



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER DIRIGIDO A PERSONAS
ADULTAS PARA AFRONTAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO D
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

FAUSTINO MENDOZA OJEDA

DIRECTORA DE LA TESINA

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA

SINODALES

Lic. Leticia María Guadalupe Bustos De la Tijera

Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo

Mtra. Angelina Guerrero Luna

Mtra. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Sept. del 2019





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR LOS CONOCIMIENTOS QUE ME BRINDÓ PARA DESEMPEÑARME EN MI QUEHACER PROFESIONAL.

A LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTÍNUA POR SU ORIENTACIÓN Y APOYO

A LA MAESTRA ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA DIRECTORA DE ESTA PROPUESTA.

A LAS SINODALES, DOCENTES:

Lic. Leticia María Guadalupe Bustos De la Tijera

Maestra Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo

Maestra Angelina Guerrero Luna

Maestra María Eugenia Gutiérrez Ordoñez

TAMBIÉN, DE MANERA ESPECIAL, MI GRATITUD POR LA ORIENTACIÓN QUE ME PROPORCIONÓ LA LIC. LIDIA DIAZ SAN JUAN

Contenido

| | |
|-------------------|---|
| Resumen..... | 1 |
| Summary..... | 2 |
| Introducción..... | 3 |

CAPÍTULO I: ADULTEZ O EDAD ADULTA

| | |
|--|----|
| 1.1 Concepto y Definición de Adulto..... | 7 |
| 1.2 Perspectivas teóricas..... | 7 |
| 1.3 Desarrollo del ciclo de vida | 14 |
| 1.4 Etapas de desarrollo de la edad adulta | 14 |
| 1.5 Tareas evolutivas de la edad adulta..... | 15 |
| 1.5.1 Desarrollo cognitivo e intelectual..... | 15 |
| 1.5.2 Desarrollo educativo..... | 16 |
| 1.5.3 Desarrollo ocupacional..... | 18 |
| 1.5.4. Desarrollo familiar..... | 20 |

CAPÍTULO II. LA ANSIEDAD

| | |
|--|----|
| 2.1 Concepto y Definición de Ansiedad..... | 23 |
| 2.2 Enfoques teóricos..... | 25 |
| 2.3 Tipos de ansiedad..... | 27 |
| 2.3.1 Ansiedad adaptativa..... | 27 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.3.2 | Trastornos de ansiedad..... | 31 |
| 2.3.3 | Modelos de tratamiento cognitivo-conductual..... | 39 |

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

| | | |
|---------|--|----|
| 3.1 | Marco conceptual..... | 43 |
| 3.2 | Aspectos significativos de los pacientes ansiosos..... | 43 |
| 3.3 | Temas cognitivos centrales de la ansiedad..... | 45 |
| 3.4 | Componentes del trastorno de ansiedad..... | 46 |
| 3.5 | Procedimiento de intervención..... | 47 |
| 3.5.1 | Técnicas conductuales..... | 48 |
| 3.5.2 | Técnicas cognitivas..... | 52 |
| 3.5.2.1 | Terapia racional emotiva-conductual de Ellis..... | 53 |
| 3.5.2.2 | Terapia cognitiva de Beck..... | 60 |
| 3.5.2.3 | Entrenamiento en Autoinstrucciones..... | 74 |

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DEL TALLER DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS PARA AFRONTAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 4.1 | Justificación..... | 81 |
| 4.2 | Objetivo general..... | 81 |
| 4.3 | Objetivos específicos..... | 81 |
| 4.4 | Población..... | 82 |
| 4.5 | Duración del taller..... | 82 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| 4.6 Escenario..... | 82 |
| 4.7 Recursos..... | 82 |
| 4.8 Carta descriptiva..... | 85 |
| 4.9 Alcances y limitaciones..... | 95 |
| Referencias..... | 97 |
| Anexos..... | 105 |

Resumen

La presente propuesta tiene como objetivo que los participantes, personas adultas de 21 a 55 años de edad, aprendan a identificar las señales del trastorno de ansiedad y que utilicen las tácticas de tratamiento aprendidas durante el mismo para que de esta manera recobren su bienestar emocional disminuido durante tal padecimiento. El interés de abordar este tema es porque la ansiedad actualmente es un problema psico/social que se encuentra en primer lugar, seguido de los trastornos por el consumo de drogas y la depresión.

Si bien, el problema ansioso puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente que se presente entre los 20 a los 45 años, rango en que la personalidad alcanza su momento más activo, ya que es la etapa de vida en que las personas terminan sus estudios, se insertan en el mercado laboral, Esuelen encontrar pareja y establecer un hogar, tener hijos, y adquirir bienes como la casa o el coche, etc. o se dispara la movilidad en forma de cambios de lugar o por viajes (Luengo, 2003; p. 29).

Para abordar el objetivo de tratamiento se propone el enfoque cognitivo-conductual por considerar que es una herramienta efectiva, económica y de corto plazo.

Palabras clave: edad adulta, trastorno de ansiedad e Intervención cognitivo conductual.

Summary

The objective of this proposal is for participants, adults between 21 and 55 years of age, to learn to identify the signs of anxiety disorder and to use the treatment tactics learned during it to recover their reduced emotional well-being. During such ailment. The interest to address this issue is because anxiety is currently a psycho / social problem encountered first, followed by drug use disorders and depression.

While the anxious problem can occur at any age, it is more frequent occurring between 20 and 45 years, range in which the personality reaches its most active moment, since it is the stage of life in which people finish their studies, are inserted in the labor market, usually find a partner and establish a home, have children, and acquire goods such as the house or car, etc. or mobility is triggered in the form of changes of place or travel (Luengo, 2003. P. 29).

To address the treatment goal, the cognitive-behavioral approach is proposed as an effective, economical and short-term tool.

Key words: adulthood, anxiety disorder and cognitive-behavioral intervention

Introducción

Ubicado en la parte meridional de América del Norte se localiza nuestro país que, actualmente, está conformado por 32 estados.

Según la Encuesta Intercensal del 2015, realizada por INEGI, habitaban en el país 119 millones 530 mil personas; 94 hombres por cada 100 mujeres; Y, en la Ciudad de México, que es una de las 32 entidades federativas y capital de este país, habitaban 8 millones 918 mil 653 personas. La Ciudad de México, sólo es superada por el estado de México con la que comparte la zona metropolitana (ZMVM). (Número de habitantes. **Cuéntame de México. Pag. Inicial**). Esta Zona está delimitada por 16 delegaciones de la Ciudad de México, más 59 municipios del Estado de México y uno del Estado de Hidalgo.

Por otra parte, según la **Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003** se menciona que entre los trastornos mentales más comunes en la CD-MEX, entre los 18 y 65 años de edad, el 28.6 % de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida. Entre éstos se encontraban en primer lugar los trastornos de ansiedad (14.3%) seguidos de los trastornos por el uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Según Medina-Mora responsable del proyecto por parte del INP, el problema de la ansiedad puede presentarse a cualquier edad pero es más común en la población adulta que se encuentra entre los 19 y 35 años de edad. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres. El trastorno, generalmente se relaciona con el estrés y la depresión, y puede iniciarse desde la infancia o adolescencia, aunque también puede presentarse en la edad adulta. (**Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, 2003; Resumen: 3er. Parr.**).

Entre las alcaldías de la CD-MEX se encuentra la de Miguel Hidalgo que en el 2015, según datos del Censo de Población y Vivienda INEGI contaba con 364,439 habitantes, de los cuales el 45.8 % corresponden al sexo masculino y el 54.2% al sexo femenino (relación de 84.50 hombres por cada 100 mujeres). Entre los rangos

de los grupos etarios de mayor presencia en la Delegación correspondía a los adultos con edades de 25 a 39 años conformando el 25% de la población (Diagnóstico del Contexto Demográfico del Área de Influencia del Centro de Integración Juvenil [CIJ] Miguel Hidalgo). (Epígrafe: Estructura y dinámica de la población).

En este marco, el periódico “La Jornada” del 5 de septiembre del 2011 publicó que “el 60% de los habitantes de la Miguel Hidalgo eran económicamente pobres”, y que esta pobreza se observaba principalmente en las colonias: Pensil, Huichapan, Argentina, Tacuba, México Nuevo y Francisco Madero, que son colonias aledañas a la Universidad de Vida para el Adulto Mayor, que es el lugar donde actualmente está ubicado el Consultorio de Psicología de la Delegación Política Miguel Hidalgo; y de donde parte el interés por realizar Talleres de Apoyo Psicológico para la comunidad abierta.

En este contexto socioeconómico, los pacientes que, en los años del 2014 al 2016, asistieron al Servicio de Psicología y que tenían un rango de edad entre los 21 y 55 años, presentaron en primer lugar, entre otros problemas: trastornos del estado de ánimo, seguidos por los trastornos de ansiedad, problemas en el trato y educación de los hijos, disfunción conyugal, y disfunción y/o desintegración familiar. Observándose que en este grupo el trastorno de ansiedad se encuentra entre los dos primeros lugares de los trastornos mentales que requieren más atención especializada. No obstante la alta incidencia del problema, la población que la padece, generalmente no solicita atención especializada.

Entre las causas que limitan el acceso al tratamiento del trastorno de ansiedad, bien puede suponerse que en los Centros de Salud donde no se cobra el servicio a la comunidad no hay lugares suficientes o cuando se sigue el tratamiento las citas subsecuentes por lo regular son muy espaciadas. Por otra parte, en los lugares donde se cobran los servicios las personas que padecen el problema no cuentan con los recursos económicos y/o el tiempo suficiente para asistir regularmente a consulta ya sea por los síntomas negativos del mismo problema o por falta de tiempo ya que generalmente son personas laboralmente activas. De tal manera que cuando deciden asistir a consulta si no perciben mejoras en corto plazo terminan por abandonar el tratamiento.

Con base en lo antes expuesto, se propone como una alternativa de apoyo a la prevención y/o tratamiento al trastorno de ansiedad con técnicas cognitivo-conductuales el presente taller que está dirigido especialmente a personas adultas de un rango de 21 a 55 años de edad.

Para cubrir el objetivo del taller, el contenido se ha estructurado de la siguiente manera:

Capítulo 1. En este capítulo se aborda la definición de adultez, diferentes perspectivas teóricas del desarrollo adulto, los periodos del desarrollo del ciclo de vida, las etapas del desarrollo de la adultez, y las tareas evolutivas del adulto en desarrollo como son: el desarrollo cognitivo e intelectual, el desarrollo educativo, el desarrollo ocupacional, y el desarrollo familiar.

Capítulo 2. En este capítulo se trata el tema de la definición de ansiedad, las perspectivas teóricas de la ansiedad, la ansiedad normal sus síntomas, sus causas, consecuencias y su tratamiento, así mismo, se trata el tema de los trastornos de ansiedad, sus síntomas, su clasificación, sus modalidades de presentación, sus causas y sus consecuencias, así como los factores que favorecen su presentación y de riesgo, y los modelos de tratamiento: conductual y cognitivo.

