, 1980.

Desde la sociobiología, se considera que todos los comportamientos humanos pueden ser explicados por la biología junto con la interacción social. Según la función de la agresión desde la sociobiología, Wilson elaboró una clasificación similar a la de Moyer, con las siguientes modalidades:

- Agresión territorial: para defender el territorio.
- Agresión por dominancia: establecer niveles de poder, una jerarquía de prioridades y beneficios.
- Agresión sexual: establece contacto íntimo.

- Agresión parental disciplinaria: es la utilizada por los progenitores para enseñar conductas y establecer límites a los menores.
- Agresión protectora material: para defender al recién nacido.
- Agresión moralista: formas avanzadas de altruismo recíproco pueden dar lugar a situaciones de sutil hostilidad o abierto fanatismo.
- Agresión irritativa: inducida por el dolor o por estímulos psicológicamente aversivos.

4.5 La conducta antisocial.

La conducta antisocial incluye desde conductas problemáticas hasta los actos más reprobables y criminalmente ofensivos para la sociedad. Entre las diferentes manifestaciones del comportamiento antisocial se hallan las siguientes: Desobediencia, agresividad, impulsividad, problemas de conducta, delincuencia, criminalidad, ataques, homicidios, trastornos de conducta y trastorno de personalidad antisocial. Considera que los términos de agresión y violencia son a grandes rasgos a la conformación exacta del comportamiento antisocial (Stoff, 2002).

4.5.1 Desarrollo de la conducta antisocial desde la perspectiva del aprendizaje.

Stoff (2002) define que las diferentes formas de comportamiento antisocial expresadas a lo largo de la vida han representado un problema serio y desconcertante desde los inicios de la humanidad, la explicación de estas conductas

se basa en creencias populares y morales sobre el comportamiento inadecuado y casi siempre han sido tratadas por medio de castigos. Eron (1982), opina que el comportamiento agresivo no perdura todo el tiempo, debido a que las personas con más probabilidades de actuar de forma agresiva son las que han sido programadas para reaccionar así por experiencias previas y de aprendizaje. Es probable que el comportamiento agresivo se haya aprendido en el pasado y se haya incorporado al repertorio de respuestas del sujeto, así en un futuro cuando se le presente una situación que lo desestabilice, el sujeto se alentará a expresar un comportamiento agresivo.

4.5.2 Teoría del desarrollo del comportamiento social.

Según Patterson y McCubbin (1983), esta teoría ubica el origen del comportamiento agresivo en la relación existente entre padres e hijos y los métodos disciplinarios aplicados por los padres, es decir, la disciplina incorrecta y la supervisión inadecuada provocan un comportamiento antisocial en los niños.

Dicho enfoque refiere el concepto de reforzamiento mutuo, negativo y positivo, entre padres e hijos para explicar el desarrollo y la disminución del comportamiento agresivo. Asimismo se reconoce que otros procesos, como el modelamiento, la atribución social y la expresión afectiva también influyen en el desarrollo del comportamiento agresivo. De igual manera si es aprendido en forma cognitiva, y éste es adecuado, normativo y efectivo, así como la justificación que emplea el individuo para hacer de su uso, esto será importante para mantener la estabilidad del comportamiento agresivo a través del tiempo y en diferentes situaciones (Silva, 2007).

4.5.3 Genética del desarrollo antisocial.

La mayoría de los comportamientos reciben la influencia de los genes, la magnitud de dicha influencia varía de un rasgo a otro, pero generalmente es moderada. Todo comportamiento tiene un componente ambiental importante. Actualmente se han realizado investigaciones que carecen de calor informativo ya que persisten en indagar si hay influencia genética en el comportamiento antisocial. Se debe estar más enfocado a la identificación de mecanismos por los que se ejerce efecto genético. La especulación acerca de la función genética en la conducta antisocial considera el fenotipo como un producto final, con más mecanismos psicológicos primarios que lo generan (Plomin, 1994).

4.6 Trastornos mentales vinculados con la agresividad.

Existen dos formas de conducta que caracterizan a los enfermos mentales, su costumbre de vagar y su propensión a la violencia. Resulta que hay relación más que causal entre enfermedades y conducta violenta. Las enfermedades mentales son un factor de riesgo estadísticamente significativo en la aparición de violencia (Rosen, 1968).

4.6.1 Trastorno antisocial de la personalidad.

El trastorno de personalidad antisocial es una condición psiquiátrica que causa un patrón en curso de manipular a otras personas y violar sus derechos. Las personas con este trastorno no siguen las normas de la sociedad y con frecuencia rompen la ley. Es característico que las personas con este diagnóstico sean completamente indiferentes a los sentimientos y al dolor ajeno, y que muestren un patrón profundo de falta de remordimientos junto con decisiones irresponsables. El trastorno de personalidad antisocial es mucho más común en hombres que en mujeres. Para ser diagnosticado con el trastorno, una persona debe tener al menos 18 años de edad pero haber tenido síntomas de trastorno de conducta antes de los 15 años de edad. Estos síntomas incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de propiedad, falsedad o robo y seria ruptura de las reglas (DSM IV TR, Michael B. First, 2001).

Los sujetos no logran adaptarse a las normas sociales con respecto al comportamiento legal, desprecian los deseos y sentimientos de los demás. También son irritables y agresivos, pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión, tienden a ser continua y extremadamente irresponsables, tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos, frecuentemente carecen de empatía, son insensibles, cínicos, menosprecian los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Suelen poseer un concepto de sí mismo muy engrdeído y arrogante, pueden en ocasiones mostrar encanto superficial. Estos sujetos pueden ser irresponsables y exploradores en sus relaciones sexuales, tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas. Es importante buscar tratamiento no sólo para ayudar a la persona con el trastorno sino también para proteger a otras personas que puedan estar afectadas por el comportamiento de la persona (DSM IV TR, Michael B. First, 2001).

Los estudios de adopción indican que tanto los factores genéticos como los ambientales atribuyen el riesgo para este grupo de trastornos. Los hijos adoptivos y biológicos de padres con trastorno antisocial de la personalidad, tiene un elevado riesgo de presentar dicho trastorno. Los niños adoptados se parecen más a sus padres biológicos que a sus padres adoptivos, aunque el entorno de la familia de adopción influye en el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada (Kaplan y Sadock, 2003).

4.6.2 Trastorno explosivo intermitente.

La característica esencial de este trastorno es la aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, da lugar a violencia o destrucción de la propiedad; el grado de agresividad expresada durante el episodio, es desproporcionado con respecto a la provocación o a la intensidad del estresante psicosocial precipitante.

El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente, se establece sólo después de que hayan sido descartados otros trastornos mentales que cursan con episodios de comportamiento agresivo. Los episodios agresivos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, el comportamiento explosivo va precedido por una sensación de tensión o activación interior y va seguido inmediatamente de una sensación de liberación (DSM IV TR, Michael B. First, 2001).

CAPÍTULO V TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.

5. DESARROLLO HISTÓRICO.

En el campo de la psicología se ha tenido un crecimiento impactante en cuanto a teorías y modelos explicativos acerca del comportamiento humano se refiere, se hace más énfasis en el desarrollo creciente y gradual que ha tenido el campo de la psicoterapia en el planteamiento de nuevas técnicas y modelos que ayuden a resolver problemas de comportamiento humano, en especial, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que implica diversos tipos de tratamiento en base a diversas problemáticas de índole biopsicosocial en el ser humano, recalcando que esta terapia no solo se queda a nivel individuo, considerándolo parte de un conjunto funcional de entes que se desarrollan en base a sociedades y naturaleza biológica.

A pesar de existir distintas explicaciones acerca de lo que es la Terapia Cognitivo Conductual y qué tipo de técnicas y estrategias se puede incluir en su amplio espectro, hoy en día se puede considerar a la Terapia Cognitiva de Ellis y Beck, a los modelo Cognitivo-Conductuales y la perspectiva Construccinista como intervenciones que caben dentro de este alero conceptual (Caro, 2002).

La terapia cognitivo-conductual posee cuatro pilares teóricos básicos.

El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de la investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pávlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamará condicionamiento clásico, se trate de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. En el experimento típico de Pávlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando este había sido presentado sucesivas veces antes

de la administración de comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia. Sobre los trabajos de Pávlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la terapia cognitivo conductual, justamente, Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo (Navarro, 1994).

El conductismo watsoniano representa actualmente más las bases metodológicas del modelo de un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención. En efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el “conductismo watsoniano o radical” y el “conductismo metodológico”. Y en verdad, este último es lo que hoy conservamos en terapia cognitivo-conductual de los aportes de Watson; en énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo. Hacia el año 1930, las investigaciones de F.B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen (Navarro, 1994).

La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la terapia cognitivo-conductual.

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la “teoría del aprendizaje social”, desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2002).

Aaron Beck y Albert Ellis, ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no toda a vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas (Navarro, 1994).

Estos son, en breve, los cuatro pilares de la terapia cognitivo-conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

5.1 Definición de la Teoría Cognitivo Conductual.

La terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006).

En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que

ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983).

Considerando a partir de esto, que mientras la persona tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que retroalimenten la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social.

Dennis (2005) dice que la terapia cognitivo-conductual: es una forma de psicoterapia que pretende modificar a través de sus distintas técnicas la percepción que la gente tiene de la situación de su vida como una manera de modificar su conducta, para este tipo de terapia muchos de los problemas psicológicos surgen de los pensamientos fallidos o distorsionados y que por tanto al modificarlos podrán aliviarse los síntomas.

La terapia cognitivo- conductual es pragmática ya que se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afronta el paciente e identifica las técnicas a utilizar para enseñarle a resolverlos (Compas y Gotlib. 2003) la intervención del TCC ha sido muy comprobada por su eficacia para tratar una gran variedad de trastornos.

5.2 Características de la Terapia Cognitivo Conductual.

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

Otra característica que guía al MCC, se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos

se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. A partir de este procedimiento, se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Y para poder erradicar los pensamientos, es necesario que el terapeuta emplee estrategias y técnicas oportunas; tal es el caso del uso de las preguntas como instrumento terapéutico, pues de acuerdo con Beck (1983) éstas permiten obtener datos acerca del paciente, proporcionan una idea general sobre la situación problemática que éste muestre, logran la obtención y evaluación de aquellos factores y situaciones que generan ansiedad, así como determinan el significado que el paciente le asigna a las situaciones o circunstancias que configuran la demanda terapéutica; todos estos usos que se les da a las preguntas, se conjugan para generar métodos de resolución a los problemas que presenta el paciente a partir de la reformulación de sus distorsiones cognitivas.

Así también, para lograr un tratamiento efectivo con éste modelo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención. De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación, empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención.

La primer característica nombrada “aceptación” hace referencia a la preocupación sincera y al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formulan en función de la relación terapéutica que se tenga. Habitualmente esta característica es empleada por el terapeuta mediante la expresión de sus gestos, tono de voz y el modo de construir las frases que le proporciona al paciente.

La segunda consiste en la forma en que el terapeuta puede entrar al mundo del paciente, para ver y experimentar la vida como lo hace éste. Mediante ésta, el terapeuta podrá entender cómo el paciente estructura ciertos eventos y cómo responde ante éstos. Así pues, Beck (1983) aclara que esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodarle, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta.

Y la autenticidad, permite vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá conjugar la honestidad con la diplomacia, es decir, deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas que puedan ser contraproducentes. Así pues, una vez considerando las características que el mismo proceso terapéutico maneja para proporcionar tanto el confort como la efectividad a la hora de intervenir al paciente, es necesario contemplar también aquellas características que el terapeuta cognitivo conductual deberá poseer para proporcionar un tratamiento adecuado; Beck (1983) describe que la presencia de la confianza, el rapport y la colaboración, son de vital importancia para mantener una apropiada relación terapéutica.

Para esto, la confianza es considerada un elemento básico, que se comprende de una serie de comportamientos que el terapeuta debe de tomar en consideración a la hora de mantener una relación terapéutica; éstos comprenden la importancia de la autonomía que presente el paciente y la necesidad que el terapeuta tenga hacia la estructuración de la terapia, es decir, éste deberá ser directivo ante las técnicas y estrategias que formulará para solucionar el problema; es conveniente que tenga

el control de las sesiones, por medio del establecimiento de los límites ante las situaciones que deberá enfrentar el paciente, sin perder de vista la cordialidad que el terapeuta manifieste en la relación; así también deberá de ser objetivo y discreto ante el problema que se plantea. De esta manera, la primera parte del tratamiento suele configurarse por la iniciativa, que el terapeuta posea para dirigir el proceso hacia el objetivo; mientras que la segunda, se espera que el paciente realice más cosas por sí solo al reorganizar sus pensamientos y comportamientos.

El rapport, también viene a ser un elemento fundamental en ésta relación, pues se entiende como aquel acuerdo armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Éste permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. De la misma manera, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, respira con libertad en la comunicación, experimenta empatía y sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas, en concreto, el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido. Además, el rapport también puede utilizarse para reforzar aquellas conductas adaptativas del paciente, es decir, se logrará mantenerlo motivado para el tratamiento y para emprender los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención.

Y la colaboración terapéutica es aquel componente en el que se pretende comprometer al paciente en una especie de alianza de cooperación terapéutica; esto facilitará el esfuerzo que tanto el terapeuta como el paciente tendrán en común, para alcanzar el objetivo terapéutico, mediante un trabajo en equipo. Mediante esta explicación, se puede considerar que bajo estas características que presenta el modelo terapéutico Cognitivo-Conductual, se logra una intervención oportuna hacia la atención de diversos trastornos; todo parte del objetivo principal que recae en la investigación de aquellos pensamientos, sentimientos y conductas del paciente

durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. De tal manera que el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de dichas experiencias psicológicas y en la elaboración de programas de actividades y tareas que facilitarán la reestructuración y el cambio de cogniciones, así como de aquellas conductas que estén distorsionadas.

5.3 Aplicación de la terapia cognitivo conductual.

Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo Conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática (Mahoney, 1998). La Terapia Cognitivo-Conductual en la actualidad. En nuestros días se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas.

Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías (Beck, 2001), entre ellas la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y la depresión.

Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos. (Beck, Emery, Rush y Shaw, 2002).

La psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona.

Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández, 2007 citado en Hernández y Sánchez, 2007). De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. (Lega, Caballo & Ellis, 2002). El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: (Beck, 2006).
- Control de los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.

Aprender a identificar las creencias falsas. Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). De esta manera la TCC es como empieza a tener auge hasta nuestros días en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas.

CAPITULO VI TÉCNICAS CONDUCTUALES.

6.1 MODELADO.

El papel de los modelos sociales en el aprendizaje humano fue estudiado ampliamente por Miller y Dollard (1941) en su investigación histórica sobre el aprendizaje por observación. Sin embargo, los terapeutas de conducta reconocieron el potencial de este tipo de aprendizaje para ser utilizado terapéuticamente solo a partir de que Bandura y sus colaboradores publicarán numerosos estudios sobre el «modelado» (modeling) (Bandura, 1969; Bandura y Walters, 1963). Aunque Bandura no fue el primer investigador clínico en indagar y aplicar las estrategias del aprendizaje por observación en el tratamiento de los problemas de conducta de la gente, los estudios anteriores no tuvieron un impacto significativo sobre el trabajo de los terapeutas aplicados Walker y cols.

Caballo (2008), indica que varios autores señalan que se han puesto numerosas etiquetas al proceso asociado con el «aprendizaje por observación», incluyendo las siguientes: contagio, copia, identificación, imitación, incorporación, internalización, introyección, modelado, aprendizaje por observación, representación de papeles, inversión de papeles, facilitación social, condicionamiento vicario, extensión vicaria y aprendizaje vicario. Todos estos términos denominan aun proceso en el que la conducta de un individuo se modifica como resultado de observar, escuchar o leer sobre la conducta de un modelo, sin llevar a cabo realmente la conducta o meta sin ser reforzado por hacerlo. Los modelos son especialmente importantes porque proporcionan información sobre el modelo de adquirir conductas de forma rápida, sin tener que llevarlas a cabo y sin tener que moldear la conducta con base en el ensayo y error.

El efecto del *modelado* está determinado tanto por las características del modelo como por las actividades cognitivas del observador. Es decir, el impacto de los modelos está influido por características del modelo tales como el estatus y la similitud con el observador y por la capacidad del observador para atender, extraer y recordar lo que ve. Los modelos pueden ser reales (presencia corporal) o simbólicos (presentados a través de libros, películas, T.V., o descripciones verbales). El observador puede ser un espectador pasivo o un participante activo en la actividad del modelo, puede igualmente mostrar cambios de conducta inmediatamente después de un tiempo de demora, o nunca. Los observadores tienden a imitar la conducta modelada si les gusta o respetan al modelo, si ven al modelo recibir reforzamiento, si ven al modelo manifestar señales de placer o están en un ambiente donde el imitar la ejecución del modelo es reforzado (ver cuadro 2 pp. 82).

Hay veces en las que un observador hace lo opuesto a lo que ve en el modelo. Esta *imitación inversa* es normal cuando a un observador no le gusta el modelo, ve que se castiga a éste, o está en un ambiente en el que la conformidad es castigada.

Con el fin de clarificar los efectos del modelado es importante distinguir entre *aprendizaje* y *ejecución*. El único requisito para el aprendizaje por medio del modelado es la observación de un modelo. Se supone que el observador adquiere la respuesta modelada por medio de la codificación encubierta o cognitiva de los acontecimientos observados (Bandura, 1977). Sin embargo, el que una respuesta aprendida sea puesta en práctica puede depender de las consecuencias o incentivos asociados con dicha respuesta (Kazdin, 1989).

Algunos autores diferencian entre modelado, imitación y aprendizaje por observación p.ej., (Bados y García 2011). El *modelado*, en un sentido más amplio, es un término genérico que abarca a los otros dos y se refiere tanto al aprendizaje que tiene lugar a partir de la observación de los demás como a cualquier cambio por imitación que puede resultar en la conducta. En un sentido más limitado, se refiere a la conducta del individuo que es observado.

La *imitación* se refiere a la conducta de aquel que observa las acciones de otro y luego las copia. Considera la conducta del observador, no la del modelo y refleja la ejecución (y no el aprendizaje permanente del observador sobre la forma de comportarse). El *aprendizaje por observación* se refiere al aprendizaje que ocurre a partir de la observación de los demás. Este aprendizaje puede tener lugar sin que exista una puesta en práctica inmediata de lo aprendido (Masters y cols., 1987).

6.2 Moldeamiento.

CUADRO 2. Factores que mejoran el modelado.*

- | | |
|---|---|
| <p>I. Factores que mejoran la adquisición (aprendizaje y retención):</p> <p>A. Características del modelo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Similitud del sexo, edad, raza y actitudes. 2. Prestigio. 3. Competencia. 4. Cordialidad y educación. 5. Valor de la recompensa <p>B. Características del observador.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad para procesar y retener la información. 2. Incertidumbre. 3. Nivel de ansiedad. 4. Otros factores de personalidad. <p>C. Características de la presentación por medio del modelo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo por símbolos o en vivo. 2. Modelo encubierto. 3. Modelos múltiples. 4. Modelo de maestría versus modelo de afrontamiento. 5. Procedimientos de modelo graduados. 6. Instrucciones. 7. Comentarios sobre las características y las reglas 8. Resumen realizado por el observador. 9. Ensayo 10. minimización de los estímulos distractores. | <p>II. Factores que mejoran la actuación:</p> <p>A. Factores que proporcionan incentivos por la actuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento vicario (recompensar al modelo). 2. Auto reforzamiento. 3. Extinción vicaria del miedo a responder (no hay consecuencias negativas para el modelo). 4. Reforzamiento directo. <p>B. Factores que afectan la calidad de la actuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensayo y retroalimentación. 2. Modelado participante. <p>C. Transferencia y generalización de la actuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Similitud del lugar de encadenamiento al contexto real. 2. Practica repetida que afecta a la jerarquía de respuestas. 3. Incentivos para la actuación en los lugares reales. 4. Principios de aprendizaje que regulan una clase de conductas. 5. Planificación de variaciones en las situaciones de entrenamiento. |
|---|---|

Es un procedimiento en el que se refuerza una conducta meta mediante aproximaciones sucesivas. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la

ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo que a su vez se dispensara solo ante tal conducta. En el moldeamiento se busca formar una conducta que no está dentro del repertorio del sujeto, en tanto, el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible, en este sentido, se empezará a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir, sucesivamente el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad. Las aplicaciones del moldeamiento dentro de la terapia de la conducta tienen que ver principalmente con la educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica y la disfunción sexual.

En relación a las aplicaciones del moldeamiento, se podrá observar que se buscarán crear conductas para beneficio del cliente, en este sentido, le terapeuta identificara aquellas condiciones de respuesta para poder favorecer de manera progresiva las distintas metas, así pues, es de vital importancia la recurrencia al reforzador, el cual, será la base en el moldeamiento (Kazdin, 1996).