Capítulo 3. En este capítulo se revisa el tema del tratamiento del trastorno de ansiedad, empezando con el marco conceptual; se continúa con el procedimiento de intervención donde se abordan las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas. En lo referente a las técnicas conductuales se describen diferentes componentes. En cuanto a las técnicas cognitivas se desarrollan diversas estrategias de intervención que contribuyen a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva mediante el diálogo, la modelación y la práctica de nuevos hábitos. De tal manera que en la terapia racional emotiva conductual de Ellis, se tratan los aspectos de las ideas o creencias irracionales, y el modelo de tratamiento A-B-C-D-E; en la terapia cognitiva de Beck se tratan los elementos centrales de la terapia, las características de los pensamientos automáticos, y las técnicas para modificar los pensamientos automáticos; y, por último, en el entrenamiento autoinstruccional, se aborda el concepto de Autoinstrucciones y la aplicación de la técnica para disminuir la ansiedad.

Capítulo 4. En este capítulo se hace la propuesta como una alternativa de solución a la prevención y/o tratamiento al problema de la ansiedad a través de técnicas cognitivo-conductuales, en la etapa más productiva del ciclo evolutivo de las personas. Describiendo la justificación de por qué abordar el problema de la ansiedad, los objetivos del taller, la metodología, número de participantes, escenario, y recursos materiales para la realización del taller. En este apartado se incluyen también, la carta descriptiva, las conclusiones y sugerencias del taller, así como la bibliografía de la investigación documental.

ANEXOS: En este apartado se incluyen cuatro protocolos de evaluación y el procedimiento abreviado del Método de Relajación Muscular Progresiva.

Capítulo 1: Adulthood o Edad Adulta

1.1 Concepto y Definición de Adulto

Para la Real Academia Española (RAE, 2014) la palabra adulto “es un adjetivo que procede del vocablo latino *Adultus*, el concepto permite calificar a aquello que alcanzó su pleno crecimiento o desarrollo; para la biología un organismo alcanza la adultez cuando ya puede reproducirse, sea éste animal o planta”.

En el proceso de su desarrollo, el ser humano pasa por varias etapas siendo la primera la de la niñez, la segunda la de la adolescencia, la tercera la de la adultez y la cuarta la de la vejez.

Papalia, Sterns, Feldman, y Camp (2009), postulan que: “el desarrollo adulto es un proceso sistemático de cambio adaptativo en el comportamiento de una o más direcciones; es sistemático y adaptativo en el sentido de que permite lidiar con las condiciones de existencia, internas y externas siempre cambiantes..., y puede deberse al aprendizaje o a la maduración del cerebro y otros sistemas y estructuras físicos del organismo. Generalmente, el desarrollo implica una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, y mientras que los niños en el proceso de su desarrollo pasan por patrones muy semejantes, las diferencias individuales son más evidentes conforme las personas envejecen y la experiencia se vuelve algo más que un simple factor. El desarrollo adulto puede no ser tan rápido o tan obvio como el desarrollo infantil y supone tanto pérdidas como ganancias; pero incluso los adultos mayores pueden desarrollar nuevas habilidades, como aprender a bailar, a cantar, a usar computadoras, etc. (p.04).

1.2 Perspectivas Teóricas

Las teorías del desarrollo adulto, son un conjunto organizado de ideas y para tratar de explicarlo, existen varias de ellas como las teorías de Charlotte Bülher, de Erik Erikson, de Levinson, y la teoría de Abraham H. Maslow. A continuación, se presentan, de una manera sintetizada, dichas teorías:

1.2.1 Teoría de Bülher. Charlotte Bülher (1933, en Papalia y Wendkos, 1990), hizo especial hincapié en el establecimiento de metas en su teoría de cinco fases del desarrollo humano, de las cuales tres se centran ampliamente en el desarrollo durante la edad adulta. Estas son las que a continuación se describen:

Fase dos: adolescencia y edad adulta temprana (de los 15 a los 25 años aproximadamente). Durante estos años, por primera vez, las personas captan la idea de que sus vidas les pertenecen. Se interesan en el análisis de las experiencias vitales que las han formado hasta ahora. Son idealistas en su búsqueda de vastas metas: desean una pareja para amar, un Dios en quien creer, respuestas sobre el significado de la vida y una oportunidad para realizar sus sueños. Las personas resuelven adecuadamente esta fase cuando logran la madurez suficiente como para analizar y tener en cuenta sus propias potencialidades, así como sus propias necesidades; para clarificar los valores en los cuales creen y por los cuales desean vivir; para manejar sus problemas y conflictos comunes y para adaptarse a las actitudes y circunstancias cambiantes (p. 480).

Fase tres: juventud y edad adulta media (de los 23 a los 45 o 50 años, aproximadamente). Ahora las personas pasan de metas tentativas a metas específicas. Idealmente, los individuos llegan a tener más claridad sobre sus valores y metas y mejor captación de sus potencialidades para el desarrollo. Es la época de una rica vida personal, que por lo general incluye matrimonio e hijos, cuando la persona está en el grado máximo de su capacidad sexual, un punto de estabilidad en su carrera y rodeada de un círculo de amistades. Sin embargo, aunque éste es el ideal, pocas personas son capaces de superar las muchas dificultades que encuentran para establecerse. Algunas veces se decepcionan porque consideran

que eligieron erróneamente su carrera o su pareja conyugal. Otras son demasiado inmaduras como para integrar sus vidas en alguna pauta estable. Otro grupo más tiene que emplear mucha energía psíquica en conflictos emocionales, de modo que les quedan pocas reservas para lograr su ajuste a la vida. Las experiencias exitosas ayudan a las personas a lograr las metas de esta fase, mientras que las experiencias de fracaso pueden incapacitarlas. (p. 480)

Fase: cuatro. Edad adulta (de 45 a 65 años): En esta fase de desarrollo, según Bühler (1968, en Papalia y Wendkos), las personas saludables toman en cuenta sus experiencias pasadas y revisan su planeación para el futuro a la luz de su condición física actual, de su estatus laboral y de sus relaciones personales. Las personas inmaduras evitan evaluarse a sí mismas y fallan al tomar sus decisiones. No reconocen los rasgos de su personalidad que causan problemas en sus relaciones con otras personas o en su vida profesional y por lo tanto no pueden hacer cambio alguno de pautas insatisfactorias. En la medida que las personas se evalúan a sí mismas y evalúan también sus vidas, se sienten satisfechas por la efectividad de las decisiones que han tomado, o insatisfechas por los desaciertos y errores, muchos de los cuales reconocen como atribuirles a sus propios problemas de personalidad (p.545).

1.2.2 Teoría de Erikson. Papalia y Wendkos mencionan que de las ocho etapas de crisis en que Erikson divide el ciclo del desarrollo humano, dos (la sexta y la séptima) son las que abarcan la etapa de la adultez.

Etapa sexta de crisis: Intimidad frente a aislamiento, adultez joven. El adulto joven, que ha desarrollado un sentimiento de identidad durante la adolescencia, está listo ahora para fusionar su identidad con la de otros. Se encuentra dispuesto a establecer un compromiso de relación cercana, íntima, con otra persona. En este punto de su desarrollo, las personas saludables están dispuestas a correr riesgos de entregas temporales del ego en situaciones de exigencia emocional, tales como el coito y el orgasmo; en situaciones de estrecha amistad que demandan sacrificios y compromisos personales y en otras que requieren autoabandono. Aquellas personas que temen darse en tales situaciones,

pueden terminar sintiéndose solas y autoabsorbidas. A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas, con frecuencia conflictivas, de la intimidad, la competencia y la distancia, desarrollan un sentido ético que Erikson considera la característica de la edad adulta. Solamente en esta edad puede darse la “verdadera genitalidad”, porque hasta ahora la vida sexual de las personas ha estado dominada por la búsqueda de su propia identidad o por “tensiones fállicas o vaginales que convierten la vida sexual en una especie de lucha genital”. El adulto joven puede aspirar a la “utopía de genitalidad” eriksoniana, la cual incluirá el orgasmo mutuo en una relación heterosexual amorosa en la cual se comparte la confianza y se regulan los ciclos de trabajo, procreación y recreación con la intención final de asegurar a los hijos de la unión el logro satisfactorio de todos los estadios de su propio desarrollo (p. 481).

Etapas séptima de crisis: Generatividad frente a estancamiento, adultez media. El adulto maduro está preocupado por establecer y guiar a la siguiente generación o de otro modo siente poca valía personal. Los individuos se enfrentan con esta crisis del desarrollo hacia los 40 años. Erikson en 1950 define la generatividad como “preocupación por establecer y guiar a la generación siguiente” e identifica este impulso básico de enseñar, guiar y promover el desarrollo de la juventud como elemento que corresponde prácticamente a todas las instituciones sociales, como iglesias y escuelas, y aun en el sitio de trabajo. Las personas necesitan tener hijos para que se produzca en ellas el impulso de la generatividad. Ésta puede surgir en relación con la productividad y la creatividad en diversas áreas. Por otra parte, tener hijos no garantiza necesariamente la generatividad. Erikson considera que algunos padres jóvenes sufren retraso respecto a sus habilidades generativas porque nunca desarrollan un sentido de confianza o porque tienen que esforzarse demasiado para estructurar sus propias personalidades (Papalia y Wendkos, p. 544).

➤ ***Ampliación de la teoría de Erikson por Peck.*** Ampliando los conceptos de Erikson, Peck (1955, en Papalia y Wendkos), especifica cuatro tipos de desarrollo

psicológico como vitales para el ajuste adecuado en la mediana edad: *Valoración del conocimiento en oposición a la valoración del poder físico; socialización en oposición a sexualización en las relaciones humanas; flexibilidad emocional en oposición a empobrecimiento emocional; flexibilidad mental en oposición a rigidez mental.*

a. ***Valoración del conocimiento en oposición a la valoración del poder físico.***

El conocimiento, definido como la habilidad para tomar las mejores decisiones en la vida, parece depender en gran parte de la extensión de la experiencia vital y de las oportunidades para encontrar una amplia gama de relaciones y situaciones. En algún momento, entre el final de la cuarta década y el final de la quinta, las personas más exitosamente adaptadas valoran la sabiduría que ahora poseen más que el conjunto de su fuerza física disminuida, el vigor y el atractivo juvenil.

b. ***Socialización en oposición a sexualización en las relaciones humanas.*** las

personas redefinen a los hombres y las mujeres en sus vidas, valorándolos como individuos, como amigos y como compañeros, más que básicamente como objetos sexuales.

c. ***Flexibilidad emocional en oposición a empobrecimiento emocional.***

La habilidad para trasladar la investidura emocional de una a otra y de una actividad a otra, llega a ser algo particularmente decisivo durante la mediana edad. Ésta es la época en que con mayor probabilidad las personas tendrán experiencias de ruptura en sus relaciones debido a la muerte de progenitores y amistades, así como a la madurez e independencia de los hijos. También puede ocurrir un cambio en sus actividades a causa de limitaciones física.

d. ***Flexibilidad mental en oposición a rigidez mental.*** Hacia la edad mediana

muchas personas han logrado tener un conjunto de respuestas a la vida. Pero cuando dejan que tales respuestas ejerzan control sobre ellas, en lugar de continuar buscando otras nuevas, llegan a estancarse en dichas respuestas y a cerrarse a nuevas ideas. Aquellas personas que continúan siendo flexibles emplean sus experiencias y las respuestas que han encontrado como guías provisionales para la solución de nuevas situaciones. Ninguna de estas

adaptaciones surge necesariamente al comenzar la edad mediana; algunas pueden constituir una función de la personalidad madura, en la edad adulta temprana. No obstante, si no se producen los años intermedios, resulta dudoso que el individuo sea capaz de lograr una adaptación emocional exitosa (p. 544).