6.3 Técnicas para mantener conductas modificadas.

Lo verdaderamente difícil es que las conductas conseguidas se mantengan en el tiempo Beck, A. (1983). Se consigue mediante:

- Reforzamientos intermitentes.
- Reforzamientos intermitente de intervalo fijo.
- Reforzamiento intermitente de intervalo variable.
- Reforzamiento intermitente de razón fija.
- Reforzamiento intermitente de razón variable.

Reforzamiento intermitente. Consiste en administrar los reforzadores sólo en algunas conductas que se quieren mantener. Reforzar la conducta sólo en algunas ocasiones (intermitente) para mantener la expectativa, motivación y no provocar saciedad. Por su capacidad de generalización facilita la creación de hábitos y el surgimiento de la motivación intrínseca; (Beck, A.1983).

6.4 Reforzamiento intermitente de intervalo fijo.

Las consecuencias reforzantes de las propias acciones afectan a las acciones posteriores, a las experiencias afectivas y a las experiencias afectivas y a las cogniciones. Los reforzadores sociales toman la forma de las respuestas de los demás a la propia conducta.

Tomadas conjuntamente, las acciones y las consecuencias reforzantes de las propias acciones, forman una unidad de conducta interpersonal; las auto recompensas constituyen otra importante forma de reforzamiento.

Se refuerza siempre la conducta emitida en un periodo de tiempo fijo. (Reforzar cada 5 minutos que pide las cosas por favor). Su eficacia es moderada porque la persona ya sabe cuándo será recompensada; (Beck, A.1983).

6.5 Reforzamiento intermitente de intervalo variable.

En las técnicas de intervalo variable el reforzador se aplica al sujeto siempre que emita la respuesta en intervalos de tiempo que han de ser siempre distintos. La recompensa siempre se dará inmediatamente después de la primera respuesta emitida en el tiempo prefijado. (Cada 3, 6, 9 minutos, por ejemplo) Su eficacia es superior respecto al reforzamiento anterior porque la persona desconoce cuándo va a recibir la recompensa. Su extinción al retirar el premio también es más lenta.

Reforzamiento intermitente de razón fija. La recompensa se dará cada número fijo de respuestas emitidas (se refuerza cada 3 veces que pide las cosas por favor). Es eficaz siempre y cuando no se mantenga durante mucho tiempo porque la persona se, habitúa y pierde motivación; (Beck, A. 1983).

6.6 Técnicas conductuales para incrementar el número de conductas positivas.

En este apartado se describen las técnicas conductuales que tiene como objetivo final aumentar las conductas positivas o aceptadas socialmente que ya tiene el sujeto aunque con una frecuencia baja respecto a lo deseado.

Entre ellos se encuentra el reforzamiento positivo y negativo, mismos que se abordaran más adelante.

Principio de Premark.

Recibe el nombre del investigador Premark, que estudio el poder reforzador de muchas de las conductas que voluntariamente emitimos: ver la tele, leer, salir...La técnica consiste en utilizar dichas actividades para reforzar la emisión de otras de

baja frecuencia., Por ejemplo: el niño que habitualmente ve la tele podrá hacerlo si antes ha hecho los deberes.

Los efectos de esta técnica son largos cuando se aplican adecuadamente. Se utiliza mucho en ambientes escolares y extraescolares, (Premack, 1965).

Contratos de contingencias:

Consiste en “negociar las condiciones de forma que el niño haga algo que él quiere hacer después de que realice algo que tú quieres que haga”. Cuando se utiliza por primera vez un Contrato de Contingencias con un niño son más efectivas las tareas y reforzadores pequeños porque estimulan el refuerzo frecuente. Cuando tenemos una tarea larga o compleja y los reforzadores son pequeños, no apropiados a la dificultad de la misma, se convierten en elementos desmotivadores. Lógicamente, el reforzador tampoco debe ser mayor a la tarea.

En su fase inicial, los contratos pueden estimular y recompensar aproximaciones a la conducta deseada, por ello, es conveniente empezar con contratos a corto plazo (diarios) advirtiéndole que si no se cumple la tarea no se obtendrá el reforzador, este tipo de contratos pueden ser verbales, los contratos escritos son más elaborados, (Kazdin, 1984; Martin y Pear, 1996/1999).

De acuerdo ha, Kazdin (1984) que funcione un contrato con alumnos o hijos es necesario que:

- Se concrete con el niño lo que se quiere conseguir: *“Que dejes de insultar a tu hermano”*
- Se establezca un premio al gusto del niño: *“El juguete que me has dicho que te gusta”*
- Establecer claramente el modo de ganarlo: *“El juguete vale 500 puntos, cada día que no le insultes tienes 50 puntos”*

- Precisar las pérdidas por los fallos: “*Por cada insulto que se te escape pierdes 10 puntos*”. El niño tiene que apuntar las veces
- Comentar diariamente los avances, los puntos ganados o mantenidos valorándolo positivamente.
- Cumplir lo prometido cuando llegue el momento.

Condiciones:

- No se trata de obligaciones sino de un acuerdo de colaboración.
- Las recompensas han de ser proporcionales al esfuerzo.
- La honestidad del proyecto se mide en función de la disponibilidad de las partes para asumir responsabilidades.
- El contrato ha de ser claro, comprensible y preciso.
- Formulado en términos positivos.
- Que quede claro que las recompensas sólo existirán si se alcanzan los objetivos, de manera inmediata a la conducta y de acuerdo a las condiciones estipuladas; Kazdin (1984).

Secuencia para esta técnica:

1 Fase preliminar:

- Análisis funcional de la conducta que se quiere modificar.
- Descripción operativa de la misma (rasgos observables, medibles y evaluables).
- Selección de reforzadores.

2 Fase de interacción y de acuerdos; participan todas las partes implicadas:

- Citación de las personas implicadas.
- Exposición del proyecto y presentación de la técnica.
- Identificación de recompensas y elección para cada una de las partes.
- Priorización de recompensas en función de los objetivos
- Consenso sobre los términos del contrato y pactar los costos (para facilitar su cumplimiento).
- Redacción y firma del contrato.

Determinación del procedimiento de verificación del cumplimiento de acuerdos, (Kazdin, 1984; Martin y Pear, 1999).

6.7 Reforzamiento positivo.

De acuerdo a Fuller (1949), para aumentar la frecuencia de las respuestas aceptadas socialmente mediante la administración de reforzadores o estímulos agradables. Es la técnica más utilizada y más eficaz para ello y se aplica mucho en el campo de la orientación familiar.

Los resultados son unánimes en cuanto a la duración de sus efectos, es larga cuando se aplica adecuadamente. Las mayores diferencias están relacionadas con las variables de edad, su historia personal y algunos rasgos de personalidad.

Su eficacia está en que forma parte de forma natural de la vida de todo ser humano, todo ello por acciones que corresponden al desarrollo normal de la existencia de la persona.

En ocasiones se hace necesario recurrir a reforzadores artificiales. En nuestra vida social o académica somos premiados con gestos de aprobación, becas, reconocimientos... Toda conducta aprendida lo es porque ha sido reforzada por algún tipo de estímulo intrínseca o extrínseca. Un reforzador positivo puede ser cualquier cosa, acción o situación. Y su naturaleza puede ser muy diversa.

Los reforzadores naturales corresponden a la satisfacción de una necesidad: comer cuando se tiene hambre, recibir una felicitación, etc. El reforzador artificial se aplica con la intención de incrementar una conducta deseada: Dar un caramelo a un niño cuando ha recogido su habitación por ejemplo.

Los reforzadores secundarios requieren ser aprendidos. Algunos de los denominados básicos también han sido aprendidos. Aprendemos a ser atendidos, aprendemos a comer...

El deseo de ser atendido es fundamental porque permanece a lo largo de toda la vida. Algunos casos de rebeldía juvenil, estados delictivos o algunos estados patológicos, por ejemplo la anorexia podría ser una forma de llamar la atención a los padres, el educador o a la sociedad en general.

Los reforzadores se han de aplicar siguiendo unas reglas; de acuerdo a Fuller (1949):

Contingencia: Significa que el reforzador se ha de aplicar después de la acción que se quiera incrementar, nunca antes.

Inmediatez: Aplicación inmediata. El tiempo que se deja pasar atenúa los efectos del reforzador.

Información: Informar a la persona o al grupo de lo que queremos de ellos y cuáles son las consecuencias o reforzadores que se les va aplicar. Para evitar ansiedad o desorientación.

Credibilidad: La eficacia de los reforzadores está relacionada con la actitud de quien los aplica.

Un reforzador aplicado de manera constante y durante largos periodos pierde eficacia.

La retirada brusca y la omisión del reforzador debilitan la respuesta y puede llegar a extinguirla.

Delimitar con precisión las respuestas que queremos reforzar para no reforzar equivocadamente a otras.

La persona asocia reforzadores a las palabras que los acompañan. Si estas son negativas el refuerzo pierde eficacia.

La intensidad del refuerzo se ha de variar según en qué etapa del tratamiento se esté: más refuerzo al principio e irlos espaciando después.

La cantidad y la calidad del refuerzo han de estar en consonancia con la cantidad y calidad de la conducta.

Para Meehl (1950), los *reforzadores* se usan en la gran mayoría de los programas de análisis conductual aplicado, particularmente en aquellos donde algunas respuestas son el objetivo de incremento de tasa de conducta. El reforzamiento es un procedimiento que sirve para mantener o incrementar una conducta, ya sea que el proceso se denomine positivo o negativo.

El reforzador positivo es cuando un estímulo (objeto o suceso) se presenta u ocurre como consecuencia de o dependiente de una respuesta y cuando la tasa de esa respuesta se acrecienta o se mantiene se dice que hay un “Reforzamiento Positivo”.

El reforzamiento positivo ocurre en la vida de todo ser humano. Un niño hace algo que complace a sus padres, y estos sonrían y responden con afecto. Entonces el niño repite la acción con mayor frecuencia.

En cada uno de los episodios de refuerzo positivo que se han descrito un objeto se presentó o un suceso ocurrió como consecuencia de una conducta determinada, y la tasa de esa conducta se incrementa o permaneció alta. Ese objeto o suceso, el estímulo, que viene como consecuencia de la conducta se denomina Reforzador Positivo; el cual depende de la conducta.

El reforzamiento positivo es la presentación de un estímulo como consecuencia de una respuesta, y tiene la función de incrementar o mantener una respuesta, Paul E. Meehl propuso, en la década de 1950.

6.8 Reforzamiento negativo.

No es lo mismo reforzamiento negativo que castigo. El castigo se emplea para eliminar respuestas disruptivas o rechazadas socialmente, el refuerzo negativo se utiliza para incrementar conductas deseadas o aceptadas socialmente, pero que se dan con poca frecuencia, Fuller (1949)

Eliminar el refuerzo negativo incrementa la posibilidad de que la conducta deseada se produzca con más frecuencia. Consiste en incrementar la conducta deseada a partir de la reducción o desaparición de estímulos aversivos.

Hay muchas conductas que nos obligan a tomar medidas para evitar o mitigar sensaciones o situaciones negativas (taparnos para no pasar frío, por ejemplo), para Fuller (1949) considera que las condiciones para aplicarlas son las mismas que para

el reforzamiento positivo. El reforzamiento negativo se mantiene o incrementa la conducta. Es un fenómeno universal. Una conducta o respuesta ha sido reforzada negativamente si se incrementa o mantiene debido a la remoción o reducción contingentes de un estímulo.

El reforzamiento negativo suele usarse en los ambientes físicos, sociales y educativos para enseñar y cambiar la conducta de los seres humanos. Aunque el reforzamiento negativo sea en lo fundamental un procedimiento aversivo, es junto con el reforzamiento positivo, una de las formas básicas mediante las cuales nace cualquier persona.

El reforzamiento negativo habría de considerarse cuando el positivo fracasa o es insuficiente, Fuller (1949).

Retirar la atención o extinción.

Es un procedimiento muy eficaz para reducir o eliminar problemas cotidianos de conducta en niños. Consiste en IGNORAR aquellas conductas que deseamos modificar, es decir, eliminar la consecuencia positiva (atención) que hasta ahora había tenido. Cuando retiramos la atención a esas conductas (mirando a otra persona, marchándonos etc.), el niño comprueba que actuando de ese modo no obtiene nuestra atención.

Sermonear, gritar, amenazar etc. son modos de prestar atención, es decir, de reforzar las conductas que no deseamos.

Prestar atención a conductas positivas y contrarias a las no deseadas.

Para Bados y García (2011), la técnica de ignorar las conductas resulta más eficaz, es conveniente reforzar la atención a las conductas positivas que realiza el niño. Debemos estar atentos a nuestros alumnos o nuestros hijos haciendo conductas que nos agradan y a mostrar atención cuando ellos muestren conductas adecuadas

contrarias a las que queremos eliminar, debemos hacerlo *sin añadir reproches* sobre la conducta inadecuada.

6.9 Técnicas para reducir o extinguir conductas inadecuadas.

Se trata de todo un bloque de técnicas cuyo objetivo es el de extinguir conductas que interfieren en la dinámica familiar, escolar y social.

Son estrategias de fácil comprensión que pueden utilizar padres, educadores orientadores, Bados y García (2011).

Reforzamiento diferencial de tasa baja:

De acuerdo a Bados y García (2011), lo que se pretende es reducir (no extinguir) la frecuencia de una respuesta aceptada pero que por su frecuencia es molesta. Por ejemplo participa demasiado en el aula sin dejar intervenir a los demás.

Se refuerza solo un número determinado de respuestas fijadas previamente, en número inferior a la línea base, y en un tiempo predeterminado. Si se supera el número de respuestas no se da la recompensa.

Da muy buenos resultados aunque con cierta lentitud. Si no se aplica adecuadamente puede reforzar conductas inadecuadas por lo que conviene reforzar de vez en cuando las conductas deseables.

Reforzamiento diferencial de otras conductas (o entrenamiento en omisión).

Es útil en personas difíciles y de alto riesgo en ambientes educativos y sociales y también da buenos resultados en formación y entrenamiento a familias con hijos que tienen problemas de comportamiento.

Refuerza cualquier conducta positiva excepto la que se quiere eliminar (molesta diciendo algo fuera de lugar), (se le refuerza cuando ayuda a los demás, se le retira cuando realiza un comentario fuera de lugar, buscando retar a la figura de autoridad sean padres, maestros o cualquier otra persona), Bados y García (2011).

Reforzamiento de conductas alternativas.

Refuerzo solamente de aquellas conductas incompatibles con la que se quiere extinguir. (Gritar incompatible con hablar en voz baja). Eficaz en escuelas aunque algo lento.

La dificultad esta en encontrar conductas alternativas, a veces se parecen demasiado a la que queremos eliminar, Bados y García (2011).

Costo de respuestas.

Es una variante de la técnica Economía de fichas. Se trata de retirar un numero de reforzadores a la persona cuando esta emite la conducta que queremos extinguir, la retirada ha de hacerse de manera inmediata después de la emisión de la conducta. Esta técnica es eficaz en el control de normas de convivencia en el grupo familiar y escolar.

Hay que tener cuidado porque puede ser ineficaz o peligrosa para personas que no tienen posibilidad de conseguir reforzadores o que tienen un historial de castigos, Bados y García (2011).

Economía de fichas.

Kazdin, A. E. (1977), menciona que la economía de fichas es utilizada tradicionalmente en la orientación, la terapia familiar y en el campo de la salud mental. Es uno de los tratamientos más versátiles.

Se trata de un sistema de reforzamiento en que se administran fichas como refuerzo inmediato, fichas que son respaldadas posteriormente permitiendo que se cambien por recompensas más valiosas. (Por ejemplo, los cartoncitos que dan las paradas de las ferias ambulantes, que suman unos puntos que se convertirán en regalos.) Los componentes de la técnica son:

- La ficha o medio de intercambio.
- Las recompensas o refuerzos.
- El conjunto de reglas que definen las interrelaciones entre las conductas específicas para obtener fichas y los refuerzos de respaldo por los que se pueden cambiar las fichas.

Las fichas pueden ser cualquier material u objeto agradable y manejable. Las recompensas podrán ser todo aquello que se sepa que lo es para el sujeto. Las condiciones de aplicación son similares a las de Costo de respuesta, Kazdin, A. E. (1977).

Tiempo fuera de reforzamiento.

De acuerdo a Bados y García (2011), consiste en separar temporalmente al sujeto de las fuentes del lugar en que operan los reforzadores o recompensas., esto se hace inmediatamente después de la conducta. Se emplea constantemente en la familia: separar a dos hermanos que se pelean y enviarlos a su habitación.

Para que sea eficaz hay que controlar estas variables:

- El lugar al que se envía a la persona, su separación, no ha de ser reforzante. (a jugar a la calle)
- El lugar ha de estar desprovisto de reforzadores (una habitación con juguetes)
- Permanencia corta. Si es más larga puede encontrar reforzadores
- Advertir antes de aplicarla de la posibilidad que tienen de sufrirla.
- Emplear reforzadores de conductas positivas para no tener que utilizar tanto la separación.
- Evitar la confrontación verbal y física para la separación.

Sobre corrección.

Existen 2 modalidades: La restitutiva, consiste en que la persona restaure los efectos producidos y la sobre corrección o práctica positiva; que radica en extinguir conductas no deseables, es decir, que la persona que alteró el ambiente o destruyó el material, etc. lo restaure devolviéndolo al estado original o mejorándolo.

6.10 Técnicas para reducir y eliminar la ansiedad.

El entrenamiento en el control de la ansiedad: Suinn y Richardson desarrollaron en 1971 el *entrenamiento en el control de la ansiedad (ECA)* como una terapia conductual para el tratamiento de los trastornos generalizados de ansiedad. En el ECA, no es necesario que los pacientes identifiquen las causas o estímulos que precipitan su ansiedad. Por el contrario, la misma experiencia de ansiedad se emplea para entrenar al paciente a reconocer su presencia. Se enseña al paciente

a prestar atención a síntomas que reflejan la presencia de ansiedad. Las sesiones del ECA continúan luego entrenando al paciente en la iniciación de respuestas de relajación cuando se percibe la activación de la ansiedad alcance un nivel elevado.

El ECA utiliza profusamente la imaginación, bien para activar la ansiedad bien para mejorar la relajación. En el primer caso, se pide al paciente que recuerde un acontecimiento en el que experimento moderados o elevados niveles de ansiedad. Por medio de la imaginación, el paciente recuerda este acontecimiento, volviendo a experimentar la ansiedad. En términos de la relajación, el paciente identifica un acontecimiento que conlleva el estar relajado. Concentrándose en esta imagen, se ayuda al paciente a encontrar la misma sensación de relajación.

Las cinco sesiones de que se componen el ECA son las siguientes (Suinn, 1985; Suinn y Deffenbacher, 1988):

Sesión 1: Está sesión implica cuatro pasos-explicación razonada, desarrollo de una escena de relajación, entrenamiento en relajación (método) y la asignación de tareas para casa. En el segundo paso, la escena de relajación debería describir un acontecimiento real que este asociado con sensaciones de relajación o tranquilidad.

Sesión 2: En esta sesión se incluyen cuatro etapas- la identificación de una escena de ansiedad, la relajación, la ansiedad (escena) seguida por la relajación (escena y método) y las tareas para casa. La primera de esas etapas selecciona una escena que implique una experiencia real asociada con un nivel moderado de ansiedad (un nivel de 60 en una escala en que el 100 es el máximo de ansiedad). La segunda etapa incluye instrucciones de relajación sin emplear el componente de tensar los músculos.

Sesión 3: Esta sesión sigue los pasos usados en la sesión 2, pero añadiendo dos pasos nuevos, la relajación iniciada por uno mismo y el prestar atención a los síntomas activadores de la ansiedad, de modo que el paciente pueda identificar las señales personales asociadas con la ansiedad. Así, los pasos implicados en la sesión 3 son la relajación iniciada por el paciente, la activación de la ansiedad, el

atender a los síntomas de ansiedad durante esta activación, la vuelta a la relajación, la repetición (3-4 veces) de este ciclo «activación-atención a los síntomas-relajación», y las tareas para casa.

Sesión 4: En esta sesión se identifica una escena de ansiedad de nivel 90, que se alternara con la escena de ansiedad de nivel 60. Luego, la sesión requiere que el paciente asuma más responsabilidad para obtener el control después de la activación de la ansiedad (escena imaginada). En vez de que el terapeuta termine la escena de ansiedad y vuelva a iniciar la relajación, el paciente decide cuando finalizar la escena de ansiedad y toma la responsabilidad para implicar la relajación empleando una escena relajante, una revisión de los músculos (relajándolos) o una relajación controlada por estímulos (respiración profunda). La tarea para casa implica comprobar las primeras señales de una activación estresante inminente e iniciar las habilidades de relajación si se percibe estrés.

Sesión 5: Esta sesión completa el desvanecimiento gradual del terapeuta y la obtención, por parte del paciente, del autocontrol. El paciente emplea la escena de ansiedad para experimentar la activación de la ansiedad y mientras está inmerso en la escena, inicia el control de la relajación. Cuando se alcanza esta, el cliente finaliza la escena de ansiedad y continúa con la relajación hasta que el terapeuta le presenta la siguiente escena de ansiedad. Al igual que antes, se alternan las escenas de nivel 60 y 90. La tarea para casa es la misma que en la sesión anterior.

Sesiones 6 a 8: Se repite el formato de la sesión 5 del ECA hasta que se consigue totalmente el autocontrol. El terapeuta busca una situación real para que el paciente pueda comprobar su progreso en el control de la ansiedad; (Suinn y Richardson, 1971).

CAPITULO VII MÉTODO.

7.1 Pregunta de investigación

¿Es la terapia cognitivo conductual una alternativa para el control de la ansiedad y agresividad?

7.2 Hipótesis.

Hi: La terapia cognitivo conductual es una alternativa para reducir la ansiedad y agresividad en mujeres de 26 a 60 años.

Ho: La terapia cognitivo conductual no es una opción para disminuir los niveles de la ansiedad y agresividad en mujeres de 26 a 60 años.

7.3 Tipo de investigación.

Enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi-experimental, que se aproximan a las características del control de los experimentos verdaderos para deducir que la intervención tuvo el resultado esperado (Cozby, 2005).

7.4 Diseño.

Test- Postest debido a la aplicación de las siguientes pruebas cuestionario de GADI (Generalized Anxiety Disorder Inventory) e Inventario BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory). Para conocer los niveles de ansiedad y agresividad y posteriormente el tratamiento Cognitivo-Conductual (taller), en mujeres que se encuentran recluidas en el sistema penitenciario con la finalidad de conocer los niveles de ansiedad y agresividad, consecutivamente a la aplicación del tratamiento se realizará una segunda aplicación de dichos test(s) con el fin de conocer si se logró una disminución en los niveles de ansiedad y agresividad, y con ello conocer los resultados obtenidos de dicha aplicación.

7.5 Variables.

VI: *Terapia cognitivo-conductual*

Definición conceptual: La terapia cognitivo-conductual es una combinación de dos enfoques; el conductual y el cognitivo, la cual pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica, está orientada hacia el presente, poniendo énfasis en los patrones disfuncionales actuales del pensamiento y conductas, basándose en un enfoque práctico, de corta duración y baja costo. La terapia cognitivo conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de estos (Sánchez, 2008).

Definición operacional: Para saber si la terapia cognitivo-conductual puede disminuir la ansiedad y agresividad en mujeres de 26 a 60 años, se indicaran cuales son la técnicas que aplicables a mujeres: Respiración diafragmática o abdominal,

relajación muscular, musicoterapia, habilidades para la vida, autoconcepto y autoestima.

VD: Ansiedad

Definición conceptual:

La ansiedad es parte normal de la *vida* y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder.

Puede definirse como una anticipación de un daño, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más.

Definición operacional:

Cuestionario de GADI (Generalized Anxiety Disorder Inventory) 1992 -1997, publicado en los archivos internacionales de medicina en el 2006.

VD: Agresividad

Definición conceptual:

Según Whitaker (año), hace referencia a: “La tendencia a atacar a otro individuo, con la intención de causarles daño físico como psicológico. Por lo tanto, la fuerza física declarada, lo mismo que el abuso verbal y el sarcasmo, constituyen formas de conducta agresiva”

Definición operacional:

Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) (Buss-Durkee Hostility Inventory), (Buss y Durkee, 1957).

7.6 Muestra

Mujeres entre 26 a 60 años de edad del Centro Femenil de Reinserción Social en Tepepan, delegación Xochimilco, Ciudad de México.

Para llevar a cabo el estudio, se realizó una invitación al taller a internas para que pudieran participar en este las que gustaran se anotarían en una lista expedida por el plantel. El número de participantes fue de 12 internas con delitos de asesinato, tráfico de drogas, de armas, de blancas, secuestro, robo a mano armada, fraude, complicidad y difamación, dos en proceso preliberacional a dos meses de salir y las restantes cumpliendo sentencia, la más prolongada de 60 años; con un nivel de escolaridad la mayoría de primaria, cuatro con preparatoria y una concluyendo su Licenciatura en Derecho la cual estudio dentro de este.

7.7 Instrumentos.

El Test de ansiedad GADI es una escala utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de ansiedad generalizada a personas que sufren un alto nivel de ansiedad. Cuestionario auto aplicado el cual presentan 22 apartados y en cada pregunta ha de elegir una sola respuesta; cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, lea con cuidado y procure identificar el grado en el que han aparecido estas reacciones en

usted, por lo cual gestione y conteste de forma sincera. El tiempo que se empleó para dicha prueba fue de 30 minutos. Ver anexo 1.

El Inventario BDHI y en nuestro medio ha sido adaptado por Oquendo y cols. Es un cuestionario auto aplicado de 75 ítems en cada oración debe decidirse entre dos alternativas: verdadero y falso procura leer con cuidado y marca la opción con la que te identifiques se da un tiempo de 45 minutos para contestarlo. Ver anexo 2

Taller para el control de la ansiedad y agresividad. Consta de 15 sesiones, con una duración de dos horas cada sesión dos días por semana su objetivo es Implementar nuevas estrategias para favorecer sus relaciones interpersonales involucrando, el ámbito emocional y conductual, buscando afianzar habilidades y destrezas que les permitan adaptarse a su contexto. Ver anexo 3

7.8 Procedimiento.

Se trabajó con un grupo de contención de 12 internas del Centro Femenil de Reinserción Social, a partir de sesiones terapéuticas de 2 horas cada una, dos veces a la semana, siendo un total de 15 sesiones.

Se pretendió que las internas adquieran estrategias de, autocuidado, para la preservación de la su salud emocional y técnicas para la reducción de la ansiedad y agresividad, deseando lograr un impacto tanto a nivel individual como en equipo de trabajo.

El trabajo terapéutico estuvo dirigido por nosotras las investigadoras, quienes condujeron al grupo mediante el fortalecimiento de un clima de confianza para fomentar la participación y un cambio emocional. A la vez supervisadas por la Jefa

del Departamento de Psicología de este y una Licenciada de Derecho que era encargada del departamento de Tesis en la Subsecretaría Penitenciaria de la Ciudad de México.

El primer día de sesión se llegó a la sala del área de Psicología asignada para el taller, las participantes llegaron en tiempo y hora, se les dio la bienvenida por integrarse a éste y se entregó unas tarjetas para que cada quien le pusiera su nombre y poderlos dirigir a ellas, todas las participantes se sentaron en círculo al mismo nivel, incluidas las facilitadoras, se efectuó la presentación con el grupo y se les agradeció a todas por haber asistido. Acto seguido se efectuará el encuadre, en el cuál se puntualizaran algunos aspectos:

- ✓ Primero, se enfatizó que para formar parte de este grupo de contención deben comprometerse, en la medida de lo posible, a venir a todas las sesiones. Ya que en cada sesión se tratarán temas diferentes relacionados con lo discutido al tema.
- ✓ Segundo, se explicó la necesidad de mantener un espacio de confidencialidad respecto a todos los temas que fueron tratados en el grupo. Todo lo que se trabajó en el grupo se quedaba en él, cada persona es libre de compartir lo que tenga que ver directamente con ella, pero nada que concierna a otra integrante o al grupo en general.
- ✓ Tercero, fue momento ideal donde se planteó el horario, los días de sesión, y las reglas que debían llevarse dentro del grupo.

Al terminar el encuadre se expuso de manera general el motivo de la investigación y que la información proporcionada sería confidencial. Por lo que primeramente se aplicó el cuestionario de GADI.

Al concluir la aplicación se realizaron dinámicas de grupo para romper el hielo y fomentar la empatía entre las participantes al igual que la realización del test de colores para analizar el grado de los estados emocionales de estas. Una vez el

tiempo establecido hubo terminado, se les dio las gracias por su asistencia y esperando verlas la próxima sesión.

Iniciando la sesión dos se preguntó cómo habían estado se les dio la bienvenida y se empezó a aplicar el inventario de hostilidad. Al concluir la aplicación se continuó con una dinámica de grupo «Mis manos te quieren decir algo» con la finalidad de consolidar aún más la empatía en el grupo y se sintieran bien recibidas, se concluyó exitosamente la dinámica dando pie a una pequeña exposición de las emociones y haciendo que el grupo participe, al término de esta, se realizó la dinámica «Sin resentimientos» donde se les proporcionó una hoja blanca y lapiceros, mientras se indicaba que la hoja, debería de estar doblada en cuatro partes iguales, en la primera columna anotaron las personas que han visto últimamente, en la segunda columna el resentimiento que tienen hacia esa persona describiéndolo en una oración, en la tercera columna, que piensa hacer por cada expresión de resentimiento y la última la acción de aprecio hacia él.

Transcurrida la dinámica algunas participantes se notaron con enojo, furia y odio hacia las personas escritas en su hoja, se les hizo ver que ese sentimiento que tienen hacia ciertas personas debería de sanar perdonar y dejar ir y que guardar esa emoción les traería complicaciones; los motivos que las llevaron a estar en prisión deben trabajarlos y liberar ese sentimiento con un perdón y olvido para ser una nueva persona. El ambiente en esta sesión estuvo algo pesado con todo lo expuesto en la dinámica como retroalimentación se les hizo ver, la importancia de poder sacar lo que sintieron. Concluida la sesión se les dio las gracias por asistir y se les brindó un fuerte aplauso para motivarlas a seguir viniendo.

En la sesión tres se retomó, parte de la sesión pasada, el tema de las emociones, se dio la bienvenida y se pidió que se sentaran y formaran un círculo al instante que cerraran los ojos y que trajeran a su pantalla mental aquella situación la cual las hizo estar en prisión, (mientras una de nosotras observa detenidamente las expresiones que hacía cada una de las participantes) y que pusieran atención a las emociones que les surgieron, las sensaciones, los pensamientos, y como

reaccionaron ante la situación y como han sabido enfrentar dicha vivencia, pasando el tiempo las participantes mencionaron que pensaron que era el fin de su vida y no veían futuro se les hizo la retroalimentación con respecto a la pérdida de su libertad y todo lo que dejaron atrás y dándoles a entender que si están ahí es para encontrarse a sí mismas y tales como son.

Después de la dinámica se pasa al tema de autoestima con una pequeña exposición de las facilitadoras para reforzar la explosión se realizó la dinámica «Árbol de logros» se les facilita una hoja en blanco y colores base dándoles las instrucciones de que dibujaran un árbol con frutos estos serían las metas que ellas querían realizar saliendo de prisión y que necesitaban para lograrlo todas expusieron sus metas y los trabajos que necesitarían para realizarlos y que sobre todo es la motivación que cada una tiene para realizarlo. Se concluye la sesión.

En la sesión cuatro se vinculó con la sesión tres de autoestima y se dio el tema de autoimagen al igual una pequeña exposición para retroalimentar lo explicado se aplicó una dinámica «sombra» donde se pidió a la participantes que en un papel bond tracen su silueta y que agreguen a ella sus virtudes y defectos al igual de que es lo que les gusta de ellas y que les gustaría cambiar. Todas expusieron su silueta y se retroalimentó diciéndoles que son únicas y que nadie en el mundo va a poder igualarlas que deben aceptarse tal y cuales son y que esos defectos que tienen pueden trabajarlos para mejorarlos solo se necesita tiempo y aceptación de sí mismas. Se les da gracias por la asistencia a esta sesión.

En la sesión cinco como siempre se les dio la bienvenida y se cuestionó sobre cómo han estado de ánimo. En esta sesión se habló del tema de autoconcepto con una pequeña exposición para aclarar sobre la definición del mismo y al final se les hizo una cuestión de gran relevancia con respecto a la relación que tiene la autoestima, autoimagen y autoconcepto para que hicieran un reforzamiento, y se tomaran en cuenta la opinión de cada una de las participantes, se levo acabo la dinámica «Ventana de Johari» en esta actividad se les proporciona una hoja blanca y lapiceros al igual que se les menciona que deben de dividir en cuatro partes donde

cada espacio va a escribir las cualidades o virtudes que tienen de sí mismas, los defectos que tienen y nadie ve y lo que las personas piensa de ellas y que ellas no saben. Esta actividad tuvo como finalidad que las participantes se dieran cuenta de que el aspecto que cree una que tiene no es el mismo que tienen las demás, se les da las gracias por la asistencia a la sesión.

En la sesión seis se expuso acerca del «Trastorno de ansiedad» así como su definición, clasificación, sintomatología y deliberando que situaciones les generan dicho estado, con el fin de que las internas logren identificar no solo en que situaciones pueden presentar síntomas de ansiedad sino cuales son, y con el fin de que ellas logren ejercer control sobre sus acciones cuando están en situaciones que provocan ansiedad se les enseñó una técnica de relajación: Respiración diafragmática o abdominal.

Dicha técnica tiene como objetivo enseñarles el control en la respiración y la relajación del cuerpo, con el fin de que logren meditar sobre lo que piensan hacer y en las consecuencias que puede traer su acción.

Como punto de cierre se les dejó la tarea de ejercer la técnica y que tomen en cuenta la sensación que les envuelve al realizarla para que en la próxima sesión se hable de si algo cambio con la aplicación de este método de respiración.

Se inició la sesión siete con la interrogante de si la aplicación de la técnica de respiración efectuó algún cambio en su conducta, recibiendo respuestas favorables. Por consiguiente se decidió empezar con la actividad siguiente para ver hasta que cierto punto llego a ser el cambio en cada una de las internas. Se les pidió dividirse en tres equipos y hacer, de lo que recordaran de la exposición de trastorno de ansiedad, un collage; empero cada equipo tendría diferente material y a uno en específico le faltarían cosas, además de que las instrucciones para cada equipo fueron diferentes.

Uno podía prestar cuanto quisiese del material mientras que a otro se le prohibió hacerlo, afectando de esa manera al tercero, quien carecía de bastante material. El

fin de la actividad fue ver las reacciones de cada equipo, mostrando de forma favorable que hubo control de impulsos agresivos tanto físicos como verbales.

Posteriormente, se aplicó la técnica de musicoterapia no solo para relajarles sino una forma de motivación para el desarrollo de autoestima y seguridad en sí mismos. Por último se les dejó una tarea relacionada con la próxima sesión, pidiéndoles que en una hoja escriban las situaciones que les generan una gran carga emocional.

En la apertura de la sesión ocho se cuestiono acerca de la realización de la tarea y por consiguiente juntarlos en pareja para discutir no solo dichas situaciones sino ver opciones para evitarlas o controlarlas. Se propició de forma inmediata un ameno ambiente donde todas comenzaron a expresar sus opciones y cuando estas hubieron terminado se les comenzó a dar una breve exposición acerca de la resolución de problemas y toma de decisiones, para que pudiesen tener en cuenta los pros y los contra de sus propuestas.

Remarcando lo aprendido se ejerció una actividad llamada «el fin del mundo», consistió en debatir que personajes podían ser salvados y por qué. Se delibero motivos, situaciones, beneficios y consecuencias de lo que sus decisiones podrían traer al «futuro» de la humanidad que se salvaría, las participantes reaccionaron muy bien a la dinámica dando explicaciones y argumentos válidos, al término se les agradece su participación y se dio un fuerte aplauso por haber trabajado en equipo.

La sesión nueve trato primordialmente de las habilidades sociales, la importancia de la comunicación y el cómo las diversas interpretaciones pueden desglosar diferentes situaciones, incluso se hizo que cada interna expusiera una situación frente al grupo con el fin de promover la aceptación del libre albedrio de las demás, respetando así las diferentes opiniones, más las que no están de acuerdo con la propia. Y como actividad final se les proporciono una hoja que decía: « Mensajes Yo », los cuales contenían diferentes situaciones y cada una tuvo que poner su opinión como si dicha situación le hubiese acontecido a ella, teniendo solo la importancia de lo que opinaba ella.

En la sesión diez se comenzó con la exposición del tema de «Agresividad», dando su definición y su clasificación para dar a entender que la agresión tiene variantes, no siendo solo de forma física, sino también verbales además de algunas formas de controlarla y las consecuencias que esta podría atraer no solo para con las personas que le rodean sino también para una misma. Por ello la actividad se trató del «Semáforo», que consiste asociar sus colores con las emociones y la conducta. Siendo el rojo para frenar cualquier acción, el amarillo para la meditación de lo que pensaba hacer y el verde la solución que decidió tomar. Siendo una técnica que puede serles de ayuda en un futuro. Y como reforzador se hizo el cierre con la técnica de: como ver las cosas. Consistió en mostrar una serie de imágenes ambiguas y que pueden tener doble perspectiva, hacerles meditar sobre estas y quedarse con la que resulte más útil e intentarla convertir en algo positivo.

En la sesión once lo comprenden cuatro puntos, en el primero se realizara una *reflexión*: El objetivo de dicha reflexión es perder el miedo a ser criticados por otras personas, en segundo plano se abordara la *asertividad* junto con la toma de decisiones personales, recordando que de acuerdo a las decisiones que se toman se verán afectadas o beneficiadas las personas que están a su alrededor, en modo de exposición; como tercer punto se planteara a manera de afirmación *soy asertivo*, llevándolo a cabo a través de una serie de fichas en la que se presenta una situación y tienen que hacer frente por medio de su respuesta y con ello se busca el reconocimiento de sí mismas, a través de su comportamiento y reacción; para concluir con la sesión, el cuarto punto, va evocado a la toma de conciencia por medio de una reflexión pretendiendo desarrollen habilidades de comunicación y así favorecer sus relaciones interpersonales y por ende se vean modificada su conducta agresiva y está a su vez se reduzca.

La sesión doce estuvo conformada por tres actividades; de apertura fue una dinámica que tiene por nombre: «*Saber pedir para poder abrir*», se pretendió desarrollar la habilidad de comunicarse verbalmente, buscando la reflexión, y el análisis de su comportamiento al realizar dicha acción, así como el anticipar

consecuencias futuras; en la segunda actividad se pretende generando empatía, a través de la dinámica: «*El amigo desconocido*», se quiso generar empatía cada participante con los ojos vendados, forzándolas hacer uso del sentido del tacto y oído, expresaron y compartieron sentimientos vividos, así como palabras de aliento, buscando generar confianza y lazos de amistad; para concluir la sesión se hablara de *Resiliencia*, se dará definición, características y la utilidad de la misma.

En la antepenúltima sesión se conformó por tres apartados en la primera parte se aplicó el post-test de GADI de manera grupal con un tiempo de 45 minutos; posteriormente se dará inicio a la actividad «*Mascaras*», la finalidad de esta actividad es que aprendan a verse con otros ojos y ver a las demás, respondiendo a tres preguntas: ¿Quién dicen que soy?, ¿Quién me gustaría ser? y ¿Quién soy en realidad?; para finalizar la sesión con la actividad «*Cumpleaños Mundial*» lo que se buscó la convivencia en donde todas son las festejadas y las protagonistas de dicha celebración.

En la penúltima sesión consto de dos apartados: la primera es la aplicación del post- test inventario BDHI; por consiguiente y para darle continuidad en lo que refiere, Habilidades para la vida, la dinámica tiene por nombre: «*Volando mi cometa*», el objetivo fue trasladarlas y llevarlas a otro contexto fuera del medio en el que se encuentran y pudieran, en ese cometa salir, visualizarse en tres tiempos: Lo que fue, ha sido y será su vida una vez concluida su sentencia; para dar termino a la actividad programada se les pidió que realizaran una carta, la cual tiene como título: «*Carta a mi mejor amiga*», en la cual se les indico que esta carta es personal, nadie más la leerá y esta misma va dirigida para sí mismas, en la cual podían anexar situaciones agradables para si lo que les gusta hacer o bien si hay algo que les molesta de sí; al término se les pidió quienes gustaran podrían compartirlo.

La última sesión consto de solo dos partes, en la primera: Se empleó la dinámica, «*Telaraña*» con la ayuda de una bola de estambre se les agradeció de manera general su participación en el taller al mismo tiempo se les brindo unas palabras de aliento; preguntándoseles que les había parecido el taller, que aprendieron y que se

quedaban del mismo, otorgándoseles la palabra una por una hasta concluir con todas las participantes.

Para dar termino al taller en el segundo plano se llevó acabo la dinámica: «*Soltando el pasado*», como parte del mismo consto en darles un papelito en blanco en el cual colocarían un motivo por el cual, una vez saliendo del centro de reinserción social, les gustaría luchar posteriormente se les dio un pedazo de estambre y cinta adhesiva el cual sujetarían como parte de la dinámica, se les indico que saldríamos al patio ya que en él les esperaba tres globos de cantoya. Cada una colocaría a la estructura el objetivo que tiene una ves saliendo y el compromiso que tiene consigo mismas alcanzar su sueño ciertamente no sería fácil, pero deben de luchar por alcanzarlo, una vez colocados se predio la mecha, cuando comenzó a inflar el globo se les indico lo soltaran para que vieran en ese globo sus sueños partir.