1.2.3 Teoría de Levinson. Levinson (1977, en Papalia y Wendkos, 1990), elaboró su teoría según la cual la meta del desarrollo adulto es la construcción de una estructura de vida. Dicha estructura tiene aspectos externos: participación en el mundo socio-cultural, la cual incluye religión, raza, herencia étnica, familia, ocupación, así como hechos sociales y condiciones importantes, como guerras y depresiones económicas. También tiene un aspecto interno formado por los valores, los sueños y la vida emocional de la persona. A medida que las personas conforman sus estructuras de vida, pasan por periodos estables que, por lo general, duran de seis a ocho años, durante los cuales hacen elecciones que sirven para desarrollar su vida. Los siguientes cuatro estadios de Levinson se manifiestan durante la juventud: *Salida del hogar (de los 17 a los 24 años)*; *salida del hogar (de los 17 a los 24 años)*; *la transición de la cuarta década (de los 28 a los 33 años)*; y *la transición de la cuarta década (de los 28 a los 33 años)*.

a. Salida del hogar (de los 17 a los 24 años). Durante este periodo, que puede producirse en un lapso de tres a cinco años, para un determinado individuo, un hombre necesita pasar de la preadultez a la edad adulta. Esto ocurre cuando sale del hogar de sus padres y llega a ser más independiente, financiera y emocionalmente (Papalia y Wendkos, 483).

b. Ingreso en el mundo adulto (de los 22 a los 28 años). En algún momento al comenzar la tercera década, cambia el equilibrio, de modo que el joven ahora es un “adulto novicio”, está más en el mundo adulto que en el hogar. Durante la tercera década necesita realizar dos tareas fundamentales y contradictorias: explorar las posibilidades de su vida, evitando grandes compromisos y manteniendo abiertas las posibilidades de opción para todas las oportunidades, y al mismo tiempo, llegar a ser independiente y formar una estructura de vida

estable. Algunas personas se comprometen establemente en un matrimonio, una ocupación y otras metas, y algunas otras tratando de cubrir sus sueños (Papalia y Wendkos, p. 484).

c. La transición de la cuarta década (de los 28 a los 33 años). Un par de años antes o después de los 30, las personas llegan a tener otra perspectiva de su vida. Se preguntan si los compromisos que hicieron durante la pasada década habrían sido prematuros, o por primera vez establecen ahora fuertes compromisos. Levinson considera cruciales las decisiones adoptadas a partir de la transición del inicio de la cuarta década. Si las elecciones que se hacen son sanas, proporcionan sólidos fundamentos para la estructura de la vida. Si son pobres, pueden debilitar peligrosamente el siguiente periodo. No obstante, independientemente de cuán buena sea la estructura, ésta seguirá cambiando (Papalia y Wendkos. P.485).

d. Establecimiento (de los 32 a los 40 años). El inicio de la cuarta década se incluye en este periodo, cuando las personas establecen compromisos más profundamente con el trabajo, la familia y otros aspectos importantes de su vida. Determinan metas específicas para sí mismas con una orientación establecida, con frecuencia para la edad hito de los 40. En la medida en que trabajan para establecer su ubicación en la sociedad y lo logran, elaboran un plan de vida (Papalia y Wendkos; p. 485).

1.2.4 Teoría de Maslow. Maslow (1954, en Papalia & Wendkos, 1990), identificó una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano, de tal forma que cuando una persona ha satisfecho las necesidades más elementales, se esfuerza por satisfacer las del siguiente nivel, y así sucesivamente, hasta que logre satisfacer el orden más elevado de requerimientos. La persona que satisface las necesidades más elevadas es para Maslow, la ideal, la “persona-autorrealizada”. De acuerdo con Maslow, el orden ascendente de estas necesidades es: Necesidades es: *Fisiológicas; seguridad; seguridad; pertenencia y amor; y autorrealización.*

a. Fisiológicas. De aire, alimento, bebida y descanso, para lograr el equilibrio dentro del organismo.

- b. **Seguridad:** De protección, estabilidad, para verse libre de temor, ansiedad y caos, mediante una estructura que establece leyes y límites.
- c. **Pertenencia y amor:** De afecto e intimidad, proporcionados por la familia, los amigos y personas que nos aman.
- d. **Estima de autorrespeto y respeto** de los demás.
- e. **Autorrealización:** El sentido de que la persona hace lo que es capaz y está satisfecha y preparada para “ajustarse a su propia naturaleza”. Quien está plenamente desarrollado, -según Maslow la persona autorrealizada- revela niveles elevados de las siguientes características: percepción de la realidad, aceptación de sí mismo y aceptación de otros y de la naturaleza, amén de otras características como espontaneidad, habilidad para resolver problemas, autodirección, etc. Nadie llega a autorrealizarse completamente, pero la persona que se desarrolla en forma saludable siempre se acerca a niveles más altos de autosatisfacción (Papalia y Wendkos, p. 20).

1.3 Desarrollo del Ciclo de Vida.

La mayoría de los psicólogos acepta la idea de que el desarrollo humano dura toda la vida. Este concepto de desarrollo como un proceso de adaptación a lo largo de toda la existencia se conoce como desarrollo del ciclo de vida, el cual para su estudio se divide en periodos los que a su vez se delimitan en un número determinado de años.

Históricamente, F.A. Carus, en 1808 (en Vega y Bueno, 1996. p. 22), fue el primero en ofrecer una descripción psicológica del desarrollo humano a lo largo de toda la vida. Distinguió cuatro periodos generales: infancia, juventud, edad adulta, y vejez. Por otra parte, fue el primero en identificar que la edad cronológica no es un determinante psicológico del desarrollo.

1.4 Etapas de Desarrollo de la Edad Adulta

Moraleda (1999; p. 343) refiere que: “a la edad adulta se le conoce también como periodo de madurez o periodo de la vida del individuo que se extiende desde los 20-25 años hasta los 60-65 años. Dada la complejidad de funciones, tareas y demandas sociales que existe en este periodo evolutivo, existe entre los teóricos la tendencia general a dividirlo en fases: a) Una primera fase, denominada adultez temprana que se sitúa entre los 21-25 años, es una fase muy importante en el desarrollo de la personalidad ya que se caracteriza por grandes cambios en los ámbitos de la vida familiar y profesional. b) Una segunda fase, denominada adultez media, que se extiende entre los 25-40 años y c) una tercera fase, denominada adultez tardía, que se extiende desde los 40 a los 55 años. Esta última fase se describe por algunos autores como época de decadencia biológica, que implica por lo mismo, frecuentes conmociones y crisis psíquicas.

Actualmente, se ha creado la necesidad de diferenciar, grupos entre las personas mayores en función de su edad ya que esta se encuentra asociada con el tipo y la magnitud de las necesidades que experimentan.

Según Moraleda (p. 343) la expectativa de vida o esperanza media de vida como la edad avanzada cada vez aumenta más y más. 1. Una segunda etapa: Adulto mayor (de los 55 a los 65 años). 2. Una tercera etapa: Tercera Edad (De los 65 a los 80 años). Esta etapa, según Vega, la Comunidad Económica Europea (actualmente denominada Comunidad Europea) diferencia desde una perspectiva legal y de los servicios sociales, entre la “tercera edad” y la “cuarta edad” (p. 70). 3. Una cuarta etapa. Cuarta edad. Esta se extiende desde los 80 años en adelante.

1.5 Tareas Evolutivas de la Edad Adulta

Las tareas evolutivas de la etapa adulta son impuestas por el desarrollo biológico, la

presión social y cultural y las propias aspiraciones y valores personales. Las tareas, consideradas como las más importantes, son las relacionadas con el desarrollo cognitivo, el educativo, el ocupacional y el familiar.

1.5.1 Desarrollo cognitivo e intelectual. En la curva del desarrollo intelectual **Moraleda (1999)** distingue tres enfoques distintos que se han centrado en el tema: El enfoque piagetiano; el enfoque psicométrico; y, el enfoque dialéctico contextual.

1.5.1.1 Enfoque piagetiano. En 1972, Piaget **(en Moraleda, 1999, p.345)** menciona que “el desarrollo del pensamiento infantil pasa por una serie de estadios, el último de los cuales, es el de las operaciones formales. Corresponde aproximadamente a la adolescencia.

1.5.1.2 Enfoque psicométrico. Moraleda (p.345), argumenta que la inteligencia declina con la edad; este descenso es universal y se produce en función de procesos biológicos del envejecimiento. Por ejemplo, **Wechsler (1958)** señaló que en el desarrollo de la inteligencia aparecía una disminución progresiva de ésta tras haber alcanzado un punto máximo entre los 18-25 años. Dentro de este enfoque **psicométrico Horn (1967, 1968, 1970, 1978, en Moraleda)** sugiere que el dominio de la inteligencia está constituida por dos características distintas: una fluida y otra cristalizada. La inteligencia fluida se mide a partir de pruebas cuya resolución presumiblemente depende más del funcionamiento del sistema nervioso que de factores culturales: Entre estas pruebas están los tests de matrices, series de letras, parejas asociadas, dígitos inversos, etc. En cuanto a las pruebas que miden la inteligencia cristalizada, se incluyen sobre todo los factores de escolarización y culturización. Entre estas pruebas están las de vocabulario, información general, situaciones sociales, etc. La teoría postula que la inteligencia fluida declina durante la madurez. Por su parte, la inteligencia cristalizada muestra incrementos durante este mismo periodo **(Moraleda; p. 346)**.

1.5.1.3 Enfoque dialéctico contextual. Este enfoque estudia el desarrollo de la inteligencia tomando en cuenta las situaciones histórico-sociales que rodean al individuo, esto es, su contexto **(Peper, 1942, citado por Moraleda)**. El enfoque, desde luego no niega la realidad del deterioro intelectual en numerosas personas ni

las variables biológicas que también son importantes; tampoco trata de sugerir que el adulto rinda siempre más que el joven, sino que por el contrario señala que, de haber deterioro, éste no es universal; y que, de haber un incremento, no está tan relacionado con la variable edad como en el enfoque psicométrico se pensaba. Su énfasis sitúa a este enfoque contextual en la relativa plasticidad de la inteligencia y en los elementos contextuales de su desarrollo (Moraleda; p.347).

1.5.2 Desarrollo educativo. Moraleda (1999; p. 347) menciona que las tareas evolutivas relacionadas con este campo ocupacional, vienen impuestas por el propio desarrollo biológico, la presión social y cultural (adopción de nuevos roles, aprendizajes, destrezas, etc.), por las propias aspiraciones y valores de los individuos. Estas tareas evolutivas son las siguientes: *Preparación para la profesión; desempeño profesional; consecución y mantenimiento de un rendimiento satisfactorio; y, desarrollo de carrera.*

1.5.2.1 Preparación para la profesión. Esta tarea consiste en organizar planes y canalizar esfuerzos y energías para conseguir una profesión adecuada.