CAPITULO VIII RESULTADOS

8.1 Confiabilidad y Validez del Inventario de Desorden de Ansiedad Generalizada (GADI)

De acuerdo a los datos obtenidos del Alfa de Cronbach para la presente investigación, indica que la prueba es confiable para el análisis y aplicación del instrumento dentro de los Centros de Reinserción Social.

Cuadro 3

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.972	.971	22

8.1.1 Resultados de la aplicación del Test y Postest de GADI

Se presentan los resultados derivados en el desarrollo de la investigación, acentuando y partiendo del procedimiento llevado a cabo para la obtención de validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

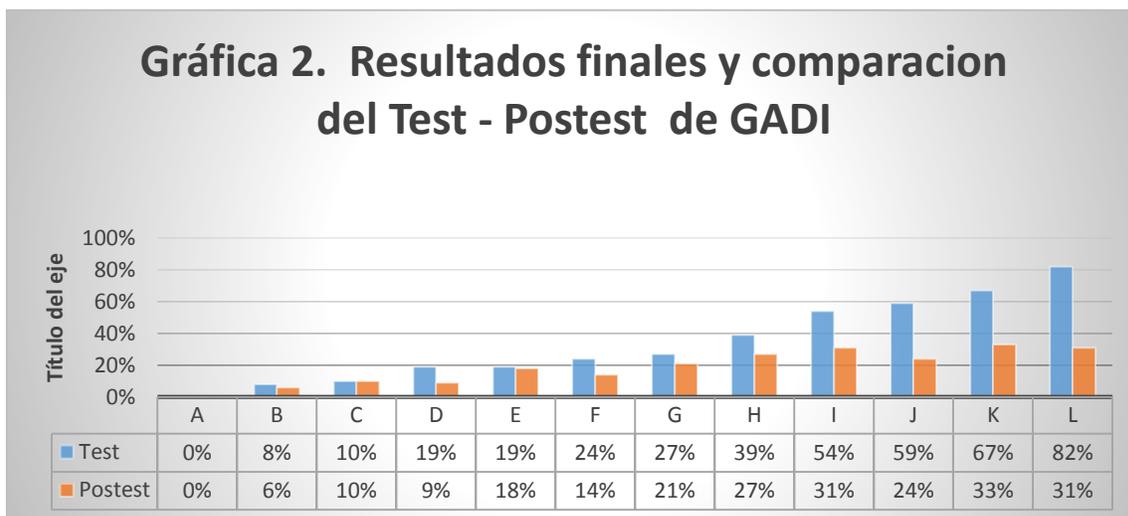
El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico SPSS, el cual es un sistema amplio y flexible de análisis estadísticos y gestión de información que permite trabajar con datos procedentes de distintos formatos. De la misma forma dentro del programa analizamos el nivel de Ansiedad así como el grado de Agresividad de dicho grupo de investigación.

Como se muestra en la Gráfica 1, se aplicó el test de GADI a las participantes, se evaluó y se graficó con un orden de menor a mayor. Los resultados indican que cuatro de ellas marcan un nivel alto de ansiedad; por lo que se verá si con las técnicas aplicadas en el Taller para el Control de Ansiedad y Agresividad, sus niveles pueden bajar o, en caso contrario, mantenerse en los mismos porcentajes. Ya que hay varios factores que influyen en la eficacia del taller como la continuidad de los días, los espacios otorgados, el tiempo de las internas, sus actividades personales, entre otras además de que la información oficial autorizada y objetiva del sistema penitenciario es limitante.



De acuerdo a la Gráfica 2 haciendo la comparación del test-posttest se puede observar que la participante “A” no tiene una varianza en su puntaje tanto en el test como en el posttest, ya que estaba a meses de salir del Centro de Reinserción Social, por lo que estaba apartada del grupo de las demás internas; debido a que aquellas que están a punto de salir son excluidas del resto de la población perteneciendo al módulo preliberacional, como es el caso de la participante “A”, esto

hizo que su grado de ansiedad no fuera elevado como en el resto de las internas. En cambio con las participantes C y E no es muy notoria la varianza, como en las integrantes: B, D, F, G, H, I, J, K y L, donde se observa una evidente diferencia.



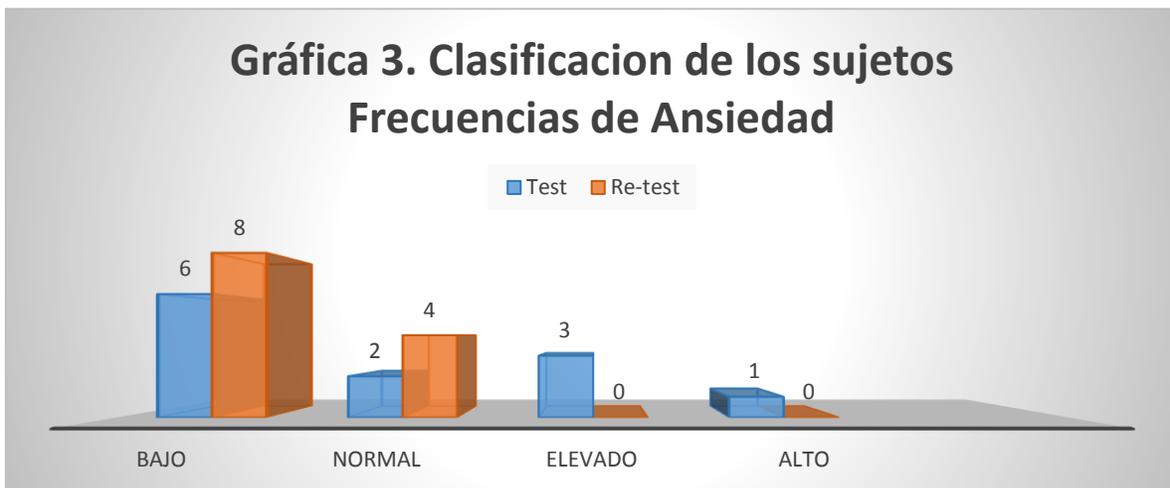
Como podemos observar en el Cuadro 3.1 la significancia de las medias del test y postest que indican los resultados finales de la prueba. Sin embargo para puntuar se retomaron solo 11 ya que la participante “A” no presentó una puntuación como tal; y se pretende observar una significancia en los resultados. Añadiendo que el Margen de error que muestra tanto el test de 6.67213 y como postest de 3.47030, termina por reafirmar no solo la confiabilidad de la prueba sino que los resultados a causa del Taller impartido dejan ver una considerable discrepancia entre la primera puntuación y la segunda, aun cuando se tome originalmente a las 12 participantes o se contemplen solo 11 la puntuación no se ve notoriamente afectada ya que la varianza en el resultado es mínimo; sin embargo el valor total muestra una diferencia significativa, (consultar el alfa de cronbach p.141).

Cuadro 3.1: Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 TEST ANSIEDAD	35.0909	11	22.12896	6.67213
POSTEST ANSIEDAD	20.4545	11	11.50968	3.47030

En la Gráfica 3, hay cuatro niveles de ansiedad clasificados por la prueba. Seis de las participantes de estudio presentan niveles bajos; dos de ellas un nivel normal y las tres restantes un nivel elevado; y sólo una presentó un nivel alto, dichos resultados se obtuvieron a partir del test.

Se puede contemplar en la gráfica 3, que el 67% de nuestra población presenta un nivel bajo de ansiedad, mientras que el 17% se sitúa en un nivel normal y el 25% muestra un nivel elevado, en tanto el 8% experimenta un nivel alto. Por lo que en la comparación con el postets, arrojó que el 67% presenta un nivel bajo, mientras que el 33% se sitúa en un nivel normal lo que comprende nuestro 100% de las participantes de estudio; por lo que los niveles elevados y alto de ansiedad son nulos, tras la aplicación del taller con las internas.



Como se indica y se observa en el cuadro 3.2 las diferencias significativas de las variables oscila entre la puntuación obtenida de .931, esto implica que la prueba entre el test y postest están efectivamente correlacionadas, en lo que refiere a la significancia la prueba lo es ya que esta es menor a 0.05 por lo que muestra una prueba confiable.

Cuadro 3.2: Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	TESTANSIEDAD y RETESTANSIEDAD	11	.931	.000

En el siguiente Cuadro (3.3) se muestra como el grupo experimentó un decremento en la desviación típica de 12.15955 frente al error típico de la media de 3.66624, en lo que refiere al intervalo de confianza, la diferencia inferior de 6.46747 y superior de 22.80526 del grupo, obteniendo una diferencia significativa entre el test y postest de ansiedad.

Cuadro 3.3: Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación típ.	Error de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Pa r 1	TESTANSIEDAD - RETESTANSIEDAD	14.63636	12.15955	3.66624	6.46747	22.80526	3.992	10	.003

Después de haber iniciado el taller y con ello las actividades para el control y manejo de la ansiedad, se puede apreciar en la gráfica del postest que se redujeron notoriamente los niveles altos, siendo más del 60% los que tienen un nivel normal y bajo, habiendo un decrecimiento de manera significativa los niveles de ansiedad ya que ocho de las doce participantes presentaron un nivel bajo y cuatro un nivel

normal; por lo que muestran un nivel elevado y alto fueron nulos; como se puede observar en la gráfica 3 (p.145), hay un notorio avance en el manejo y control de la ansiedad, una vez concluido el taller.

En los cuadros que se presentan a continuación, hacemos el análisis de los datos totales del grupo de investigación a las 12 participantes con el que se trabajó originalmente ya que hacemos la comparación para ver si hay una varianza en el significado de los datos obtenidos en los cuadros anteriores.

Como podemos observar en el cuadro 4 se puede observar que los resultados del test y postest marcan una notoria significancia de desviación típica entre el Test 23.40487 y el Postest 12.46176. Comparando con el cuadro 3.1 donde solo se tomaron en cuenta 11 participantes la diferencia entre las cifras de la medias es mínima.

Cuadro 4: Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 TESTANSIEDAD	32.1667	12	23.40487	6.75640
RETESTANSIEDAD	18.7500	12	12.46176	3.59740

En lo que refiere al cuadro 4.1 el Test y Postest muestran una puntuación de Correlación de 0.944 en el grupo de 12 sujetos de estudio como se mencionó anteriormente, la puntuación no difiere notoriamente en cuanto a la correlación, en lo que refiere a la significancia la prueba lo es ya que esta es menor a 0.05 por lo que muestra una prueba confiable.

Cuadro 5.1: Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	TESTANSIEDAD y RETESTANSIEDAD	12	.944	.000

En el cuadro 5.2 se puede observar una disminución en la desviación típica de 12.33958 frente al error típico de la media de 3.56213, en lo que refiere al intervalo de confianza, la diferencia inferior de 5.57647 y superior de 21.25686 del grupo. En Comparación con el cuadro 3.3 (p.146), se mostró un cambio mínimo en los resultados.

Cuadro 5.2: Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				T	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	TESTANSIEDAD y RETESTANSIEDAD	13.41667	12.33958	3.56213	5.57647	21.25686	3.766	11	.003

8.2 Confiabilidad y Validez del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

El inventario de Hostilidad- Agresividad de Buss-Durkee (BDHI), fue adaptado por el psicólogo Carlos Reyes Romero de la Universidad Ricardo Palma en 1987, quien en su interés por encontrar un cuestionario que mida solo la agresividad, halló este inventario. El BDHI se consideró como un Cuestionario de Agresividad, tomando en cuenta las divisiones de los comportamientos de agresión realizados por Buss

(1957,1969, 1978). El cual consta originalmente de 75 reactivos divididos en ocho sub-escalas como se puede observar en el cuadro.

Originalmente esta prueba fue aplicada en estudiantes universitarios con la finalidad de conocer los niveles de Agresividad. Sin embargo nosotras lo enfocamos en las internas del Centro de Reinserción Social, por lo que se obtuvo el Alfa de Cronbach; mismo que se muestra en el cuadro 6 donde se aprecia que la prueba tiene un puntaje que considera al instrumento confiable para ser aplicado con internas.

Por otro lado, como se puede observar en los resultados de las sub-escalas, tres marcan que son confiables, dos son de confiabilidad baja y tres no tienen un buen nivel de confiabilidad, sin embargo las evidencias halladas al ser aplicada en población mexicana muestra tener significancia; es importante considerar que debería ser aplicada en un grupo con un número considerable de participantes; siendo que en nuestro caso el grupo fue reducido a 12 participantes.

La poca confiabilidad, puede variar por la aplicación original en estudiantes a diferencia de los resultados obtenidos en las internas. Esto se debe principalmente a que la prueba en sí fue aplicada a un grupo pequeño de 12 sujetos, mientras que con los universitarios fue un grupo mayor que consistía en 54 miembros, esto genera que los resultados que se muestra a continuación sean bajos.

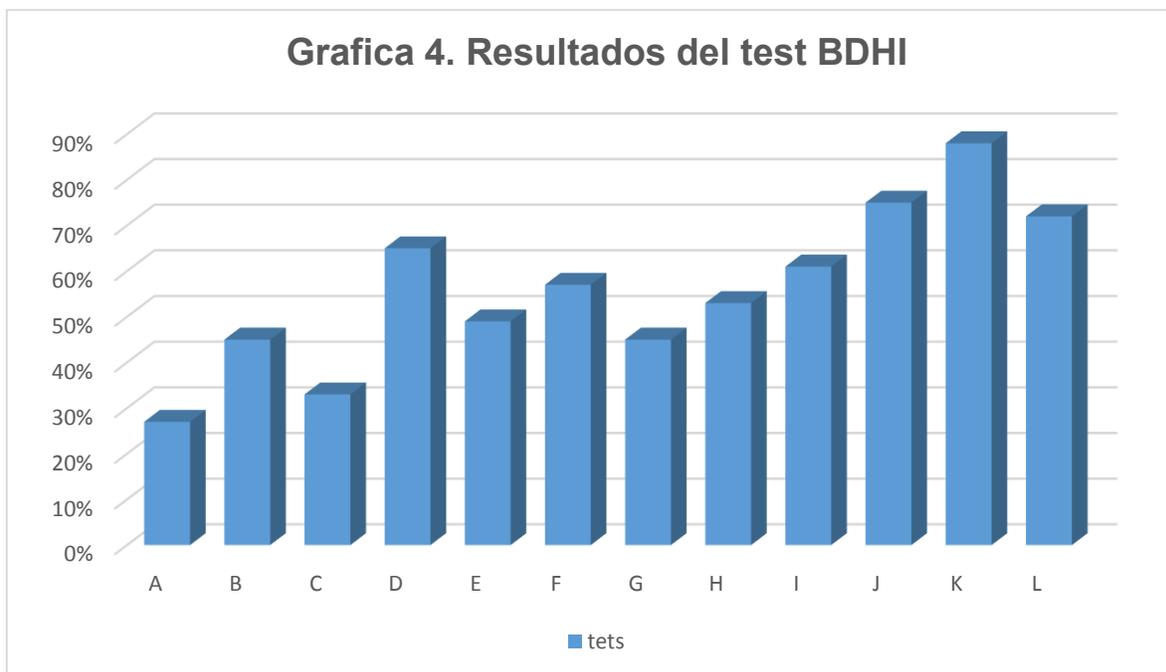
Cuadro 6

		Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Escala	Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)	.914	.912
Sub-escalas	Violencia	.581	.577
	Hostilidad Indirecta	.499	.514
	Irritabilidad	.661	.654
	Negativismo	.724	.717
	Resentimiento	.502	.558
	Recelo	.478	.517
	Hostilidad Verbal	.207	.189
	Culpabilidad	.707	.708

8.2.1 Resultados de la aplicación del Test y Postest de BDHI

La grafica 4 se muestra los resultados del test de Hostilidad. Los porcentajes indican, que son cinco las participantes que tienen arriba del 60%, indicando que sus niveles de agresión están elevados según la norma marcada por el test.

De las 8 sub-escalas que mide el test son las siguientes: violencia, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelo, hostilidad verbal y culpabilidad. Siendo la de mayor puntuación tanto en el test como en el re-test la escala de Hostilidad Verbal con un porcentaje de 98% test y 73% en el re-test, siendo el de menor valor Negativismo en el test tuvo un valor con 38% y re-test 22%.



Se puede apreciar que el nivel de agresividad es alto ya que pasan por diversos procesos, haciendo referencia a la interna "K", quien era la más agresiva dentro del grupo de estudio ya que la prueba arrojó que su agresión llega a lo físico; por lo contrario la participante "L", quien salió elevada en la sub-escala de hostilidad verbal

argumentó que su actitud no es así, sino que el medio en el que se encontraba la hizo adoptar ciertas conductas, esto corrobora el resultado elevado a dicho test.

Se puede apreciar en el cuadro 6.1, la media del Test es de 40.9167 mientras que en el Postest arroja una puntuación de 33.4167 demostrando de forma estadística la baja en los niveles de agresividad y en lo que respecta al Error típico de Media donde la puntuación es de 3.82270 y de post-test error típico de la media 3.84246, se puede inferir que aunque no haya una notoria disminución de los resultados hubo una significancia en el comportamiento de las mismas.

Cuadro 6.1: Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	TESTAGRE	40.9167	12	13.24221	3.82270
	POSTESTAGRE	33.4167	12	13.31068	3.84246

Podemos comprobar en el cuadro 6.2 que la correlación existente entre las puntuaciones obtenidas es de 0.588 esto implica que los grupos eran efectivamente relacionados, en cuanto a la significancia la prueba lo es ya que esta es menor a 0.05 por lo que muestra una prueba confiable.

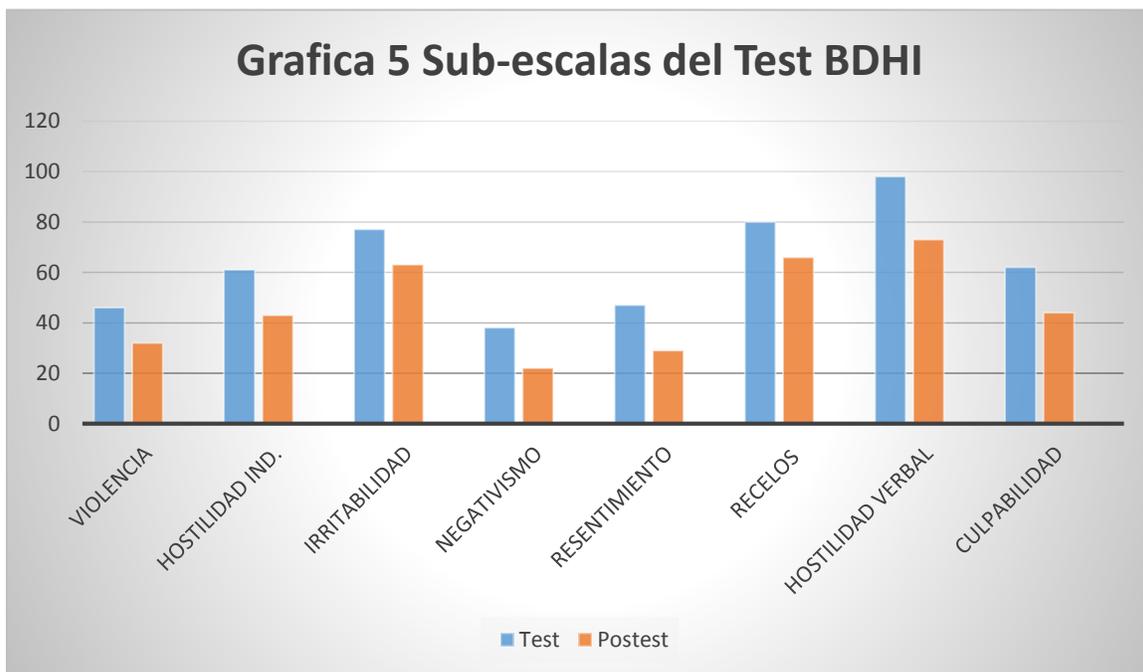
Cuadro 6.2: Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	TESTAGRE y RETESTAGRE	12	.588	.044

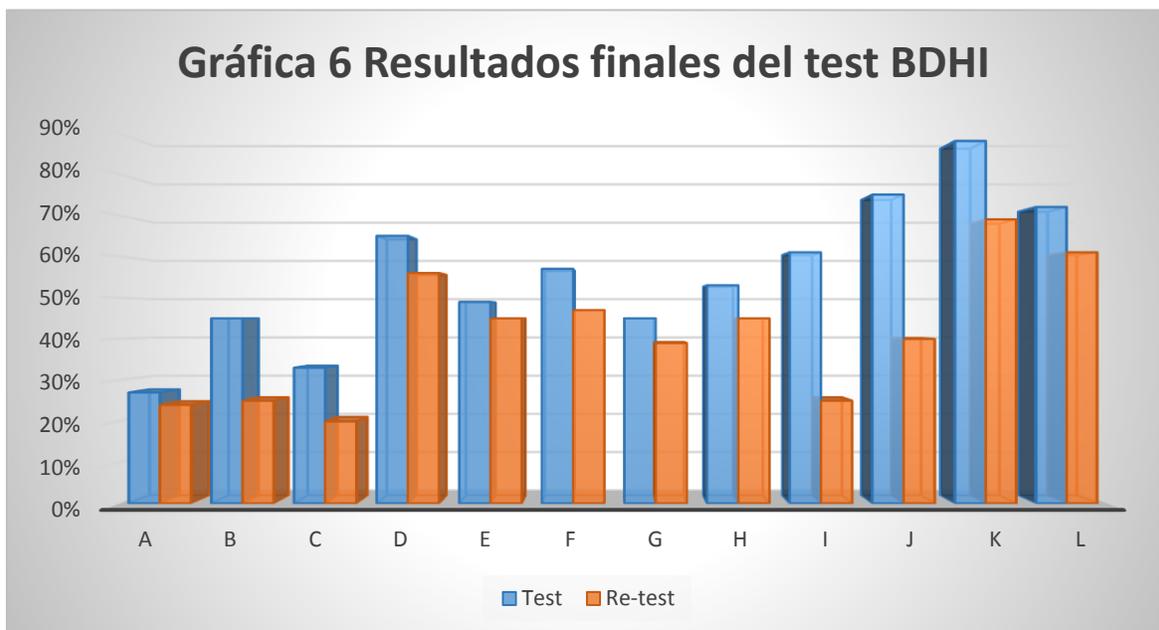
Se puede apreciar en la Grafica 5 que las sub-escalas más altas por las participantes son Irritabilidad, Recelo y Hostilidad Verbal. Mismas que se elevan por el medio en el cual se encuentran, puesto que sus actitudes se vieron forzadas a cambiar para poder adaptarse a las nuevas reglas y jerarquía que hay dentro del centro de reinserción.