1.5.2.2 Desempeño profesional. El desempeño de una profesión suele exigir del individuo una gran inversión de tiempo y esfuerzos, lo que, frecuentemente contribuye también a que éste tenga que retrasar la consecución de otras tareas. La situación es diferente según se trate de individuos de clase media, alta o baja. Para los de clase media es más difícil porque éstos suelen tener mayores aspiraciones que los de clase baja y menos medios que los de clase alta. Para las mujeres también suele ser difícil, por tener que conciliar estas ocupaciones con las del hogar o ser madres.

1.5.2.3 Consecución y mantenimiento de un rendimiento satisfactorio. Durante este estadio muchos individuos alcanzan el punto más alto en el desempeño de su carrera. Así, la tarea propia de esta fase consiste para muchos de estos individuos, no tanto en alcanzar y mantener una determinada profesión, cuanto además la de tener la capacidad para flexibilizar el rol ocupacional de modo que pueda adaptarse a otras posibles ocupaciones. (Moraleda; p. 347):

1.5.2.3 Desarrollo de carrera. Papalia, D., Sterns H., Feldman R. & Camp. (2009; pp: 281-282) postulan que la elección vocacional y el desarrollo de la carrera, desde la pubertad hasta la adultez que evolucionan junto con la madurez y el autoconcepto de la persona, según la teoría de Donald Super ocurren por etapas y que son las siguientes: Cristalización; especificación; Implementación; establecimiento; consolidación; y, mantenimiento.

- 1ª. Cristalización.** En la adolescencia temprana, una persona solo tiene ideas generales acerca de una carrera.
- 2ª. Especificación.** De la adolescencia tardía a los años universitarios, los jóvenes aprenden más sobre las diversas ocupaciones y lo que ocurre en el lugar de trabajo.
- 3ª. Implementación.** Los adultos jóvenes comienzan a desempeñarse en uno o más empleos a nivel inicial o inician el entrenamiento profesional.
- 4ª. Establecimiento.** Los adultos jóvenes han hecho un compromiso con una carrera específica por lo que han tenido un progreso a lo largo de esa carrera.
- 5ª. Consolidación.** Sobre la base de la experiencia obtenida durante la etapa de establecimiento, los adultos a mediados de los treinta años evolucionan hacia la etapa de consolidación. Luchan por ascender en sus campos laborales tan rápido como sea posible.
- 6ª. Mantenimiento.** Hacia la adultez media, las metas relacionadas con la Elección de carrera se han alcanzado o se ven inasequibles, y la urgencia por alcanzar aquella disminuye. Durante la etapa del mantenimiento, que por lo general comienza a mediados de los cuarenta años, la persona en la adultez media se enfoca en mantener, en vez de adquirir, prestigio, autoridad responsabilidad (Papalia & Camp; p.282).

1.5.3 Desarrollo ocupacional. Moraleta, menciona que en los últimos años, se ha producido una disminución de satisfacción de los individuos ante el trabajo, probablemente en relación con una serie de variables socio-económicas por las que se caracteriza nuestra sociedad actual. No obstante analizando los resultados de

ciertas investigaciones, se puede observar que existen diferencias debidas a la edad y al estatus profesional. En general, el nivel de satisfacción se incrementa al aumentar el nivel profesional. Los adultos ya instalados en un trabajo suelen estar más satisfechos que los más jóvenes que están realizando sus primeros ensayos en el trabajo (Moraleda; p. 348). A continuación se mencionan los siguientes niveles de satisfacción: Trayectoria del trabajo; familias con doble carrera; el ocio; y, *prepararse para la jubilación*.

1.5.3.1 Trayectoria del trabajo. Santrock (2006) argumenta que durante la madurez, el trabajo desempeña un papel fundamental tanto si uno se dedica a una ocupación a tiempo completo o parcial, trabaja como voluntario o se dedica labores domésticas. En esta etapa de la vida, también, resulta muy variable ya que algunos individuos poseen carreras estables, con escasa movilidad, mientras que otros entran y salen del mercado laboral, con periodos de falta de trabajo o de desempleo (P. 566); pero, en cuanto a la satisfacción producida por el trabajo, aumenta de forma gradual de los 20 hasta, al menos, los 60 años de edad, tanto para individuos con estudios universitarios como sin ellos, este patrón se ha detectado en ambos sexos (p. 567). Actualmente, los trabajadores deben hacer frente a importantes retos como, por ejemplo, la globalización del trabajo, los rápidos avances que se producen en la tecnología de la información, la reducción del tamaño de las compañías y la jubilación anticipada; una de las consecuencias de esta situación es que se ofrecen incentivos a los empleados maduros para que se jubilen anticipadamente, cuando aún tienen 50 años o, en algunos casos, incluso 40 años, y no la edad normal de jubilación (Santrock; p. 567).

1.5.3.2 Familias con doble carrera. Papalia y Wendkos (1990), señalan que en años recientes ha habido un incremento no sólo en la cantidad de mujeres que trabajan fuera del hogar, sino en la cantidad de aquellas cuyas carreras son tan importantes para ellas siendo esposas, como lo son las carreras masculinas para los esposos. Estos matrimonios, en los cuales ambos cónyuges siguen carreras fuera del hogar y comparten deberes dentro del mismo, representan un cambio considerable de las pautas de la familia tradicional en nuestras sociedades y ofrecen, tanto ventajas como desventajas. Los beneficios de un matrimonio de doble carrera incluyen mayor

ingreso familiar, una relación más igualitaria entre esposos, o una relación más cercana entre padres e hijos, etc. Algunas de las desventajas incluyen la sobrecarga de energía causada por la necesidad de cumplir con ambos papeles, la posible restricción de ambas carreras debido a las responsabilidades familiares; rivalidad competitiva entre los cónyuges; ansiedad y culpa relacionadas con el hecho de si se están satisfaciendo las necesidades de sus hijos, etc. El esposo y la esposa, en una familia de doble carrera, hacen parte de tres sistema conjunto de la familia. Cada papel hace exigencias a los individuos en diversos momentos, por ejemplo, en la familia cuando hay un niño pequeño y en el trabajo se logra una posición superior. Las parejas tienen que decidir qué papeles va a cumplir primero: el de la familia, el de la carrera del marido, o el de la carrera de la esposa; la dificultad de establecer prioridades entre estos papeles produce muchas tensiones para las parejas con carrera (pp: 473-474).

1.5.3.3 Ocio. A este respecto Santrock (2006) dice que al ser adultos, no sólo debemos aprender a trabajar, sino que también necesitamos saber cómo relajarnos y disfrutar de nuestro tiempo de ocio. Debido a los cambios que muchos individuos experimentan durante la madurez, el ocio puede desempeñar un papel relevante en este periodo de la vida, dichos cambios incluyen las transformaciones físicas, las alteraciones en las relaciones con el cónyuge o con los hijos, y los cambios profesionales (p. 568).

1.5.3.4 Prepararse para la jubilación. En la madurez, los adultos comienzan a prepararse psicológicamente para la jubilación, si un adulto desarrolla actividades de tiempo libre que pueden seguir practicándose durante la vejez, la transición del trabajo a la jubilación resultará menos estresante (p. 569).

1.5.4 Desarrollo familiar. Havighrst (1953, en Moraleda, 1999) hace un interesante análisis del desarrollo familiar por lo que a continuación se presenta de manera resumida su transcripción. La familia “se define como una tarea que surge en un momento determinado de la vida de un individuo y cuya resolución correcta supone para él una gran satisfacción y éxito”, la vida familiar está marcada por periodos de tiempo llamadas etapas de desarrollo las cuales son convencionales y por lo mismo

pueden cambiar según las culturas. Estas etapas son las siguientes: Establecimiento; adaptación; ampliación y estabilización; y disminución o autonomía de los hijos (Moraleda; p. 349).

A continuación, se presentan tales etapas:

1.5.4.1 Establecimiento. Dos enfoques han tratado el tema: El psicoanalítico y el sociológico. a. Según el enfoque psicoanalítico, las áreas de la personalidad más afectadas por el matrimonio son: la resolución de las prohibiciones sexuales de la infancia y adolescencia; la terminación del ciclo de separación psicológica de los padres; el aumento de la oportunidad de ejercer autonomía personal; y la oportunidad de ejercer nuevas identificaciones. b. Por su parte, el enfoque sociológico se ha centrado en la adopción de los nuevos roles que implica la situación matrimonial. A medida que cambian las relaciones interpersonales, cambia también la personalidad (Moraleda; p.350).

1.5.4.2 Adaptación en el matrimonio. Aunque la adaptación sexual sea vital para el matrimonio, el tema implica también los necesarios cambios que se efectúan en la personalidad de cada uno de los esposos que posibilitan una mejor relación. En la relación matrimonial cada uno de los cónyuges encuentra su mejor recompensa en la felicidad del otro y en el calor afectivo que se obtiene cuando el cónyuge está relajado y vive dichoso. La relación sexual mutuamente satisfactoria, tiene una importancia decisiva para la felicidad de los esposos, el placer resultante de una buena relación sexual suaviza los roces provenientes de la incompatibilidad de caracteres. La incompatibilidad para experimentar dicho placer refleja las perturbaciones en otras áreas de la vida conyugal que han generado miedos y ansiedades que imposibilitan conseguir la armonía sexual (Moraleda; p. 352).

1.5.4.3 Ampliación y establecimiento. Con la llegada del primer hijo los esposos se convierten en padres. El sentimiento de la propia realización y plenitud que produce la paternidad de ambos cónyuges es particularmente notorio en la mujer en quien la maternidad se convertirá en una cuestión central que da sentido y equilibrio a su vida. También para el marido es muy importante la llegada de su primer hijo, ya que

éste le ofrece una continuidad en el futuro que movilizará sus ambiciones. La llegada del hijo, puede generar conflictos y tensiones, así como producir una mayor cohesión y cooperación entre los padres. La mujer puede sentirse disgustada ante el esposo cuando éste no participa de su entusiasmo por la crianza del hijo: pero el esposo puede sentir celos ante el hijo al verse excluido por éste en la atención de la esposa. La experiencia de la maternidad y paternidad permite a los cónyuges un tipo de estrecha intimidad y placer que resulta de la relación entre el yo y el hijo, los padres se alegran con la alegría del hijo y sufren con su dolor más que en cualquier tipo de relación (Moraleda; p. 353).

1.5.4.4 Autonomía de los hijos. Esta etapa final del ciclo familiar es la más larga (suele durar hasta la muerte de uno de los esposos) y corresponde a la total emancipación de los hijos respecto de los padres. Suele ser también un momento de disminución de energías, salud y productividad. Se suele denominar a este periodo como el del “nido vacío”. Los datos empíricos indican que en este periodo y coincidiendo con la partida del último hijo se da una menor adaptación y satisfacción matrimonial. El matrimonio se enfrenta ahora, después de muchos años, a la vida en solitario, descubriendo lo mucho que han cambiado o se han distanciado. Paralelamente, los adultos se desentienden de las relaciones sociales y aumentan en ellos la sensación de abandono y soledad (Moraleda; 354)

!