Para ver más a detalle el índice de agresividad se puede observar el en cuadro, el resultado que indica la significancia de la comparación de las medias de cada sub-escala donde Hostilidad Verbal tuvo un puntaje de 8.1, y en el pos-test un puntaje de 6 por lo que la diferencia que hay entre ambas puntuaciones es de 2.1, seguido por Recelo con un puntaje de 6.6, y en el pos-test 5.5 con una diferencia entre ambas de 1.1, e Irritabilidad con un puntaje de 6.4 comparando con el pos-test de 5.2; su diferencia es de 1.2, respecto a la media.

La causa probable, por la cual de los resultados anteriores, se debe al tiempo a corto plazo que se nos otorgó para la aplicación de las sesiones y por ello disminuir con más notoriedad el porcentaje ya que el Modelo Cognitivo Conductual requiere de una constante para poder reforzar cierta conducta y en este caso no fue así ya que solo acudimos 2 veces a la semana.



Como se puede apreciar en la gráfica 6, la valoración y comparación del test y re-test de hostilidad, muestra los resultados sintetizados a porcentajes de manera gráfica del re-test BDHI aplicado a nuestra población, los cuales bajaron considerablemente, a simple vista; lo cierto es que realmente no hay una diferencia significativa, siendo solo dos de las participantes las que se mantuvieron en un porcentaje arriba del 60%, sin embargo cabe mencionar que en la primera aplicación del inventario arrojaron resultados de 86% y 84%, por lo que se puede asegurar que sí hubo una disminución en sus niveles de agresividad de forma notoria. La circunstancia más probable de que no todas llegaran al rango de normatividad que marca la prueba fue la inconsistencia de los días ya que solo nos dieron al acceso al lugar 2 veces a la semana por lo que no nos fue posible la consistencia de lo que se tenía planeado para reforzar ciertas conductas.



En el cuadro 6.3 se aprecia que la desviación típica de 12.05668 en comparación con el resultado estadístico de muestras relacionadas es baja, pero no de forma notoria.

Cuadro 6.3: Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par TESTAGRE - 1 RETESTAGRE	7.50000	12.05668	3.48046	-.16045	15.16045	2.155	11	.054

Por lo que podemos corroborar que el taller tuvo un impactó y resultó ser efectivo, respaldado por la consistencia de los resultados que mostró el re-test, independientemente de la características que expone cada una de nuestras participantes, el resultado fue satisfactorio mostrando un nivel bajo de agresividad.

En lo que respecta al Margen de Error de la prueba en lo que refiere al Test la puntuación es de 3.82270 mientras que en el pos-test se obtuvo una puntuación de 3.84246 por lo que solo hay una variación de 0.01976 aun cuando los valores no parecieran ser muy marcados en lo que refiere a la diferencia y la reducción es mínima, podemos inferir que el Taller cumplió con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y agresividad. En cuanto a la significancia de la prueba esta lo es ya que esta debería ser menor a 0.05 pero el resultado que arrojó el programa SPSS es de .054 por lo que se encuentra dentro de los límites para que la prueba sea confiable.

CONCLUSIONES

Cuando la mayoría de las personas tiende a abordar el tema de la vida en prisión, suelen pensar que las personas que yacen en esos lugares son de todo culpables y que han dejado de corresponder el entorno al que pertenecemos, posteriormente prefieren excluir y negar la existencia de dichos lugares y de las personas que habitan en ellos.

La labor que realizamos dentro del Centro de Reinserción Social, nos permitió ver un sinnúmero de aspectos; teniendo como objetivo y sin perder de vista el lado humano a la hora de trabajar, mismo que nos recalcaron y agradecieron al concluir del taller algunas de las internas. Ellas siempre se acercaban al término de cada sesión para darnos su punto de vista y agradecemos por la labor, comentándonos acerca de las carencias que se viven dentro del centro ya que resulta insuficiente y, aun cuando se ofrece dentro del área de psicología tratamiento terapéutico y en algunas ocasiones talleres, suelen ser limitado el número de participantes ya sea por el poco interés de las internas o porque dichos talleres no son tan constantes. Por lo que se verá si con las técnicas aplicadas en el taller para el control de Ansiedad y Agresividad, sus niveles puedan bajar o en caso contrario, mantenerse en los mismos porcentajes

Sin embargo hay un hecho evidente del que nos percatamos durante nuestra corta estancia: comprender que no solo es cuestión del gobierno, sino que los esfuerzos realizados por parte de los que laboran son arduos pero el número del personal es insuficiente para poder abarcar a la población, los recursos que se destinan parecieran escasos; afortunadamente se suman asociaciones civiles que sin finalidades de lucro participan para hacer la vida de las internas más amena, en especial para aquellas mujeres que han sido olvidadas y son quienes no reciben el apoyo de sus familiares. Contrario a las que aún tienen vínculos con familiares y

amigos, ya que al recibir este apoyo obtienen más fuerza para poder seguir adelante y junto con ello culminar con una sentencia que les fue dada.

En psicología hay algo que se llama “*resiliencia*”, término que hace alusión a la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha. Misma tenacidad que se verá reflejada en dicho lugar, es un hecho evidente el deseo de salir adelante pese a la adversidad, pero eso depende de cada una de ellas, puesto que si existe apoyo por parte del centro y otros grupos externos, es una decisión personal tomar o dejar el apoyo dado.

Sin duda es aquí donde se ven los aspectos que cada una de ellas posee, puesto que para quienes tienen motivos para salir se verá reflejado en sus conductas dentro de dicho lugar y su participación dentro de los talleres además actividades que les imparten como lo son: deportivas y recreativas para que se mantengan ocupadas; puesto que cada vez que culminan un curso o taller les hacen entrega de una constancia, la cual tiene un valor y al término de varias actividades les hacen una valoración de su caso y esta podría ayudarles a la hora de su sentencia ya que se les puede hacer una reducción de su condena.

Pese a que en nuestro Taller hubo un escaso número de participantes, la cooperación era constante y de la misma forma se veía el cambio que se iba dando en cada una de ellas, en base a lo que estábamos proporcionando en el taller. Varias de ellas mostraban un alto índice de Agresión y Ansiedad, ya fuese de forma verbal, así como posturas corporales que mostraban si estaban relajadas o no durante la actividad.

Conforme fue avanzando el taller pudimos observar que había notorios cambios, por ejemplo una de las participantes, molesta por la reacción de otra de las presentes, decidió salirse a dar una vuelta y calmarse, para evitar así un confrontamiento físico. De igual forma la participación se hacía más voluntaria, es decir ya no se les tenía que insistir para que dieran su opinión o se ofrecieran para llevar a cabo alguna de las actividades; las groserías tal cual no desaparecieron por

completo, pero estaban ya más enfocadas a un ambiente de broma y camaradería, el respeto de unas con otras resalto bastante, puesto que algunas de ellas diferían demasiado en puntos de vista y querían llegar, a veces, al punto de pelea, cosa que con el tiempo fue desapareciendo y empezaron a apreciar la opinión de las demás sin exaltarse o querer diferir en ello de manera agresiva.

Por lo observado podemos responder a nuestra pregunta de investigación con un “sí” ya que la Terapia Cognitivo Conductual, suele ser una alternativa para la modificación en las conductas, por lo que no fue la excepción en el control de la ansiedad y agresividad, añadiendo que los cambios pudieron ser más notorios si se nos hubiese proporcionado más tiempo y constancia en las actividades, aun así los resultados obtenidos fueron favorables.

Por otra parte y haciendo mención que la pareja y la sexualidad no es algo oculto, mucho menos un prejuicio dentro de la prisión, puesto que la mayoría tiene una pareja dentro del Centro ya que la mayoría es abandonada por sus parejas y en algunos casos por sus hijos y familiares, siendo esto motivo por el cual buscan generar un lazo afectivo entre ellas mismas; por lo que la diversidad sexual se hace presente dentro de dicho lugar lo cual es aceptado y visto por las internas como algo común.

Cabe destacar que durante nuestra investigación y recopilación de datos documentales, la información fue escasa e insuficiente ya que en totalidad la compilación de la misma fue retomada de artículos de otros países como España y Colombia, pero estos artículos hablan de la vida en prisión de varones por lo que deja ver la escasa investigación y el abandono total de los que se encuentran en prisión en especial la reclusión de mujeres, la mayoría prefiere investigar y trabajar con varones. En este sentido queda al descubierto que la investigación en México resulta ser nula por la falta de recursos puesto que llevar a cabo una investigación requiere de inversión económica así como de la disposición de tiempo destinado a tal labor.

Es claro que para quienes estudiamos la carrera de psicología Clínica nos apasiona la labor de investigación, la interacción de los grupos, de cómo se relaciona el individuo en su entorno y es participe en la construcción social, resulta fascinante en nuestro caso particular el campo de investigación dentro de la prisión, pero la mayoría le gusta irse por lo más fácil y práctico, en si la vida en prisión se presta para la investigación y el desarrollo de técnicas aplicables, así como la creación de nuevas técnicas, por lo que invitamos a las futuras generaciones a la investigación, no le teman a lo que la carrera nos ofrece no solo como profesionales sino como el deber que tenemos y el compromiso hacia nosotros mismos y hacia la sociedad a la cual pertenecemos, de la cual todos somos participes en la hora de la construcción social.

“Vislumbro una época en la que la sociedad producirá lo suficiente para llenar las necesidades del bienestar individual y de la salud colectiva; y en que cada miembro de la comunidad contribuirá de acuerdo con sus habilidades. Estas cosas se obtendrán como un derecho natural y de justicia y no como dádiva.

Vislumbro una época en la que no habrá sufrimiento innecesario; en que el bienestar de la población sea nuestra preocupación principal; en que los sentimientos de humanidad reemplacen a los del egoísmo. Todas estas cosas se lograrán a través de la inteligencia del hombre.

Pienso en ellas no con la esperanza de beneficiarme individualmente, sino con la alegría de poder ayudar a que otros, después de nosotros, puedan gozarlas.

Cuando los jóvenes tienen visión, los sueños de los viejos se hacen verdad.”

M. J. Rosenau.

RECOMENDACIONES

En cuanto a lo que observamos en el Centro de Reinserción Social, podemos marcar que hay puntos que tienen que ser modificados o en su defecto, ser llevados a cabo, por lo que es necesario:

- Ψ En cuanto a prevención, generar programas que pretendan hacer consciencia a las familias de las internas del origen de ciertas conductas, que pudieran repetirse y que pudieran hacerlos vulnerables al momento de delinquir.

- Ψ Sería necesaria la ampliación de programas y estrategias para mejorar los sistemas penitenciarios y dar un mejor servicio a quienes por un tiempo estarán aisladas.

- Ψ Fomentar más el campo de psicología dentro de estos Centros de Reinserción, para brindar una mayor eficacia dentro de los programas.

- Ψ Promover un enfoque individual, para entender la incapacidad de aceptar la norma y las dificultades en el desarrollo de la personalidad. La Psicología intentar conocer esta problemática, a través de un fehaciente diagnóstico, tratamiento durante su reclusión y después de ella reducir la probabilidad de reincidencia.

- Ψ Considerar llevar a cabo un monitoreo y seguimiento más detallado a los casos para poder tener un control y observar detenidamente si se presentó una evolución o simplemente se detuvo y/o bien se perdió lo aprendido; para tener una idea clara, si las herramientas dadas fueron suficientes.

- Ψ Proporcionar facilidades para encontrar información con respecto a los Centros de Reinserción Social, estadísticas de población, principalmente en mujeres, y programas que tienen dichos centros que son utilizados para evitar una posible reinserción de las internas al lugar.

- Ψ Promover la investigación dentro de dichos lugares ya que este campo permite la exploración y con ello fomentar la ampliación para mejorar los programas ya existentes y la información escasa.

- Ψ Hacer más estrictos los procedimientos para reclutar personal y posteriormente hacer un seguimiento puntual del trabajador, en cuanto a aptitudes y conductas, a fin de que no se vea disminuida la atención en cuanto a calidad.

ANEXOS

Anexo 1

Test de Ansiedad

Instrucciones: A continuación se muestra un test que se basa en el cuestionario GADI para medir el nivel de ansiedad generalizada. Se trata de una escala auto administrada en forma de afirmaciones con 22 apartados y en cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay detrás de cada contestación. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que obtiene al contestar cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

1. Estoy ansioso/a la mayoría de los días

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

2. Me canso fácilmente

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

4. Encuentro dificultad para relajarme

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

5.Me siento «al límite»

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

6.Me despierto por la noche

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

7.Experimento sofocos o escalofríos

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

8.Tengo malestar por mi ansiedad

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

9.Tengo la boca seca

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

10.Temo perder el control, desmayarme o volverme loco/a

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

11. Estoy molesto/a por la inquietud

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

12. Sufro mareos

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

13. Estoy molesto/a por tener temblores y sacudidas

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

14. Tengo dificultad para coger el sueño

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

15. Sufro por la tensión o dolor de los músculos

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

16. Estoy molesto/a por la dificultad con la respiración

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

17. Me asusto fácilmente

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)

- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

18. Tengo dificultad para concentrarme

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

20. Estoy molesto/a por hormigueos o insensibilidad en las manos

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

21. Me preocupo excesivamente

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

22. Estoy irritable

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

Anexo 2

9.3. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

1

	Verdadero	Falso
1. Raramente le pego a alguien, aun si la persona me pega a mi primero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces chismorreo sobre las personas que me caen mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menos de que me pidan que haga algo de buena manera, no lo hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me enfurezco con facilidad pero se me pasa rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Parece que nunca recibo lo que me merezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sé que la gente tiende a hablar mal de mí a mis espaldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando desapruueo el comportamiento de mis amistades, se lo hago saber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las pocas veces que he hecho trampa, he sufrido un remordimiento insoportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De vez en cuando, no puedo resistir las ganas de hacerle daño a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nunca me pongo tan furioso como para tirar cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A veces las personas me molestan con tan sólo estar a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando alguien establece una regla que no me gusta, me da tentación de romperla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás siempre parecen recibir todas las oportunidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tiendo a no confiar en la gente que es más amigable de lo que yo espero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A menudo encuentro que no estoy de acuerdo con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A veces tengo pensamientos malos que me hacen sentirme avergonzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No sé de ninguna razón para pegarle a una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando estoy furioso, a veces pongo mala cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que me pide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me molesto mucho más a menudo de lo que la gente piensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No conozco a nadie a quien odie plenamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hay cierto número de personas a quien aparentemente le caigo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No puedo evitar discutir con personas que no están de acuerdo conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Las personas que no cumplen con su trabajo deben sentirse muy culpables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Si alguien me pega primero, le caigo encima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando estoy furioso/a, a veces tiro las puertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Siempre tengo paciencia con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ocasionalmente, cuando estoy furioso/a con alguien, dejo de hablarle por algún tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Cuando pienso en lo que me ha pasado, no puedo evitar sentir un leve resentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hay cierto número de personas que parecen tener celos de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Insisto en que las personas respeten mis derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me deprime pensar que no hice más por mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. El que me insulte a mí o a mi familia se está buscando una pelea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Nunca le juego bromas a las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me revienta que alguien se burle de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Cuando la gente es mandona, tardo más en hacer las cosas para fastidiarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Casi todas las semanas veo a alguien que me cae mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. A veces me da la impresión de que los demás se rien de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee
(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

	Verdadero	Falso
39. Aun cuando me da coraje, no uso malas palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Me preocupo por que se me perdonen mis pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Las personas que se la pasan fastidiando se están buscando un puñetazo en la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. A veces pongo mala cara cuando las cosas no salen a mi manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Si una persona me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso de ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. A veces me siento como la pólvora, a punto de explotar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Aunque no lo doy a demostrar, a veces me consumen los celos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Mi frase favorita es «nunca confíes en los desconocidos»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Cuando la gente me grita, yo le grito de vuelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hago muchas cosas que me dan remordimiento después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de abofetear a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Después de los diez años, no me volvió a dar una pataleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cuando me pongo furioso/a, digo cosas desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. A veces tengo una actitud de «atrévete a meterte conmigo»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Si la gente conociera mis sentimientos, me considerarían una persona poco llevadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Usualmente me pregunto cuál será el motivo oculto que tiene la persona que hace algo para ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. No podría poner a alguien en su sitio, aunque se lo mereciera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. El fracasar me da remordimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Me meto en peleas tan a menudo como los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Recuerdo haber estado tan furioso/a que cogí la primera cosa que me encontré y la rompí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. A menudo hago amenazas sin intención de llevarlas a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. No puedo evitar ser algo maleducado/a con las personas que me caen mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Hay veces que siento que la vida ha sido injusta conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Antes yo pensaba que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que no es así	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Generalmente disimulo la mala opinión que tengo de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Cuando hago algo que está mal, mi conciencia me castiga severamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Si tuviera que surtir a la violencia física para defender mis derechos, lo haría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Si alguien no me trata bien, no dejo que eso me moleste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Cuando estoy discutiendo, tiendo a alzar la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. A menudo siento que no he llevado una vida correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. He conocido personas que me han llevado a tal extremo que nos hemos entrado a golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. No dejo que muchas cosas sin importancia me molesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Es raro que yo sienta que alguien me está tratando de enfurecer o insultar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Últimamente he estado de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Prefiero dar mi brazo a torcer que discutir por algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. A veces demuestro mi enfado dando golpes en la mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad "					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 1	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Establecer el encuadre para el trabajo a realizar durante las 16 sesiones. Facilitar el proceso de reconocimiento e integración grupal.					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Bienvenida 1.1 Presentación de los ponentes. 1.2 Presentación de los integrantes del grupo	Generar un ambiente de confianza entre los participante y ponentes del taller y que los participantes se reconozcan entre sí y se identifiquen con el objetivo del taller.	"Presentación por tarjetas".	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Plumas ✓ Marcadores ✓ Lápices ✓ cinta adhesiva ✓ Tarjetas de 8 x 10 cm. ✓ Mesas ✓ Bancos 	Se entregaran tarjetas de 8 x 10 cm., a cada uno de los participantes solicitándoles que escriban su nombre o como les guste ser conocidos, inmediatamente después de indicar lo cuelguen en un lugar visible y uno por uno se presentara ante el grupo.	
2. Aplicación del cuestionario de ansiedad 2.1 Cuestionario de Ansiedad de GADI	Se medirán los niveles de ansiedad con un test.	"Aplicación grupal"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bancos ✓ Mesas ✓ 12 juegos del cuestionario de Ansiedad 	Se sentaran a los participantes en hileras, entregándoseles el material necesario para la aplicación de este, dando mientras las instrucciones del llenado, respetando el tiempo estimado.	
3. Encuadre 3.1 Compromiso con el taller 3.2 Duración del taller 3.3 Forma de trabajo 3.4 Objetivo del taller 3.5 Expectativas del taller	Se les explicará a los participantes que el ser parte de un proceso de psicoterapia es de vital importancia el grado de compromiso que cada parte debe asumir y que en el caso de ellos como parte beneficiada son los que deben asumir esa responsabilidad de asistir a las sesiones y de involucrarse en el proceso que buscara como fin en cada uno de ellos el manejo de su ansiedad y agresividad en situaciones que en determinados momentos pueden verse envueltos en algún problemas y tengan una forma adecuada de solventar este tipo de situaciones.	"Lluvia de ideas".	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel bond ✓ Marcadores. 	<p>En este caso se explicará que el lugar y los horarios serán manejados de acuerdo con los docentes han acordado y que de haber cambios en esto, se les notificara; Se explicará que para el buen funcionamiento del grupo, se hará un listado de las reglas que regirán el grupo. Y para que esto sea democrático, se le pedirá a cada miembro del grupo que sugiera una regla, que se deberá de respetar en el grupo. Se usó la técnica "lluvias de ideas". En las cuales se tendrán en cuenta estas reglas y valores dentro del grupo como la Confidencialidad, Perseverancia, Puntualidad, Respeto. Todas las opiniones son válidas, Libertad de hablar, No pretender aconsejar, Ninguno está obligado a hacer lo que no desea, Apoyarse mutuamente, entre otras.</p> <p>A medida que el grupo la información obtenida se basa en estudios de reclusorios de España y Colombia siendo el campo de estudio solo aplicable a varones opine podrían surgir más reglas, se les hará saber a todos, que estas reglas serán escritas en un cartel, que estará presente en cada una de las sesiones, en el lugar que corresponda reunirse.</p>	
4. Dinámica del grupo	Observar cuáles son sus estrategias de trabajar en equipo, quien es el líder y la tolerancia que se tienen una a la otra.	"La rueda humana"		Se pidió a las participantes que formen una círculo, ya formado una de ellas simula que se sienta en una silla, otra de las participantes hace lo mismo, pero se sienta en las piernas de la primera y así posteriormente las demás hasta que todas estén sentadas la última tratara de sentar a la primera participante así formando una rueda. Ya concluyendo caminaran toda unidas en una sola dirección sin que rompan el círculo.	
5. Cierre colectivo	Fortalecer la confianza en sí misma/o y en las demás personas a través de la privación de los sentidos y el contacto corporal.	"Pio-pio"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Paliacate por persona 	Se le entregan a cada uno de los participantes un paliacate para vendarse los ojos. Una vez que todos se cubren los ojos, la facilitadora murmura a uno, "Tu eres papá o mamá gallina", quien se descubrirá los ojos y se colocará en un área del salón para que la localicen. Ahora todos empiezan a mezclarse, con	

				<p>los ojos cerrados, cada uno busca la mano de otro u otra, la aprieta y pregunta: "¿Pío - pío?". Si el otro también pregunta "¿Pío - pío?" se suelta de la mano y siguen buscando y preguntando, aparte de la mamá o el papá gallina que mantiene siempre silencio.</p> <p>Cuando una persona no le contesta; ésta sabe que ha encontrado a papá o a mamá gallina y se queda tomado de la mano guardando silencio. Siempre que alguien da con el silencio (ahora dos personas se quedan unidas formando parte de ellos). Si alguien encuentra unas manos unidas y silencio, puede entrar a formar parte del grupo. Pronto se oirán menos "Pío - pío" hasta que todas/os estén unidas/os, luego el o la facilitadora les dirá que abran los ojos.</p>
--	--	--	--	--

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"				
Responsables: Alvarez González Duración: 2 horas Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy 10:00 a 12:00		No. De participantes 12 personas	Sesión: 2	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Area de Psicología)
OBJETIVO: Que los participantes puedan identificar, reconocer y aceptar sus emociones y sentimientos, así como la manera en que inciden en su corporalidad.				
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal
1. Aplicación del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee	Evaluar los niveles de ansiedad.	«Aplicación grupal»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Lápices ✓ Bancos ✓ Mesas ✓ 12 juegos del Inventario de Hostilidad 	Se sentaran a los participantes en hileras, entregándoseles el material necesario para la aplicación de este, dando mientras las instrucciones del llenado, respetando el tiempo estimado.
2. Empatía	Que los participantes se sientan y hagan sentir a los demás que son bien recibidos, transmitirles algo positivo, favoreciendo la valoración de su persona y la comunicación no visual ni verbal.	"Mis manos te quieren decir algo"	Sala de aplicación ✓ 12 paliacates	<p>En un espacio amplio, con los ojos cerrados (se pueden vendar), en silencio y con las manos por delante las personas comienzan a desplazarse, una vez que se topan con las manos de algún compañero, se toman de ellas, se tocan y se transmiten algún mensaje de aprecio, de aceptación.</p> <p>Luego se sueltan y continúan caminando hasta toparse con otra persona.</p> <p>RECOMENDACIONES AL FINAL: Se pregunta a los participantes ¿cómo se sintieron realizando el ejercicio?, ¿qué sensación tuvieron al encontrarse con las manos de las demás personas?</p>
3. Test de colores	Evaluar los estados emocionales de los participantes.	Aplicación grupal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas blancas ✓ Colores (rojo, amarillo, negro, verde) 	Se les pide a las participantes que la hoja que les proporcionamos la coloren con los colores dados de acuerdo como ellas gusten. Al final se analizaran sus test.
4. Las emociones 4.1 Emociones primarias 4.2 Emociones secundarias	Que los participantes diferencien los tipos de emociones que presentan	"Exposición"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla 	

	mediante una breve exposición por los ponentes.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reproductor de DVD ✓ CD con la presentación de PowerPoint 	
5. Se sincero	Facilitar la identificación y nombramiento de las emociones y desarrollar en los participantes el manejo de resentimientos en sus relaciones interpersonales.	"Sin resentimientos"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas blancas ✓ Lapicero ✓ Lápiz 	<p>Se les indico a las participantes que deberán sentarse por parejas, se le entregara una hoja a cada uno y deberá doblar la hoja para formar cuatro columnas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la primera columna, harán una lista con los nombres de diez personas con las que estuviste en contacto en contacto a lo largo de este tiempo (padres, familiares, novio(a), amigos(as), etc. <p>Incluir en primer lugar el nombre del compañero sentado frente a ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la segunda columna, escribirán un enunciado que exprese un resentimiento (R), es decir, un sentimiento de enojo, molestia o dolor, que se revive cada vez que se recuerda la situación que lo ocasionó y que fue causada por tres de las personas que anotó en la primera columna, (recuerde que la primera persona es el o la compañera de frente a cada alumno). <p>-Empezar con el nombre de la persona, seguir con la emoción y tratar de razonarla: <i>"Lalo estoy resentido contigo porque..."</i>. Detrás de cada resentimiento existe una petición que desean hacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la tercera columna, escriban la demanda (D), que desean hacer por cada expresión de resentimiento. <p>Ejemplo: <i>"Lalo, estoy resentido contigo porque no me apoyas como amigo y te pido que cuando vaya a buscarte a tu casa o te llame por teléfono para pedirte ayuda, estés dispuesto a ofrecermela y respondas a mi llamado"</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cuarta columna es para la "A" que significa "Acción de Aprecio". <p>En esta columna es importante que consideren que tanto el resentimiento como la demanda pueden ser más significativas para la persona afectada si le hacemos saber que vemos las cosas positivas que hay en su actuación desde su punto de vista y apreciamos las razones de su comportamiento.</p> <p>Ejemplo: <i>"Lalo, estoy resentido contigo porque no me apoyas como amigo. Te pido que cuando vaya a buscarte a tu casa o te llame por teléfono para solicitar tu ayuda, estés dispuesto, a ofrecermela y respondas a mi llamado, aunque estoy consciente de que tienes otras responsabilidades y pudieras por ello estar ocupado"</i>.</p>
6. Dinámica de grupo	Que las participantes aprenden a confiar en sí mismas, ya que en muchas ocasiones el miedo a confiar en otra persona se debe al miedo a uno mismo.	«Aprendiendo a confiar»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un escritorio 	<p>Se les pide a las participantes que hagan dos filas de frente del escritorio se agarren de los brazos con mucha fuerza ya que sus compañeras se aventaran del escritorio. Y cada una va a pasar, la confianza debe de ser para sus compañeras así una mismo va a poder aventarse.</p>
7. Cierre colectivo	Que los participantes vean cual es la importancia poder expresar lo que sienten.	El facilitador invitará a los participantes a recordar si hay algo que quisieran decirle a alguno de sus compañeros aparte de lo que ya se retomó.		

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"				
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy	Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 3	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Elevar la autoestima para disipar las inseguridades creadas bajo un entorno de mucho estrés.				
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal
1. Sensibilización	Ser conscientes del componente neurofisiológico de las emociones sentidas (palpitaciones, respiración acelerada, tensión muscular, dolor de estómago, sudor, etc.)	"Experimentando emociones "		Los participantes del grupo se sientan en círculo. La persona facilitadora explica que se va a realizar un ejercicio en el que se les va a pedir que recuerden algunas experiencias de su vida, intensas o muy importantes. Mientras traen a su "pantalla mental" esas imágenes, deben prestar atención (observar) a la emoción que surge, las sensaciones que experimentan en su cuerpo o experimentaron en el momento en que ocurrían esos hechos, los pensamientos que pasaron por su cabeza en esos momentos (que cosas negativas o positivas creían que iba a pasarles), cómo reaccionaron (cuales fueron sus comportamientos en esos momentos). Se les propone que para realizar esta actividad permanezcan con los ojos cerrados para facilitar su concentración y el aislamiento del entorno. Se les dice: (Los puntos suspensivos indican pausas que debe hacer la persona facilitadora para dar tiempo a que puedan llevar a cabo las instrucciones.) <i>"Por un momento trae a tu pantalla mental las imágenes que representan el momento en que por primera vez te detuvieron y te encontraste dentro de un calabozo... Recuerda: qué pensabas en esos momentos que te iba a suceder... Cómo te sentías... Dónde experimentabas esa emoción en tu cuerpo... Cuáles fueron las cosas que hacías cuando te sentías así. También puedes "notar" cómo reacciona tu cuerpo ahora, al evocar esa experiencia... dónde estás sintiendo esa emoción en tu cuerpo... cómo es esa sensación...".</i> Se deja transcurrir unos minutos para que cada persona pueda conseguir "notar" las distintas reacciones neurofisiológicas ante la emoción que en ese momento experimentaron o que están ahora experimentando al traer ese recuerdo. A continuación, se les pide que abran los ojos y seguidamente, se formulan una serie de preguntas a todo el grupo: <i>¿Qué emoción sentiste cuando recordabas la experiencia? ¿Cuáles fueron las sensaciones corporales, las reacciones neurofisiológicas, cuando experimentaste esa emoción? ¿Qué cambios neurofisiológicos notaste en tu cuerpo ahora, ante el recuerdo de esa experiencia vivida? ¿Qué pensamientos estaban pasando por tu mente en ese momento?</i>
2. Autoestima. 2.1 Definición de autoestima.	Se explicara a grandes rasgos el concepto de autoestima para que los participantes vayan familiarizándose con uno de los rasgos que se han de tratar, y así causar una disminución en la agresividad y ansiedad provocada por un lugar tan cerrado una penitenciaria.	"Exposición"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla ✓ Reproductor de DVD ✓ Cd con la presentación de PowerPoint 	
3. Explicación y aplicación de la actividad.	Recordar metas que se fueron planeando desde la infancia y como fueron modificando con el tiempo, al adquirir más conocimientos. Se tocaran metas importantes que aún están latentes y que pueden ser trabajadas en el momento que se les otorgue la libertad.	"Árbol de logros"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas blancas tamaño oficio ✓ Marcadores ✓ Colores: verde y café. 	Lo primero que se les pedirá es elaborar una lista de todos tus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor...), sociales (simpatía, capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad...). La lista debe ser lo más larga posible. Una vez acabada la primera lista, elaborar otra con todos los logros que hayas conseguido en la vida (grandes o pequeños), y lo importante es que se sientan orgullosos de haberlos conseguido. Cuando ya estén las dos listas, se pide dibujar un "árbol de los logros". El dibujo debe ser grande, que ocupe toda la hoja y para dibujar las raíces, las ramas y los frutos. Las raíces y frutos deben ser de diferentes tamaños. En cada una de las raíces se debe ir colocando uno de los valores positivos. Si se considera que el valor es muy importante y ha servido para lograr grandes metas, hay que colocarlo en una raíz gruesa. Si por el contrario no ha tenido mucha influencia, colocarse en una de las pequeñas.

				En los frutos se irán colocando los logros. Poniendo logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.
4. Hablar con el grupo de la elaboración de la actividad realizada.	Reflexionar sobre el dibujo elaborado mediante la meditación de los valores y logros que se han hecho en el transcurso de la vida. Y motivarles a seguir adelante.		✓ Dibujo del árbol.	Enseñárselo al grupo, exponerlo para que los demás miembros ayuden a añadir más raíces y frutos que hayan visto en ti y de los que no seas consciente.

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"

Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy	Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 4	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
--	------------------------------------	-------------------------------------	-----------	---

OBJETIVO: Enfrentar al sujeto consigo mismo de forma simbólica para causar una reflexión de lo que ha hecho y lo que puede hacer en un futuro.

Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal
1. Autoimagen 1.1. Vinculación de autoimagen con autoestima.	Reforzar con este concepto parte de lo que es la autoestima. Puesto que ambos son elementos importantes para elevar la misma.	"Exposición"	✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla ✓ Reproductor de DVD ✓ Cd con la presentación de PowerPoint	
2. Elaboración de la actividad.	Hacer que cada miembro del grupo exponga lo todo lo positivo que es todo su ser, es decir, inducirle a que recuerde todas sus virtudes, logros, metas, valores, etc.	"Sombra"	✓ Papel bond ✓ Marcador de agua negro.	Se les pedirá a los miembros elaborar en su pliego una silueta de cuerpo completo que sea similar a su cuerpo. Una vez elaborada deberán ponerse frente a su silueta y recordarle todo lo bueno que tienen, animarle a seguir adelante y si se sienten orgullosos o no de ellos mismos, incluso marcar errores que pueden ser corregidos.
3. Exposición de los sentimientos que provoco la actividad.	Incitar a los participantes a exponer lo que sintieron al decirse, de manera simbólica, lo que piensan de ellos mismos.	"Reflexión"		
4. Dinámica de cierre.	Se persigue mejorar el auto concepto de las participantes.	"Frente al espejo"	✓ Espejo	<p>Con la ayuda de un espejo, y a través de una serie de preguntas podremos guiar a la paciente para que se observe y realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira.</p> <p>Será importante tener información previa a su realización, por lo que haremos una serie de preguntas, que nos arrojarán luz sobre cuál es la opinión sobre ellas mismas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo te miras en el espejo te ves guapo/a? • ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles? • ¿Crees que les gustas a tus amigos y compañeros tal y como eres? • ¿Qué cambiarías de tu apariencia? • ¿Cuándo te sientes y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo? <p>Una vez hemos logrado que nos cuente su punto de vista sobre estos aspectos, será hora de pasar al espejo. Deberemos situarlo a su altura, en un sitio que sea cómodo para él, e ir haciéndole preguntas del tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ves en el espejo? • ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo? • ¿Lo conoces? • ¿Qué cosas buenas tiene esa persona? • ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo? • ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? • ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 5	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Que los participantes observen la manera en que el auto-concepto es influido por la idea que de ellos tienen otras personas y por sí mismos					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Auto concepto 1.1.- Explicación del significado de auto concepto y su relación con autoestima y autoimagen.	Reunir los tres puntos tratados de actividades diferentes para dar una perspectiva completa de las virtudes de cada miembro.	"Exposición"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla ✓ Reproductor de DVD ✓ Cd con la presentación de PowerPoint 		
2. Elaboración de la actividad.	Provocar la interacción de los miembros y que opinen de las virtudes de los otros compañeros.	"Ventana de Johari"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja blanca ✓ Bolígrafo. 	Dar las siguientes instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Escoger de la lista entre 5-6 características que uno considere que son las que mejor le representan. 2. Elegir a un grupo de personas las 5-6 características que según ellos son las que mejor te definen. 3. A partir de aquí, uno mismo puede construir su propia ventana de Johari: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clasificando como Públicos aquellos rasgos que uno mismo identifica y al menos otra persona ha coincidido con ello. ▪ Clasificar como Ciegos los rasgos que otros han señalado pero uno no se da cuenta. ▪ Agrupar como Ocultas las características que tú has enumerado pero que los demás no han reconocido en ti. ▪ El resto de rasgos ponerlos en el área Desconocida. 	
3. cierre colectivo "Comentar acerca de los resultados dados en la actividad".	Motivar a que expongan lo que se ha planteado en la sección "ciega", puesto que es el punto donde los demás opinan de otros.	Reforzar lo que los participantes expongan ante el grupo.			

"Taller para el manejo de la ansiedad y agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Alvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 6	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Hablar sobre las diferentes fuentes de estrés en la vida, identificando qué efectos tiene en cada uno de ellos llevándonos a una situación de ansiedad.					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Trastorno de ansiedad 1.1.1 Definición 1.1.2 Clasificación 1.1.3 Sintomatología 1.2 Situaciones que generan ansiedad 1.2.1 Definición 1.2.2 Ejemplificación	Que los participantes identifiquen y aprenda a diferenciar los síntomas de trastorno de ansiedad	Se dará una pequeña exposición acerca del tema, a los participantes.	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de aplicación <input checked="" type="checkbox"/> Pantalla <input checked="" type="checkbox"/> Reproductor de DVD <input checked="" type="checkbox"/> Cd con la presentación de PowerPoint <input checked="" type="checkbox"/> Hojas blancas <input checked="" type="checkbox"/> Marcadores de agua	Anotaran los síntomas que ellos presenten y los compartirán ante el grupo al finaliza la exposición.	
2. Aprendo a relajarme	Que los participantes aprendan a realizar la respiración diafragmática correctamente y que asocien los procesos respiratorios y las sensaciones corporales a sensaciones de relajación y de reducción de la ansiedad	"Respiración muscular"		<p>Se les pidió a las participantes que tomen asiento y tomen una postura cómoda.</p> <ul style="list-style-type: none"> Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo. Contraer el bíceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón. Frete: elevar las cejas o arrugar la frente. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello. Hombros y espalda: A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí. Abdomen: Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe. Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cm, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cm. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso. Estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante Doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos. Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos SIN FORZAR. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño. <p>, se les pide que se concentren en la respiración y se les propone que repitan mentalmente la palabra CALMA o TRANQUILIDAD en cada inspiración e imaginen que la tensión se marcha a la vez que se espira el aire. Si resulta más fácil, se les propone que imaginen que al inspirar entra una energía o luz clara, limpia, y que al espirar sale la tensión.</p> <p>Una vez que se observe que se está realizando correctamente la respiración, se les indica que continúe cada participante a su propio ritmo. Se irán haciendo correcciones individualizadas.</p> <p>Al terminar, se les pide que observen las sensaciones</p>	
3. Tarea	Que realicen esta técnica de relajación y que tomen en cuenta cuál es su sensación al realizarla y hasta la próxima sesión describirnos que cambio sintieron al realizarla	El ponente dará la técnica a los participantes para que estos la realicen	<input checked="" type="checkbox"/> Rota folio		