Capítulo 2: La Ansiedad

2.1 Concepto y Definición de Ansiedad

En consultas psicológicas de primera vez, es común escuchar, decir a los pacientes ansiosos las expresiones “me siento con miedo”, “me siento ansioso o “me siento angustiado”, sin embargo, aunque tales expresiones las utilizan como sinónimos, su significado, en el campo de la clínica es muy diferente.

Según Rojas (1989) si se siguiera un criterio cuantitativo se podría realizar una cierta gradación de fenómenos inquietantes, entre los cuales cabría situar en tres eslabones ordenados de menos a más: el miedo ocuparía el primer eslabón, la ansiedad el segundo y el tercero, la angustia. Estos conceptos, Rojas los define diciendo que el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo que de alguna manera, viene de fuera del organismo y se le aproxima provocándole inquietud, desasosiego y alarma; la ansiedad la define como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, e indefinido, que, a diferencia del miedo, no tiene una referencia explícita. La ansiedad comparte con el miedo la impresión interior de temor, indefensión y zozobra, pero en tanto que el miedo se produce por algo, la ansiedad se produce por nada. De ahí que se pueda decir que el miedo es un temor con objeto, en tanto que la ansiedad es un temor sin objeto exterior (Rojas; p.25).

Para Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) *“la ansiedad es una respuesta que el organismo presenta a un peligro indefinido, confuso o imaginario y que se caracteriza por la tirantés, e inquietud a un sentido de desamparo”* (p. 22).

Estos mismos investigadores dicen, en dicha revista que Lang en 1968 “en la década de los años sesenta formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental las cuales correlacionan escasamente entre sí (pag.19)“.

En tanto que, en el Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014; DCM-5) se refiere que el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta

anticipatoria a una amenaza futura. Ambas respuestas se solapan pero también se pueden diferenciar; el miedo, generalmente, se asocia a pensamientos de peligro inminente y a conductas de huida, en tanto que la ansiedad se asocia a tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y a comportamientos cautelosos o evitativos (Asociación Americana de Psiquiatría; p. 189).

Por otra parte, Ayuso (1988 citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003,) define a *“la angustia como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando el individuo se siente amenazado por algo”* (p. 27)). En este sentido Sierra y colaboradores dicen que a través de la historia, la angustia ha sido objeto de estudio y mención por parte de grandes filósofos, teólogos, poetas, psicólogos y psiquiatras.

En el campo de la Psiquiatría, Freud, a decir de Ibáñez (en López Ibor, 1992) es el primero en proponer una teoría de la angustia. Y, en el campo de la filosofía, Sartre introduce el concepto de angustia existencial. No obstante, en la filosofía existencialista a la ansiedad se le denominó ansiedad existencial. De esta manera la ansiedad y la angustia trascienden, el campo puramente médico y pasan a formar parte del lenguaje vulgar (López Ibor; p. 41).

En síntesis, la ansiedad y la angustia, son dos conceptos de difícil diferenciación, aunque en realidad se trata de una cuestión de matices. Su doble utilización está determinada por la idea de estrechez asociado a la angustia que da lugar a que ésta se relacione más a una manifestación física o corporal y la ansiedad se utiliza para designar una sintomatología psíquica que es vivida como inquietud y sobresalto (López Ibor; p. 42).

Respecto al tratamiento de la ansiedad, el miedo y la angustia Clark,1989; Nietzel y Berstein, 1985 (citado por Dobson y Franche en Caballo, 2008) argumentan que aunque hay diferencias conceptuales entre la ansiedad y el miedo, siendo la ansiedad un trastorno emocional generalizado y el miedo una emoción aversiva provocada por un estímulo específico externo, no se ha encontrado que la distinción sea muy útil a la hora de diseñar un tratamiento (En Caballo; p. 516); pero no así, entre la ansiedad y la angustia en las que existen diferencias tanto

cuantitativas como cualitativas, por lo que su enfoque será distinto a la hora de diseñar un programa de intervención clínica.

2.2 Enfoques Teóricos

Sierra et al. (2003) refieren que existen tantas definiciones de ansiedad como modelos teóricos existen, y lugares donde encuadrar a las mismas, pero que todas las teorías están de acuerdo en que la ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. A continuación, de manera somera se describen, según dichos autores, los enfoques, conductual, cognitivo y cognitivo-conductual, que han abordado el concepto de la ansiedad (p. 23).

2.2.1 Enfoque conductual. Este tipo de enfoque trata de relacionar los aspectos experimental y operativo de los fenómenos, la teoría en sí parte de una concepción ambientalista donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952, citado en Sierra et al.) conceptualiza a la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada; esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor. En este sentido, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que eliciten a la misma en forma de respuesta emocional. Además, esta respuesta emocional se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado. El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar

pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto (Sierra, Ortega y Zubeidat; pp: 24-25)

2.2.2 Enfoque cognitivo. Desde este enfoque, Sierra et al. (2003) aseguran que el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones. Si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que provocan una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc. En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente; que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestre incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985, en Sierra et al. 2003; pp: 25-26).

2.2.3 Enfoque cognitivo-conductual. Sierra y asociados reportan que la aparición de este enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler y Magnusson (1973), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. De esta manera, la conducta queda determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional (Sierra, Ortega y Zubeidat; p. 26).

En definitiva, la ansiedad se conceptualiza como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Sierra, Ortega y Zubeidat; p. 27).

2.3 Tipos de Ansiedad

Considerando la ansiedad como respuesta emocional y, según la cantidad o magnitud de los síntomas, se puede dividir en ansiedad adaptativa, trastornos de ansiedad (respuesta muy intensa, que incluye manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas) y ansiedad patológica (si sus manifestaciones dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas). Para el trabajo de la presente investigación solamente se abordan los temas de la ansiedad adaptativa y los trastornos de ansiedad que a continuación se describen:

2.3.1 Ansiedad adaptativa. La ansiedad es una emoción que surge ante cualquier situación o sensación de amenaza o agresión a la identidad del yo personal. Puede

aparecer ante una gran variedad de circunstancias que pueden ir desde la normalidad hasta la patología. Ibáñez (en López Ibor, 1992; p. 43).

Este tipo de ansiedad positiva, según Rojas (1989), “es el estado de ánimo presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en tantas cosas atractivas y sugerentes como tiene la vida (p. 60)”.

Por otra parte, Baeza, et al. (2008), dicen que la ansiedad positiva “es un mecanismo facilitador de nuestra relación con el medio, y destinado a preservar los intereses del individuo y de la especie (p.2)”.

Dupont, (1999) menciona que cuando el problema es de ansiedad normal se trata de un proceso de mediana intensidad, es de corta duración y funciona como un signo de alerta; nos avisa de un peligro inminente y permite a la persona tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza que tiene como características el ser inespecífica, interna vaga causada por algún conflicto. A diferencia del miedo que es una respuesta ante una amenaza concreta, conocida, externa y no originada por algún conflicto interno (p. 69).

2.3.1.1 Síntomas. Según Baeza et al. (2008) la ansiedad adaptativa implica tres tipos de aspectos o componentes:

a. **Componentes Fisiológicos:** activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.

b. **Componentes cognitivos o de pensamiento:** anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes inoportunas, etc.

c. **Componentes motores y de conducta:** inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo, etc. Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por situaciones o circunstancias externas, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, cambios del organismo, etc. El tipo de estímulos capaces de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinada en gran medida por las características de la persona y sus circunstancias (p.2).

La ansiedad suele comenzar con un malestar nervioso que provoca excesos de tensión, en ocasiones se puede sentir opresión en el pecho, una especie de hueco que impide una respiración normal. Estos síntomas son intermitentes, suelen aparecer en ocasiones con o sin razón y por lo general están ahí después de una noche de insomnio, simplemente llegan de repente y por cualquier motivo.

2.3.1.2 Causas predisponentes. La ansiedad adaptativa, generalmente está relacionada:

- a. Con malos hábitos:** alimenticios, un mal descanso o un sueño no reparador.
- b. Con problemas en el trabajo o en la familia,** con la pareja, amigos, y hasta con los vecinos.
- c. Las crisis económicas** también pueden desencadenar una crisis de ansiedad, así como confrontarse con nuevas experiencias y desconocidas en la vida que no se pueden evitar, como nuevos cambios y adaptaciones en nuestros estilos de vida (Baeza et al., 2008).
- d. A una situación estresante.** En *Ansiedad: Tratamiento e información* (2015), se dice que la ansiedad adaptativa, por lo general se debe a una situación estresante que puede variar según la persona, su edad y su posición socioeconómica y cultural. Pero este tipo de ansiedad “puede desaparecer cuando concluye el problema o puede permanecer durante meses o años.

2.3.1.3 Intervención conductual. Con el propósito de generar un pensamiento reflexivo de afrontamiento y adaptativo a los estímulos ansiógenos es necesario implementar un programa de entrenamiento en la autoaplicación de técnicas para la modificación de conductas inadecuadas (hábitos y actitudes) y técnicas psicofisiológicas para la reducción de la activación excesiva (ejercicios de respiración).

- **Implementación de un programa de entrenamiento en modificación de conductas inadecuadas.** Baeza et al. (2008; pp: 53-129) postulan que para prevenir que la ansiedad se vuelva un problema es necesario adoptar un cambio

de rutina, un cambio de hábitos, incrementar algunas actividades, ser paciente consigo mismo y practicar ejercicios de respiración profunda. Para conseguir el cambio de rutina es necesario implementar una estrategia organizacional. De manera tal que con el propósito de disminuir la ansiedad se enlistan las actividades de rutina de todos los días de la semana, tanto las de casa como las del trabajo. Después se jerarquizan y se implementan. Empezando con las actividades del primer día de la semana, desde que se levanta hasta que se acuesta a dormir, tomando breves descansos entre ellas:

a. Hacer un cambio de hábitos. Tanto para bañarse, alimentarse, y acostarse a dormir, como para platicar con los amigos y familiares.

- **Hábitos en la dieta.** Lo principal es habituarse a comer a un mismo horario y no descuidar la calidad de los alimentos, tratando de evitar el azúcar blanca (y derivados como refrescos, dulces, chocolates, etc.).
- Incrementar los vegetales frescos, comer almendras y nueces, y comer pescado, todo esto ayudará a nutrir el sistema nervioso. Tomar agua, agua mineral con gas, jugos de hortalizas e infusiones no estimulantes.
- **Evitar el consumo de grasas y vísceras.** También se deben evitar el consumo de estimulantes (café, y refrescos con cafeína) y alcohol (Baeza; pp. 115-117).
- **Selección de nutrientes.** Hay nutrientes específicos que ayudan a mejorar ciertas situaciones de ansiedad. Por ejemplo, el calcio, este nutriente se encuentra en los productos lácteos y en hortalizas de hojas verdes como el brócoli, acelgas, espinacas, etc. El magnesio. Un déficit de este nutriente puede provocar agitación, ansiedad, manos frías e insomnio. Alimentos ricos en magnesio: espinacas, aguacates, pepitas de calabaza, almendras, etc. (Baeza; p. 118).
- **Higiene para dormir.** En primer lugar se debe elaborar un programa de sueño regular (es decir acostarse y levantarse diario a la misma hora, incluso los fines de semana. Se recomienda que si no tiene sueño no intente

dormirse, pues esto aumenta la ansiedad y, paradójicamente, reduce la probabilidad de conciliar el sueño. (Baeza; p. 127).

- b. Incrementar algunas actividades.** Como leer, hacer ejercicio, y algunas actividades manuales. Por ejemplo, hacer o ayudar en los quehaceres de la casa. Y, practicar actividad física en forma regular; además, se recomienda practicar más de una actividad, practicando tanto ejercicios aeróbicos (nadar, ir en bicicleta, correr) como anaeróbicos (pesas, flexiones, estiramientos). Es importante remarcar que el ejercicio físico de tipo aeróbico es más beneficioso en la reducción de la ansiedad que el anaeróbico (Baeza; p. 114).
- c. Platicar lo que a uno le preocupa.** Para disminuir el impacto de acontecimientos estresantes, se recomienda es dejar pasar los pensamientos angustiantes, puesto que si se intenta controlarlos o se resiste a ello también esos pensamientos estarán resistiéndose (Baeza; p. 154).
- d. Ser paciente consigo mismo.** Hay personas con ansiedad que tienden a generar un ritmo frenético de actividad en prácticamente todos los ámbitos en los que se ocupan (trabajo, relaciones sociales, ocio). Hay que tomar en cuenta que la auto-exigencia es buena, siempre y cuando ésta no sea en exceso (Baeza; p. 149).
- e. Practicar ejercicios de respiración profunda.** La respiración es un proceso de suma importancia en la regulación fisiológica y metabólica del organismo. Este tipo de respiración profunda favorece los procesos fisiológicos que propician la desactivación, la recuperación del equilibrio homeostático del organismo., alterado por la actividad diaria. Hay varios tipos de ejercicios de respiración profunda: la respiración profunda simple, la respiración sincrónica, la respiración profunda controlada, etc.

A continuación se describe el procedimiento de la respiración profunda controlada. Los primeros días se debe practicar la respiración estando acostado. Posteriormente practicarla estando sentado y más tarde estando de pie. Durante los primeros días de aprendizaje, coloque una mano encima de su pecho, y la otra sobre el abdomen. Cuando respire, la mano que debe elevarse es la que está sobre el abdomen y no la que está sobre el pecho. En términos generales, se recomienda

tomar el aire por la nariz y expulsarlo por la boca. Y hacer los ejercicios entre tres a cinco veces al día. Con un mínimo de cinco minutos cada vez que se realicen (Baeza; pp. 96-98).

2.3.2 Trastornos de ansiedad. En la “Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria” se asegura que los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivos, tensión o activación que provocan un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, y que sus causas no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos, como ambientales y psicosociales (p. 32).

La OMS (1992, citada en González & Paredes, 2011) señala que cuando las reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras son demasiado intensas, frecuentes o poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo, se deben considerar como un trastorno de ansiedad y, si estas manifestaciones dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas se deben considerar como patológicas (González y Paredes: p. 8).

Edmond y Bourne (1994, en González & paredes 2011) afirman que un trastorno por ansiedad es una respuesta muy intensa, que incluye manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas; es una respuesta de larga duración o que persiste durante varios días, meses o años, cada vez que se enfrente la situación ansiosa. Además, esta respuesta puede derivar en una fobia que interfiera con un ámbito o varios de la vida del individuo (González y paredes: p. 8)

2.3.2.1 Síntomas. El modelo tridimensional de la ansiedad fue propuesto por Peter Lang en 1968, el cual desde entonces ha sido ampliamente utilizado y aceptado en las investigaciones, para la comprensión teórica sobre la naturaleza de la ansiedad y los trastornos que derivan de su psicopatología. Este modelo ha tenido una repercusión muy importante en la evaluación y diagnóstico de los trastornos de ansiedad (pág. inicial).

El modelo tridimensional de la ansiedad, divide al comportamiento emocional en los tres tipos de respuestas o componentes siguientes:

- a. Respuestas psicofisiológicas.** Se refieren al conjunto de sensaciones internas como: taquicardias, sudoración, parestesias, tensión muscular, sequedad de boca, presión precordial, disnea, etc.
- b. Respuestas cognitivas/pensamientos negativos.** Se refieren al conjunto de pensamientos, ideas o imágenes que se manifiestan por preocupaciones, miedos, temores, inseguridad y pensamientos negativos como volverse loco, o a perder el control. Estos pensamientos se producen de forma automática y el paciente le concede un alto grado de veracidad.
- c. Respuestas conductuales/motoras.** Incluyen el comportamiento observable, no dejar de moverse, movimientos repetidos, movimientos torpes y conductas de evitación. La tendencia a evitar, huir, escapar, buscar ayuda, querer irse, etc.

El modelo ha tenido una gran aceptación para la investigación, ya que ha permitido objetivar las respuestas de ansiedad para su estudio; ampliándose además, a cualquier respuesta emocional.

2.3.2.2 Causas generadoras. Los trastornos de ansiedad se relacionan con diversas patologías, razón por la que se considera que las causas generadoras de los trastornos de ansiedad son las mismas que generan la ansiedad patológica o viceversa.

En este sentido, Minici et al. (2014) mencionan que la ansiedad patológica es exagerada respecto de la amenaza objetiva que la dispara, manifestándose con síntomas de activación que preparan al organismo para una acción defensiva frente a un peligro que no existe (Minici et. al; p: 01, 4º. párr.).

Entre las causas que generan los trastornos de ansiedad o la ansiedad patológica, según dichos autores están: a. Un episodio traumático; b. El modelado; c. La evolución de la especie; y d) Causas hereditarias.

- a. Un episodio traumático.** Una persona adquiere una reacción de miedo patológico porque se establece una asociación entre un evento neutral con otro

que representa una amenaza real. Por ejemplo, una persona que viaja en automóvil tiene un accidente. A partir de ese momento, desarrolla una fobia específica; viajar en autos por la ruta del accidente le provocará miedo, tanto así que ya no querrá hacerlo (4º. Párr. P. 03).

- b. El modelado o aprendizaje por observación de modelos.** Este proceso ocurre de dos maneras diferentes. Por un lado, la observación directa de alguna persona que padece ansiedad patológica puede conducir, particularmente en la infancia, a que el observador adquiera el mismo miedo o alguno relacionado (1er. Párr. P. 04)
- c. La evolución de las especies.** Las personas tendemos a desarrollar miedo más fácilmente hacia algunos estímulos que hacia otros. Es común escuchar que la gente les tiene miedo a las alturas, a los espacios cerrados, a los elevadores, a los animales reptantes, pero casi nunca nos enteramos de que alguien le tiene miedo a los enchufes o a los cuchillos. Naturalmente, que enchufes y cuchillos conllevan un peligro mayor que ascensores o animales reptantes. No obstante, la reacción defensiva de ansiedad es ciega respecto de este hecho. La razón sería que, durante millones de años, la vida evolucionó en un ambiente muy diferente al de la época actual (2º. Párr. p. 05).
- d. Causas hereditarias.** La ansiedad puede heredarse a través de los genes. No obstante, incluso alguien que no es ansioso por naturaleza puede experimentar este sentimiento de temor ante una situación de tensión.

➤ Otras causas de riesgo

En Ansiedad: Tratamiento e información en medicina (2015), se mencionan las siguientes causas: Circunstanciales; consumo de drogas; experiencias vitales significativas.

- e. Causas circunstanciales:** hechos traumáticos como un accidente de tráfico, un atentado como un incendio pueden provocar ansiedad: en estos casos el sentimiento de ansiedad puede desaparecer cuando concluye el problema o bien

permanecer durante meses o años. Lo que se conoce como estrés postraumático.

- f. Consumo de drogas.** Las anfetaminas, el éxtasis o el LSD son sustancias estupefacientes que pueden causar ansiedad. Para algunas personas, también la cafeína o la teína pueden producirla.
- g. Experiencias vitales significativas.** Sin llegar a ser traumáticas cambios vitales en el presente como un embarazo o incluso alteraciones en el ambiente laboral (un despido, un ascenso, etc.), pueden producir ansiedad.

2.3.2.3 Clasificación. En el **Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014. DSM-5)**, se menciona que los trastornos de ansiedad son los trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo porque son excesivos o persisten más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Además, también se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio porque con frecuencia son inducidos por el estrés, y suelen tener una duración de seis meses o más. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. Cada trastorno se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explica mejor por otro trastorno mental **(DCM-5; p. 189)**.

Entre los trastornos de ansiedad considerados como tal, en dicho Manual se describen los siguientes:

- a. El trastorno de ansiedad por separación.** En este tipo de trastorno, la persona que lo padece se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo **(p.189)**.
- b. El mutismo selectivo.** El trastorno se caracteriza en la persona que lo padece por la incapacidad que siente para hablar en situaciones sociales en que hay la

expectativa de hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de que la persona habla en otras situaciones (p. 189).

c. Fobia específica. Las personas con fobia específica, presentan miedo hacia situaciones, animales u objetos precisos o los evitan (189).

d. Trastorno de ansiedad social (fobia social). En este tipo de trastorno la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo (p. 190).

e. Trastorno de pánico. En este trastorno la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila y preocupada sobre tener nuevas crisis de pánico (p.ej. evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas (p. 190).

f. Las crisis de pánico. Las crisis se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos; las crisis pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente; las crisis funcionan como marcadores y factores pronósticos de severidad, el curso y comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, los trastornos de ansiedad (p.ej., abusos de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, las crisis de pánico pueden actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales (p. 190).

g. Agorafobia. Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola, estar en una multitud o encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones (p. 190).

h. Trastorno de ansiedad Generalizada. Las características principales de este trastorno son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre

varios aspectos, como el trabajo o el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar (p. 190).

- i. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.* Estos tipos de trastornos engloban la ansiedad debida a intoxicación, retirada de sustancias o tratamientos médicos (190).

Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones de la misma a lo largo del tiempo.

2.3.2.4 Modalidades de presentación. Luengo (2003) afirma que el Trastorno de Ansiedad (T. A.) puede o no conducir a grandes estados de descontrol, conocidos como ataques de pánico o crisis de angustia, a la vez que puede o no suponer una base fóbica. Y hace referencia a las siguientes modalidades:

- a. Aparición y curso del T.A.** La forma de aparición del trastorno va desde un estado en el que se perciben simples intranquilidades a otros de verdaderas reacciones de huida, agitación o inmovilidad y descontrol conductual o cognitivo, en la mayor parte de los casos con tendencia anticipatoria (Luengo; p. 24).
- b. Interpretación negativa de ciertos estímulos.** La interpretación negativa que la persona hace de determinados estímulos le conduce a buscar desesperadamente protección sobre un curso ansioso que progresivamente va avanzando en lo episódico, con incrementos significativos del propio estado anómalo que pueden llegar (o no) a desencadenar, auténticas crisis de angustia o ataques de pánico (Luengo; p. 25).
- c. Temor al creciente curso ansioso.** El temor al creciente curso ansioso lleva al paciente a desarrollar conductas de tipo agitativo-motórico, como es el caso de la huida; de tipo cognitivo, como los incesantes automensajes (pensamientos, frases, e incluso imágenes) reductores de estado o las distracciones que alternativamente se impone el paciente; y de tipo evitativo como la tradicional negativa a efectuar determinadas conductas a permanecer en determinados lugares o a vincularse a situaciones subjetivamente rodeadas de peligro, según

los casos, todo ello con objeto de reducir el malestar que se ha generado o bien para poner fin (provisionalmente) a una situación dolorosa (Luengo; p. 26).