"Taller para el manejo de agresividad y ansiedad en internas de 20 a 60 años de edad"				
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración:	No. De participantes 15 a 25 personas	Sesión: 7 Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Identificar y reflexionar sobre la resolución de los conflictos en el interior del grupo de trabajo cuando hay factores externos e internos de estrés.				
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal
1. Revisión de la tarea	De manera individual los participantes expondrán sus casos	El ponente explicara cuales son los resultados al utilizar la técnica		
2. Tolerancia al estrés	Reconocer los estilos de comunicación que se manejan en el grupo de trabajo. Identificar situaciones generadoras de estrés.	"Collage"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revista, periódico ✓ Plumones ✓ Resistol ✓ Papel bond 	<p>Se forman 3 grupos homogéneo entre el número de participantes, a los cuales se les dará la consigna de realizar un collage con imágenes que transmitan como afrontar el estrés. En un primer momento del ejercicio se da la instrucción a las y los participantes de que pueden hacer uso del material que se colocó en medio del salón, el cual de manera intencional será insuficiente para el número de equipos (por ejemplo si se forman 3 equipos, el material seria 2 revistas, algunas hojas de periódico, 2 barras de resistol, 1 plumón), esto con la finalidad de que los participantes hagan uso de sus recursos para trabajar en equipo, lo cual se observara por parte del facilitador.</p> <p>En un segundo momento se irán llamando a los integrantes de cada equipo, para darles diversas consignas; al primero de ellos y ellas se les dirá que su trabajo tiene que ser el mejor y para ello no pueden prestar nada en la medida de lo posible, se permitirá a este grupo poder tomar o robar algún material, con la finalidad de que su collage sea el más completo, al siguiente equipo se le indicara que tienen que pedir el material a sus compañeras(os) de manera amable y empática defendiendo y transmitiendo que todos los equipos tienen derecho al material, a un trato de justicia e igualdad, al último equipo se le da la consigna de que puede ofrecer el material siempre y cuando se le sea pedido y ellos avanzan en su collage.</p> <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>La finalidad es observar en la segunda fase como solucionan los conflictos, con que herramientas o recursos personales los enfrentan, así mismo es importante retroalimentar con las generadas ante el conflicto, las situaciones que llegaron a vivir amenazantes, trasladando el ejercicio a su espacio de trabajo.</p>
2.1 Retroalimentación de la actividad				
3. Técnica de relajación	Se procederá a explicarles que La música terapia es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte de los participantes y que actúa como motivación para el desarrollo de autoestima, con técnicas que provoquen en el individuo sentimientos de autorrealización, autoconfianza, Autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo.	"Musicoterapia"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón de aplicación ✓ Grabadora ✓ Canción un "nuevo día" 	<p>Posteriormente se les dirá que se sientan cómodos y que comenzaran a entrar en un clima de confianza y relajación. Se les dirá que harán un ejercicio de relajación y que posteriormente escucharán la canción "Un nuevo día" y que estén atentos a la letra de la canción y que analicen y detecten las letras que más les agraden.</p> <p>Para entrar en una esfera de relajación se les mencionará que cierren sus ojos y que a la voz del facilitador mentalmente cuenten de 10 a 0 y se imaginen que con cada número que le facilitador mencione, vayan descendiendo unas escaleras eléctricas mentalmente. Además, 110 se les mencionara que cuando el facilitador mencione cero, se imaginen que descienden de las esclareas y que llegan a una zona de mucha vegetación y con muchos árboles, flores, al fondo puedes ver una cascada la cual las brisas de agua al caer en la rocas que están en el fondo chocan y llegan pequeñas gotas a tu cara, posteriormente se les mencionara que imaginen ese lugar con todos los colores y detalles que deseen y que con cada respiración que vayan dando irán acercándose a un lugar en el centro de la vegetación en donde estarán protegidos y que nada podrá quitarles ese estado de completa calma y relajación.</p> <p>Seguidamente se les mencionara que mentalmente tomen una posición cómoda en ese lugar y que pronto escucharán una canción agradable y que pongan atención a todos los detalles de esta. Cuando finalice la canción se les dirá que es momento de volver, se les dirá que mentalmente realicen una cuenta regresiva de 0 a 10 y que en la medida que avancen en el conteo de los números vuelvan al lugar donde se encuentran y que al llegar a diez abran lentamente sus ojos.</p> <p>Para finalizar, una vez escuchada la canción se le dará la oportunidad a cada participante para que exponga las emociones que provoco o que le evoco el escuchar esa</p>

				canción y que situaciones inadecuadas le recordó de su vida y la implicación que tuvo la agresividad en el desarrollo de esta.
4. Tolerancia a la frustración	Identificar y modificar fuentes de estrés de cada uno de los participantes.	"El que se enoja pierde "	<input checked="" type="checkbox"/> Hojas blancas <input checked="" type="checkbox"/> Plumas	A cada uno de los participantes se les pide que recuerden y ubiquen cuales son las situaciones que distinguen los genera mayor carga emocional, después de unos minutos, se les entrega una hoja blanca donde se les solicita hagan un listado con los casos o tipo de actividades. Una vez que acabaron el listado, se les pide que analicen los factores que intervienen en ellas: Por ejemplo: sobre carga de tiempo y esfuerzo, impacto emocional, imposibilidad de resolver la situación.

"Taller para el manejo de agresividad y ansiedad en internas de 20 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración:	No. De participantes 15 a 25 personas	Sesión: 8	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Identificar problemas, sus causas y alternativas de solución, para comprender que las situaciones y relaciones de conflicto son procesos, y representan momentos de oportunidades y soluciones productivas y que prender a negociar la solución de conflictos					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Revisión de la tarea	Los participantes expondrán las situaciones que les genera ansiedad y cuáles son sus síntomas	"El que se enoja pierde"	<input checked="" type="checkbox"/> Hoja contestada de la sesión pasada	Posteriormente les pedimos se reúnan por parejas para compartir cada una sus situaciones y en conjunto tendrán que valorar las posibilidades de cambio, preguntarse: ¿Hay fuentes de estrés que se pueden suprimir o replantear?, ¿hay otras que se pueden disminuir, en un espacio o tiempo al menos? Frente a las que son inmodificables ¿se pueden poner en marcha algunos mecanismos de compensación o de apoyo?	
2. Resolución de problemas y toma de decisiones 2.1 Definición 2.2 Objetivo 2.3 Ejemplificación 2.4 practica	Los participantes entenderán y aplicaran la resolución de problemas.	Los ponentes llevaran a cabo una exposición del tema.	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de aplicación <input checked="" type="checkbox"/> Mesas <input checked="" type="checkbox"/> Bancos <input checked="" type="checkbox"/> Pantalla <input checked="" type="checkbox"/> Reproductor de DVD <input checked="" type="checkbox"/> CD con la presentación de PowerPoint <input checked="" type="checkbox"/> Papel bond <input checked="" type="checkbox"/> Marcadores de agua	Los participantes realizaran un diagrama de cómo resolver problemas.	
3. Cierre colectivo	Ubicar los participantes en una situación extrema, en la que aprenderán a respetar decisiones y a controlar sus emociones y Tomar las decisiones correctas al enfrentarse a situaciones de riesgo	"El fin del mundo"		Formar equipos de ocho personas Dar el siguiente mensaje. "En un par de horas el planeta Tierra explotará y la vida en él llegará a su fin. Existe una sola expectativa de vida: alejarse del planeta en una nave espacial que tiene capacidad sólo para cinco tripulantes". Dar la indicación de que en cada equipo deberán distribuirse los siguientes personajes: maestro, mujer embarazada, prostituta, agricultor, sacerdote, juez, niño y policía. -Los personajes deberán decidir entre ellos quienes viajarán. -El criterio de selección que tengan, será la utilidad que tendrá la vida para esos cinco tripulantes en la construcción de una nueva civilización. -Cada participante defenderá intensamente su personaje pues asumirán que es su vida la que está en riesgo. -Comentar cuáles fueron sus sentimientos: ¿Cómo se sintieron al saber que algunos se tendrían que quedar y morir? ¿Cómo se sintieron al saber que ellos fueron o no fueron elegidos según sea el caso para quedarse? ¿Cómo se sintieron al saber que ellos fueron o no fueron elegidos según sea el caso para irse? ¿Qué emociones quisieron expresar hacia los demás? ¿Por qué no lo hicieron? ¿Cuál es la importancia de saber controlar y manejar sus emociones?	

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Alvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 9	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Identificar y utilizar los componentes de comunicación que permitan comprender y hacerse comprender					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Habilidades sociales	Que los participantes se den cuenta de que tan importante es comunicarse para ser entendidos	"Que tal nos damos a entender"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Mesas ✓ Bancos ✓ Dibujo (rota folio) ✓ Hojas blancas ✓ Lápices 	<p>- El grupo se divide en parejas que se sitúan espalda con espalda sin tocarse.</p> <p>- El ponente entrega a uno de los componentes de las parejas el mismo dibujo.</p> <p>- La persona que está viendo el dibujo (una por pareja) tratará de dictar el dibujo a su compañero, el cual no puede hablar, preguntar o sugerir nada.</p> <p>- Una vez que todas las parejas han acabado, sin mirar los dibujos originales, se vuelve a dictar el mismo dibujo cambiando las reglas.</p> <p>En esta nueva fase se puede preguntar y, además, las explicaciones sobre el dibujo se transmiten cara a cara (para favorecer la comunicación no verbal).</p> <p>- Se puede repetir el ejercicio cambiando los roles entre las parejas o cambiando de parejas.</p> <p>Al final de la actividad se dan sus puntos de vista de por qué no llegaron al objetivo</p>	
2. Exprésate claramente respetando a los demás	Que los participantes se sientan cómodos al decidir cómo responderían ante la situación.	¿Qué harías tú si? "	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Bolsa de plástico ✓ Tarjetas de situaciones 	<p>Se solicita a los participantes que realizaran una representación.</p> <p>Pídeles que pasen al frente y tomen, de una bolsa, un papel en donde se describe la situación que deben representar frente al grupo.</p> <p>Al finalizar, debes promover una discusión en donde el grupo opine si se expresaron claramente respetando a los demás</p>	
3. Cierre colectivo	Conocer las características y finalidad de los "Mensajes Yo". Practicar el uso de los "Mensajes Yo" en la comunicación interpersonal	"Mensajes Yo"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Lápices ✓ Hojas con los ejercicios. 	<p>DESARROLLO: La persona facilitadora del taller explicará al grupo qué son los "mensajes Yo", cuándo se utilizan y cómo se usan siguiendo lo expuesto en el material de apoyo "Los Mensajes Yo" En pequeños grupos, se entregan varias situaciones que intercalan Mensajes TU" y se pide que las transformen en Mensajes YO"</p>	

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Alvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 10	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
Objetivos: Ganar entendimiento sobre los comportamientos de afirmación y de evasión. Identificar los tipos de comportamiento que son cotidianos. Tomar conciencia de estos signos en nosotras y utilizarlos como una oportunidad para reconocer qué tipo de respuesta probablemente tendremos y asegurarnos de que sea una respuesta apropiada.					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Agresividad 3.1 Definición 3.2 Clasificación de la agresividad	Que los participantes identifiquen y aprenda a diferenciar los síntomas que presentan al entrar en un estado de agresividad	"Exposición"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla ✓ Reproductor de DVD ✓ CD con la presentación de PowerPoint 		
2. Actividad	Los participantes	"El semáforo"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Imagen de un semáforo 	<p>Se les mencionará que esta técnica está especialmente indicada para la enseñanza del Autocontrol de las Emociones Negativas: Ira, Agresividad, Impulsividad, etc.</p> <p>Posteriormente, se procederá a colocar una imagen de un semáforo y se les explicará que en diversas situaciones de nuestras vidas se nos presentan estímulos que son propicios para desarrollar y actuar de forma agresiva con las diferentes personas con las cuales interactuamos y que es importante desarrollar la capacidad de auto controlarnos y que esta técnica será de mucho beneficio para el objetivo final que es reducir las conductas agresivas.</p> <p>Se procederá entonces a enseñar los pasos para aplicar esta técnica los cuales son los siguientes:</p> <p>1. Enseñar a asociar los colores del semáforo con las emociones y la conducta:</p>	

				<p>A. ROJO: PARARSE. Cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos...) tenemos que pararnos como cuando un automóvil se encuentra con la luz roja del semáforo.</p> <p>B. AMARILLO: PENSAR. Después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo.</p> <p>C. VERDE: SOLUCIONARLO. Si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución.</p> <p>2. Aprender formas de controlarse: Se solicitará a los participantes que hagan una lista de lo que pueden hacer para calmarse en una situación conflictiva. Lo normal es que entre todos surjan diferentes posibilidades, como distanciarse físicamente de la situación (alejarse del lugar, no volver hasta estar tranquilo), distanciarse psicológicamente (respirar profundamente, hacer un rápido ejercicio de relajación, pensar en otra cosa), realizar alguna actividad distractora (contar hasta 10, pasear, hablar con un compañero) etc. Cuando los participantes se dan cuenta de que existen muchas maneras de pararse y calmarse, se trataría de ver cuáles serían las mejores para cada uno.</p> <p>3. Hacer prácticas de autocontrol a través del Role-Playing: Los facilitadores y los participantes servirán de modelo de conductas de autocontrol y cada uno tendrá ocasión de verse en una situación en la que tiene que poner en práctica lo aprendido</p>
3. Cierre colectivo	Mediante esta técnica pretendemos ver la situación desde otro punto de vista para así obtener diferentes perspectivas y quedarnos con la que nos resulte más útil. Intentemos convertir en algo positivo una situación adversa.	"Como ver la cosas"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Imágenes de apoyo rota folio 	<p>La ponente muestra al grupo una serie de imágenes ambiguas y que pueden tener una doble perspectiva (en las páginas siguientes), pidiendo al grupo que expliquen lo que están viendo, haciéndoles que sean capaces de percibir las dos imágenes.</p> <p>A continuación, se plantea al grupo la siguiente situación:</p> <p><i>"Tras tu ingreso en prisión tu pareja te comunica por carta que no va a visitarte más y que es mejor finalizar la relación"</i></p> <p><i>¿Cómo interpretarías esta situación desde diferentes puntos de vista?</i></p> <p>Intentemos ver las cosas desde otras perspectivas. Por ejemplo: "Realmente mi pareja no me quería sino hubiera seguido junto a mí a pesar de todo..." "Puedo entender que le resulte muy difícil vivir así"</p> <p><i>¿Cómo interpretarías esta situación desde diferentes puntos de vista?</i></p> <p>Intentemos ver las cosas desde otras perspectivas. Por ejemplo: "Realmente mi pareja no me quería sino hubiera seguido junto a mí a pesar de todo..." "Puedo entender que le resulte muy difícil vivir así"</p>

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 11	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Que los participantes adquieran habilidades para distinguir los comportamientos de afirmación (ser asertivos) y de evasión. Identificar los tipos de comportamiento que son cotidianos					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Reflexión	Perder el temor a ser criticados por otras personas Modificar ideas irracionales tales como la necesidad de gustar a todo el mundo	"Perdiendo el miedo a recibir críticas"	✓ Sala de aplicación ✓ Lectura de apoyo	Esta actividad se iniciará con la lectura de la siguiente historia tras la cual, se les pedirá que reflexionen sobre lo que nos enseña.	
2. Asertividad	Que aprendan a ser asertivos y que tengan en mente que sus deseos, necesidades y derechos son iguales a los de los demás.	"Exposición"	✓ Sala de aplicación ✓ Pantalla ✓ Reproductor de DVD ✓ CD con la presentación de PowerPoint ✓ Mesas ✓ Bancos		
3. Soy asertivo	Tomar conciencia de estos signos en nosotros y utilizarlos como una oportunidad para reconocer qué tipo de respuesta probablemente tendremos y asegurarnos de que sea una respuesta asertiva	"Respondiendo asertivamente a las críticas"	✓ Sala de aplicación ✓ Mesas ✓ Bancos ✓ Lápices ✓ Hoja de apoyo ✓ Papel bond ✓ Marcador de agua	Se hacen grupos de 4 a 6 personas. Se les entrega la ficha con los ejemplos de críticas y se les pide que elaboren para cada una de ellas una respuesta asertiva. Una vez realizada la tarea, cada grupo aportará sus respuestas al resto y se debatirán las mismas. A partir de las respuestas proporcionadas, se completa con los pasos para responder asertivamente a las críticas que se proporcionan en el material de apoyo y que se apuntan en la pizarra de forma esquemática.	
4. Actividad toma de conciencia	Los participantes puedan aprender formas más adecuadas de comportamiento y a la vez, mejoren en sus habilidades sociales, paralelamente que desarrollen habilidades de comunicación que favorezcan sus relaciones interpersonales y por lo tanto, sus conductas agresivas se reduzcan.	"Reflexión"		El facilitador leerá la siguiente reflexión: Los seres humanos deberíamos pensar profundamente acerca de nuestras acciones. Utilizamos la violencia, la ironía, la agresividad y la burla para tratar de lograr nuestros objetivos. Pero no nos damos cuenta de que, la mayoría de las veces, con esos métodos, son más difíciles de alcanzarlos. Siempre una sonrisa puede lograr mucho más que el más fuerte de los gritos. Y basta con ponerse por un momento en el lugar de los demás para comprobarlo. ¿Preferimos una sonrisa o un insulto?... ¿Preferimos una caricia o una bofetada?... ¿Preferimos una palabra tierna o una sonrisa irónica?... Pensemos que los demás seguramente prefieren lo mismo que nosotros... Entonces tratemos a nuestros semejantes de la misma manera en la que nos gustaría ser tratados... Así veremos que todo será mejor... Que el mundo será mejor... Que la vida será mejor. Posteriormente, los participantes analizarán y luego expondrán de forma voluntaria lo que se entendió de la reflexión	

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 12	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Lograr que los participantes logren darse cuenta y la importancia de superar la adversidad en el medio que los rodea					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Actividad de apertura	Reflexionar y analizar comportamientos al realizar nuestras acciones. Anticipar consecuencias.	"Saber pedir para poder abrir"	✓ Sala de aplicación	Se formará un círculo en el que todos y todas enlacen con fuerza sus brazos. Previamente se habrá sacado a algunos alumnos (cuatro o cinco), a del grupo para que no escuchen las consignas e irán entrando uno a uno después de haber estado en el círculo. -La consigna es que uno a uno, serán introducidos dentro del círculo teniendo dos minutos para textualmente "escapar del círculo como sea". -A las personas que integran el círculo, se les explica que tienen que evitar las fugas por todos los medios posibles (sin violencia) pero que llegado el caso en que una de las personas presas pida verbalmente que se les deje abandonar el círculo, éste se abrirá y les dejará salir. -Posteriormente se procederá a la evaluación, buscando determinar cuál era el conflicto, cómo se sintieron los participantes, analizando los métodos utilizados por cada parte, la efectividad de los mismos, sus consecuencias y buscando experiencias en la vida cotidiana respecto a nuestras acciones y nuestras actitudes	
2. Generando empatía	Se pretende generar lazos de amistad confianza así como el compartir sentimientos vividos	"El amigo desconocido"	✓ 12 paliacates	Se colocara a las participantes en círculo cada una con los ojos vendados la consigna consiste. En tratar de elegir un amigo secreto, sin la necesidad de verlo y haciendo uso del sentido del tacto, formando parejas sin hacer mención de su nombre, solo por medio de las manos o abrazándose, se darán palabras de aliento una a la otra tomando un turno al termino cambiaran de pareja hasta que hayan pasado todas las participantes	
3. Resiliencia 2.1 Definición 2.2 Características 2.3 Utilidad del concepto	Que las participantes le queden claro el concepto de Resiliencia.		✓ Sala de aplicación ✓ Bancos ✓ Mesas ✓ Laptop ✓ Cañón ✓ Presentación de PowerPoint		
4. El modelo de resiliencia	Aplicar el modelo de resiliencia a la situación de cada participante en el medio penitenciario		✓ Esquema de resiliencia	Se presenta brevemente el Modelo de Resiliencia a partir del siguiente esquema que se dibuja en la pizarra (también puede traerse dibujado en un mural y colgarlo). La persona que facilita puede utilizar estas palabras para la exposición: Cuando las personas ingresamos en prisión, vivimos una situación de elevado estrés y de exposición a riesgos. Ante esta situación de adversidad entran en juego una serie de factores que a nivel personal y en el propio centro penitenciario pueden protegernos y resguardarnos de estos riesgos. Pero claro, siempre que los sepamos reconocer, utilizar y gestionar de manera eficiente. Así pues, el modelo de resiliencia nos dice que se produce un "tira y afloja" entre "la adversidad de estar en prisión" y los "factores protectores que nos ayudan a superar los malos momentos". Es como si cada uno fuéramos una cuerda y tiraran hacia un lado y hacia otro. La cuerda puede romperse (Ruptura en el esquema) porque la adversidad ha "tirado" demasiado fuerte y la situación de estrés se ha adueñado de nosotros. O bien, no se rompe y conseguimos adaptarnos y seguir adelante. Pero lo más importante del modelo es que aunque se haya producido la "ruptura", la adaptación y superación sigue siendo posible. Al final pueden darse cuatro situaciones: la "superación" de la adversidad con resiliencia (la situación adversa nos ha hecho aprender); la "adaptación y vuelta" a la misma situación que antes de que se produjera la adversidad (sin haber aprendido nada después de todo lo vivido); la "adaptación pero con pérdidas" (la adversidad ha provocado daños en la persona que no ha superado todavía) y finalmente la "no adaptación", siendo ésta la situación que incorpora más problemas, más malestar y más conflicto.	