2.3.2.5 Consecuencias personales. Luengo (2003) refiere que el trastorno de ansiedad incide de una manera completamente personal, hay pacientes que acentúan más el sufrimiento:

a. Somatizando la zona cardíaca o circulatoria;

b. Otros lo hacen sobre algún aparato: respiratorio, el estómago, el aparato digestivo, el sistema nervioso o el cerebro, etc. (p. 34).

c. La cantidad de síntomas ansiosos tienen también tiene un carácter personal ya que, mientras algunas personas giran alrededor de uno sólo, otras desarrollan verdaderos abanicos sintomáticos. En realidad, el sufrimiento no reside tanto en su dimensión cuantitativa como en su dimensión cualitativa, puesto que un solo síntoma ansioso muy intenso es mucho más limitador que varios de entidad más leve.

d. La sensación de una situación fatalista se encuentra muy arraigada y es difícil erradicarla, pues la persona cree contar con pruebas fehacientes de que no se equivoca; los verdaderos exponentes del miedo a la muerte son las crisis de angustia o de pánico; la tendencia anticipatoria, es otra característica de la ansiedad sobre todo en los cuadros fóbicos (p. 34).

El sujeto ansioso vive usualmente en un estado de hipervigilancia con un miedo latente o manifiesto al advenimiento de nuevas crisis. El carácter causal de éstas y lo sorpresivo de su aparición suelen determinar el conocido estado de “miedo al miedo”. La tendencia anticipatoria se halla rodeada de un verdadero abanico de síntomas, como si de la propia situación se tratara, así la sudoración, diarrea, agitación, taquicardia, hiperventilación, etc., forman frecuentemente parte de la situación de anticipación (p. 35).

2.3.2.6 Consecuencias sociales. La ansiedad de acuerdo con el tipo de trastorno general en el que se encuentre inscrita, tiene una serie de repercusiones en distintos planos del individuo que Luengo las describe de la siguiente manera:

- a. En la vida personal.** La ansiedad tergiversa el curso del pensamiento haciéndolo poco objetivo, dada la tendencia a asumir distorsiones cognitivas o malas interpretaciones de la realidad (p. 31).
- b. En la vida familiar.** La ansiedad sólo es observada por la persona que padece con lo que es muy difícil de hacerla comprender y hacerla sentir a los otros. Lo cual propicia conflictos e incluso rupturas familiares (p. 31).
- c. En la vida escolar.** Además, de las dificultades de atención-concentración, necesidades básicas para el aprendizaje, la ansiedad puede llegar a producir problemas de memoria, porque la información que hay que retener y evocar se encuentra mal organizada o se ha hecho en su origen poco comprensible (p. 33).
- d. En el plano laboral.** La persona con trastornos de ansiedad tiene limitada la capacidad de atención-concentración, dado que el curso de su pensamiento, está “ocupado” por pensamientos internos. Así, cuando se requiera una producción personal a través de una tarea, el trabajador se encuentra con dificultades para cumplirla. Como consecuencia, al aumentar el trastorno, aparecen síntomas que frecuentemente concluyen con la baja laboral (p. 32).

2.3.2.7 Factores que favorecen la presentación de los trastornos de ansiedad. En el artículo sobre “Diagnóstico y Tratamiento para los T.A. en el Adulto (p.11)”, se dice que dentro de las causas que favorecen la presentación de un trastorno de ansiedad se encuentran:

- a. Factores Biológicos:** Alteraciones en sistemas neurológicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico.
- b. Factores ambientales.** Estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.
- c. Factores Psicosociales.** Situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. La influencia de las características de la personalidad se ha considerado como un

factor predisponente.

2.3.2.8 Factores de riesgo para la presentación de los trastornos de ansiedad. En el “Diagnóstico y tratamiento para los T.A. en el adulto”, de la Secretaría de Salud (2010; pp: 11), se señala que los factores de riesgo más importantes para la presencia de la ansiedad son:

- a. La historia familiar de ansiedad** (u otros trastornos mentales).
- b. El antecedente personal de ansiedad durante la niñez** o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- c. Los eventos de vida estresantes y/o traumatismos** incluyendo el abuso.
- d. La comorbilidad con trastornos psiquiátricos** (principalmente depresión).
- e. La existencia de una enfermedad médica o consumo de sustancias.**
- f. Los T.A. están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas.**

Por las anteriores causas, en sujetos con factores de riesgo se deben indagar (La historia familiar de ansiedad, antecedentes personales de ansiedad durante la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias) la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico.

2.3.3 Modelos de tratamiento cognitivo conductual. Dupont (1999) dice que “El tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad suele comprender terapia conductual y terapia cognitiva. El abordaje cognitivo se enfoca a las distorsiones cognitivas del paciente, y el conductual a los síntomas somáticos, especialmente con relajación y con biofeedback. En conjunto ambas técnicas dan mejores resultados que por separado” (p. 73).

En relación con este tema Baeza et al. (2008) dicen que los procedimientos cognitivo-conductuales están basados en el aprendizaje, el procesamiento de la información y la modificación de conducta. Y, que tras la evaluación objetiva y sistemática del caso, el psicólogo enseña al paciente una serie de estrategias y

técnicas que éste deberá poner en práctica regularmente. La intervención psicológica va más allá de la simple comunicación verbal y el análisis de los problemas: se requiere del paciente una elevada implicación en la resolución de sus problemas y ha de seguir diferentes procedimientos, muchos de ellos fuera de la consulta, para conseguir el cambio que se busca a través del control de los síntomas, la corrección de pensamientos automáticos negativos o interpretaciones inadecuadas, el replanteamiento de las situaciones, el afrontamiento más efectivo de la ansiedad, lo que la origina y lo que la mantiene. Para ello se utilizan diferentes técnicas: de relajación; reestructuración cognitiva; desensibilización sistemática; técnicas de exposición afrontamiento; control de estímulos, etc. (p. 169).

En este sentido, Lang (2017), con su modelo tridimensional contribuye a una mejor comprensión de los trastornos de ansiedad, lo cual repercute en la realización de tratamientos más específicos y apropiados. Al conocer la respuesta dominante en cada uno de los trastornos, se puede establecer un tratamiento acorde al tipo de respuesta. La predominancia de la respuesta puede ser:

- **Conductual:** el tratamiento consistirá en una práctica reforzada o un entrenamiento en habilidades sociales.
- **Fisiológica:** el tratamiento se centrará más en una desensibilización sistemática, biofeedback y en el entrenamiento de técnicas de relajación.
- **Cognitiva:** se enfocará el tratamiento en reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Por otra parte, Corsi (2005), argumenta que dentro del campo de las psicoterapias psicoanalíticas o conductuales coexisten distintos modelos terapéuticos. Pero, en lo referente a los modelos cognitivo-conductuales Corsi describe cada uno de estos modelos, primero, el modelo conductual y después el modelo cognitivo, de la manera siguiente (p. 22).

2.3.3.1 El Modelo conductual. La relevancia del método experimental en cualquier etapa de la evaluación o intervención terapéutica y considera estrechamente relacionadas estas dos últimas actividades. Los modelos conductuales enfatizan el carácter concreto, operativo y minuciosamente estructurado de los tratamientos. El

objetivo de los mismos es la modificación de la conducta inadaptada, que es aprendida al igual que la normal y que representa lo que sería el síntoma para otras teorías. Corsi, argumenta que la eficacia terapéutica depende de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica, la cual sólo es un vehículo para aplicar las anteriores. El papel del terapeuta, según el modelo y la técnica, enfatiza un carácter de instructor, reforzador social y/o modelo. No existiendo una única teoría del aprendizaje que sirva de marco conceptual a la terapia de la conducta, las alternativas terapéuticas giran en torno a los tres paradigmas del aprendizaje (clásico, operante y social o por modelado). Según provengan primordialmente de alguno de ellos, se distinguen las técnicas de recondicionamiento, las técnicas operantes y las de modelado (p. 50). **conductual en psicoterapia. Corsi (2005)** menciona que este modelo resalta

A continuación, se mencionan algunos recursos técnicos utilizados por la terapia de conducta: práctica masiva, técnicas de relajación, desensibilización sistemática, práctica negativa contingente, biorretroalimentación, entrenamiento asertivo, implosión e inundación, encadenamiento, técnicas para incrementar conductas, técnicas para disminuir conductas, tiempo fuera de reforzamiento, y la técnica de modelado (Corsi; p. 51).

2.3.3.2 El modelo cognitivo en psicoterapia. Corsi (2005) afirma que el objeto de estudio del modelo cognitivo son los Procesos Mediadores o Cogniciones, concepto en el que se incluyen las ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc., es decir los procesos que configuran las representaciones en las que cada persona codifica el mundo. Desde la óptica cognitiva los procesos mediadores o cogniciones tienen como función asignar un significado al estímulo, de lo que se deduce que los estímulos no tienen un significado universal. La conducta no depende directamente de las circunstancias ambientales, sino que resulta del significado que el estímulo tiene para cada persona. Las Operaciones Cognitivas se refieren a los diversos procesos que interactúan en la selección y elaboración de la información. Los Productos Cognitivos, a la vez inicio y resultado del proceso complejo de significación de la

realidad, son los pensamientos, creencias, expectativas, autoafirmaciones, imágenes, etc., presentes en el sistema cognitivo individual. (Corsi; pp: 54-55)

Los terapeutas cognitivos apuntan a la modificación de aquellas creencias irracionales o pensamientos automáticos que representan en cada persona modalidades particulares de distorsión cognitiva que orientan la conducta. Identifican la operación de tendencias comunes que dirigen el procesamiento cognitivo hacia la validación de aquellas.

Los recursos técnicos, son muchos y derivados de los diferentes modelos y utilizados con gran flexibilidad por sus representantes. Entre ellos se encuentran desde técnicas derivadas de la modificación de conducta hasta las más netamente cognitivas. Feixas y Miro, en 1994, mencionan las siguientes técnicas: la asignación gradual de tareas, técnicas de distracción cognitiva, entrenamiento en relajación muscular, control y programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, autoobservación de la conducta, uso de autoaserciones, entrenamiento en habilidades específicas, ensayo conductual, ensayo cognitivo, técnicas de roll playing, psicoeducación, identificación de pensamientos disfuncionales o identificación de esquemas, detección de creencias irracionales, comprobación de hipótesis que el paciente tiene sobre sí mismo, método semántico, análisis de costes y beneficios, técnicas de re-atribución, uso de imágenes, búsqueda de soluciones alternativas, terapia de rollo fijo, y biblioterapia (Corsi; p. 56).