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 13	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Establecer el encuadre para el trabajo a realizar durante las 16 sesiones. Facilitar el proceso de reconocimiento e integración grupal.					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Aplicación del Re-test que miden ansiedad 1.1 Cuestionario de GADI	Comprobar que si el taller dio resultados favorables al bajar los niveles de ansiedad y agresividad	"Aplicación grupal"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación, ✓ Lápices ✓ Bancos ✓ Mesas ✓ 12 juegos del cuestionario de GADI 	Se sentaran a los participantes en hileras, entregándoseles el material necesario para la aplicación de este, dando mientras las instrucciones del llenado, respetando el tiempo estimado.	
2. Motivación	Buscando desarrollar una autonomía personal que les permita afrontar y manejar situaciones problemáticas por sí mismos.	"Mascaras"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 12 cartoncillos recortados en forma de silueta de una máscara ✓ Marcadores 	Tendrán una mascarará con ella se pretende sean aquella persona que quisieran ser ya sea famoso y al reverso de la mima volverán a ser ellos mismos. En círculo se les pedirá participen y se presenten. Respondiendo a las preguntas ¿Quién dicen que soy?, ¿Quién gustaría ser? Y ¿Quién soy en realidad?	
2. Felicidades	Que los participantes se lleven buenos comentarios de que piensan los demás	"Cumpleaños mundial"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas blancas ✓ Marcadores de agua ✓ cinta adhesiva ✓ Laptop ✓ Música 	La persona facilitadora comunica que hoy es el cumpleaños mundial y que entre todas y todos vamos a fabricar una felicitación global. Colocamos en la espalda de cada participante un folio con su nombre. El folio se pega con cinta adhesiva. Cada persona tiene un rotulador y mientras suena la música irá escribiendo mensajes de ánimo y felicitaciones al resto de participantes. Han de ser mensajes en positivo y que motiven para que cada participante consiga los cambios que se ha propuesto. Cuando todos se han felicitado mutuamente, se despega el folio y se deja un tiempo para que cada participante, individualmente, lea lo que le han escrito.	

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"					
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy		Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 14	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Definir cómo será en el futuro una vida mentalmente saludable cuando se esté viviendo en el ámbito comunitario.					
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal	
1. Habilidades para la vida	Elaborar un proyecto o plan de promoción de la salud mental para llevarlo a cabo en el día a día.	"Volando mi cometa"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Ficha "Volando mi cometa" ✓ Cinta adhesiva ✓ Laptop ✓ Melodía 	La actividad empieza con una visualización que puede ser acompañada con música suave de fondo. La persona que facilita debe de crear un ambiente sereno e invitar a que las participantes se coloquen en situación de "visualizar e imaginar" cerrando los ojos. Una vez conseguido y tras unos segundos de música, se lee lentamente el texto siguiente. Visualización (5 minutos). <i>Estás en el patio, hace un día muy agradable y te quedas acostado, v mirando el cielo, de un azul intenso y con unas cuantas nubes que aún hacen más azul al azul. Abres los brazos y de repente, sientes como te transformas en una cometa de colores. Empiezas a elevarte, puedes ver como el patio y las personas que están en él se hacen más y más pequeñas, algunas te saludan y tú respondes con una gran sonrisa. Eres una cometa y estás volando... (Pausa).</i> <i>Te diriges a tu casa, a tu barrio, a tu pueblo o ciudad. Desde arriba ves a tu gente, a tu familia, a tus amigas o amigos, a las personas que más quieres. Ellas no te ven. Sorpresa... también te ves a ti, viviendo como una o uno más entre ellas. Es como si el tiempo que has pasado fuera no hubiera existido pero... algo ha cambiado; te ves distinto; te ves diferente; te ves contento o contenta; te ves feliz. Piensa durante unos segundos cómo te imaginas viviendo, cómo es tu vida, cómo eres tú viviendo en completa libertad (pausa).</i> <i>La cometa, tu cometa regresa volando lentamente pero sin pausa por el cielo azul, acanacias las nubes y sientes a los pájaros volar como hermanos en tu misma dirección. Ves el patio y poco a poco descendes a él (pausa).</i>	

				<p><i>Estás en el suelo, acostado o acostada, poco a poco te despierezas y vas saliendo de este pequeño sueño que te ha hecho volar hacia tu futuro inmediato.</i></p> <p>Después de la visualización, se invita a que cada participante construya su propia cometa. Se toma la ficha "Volando mi cometa" y se invita a que cada persona se imagine cómo será su vida fuera de la prisión, incorporando los cambios que más desee.</p> <p>A modo orientativo, se proponen 6 aspectos de la vida. Pueden ser los señalados en la ficha u otros, en los que encajar las propuestas. Cada persona puede completar el interior de la cometa e incluso añadir en la cola de la cometa nuevos "triángulos".</p> <p>Finalmente, se propone elaborar el plan de cambio (individual) al que se hacía referencia en la actividad anterior. Se pide que, voluntariamente, formulen tres cambios que les gustaría conseguir en los próximos tres meses (ver parte inferior de la ficha "Volando mi cometa").</p> <p>Para enumerar los cambios, se puede utilizar la ficha "Cambios en mi camino" de la actividad anterior. La idea es vincular los cambios a medio y largo plazo (cometa = vida en libertad) con los cambios desde el momento actual y a corto plazo</p>
		"Carta a mi mejor amiga"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación ✓ Mesas ✓ Bancos ✓ Hojas blancas ✓ Sobres ✓ Lapiceros 	<p>Se les pide a los participantes que escriban una carta lo más profunda y sincera ya que va dirigida a ti. Nadie más la va a leer. En ella, describe lo que te gusta hacer, cómo eres, qué te gusta y te disgusta de ti (tanto de tu físico como de tu carácter). Al final, recalca tus cualidades, por ejemplo: "me gusta escuchara la gente", o "me gusta ayudar en todo lo que puedo", etc. mostrándote como tu mejor amigo o amiga.</p> <p>Se reparte el guión de la carta a las personas participantes para que puedan realizar la actividad en privado y traerla en la siguiente sesión.</p> <p>Pasos para escribir la "Carta a mi mejor amigo o amiga"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saludos y presentación - Describir cómo soy (aspecto físico, forma de ser, lo que hago, aficiones, cómo me relaciono con los demás...) - Señalar lo que me gusta de mí, lo que no me gusta y me gustaría cambiar - Destacar mis virtudes ofreciéndome como el mejor amigo o amiga

"Taller para el manejo de la ansiedad ya agresividad en internas de 26 a 60 años de edad"				
Responsables: Álvarez González Byanka, López Sánchez Mariel, Sánchez Jiménez Magdiel Wendy	Duración: 2 horas 10:00 a 12:00	No. De participantes 12 personas	Sesión: 15	Lugar: Centro de Reinserción social Femenil (Área de Psicología)
OBJETIVO: Establecer el encuadre para el trabajo a realizar durante las 16 sesiones. Facilitar el proceso de reconocimiento e integración grupal.				
Tema	Objetivo específico	Estrategia	Material	Técnica grupal
1. Cierre del taller 1.1 Telaraña	Se les preguntara que les pareció el taller, que aprendieron durante este tiempo y que se llevan.	"Se les dará unas palabras de aliento, posteriormente se les otorgara la palabra a cada uno de ellos, de manera ordenada"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de aplicación <p>Será de manera verbal para poder dar paso a la actividad. Una bola de estambre.</p>	Se formara un círculo, posteriormente con una bola de estambre, se le lanzara a un integrante del grupo y el que la tenga se le otorgara la palabra, al término este se la pasara a otro compañero y así sucesivamente hasta que terminen de hablar todos los integrantes del grupo.
2. "Soltando el pasado"	Como cierre al programa de intervención; con esta actividad se pretende mostrarles dejar correr el pasado y vivir el presente, preparándose para el futuro.	Aplicación grupal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Globo de cantoya 	Se les entregara el globo a cada uno de ellos y un membrete en el cual colocaran aquello que desean tener una vez que salgan de prisión, mismo que lucharán por conseguir.

REFERENCIAS.

- Arbelaez (2009). Adulter Temprana. Procesos Psicológicos. <http://procesospsicologicosiv.blogspot.com/2009/10/adulter-tempranadocx.html>.
- Bados Arturo y García- Grau Eugeni (2011), Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1973). Aggression: A social learning analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). Aggression. In *Child psychology: The sixty-second yearbook of the national society for the study of education, Part I*. Chicago: The National Society for the Study of Education.
- Beauvoir, S. (1970). La vejez. Buenos Aires: Sudamericana.
- Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rusch, J., Shaw, B & Emery, G. (2002). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Descleé de Brouwer.
- Beck, J. (2001). Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización. España: Gedisa.
- Biurrun, M (1993) De cárcel y tortura: hacia una psicopatología de la crueldad civilizada. España, Txalaparta.

- Blair, R.J. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
- Caballero, J.J. (1986). El mundo de los presos. En F. Jiménez Burillo y M.Clemente (Comps.), *Psicología social y sistema penal* (pp.269-301). [Madrid](#): Alianza.
- (1958). *The society of captives*. Princeton: Princeton University Press.
- Caballo, V. (2008). "Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta".
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; Secretaria General; Secretaria de Servicios Parlamentarios.
- http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lnmrss/LNMRSS_abro.pdf
- Carlos Díaz. (2011). Logoterapia centrada en la persona. Madrid, España: Escolar.
- Caro, I. (2002). Manual de Psicoterapias Cognitivas. España: Paidós.
- Carranca, R. (1986) derecho penitenciario: Cárcel y penas en México. México, Porrúa.
- Castro, M. (2011). Coaching Tanatológico. D.F. México: Trillas. Nancy
- Chacón (2009) La Aduldez Temprana. Aduldez Temprana. <http://lesright.blogspot.com/>
- Charles, ST, Mather, M., y Carstensen LL (2003). El envejecimiento y la memoria emocional: La naturaleza olvidable de imágenes negativas para los adultos mayores. *Journal of Experimental Psychology: General* de, 32, 310-324.
- CIE-10, (2008) Clasificación internacional de enfermedades, décima versión; publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Cloninger, Susan C. (2003); Teorías de la personalidad. Ed. Pearson Prentice Hall. México.
- Código de procedimientos penales para el Distrito Federal. 6ª y 7ª edición. Delma. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-72f5a70c1aea7d6491dca24e12fd1fa8.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Ciudad de México.
<http://www.animalpolitico.com/2016/02/88-de-los-centros-penitenciarios-estatales-en-mexico-no-clasifica-adecuadamente-a-la-poblacion-cndh/>

Compas y Gotlib. I. (2003) Introducción a la psicología clínica, México: Mc. Graw-Hill.

Cozby, P. C. (2005) Métodos de Investigación del comportamiento. México, McGraw-Hill

Cuevas, G. (21 de noviembre de 2011). Realidad de los centros de readaptación femenil del Distrito Federal. *El Universal*.
<http://www.eluniversalmas.com.mx/editoriales/2011/11/55789.php>

Davis, M. E., Lantzi, L. H. & Cox, A. B. (1970). Detection, Prevention, and Retardation of Menopausal Osteoporosis. *Obstetrics and Gynecol.*

Del campo, M. (1963) antecedentes del sistema penitenciario de México y labor desarrollada en la cárcel del Distrito Federal dentro del régimen actual, conferencia sustentada en la Universidad Autónoma de Hidalgo.

Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331:15

DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Michael B. First , 2001

Erickson E.H. (1982). El ciclo vital completado. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona.

Erikson E. H. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
España: Siglo XXI España Editores, S. A.

Fortes C. y otros (2003) Depressive symptoms lead to impaired cellular immune response. *Clinical Epidemiology Unit, IDI-IrCSS. Rome, Italy. Copyright S. Karger AG. Basel.*

- Fuller, P.R. (1949), operant conditioning of vegetative human organism. American journal of psychology.
- Galindo, P. (2011). La eficacia de la reinserción social en el Sistema Penitenciario del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho. Universidad Latina. S.C. México, D.F.
- Gavino, A. (2002). Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. 2ª Ed. España: Ediciones Pirámide.
- Gómez, P y Ramírez, A. (2005) XXI ¿Otro siglo violento? España. Ediciones Díaz de Santos.
- González Peña, Paloma. (2011); La agresión infantil de cero a seis años. Ed. Visión Net. España.
- Gray, J.A. (1975). Elements of a twoprocess theory of learning. Nueva York: Academic Press.
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/taula/archives/Taula_19/92v17_18/p141.dir/Taula_1992v17_18p141.pdf
- Hall, Calvin S. (1996). Compendio de psicología freudiana. Editorial Paidós. Barcelona.
- Hernández Castillo, (coord), La otra palabra, CIESAS, México, 1998 Inmujeres, Niños y niñas invisibles: hijos e hijas de mujeres reclusas, Inmujeres, México, 2002
- Hernández R. G. Paradigmas de la Psicología Educativa. Modulo del Desarrollo de la tecnología educativa (Bases sociopedagógicas). Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa.1989.
- Hernández, N & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red.

- Holstein, SB, y Premack, D. (1965). En los diferentes efectos de Random Refuerzo y Reversión presolución en concepto humano-identificación. *Journal of Experimental Psychology*,
- Hottin, P. y Carrier, L (1997): "DÉPRESSION" Chapiro 14 en Arcand y Hébert. *Précis Pratique de Gériatrie Deuxième*. Edition Edisem Maloine Canadá.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente*, Buenos Aires: Paidós.
- Ibarra Patricia. (2013). *La Ausencia, cuando un ser querido se va*. D.F., México: Seller.
- Jung, C. G. (1967). [*The Development of Personality*](#). 1991 ed. London: Routledge. Collected Works Vol. 17 [ISBN 0-691-01838-3](#)
- Kaplan, Sadock (2003); *Tratado de psiquiatría*. Ed. Científicas y Técnicas, Barcelona.
- Karen Horney 1968. *Psicología femenina*, editorial: Psique, Buenos Aires.american
- Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: the formation of gerontological knowledge*. Virginia: University Press of Virginia.
- Kazdin, A. (1989). *Historia de la modificación de la conducta*. España: Descleè de Brower.
- Kazdin, A.E. (1977), *The token economy a review and avaluation*, New York, plenum press.
- Konrad Lorenz, Paul Leyhausen. (1985); *Biología del comportamiento: raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*. Ed. Siglo XXI. México. Lelord, F. y André, C. (1998). *Cómo tratar con personalidades difíciles*. Ed. Acento. Madrid.
- Krassoievitch, M. (1993) *Psicoterapia Geriátrica* Fondo de Cultura Económica México.
- Lazarus R. S., y Averill J.R. (1972) *Emoción y cognición: con especial referencia a ansiedad*, New York: Academic Press.
- Lazarus, R y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.

- Lega, L., Caballo, V & Ellis, A. (2002). Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: Siglo XXI.
- Leganés, G. y Ortola, B. (1999) Criminología: parte especial. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Leonard Berkowitz (1996); Agresión, sus causas, consecuencias y control. Ed. Desclee De Brouwer. España.
- Levinson, D.J. (1988). *The Authoritarian Personality*. Norton and Company, New York. La versión en español de esta escala fue tomada de: Radosh, R. (1962). *Consideraciones generales acerca del prejuicio*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Lieberman 1978. Social Research; An International Quarterly
- Liu, J. (2004). Concept analysis: Aggression. *Issues in Mental Health Nursing, Vol 25(7)*, 693-714.
- Lorenz, K. (1966). On aggression. Nueva York: Bantam
- Mahoney, J. (1998). Cognición y Psicoterapia. España: Paidós.
- Marchiori, H. (2007). Psicología Criminal, México: Porrúa.
- Marks, M (1987). Miedos, fobias y rituales: Los mecanismos de la ansiedad: Barcelona. Martínez Roca.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). Modificación de la conducta (5ª ed.). Madrid: Prentice-Hall. (Original de 1996.)
- Martínez González, R. A. (2009). Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Martínez, R. (2008). Diccionario jurídico. Teórico – práctico. IURE editores.

- Mendez, J. (1995). Efectos sobre la reclusión sobre el sujeto y la familia. Revista chilena. No 21.
- Miller, Neal, and John Dollard. 1941. Social Learning and Imitation. New Haven, CT: Yale University Press.
- Minici, L., Dahab, M., Rivadeneira, P. (2002). Informe mundial sobre las drogas, resumen operativo. Prólogo del secretario general de la ONU.
- Morris, D. (1969). Human Zoo. Ed. McGraw-Hill New York.
- Moser, G. (1991) L'Agression. Francia. Presses Universitaires de France. Traducido por Publicaciones Cruz O., S.A. (1992)
- Moyer, K.E. (1968). Kinds of aggression and their pshsiological basis. *Comunications in behavioral Biology*, 2, 65-87.
- Naugarten, B. L (1999). Los significados de la edad. Empresa editorial Herder, S.A. Barcelona.
- Navarro, J. (1994). Terapias contemporáneas en la prevención de la farmacodependencia. España: Paidós.
- Ojeda, J. (2012). Reinserción social y función de la pena. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Papalia D. E. & Wendkos O.S. Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill, 4ª edición, 1992.
- Pastor Ramos, G. (1004). Conducta interpersonal: Ensayo de Psicología Social sistemática. Ed. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Patterson, J. y McCubbin, H. (1983). The family stress process: The doublé ABCX model of adjustment and adaptation. En H McCubbin, M. Sussman y J Patterson (Eds.) Social stress anteh family: advances and developments in family stress theory and research. Nueva York, NY: Haworth

- Paul E.Meehl, (1950). *Clinical Versus Statistical Prediction, A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*, University of Minnesota.
- Pinatel, J. (1969). *La sociedad criminógena*. Madrid: Aguilar.
- Plomin, Robert (1994); *Genetics and experience*. Ed. Sage Publications, Michigan EUA.
- Psychiatric Association (APA), 2002, *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Tr. Barcelona Masson.
- R.M. Suinn y J: L: Deffenbacher, 1988, *Anxiety management training, The Counseling Psychologist*, núm. 16, pp. 31-49. Técnicas para reducir y eliminar la ansiedad. El entrenamiento en el control de la ansiedad.
- Raine, A., (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Ramales, V. (1996) *Discriminación de ansiedad y angustia, rasgo- estado: Un estudio exploratorio*. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología UNAM.
- Reed, Shaffer, David (2007); *Psicobiología del desarrollo: infantil y adolescente*.
- Ribera, J. M. (1995). *El anciano desde el punto de vista biológico*. En Javier Gafo ed., *Ética y Ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Rice, P.F, (1997) *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*, 2a. ed., México, Pearson Prentice Hall.
- Rivera, I., (2003b) "La cárcel y el sistema penal (en España y en Europa)", en Bergalli, R., (coord.)(2003) *Sistema penal y problemas sociales*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Rocher, G. (1990). *Introduction à la sociologie générale*. (Trad. Cast: *Introducción a la sociología general*. Barcelona: Herder).

- Rodríguez Maritza. (2013). Adulter Temprana. 2013, de Monografías.com Sitio web: <http://www.monografias.com/trabajos96/adulter-temprana-orientacion-conducta/adulter-temprana-orientacion-conducta.shtml>
- Rodríguez, M. (1998) La crisis penitenciaria y los sustitutos de la prisión, México, Porrúa.
- Rosen George (1968); *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental.* Ed. Alianza Madrid, España.
- Rosenzweig, M. y Leiman, A. (1996) *Psicología fisiológica.* N. Y. Mc Graw Hill.
- Ruehlman, L. S., Lanyon, R. I., & Karoly, P. (1999). Development and validation of the Multidimensional Health Profile, Part I: Psychosocial Functioning. *Psychological Assessment*, 11(2), 166-176. DOI: 10.1037/1040-3590.11.2.166
- Salgado, A. Informe Especial sobre la Situación de los Centros de Reclusión del Distrito Federal (CDH), del 1 de Enero del 2003 al 31 de Diciembre del 2005.
- Salvarezza, L. (2002): *Psicogeriatría Teoría y Clínica* 2da edición. Paidós, Buenos Aires.
- Sánchez, P. (2008) *Psicología Clínica.* 1a. ed. México: Editorial el Manual Moderno.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buéla-Casals & V. E. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI
- Sassaroli, S y Lorenzini, R. (1998) *Miedos y fobias: Causas, características y terapias.* Barcelona. Paidós.
- Schaie, K. W., (2000). A stage theory model of adult cognitive development revisited. In B. Rubinstein, M. Moss, & M. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton.* New York: Springer.
- Silva Arturo (2007); *Conducta antisocial: enfoque psicológico.* Ed. La prensa Médica Mexicana. México.

- Stoff David M. (2002); Conducta antisocial: causas, evaluación y tratamiento. Ed. Oxford University, Reino Unido.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Princeton: Princeton University Press.
- Torres, Pedro (1996); Violencia en casa. Ed. Aguilar. Madrid.
- U.N.A.M., Facultad de Psicología. Desarrollo Psicológico, prácticas: Enfoques del desarrollo psicológico. México, 1989.
- Vallejo, R. y Gasto, F. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat.
- Valverde, J. (1997) La cárcel y sus consecuencias: La intervención sobre la conducta desadaptada. Madrid: Editorial popular.
- Vázquez V. M. Crespo L. y Ring J. M (2000). Estrategias de afrontamiento. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>.
- Wilson, E.O. (1980). *Sociobiology*. Londres: Harvard University Press.
- Winterich J. A, Umberson D. How women experience menopause: The importance of social context. *J Women Aging* 1999.
- Winterich, J. A. (2003). "Sex, Menopause and Culture. Sexual Orientation and the Meaning of Menopause for Women's Sex Lives". *Gender & Society* 17, núm. 4.
- Yapko, M. (2006). Para romper los patrones de la depresión. México: Pax.