Capítulo 3: Intervención Cognitivo-conductual

3.1 Marco Conceptual

Dobson y Franche (en Caballo 2008) observan que en los trastornos de ansiedad se incluyen los trastornos de pánico, la agorafobia, las fobias y la ansiedad generalizada y concluyen que todos estos trastornos comparten rasgos comunes, en el sentido de que son interpretados como ansiedad o miedo. Sin embargo, aunque hay diferencias conceptuales entre la ansiedad y el miedo, la ansiedad es un trastorno emocional generalizado y el miedo una emoción aversiva provocada por un estímulo específico externo, no se ha encontrado que tal distinción fuese útil a la hora de diseñar un programa de intervención clínica. (P. 516).

Con base en la información anterior, un tipo de tratamiento terapéutico efectivo también puede ser el que no se centre en los rasgos comunes de los trastornos de la ansiedad de manera específica sino que se intervenga en los aspectos más significativos de los pacientes con ansiedad y en los componentes de la fenomenología de tal trastorno.

3.2 Aspectos Significativos de los Pacientes Ansiosos.

Beck y Emery (1985 en Caballo, 2008) argumentan que los aspectos más significativos de los pacientes ansiosos se centran alrededor de 3 temas: la aceptación, la competencia, y el control, que comparten el factor común de las amenazas (Dobson y Franche; P. 517).

3.2.1 Temor a la aceptación. Este tema se basa sobre el temor de que una persona no sea aceptada por los demás y el principal componente de su sistema cognitivo es la creencia de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante

amenaza. La persona preocupada por la aceptación se encuentra excesivamente vigilante a las señales de rechazo y espera que todo el mundo le proporcione señales claras de aceptación. Las suposiciones típicas incluyen: La sensibilidad a la crítica de los demás porque significa un rechazo a su persona: “No soy nada si no me quieren”; “Tengo que agradar a los demás”. Al igual que en el caso de los pacientes deprimidos, las respuestas racionales a las suposiciones se centran en el desarrollo de la valía de uno mismo, independientemente de las fuentes externas de aprobación (Dobson y Franche; p. 517).

3.2.2 Temor a la competencia. El tema central de los pacientes preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores a los demás debido a algún defecto que puede ser físico, del intelecto, de la personalidad, de la raza, de la cultura, del color o del sexo. Este tipo de cognición negativa hace que quienes la tengan teman no ser capaces de realizar algunos trabajos o de asumir ciertas responsabilidades. Estos pacientes tienen la sensación de que no son lo suficientemente buenos para desempeñarse en su trabajo o en sus deberes y obligaciones por lo que viven con el temor de que su ineficiencia o errores sean “descubiertos”. Sus cogniciones automáticas conducen a menudo a una subestimación de sus capacidades y a una exageración de sus debilidades. Vigilan en exceso la amenaza de la crítica. Ejemplos de suposiciones típicas son: “En esta vida sólo existen ganadores y perdedores”, “fracasaré si cometo errores o equivocaciones” (Dobson y Franche; p. 517).

3.2.3 Temor a perder el control. Las personas que temen perder el control se centran en las amenazas de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar varias formas. Los pacientes, con frecuencia, temen perder el control y “volverse locos” o llegar a convertirse en los esclavos de otra persona con autoridad. Normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un minucioso examen revela que no es la situación en sí misma la que se teme (p. ej., estar en una fiesta), sino la posible pérdida de control (p.ej. que en esa fiesta tengan un ataque de pánico).

También pueden interpretar muchas interacciones sociales como intentos de otras personas para controlarles (p. ej., “mi jefe me invita a comer porque de seguro quiere que yo le deba algo”) (Dobson y Franche; p. 517).

Conductualmente, el temor a perder el control en un área puede manifestarse como un exceso de control en otra área; por ejemplo, una mujer que teme perder el control en su trabajo puede gastar toda su energía teniendo control sobre los temas referentes a la casa y a los niños. Suposiciones típicas son: “Soy la única persona que puede solucionar mis problemas”; “Si dejo que alguien se me acerque demasiado afectivamente, me puede llegar a controlar”; “No puedo aguantar que los demás me digan lo que tengo que hacer”. Los pacientes demuestran un deseo de un grado de control poco realista y, por esta razón, se benefician si estructuran su mundo no en términos de control sino, por el contrario, en términos de elecciones. Para hacer el cambio de control a la elección, la terapia se tiene que centrar en hacer que destaquen las opciones disponibles (Dobson y Franche; p.518)

3.3 Temas cognitivos centrales de la ansiedad

Dobson y Franche (en Caballo 2008) dicen que los temas cognitivos centrales de la ansiedad son aquellos relacionados con la amenaza la cual es un fenómeno relativamente amplio, y puede incluir distintas amenazas posibles como la amenaza física, la amenaza interpersonal, amenaza a la autoestima o de cualquier otra naturaleza (p.498).

3.3.1 Amenaza física. Se refiere a la posibilidad de ocurrencia de cualquier tipo de acción que al paciente le produzca daño si no hace lo que se le indica.

3.3.2 Amenaza interpersonal. Se refiere a cualquier tipo de acción de parte de otra persona que provoque tensión en el paciente.

3.3.3 Amenaza a la autoestima. Se refiere a cualquier tipo de chantaje emocional que otra persona ejerce sobre el paciente con el propósito de conseguir algo.

Lo que parece ser crítico en el desarrollo de la ansiedad versus la depresión, es que los individuos ansiosos dan un valor excesivo a las amenazas y a las pérdidas y se preocupan en exceso de estas amenazas basadas en una mínima evidencia. Así, el acontecimiento negativo precipitante que conduce a la ansiedad es, de forma típica, un acontecimiento que no ha ocurrido todavía, pero que le preocupa al individuo ansioso. Esto es opuesto a lo que sucede en los individuos que padecen depresión, que creen, de forma típica, que el acontecimiento ya ha ocurrido o que han experimentado realmente graves acontecimientos negativos y que, habitualmente, se culpan a sí mismos por estos acontecimientos (Dobson y Franche; p. 498).

3.4 Componentes del Trastorno de Ansiedad.

En el artículo “Cuatro puntos clave en el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Ansiedad (2013)” se menciona que la ansiedad se manifiesta a través de tres niveles o componentes: fisiológico, motor-conductual y cognitivo (Parr. 9)

3.4.1 Manifestaciones fisiológicas. Este componente se refiere al conjunto de sensaciones internas tales como taquicardias, sudoración, parestesias, tensión muscular, sequedad de boca, presión precordial, disnea, etc. (“Cuatro puntos clave en el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Ansiedad; párr. 9).

3.4.2 Manifestaciones cognitivas. Este componente hace referencia al conjunto de pensamientos e imágenes de contenido amenazante. Por ejemplo, en el caso del pánico pueden aparecer pensamientos acerca de la posibilidad de una muerte inminente, volverse loco o perder el control. Estos pensamientos se producen de forma automática y el paciente les concede un alto grado de veracidad (“Cuatro puntos clave en el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Ansiedad ” párr. 10).

3.4.3 Manifestaciones conductuales o motoras. Este componente incluye la tendencia a evitar, huir, escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda liberar al paciente del “peligro”. Así algunos pacientes evitan salir de casa, hacer ejercicio físico, viajar, usar transporte público, visitar lugares muy concurridos y si se exponen lo hacen acompañados. Llevan con ellos fármacos u otros objetos que les hacen sentirse más seguros. Hay una estrecha relación entre estos tres componentes, en especial, entre los componentes cognitivo y fisiológico en virtud de lo cual, el aumento en los niveles de uno de ellos conlleva un aumento en los niveles del otro componente (Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. Parr. 11)

Sin embargo, Dobson y Franche (en Caballo 2008) afirman en base a las investigaciones de Barlow, (1988); Nietzel y Berstein, (1985); y de Wilson y cols.(1989) que las tres manifestaciones de la ansiedad: fisiológicas, conductuales y cognitivas se pueden evaluar, pero existe un problema relacionado con dicha evaluación. El problema es la falta de sincronía encontrada entre ellos ya que una persona puede informar de una ansiedad extrema en una situación, sin mostrar ninguna manifestación conductual, o puede no informar ansiedad en otra situación, mientras que las medidas fisiológicas indican un elevado grado de ansiedad. De igual manera, los tres componentes de la ansiedad cambian con ritmos diferentes conforme progresa el tratamiento. Por consiguiente, al vigilar el progreso a lo largo de la terapia, es importante evaluar los tres componentes (p. 518).

3.5 Procedimiento de intervención

La Intervención cognitivo-conductual se basa en la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no solamente consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significados personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un

cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas que se desprenden de estos. Dicho proceso está guiado por tres principios básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático. (Terapias cognitivo-conductuales; 2º. Parr.) .

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica: siendo más que una fusión, es la aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista. En el tratamiento suelen combinarse técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y estrategias de afrontamiento y exposición (Terapias cognitivo-conductuales; 1er. párr.).

En la intervención primero se aplican las terapias conductuales y después las terapias cognitivas.

3.5.1 Técnicas conductuales. Las terapias conductuales se basan en los conceptos generados por Ivan Pavlov, Skinner y la escuela conductista norteamericana que postula que cada persona ha aprendido una serie de patrones de conducta mal adaptados y que son los que actualmente le crean problemas. Las terapias cognitivo-conductuales están orientadas a los síntomas y el tratamiento consiste en que el paciente identifique las pautas mal adaptadas y que las cambie por nuevas conductas; en las sesiones se enseñan ejercicios y el paciente los practica en casa, para seguir manejando los síntomas. Las terapias se limitan a una serie de sesiones y en caso de que no haya mejoría de los síntomas pueden ser ampliadas, hasta que la ansiedad pueda ser manejada a un nivel tolerable. Durante el proceso del tratamiento los pacientes son entrenados para identificar y autoaplicarse contingencias de reforzamiento ya sea positivos o negativos.

En las terapias conductuales se incluyen los siguientes componentes: Una fase Psico-educativa: entrenamiento en formación de hábitos; entrenamiento en el control respiratorio; entrenamiento en relajación muscular progresiva; entrenamiento en desensibilización sistemática, y un entrenamiento en ejercicios de distracción.

3.5.1.1 Fase psico-educativa. Sanderson y Rego (en Lyddon & Jones, 2002) mencionan que como los pacientes ansiosos, generalmente carecen de información, a menudo imaginan que van a morir, o que van a volverse locos o a perder el control; y en caso de haber consultado a un especialista siempre sospechan que ha pasado por alto algún padecimiento mortal que explicaría su sintomatología. Por tanto, la fase de psicoeducación consiste en la presentación didáctica acerca del Trastorno de Ansiedad de sus principales manifestaciones y de sus componentes psicofisiológicos, cognitivos y conductuales; además, durante las sesiones iniciales se define el miedo, la ansiedad y la angustia; cada síntoma se identifica como una característica del T.A. y se explica que son inocuos. Se desacreditan los mitos comunes acerca del peligro de las crisis de ansiedad, y que el desarrollo del trastorno se entiende como una respuesta psicológica ante el estrés y sus consecuencias; también, se menciona la etiología, la tipología, la forma de presentación, y las alternativas personales de afrontamiento del trastorno y que la conducta ritualista es la menos recomendable para protegerse contra las crisis de ansiedad (p. 83).

3.5.1.2 Entrenamiento en formación de hábitos. Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático. Debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta (Definición de hábito; 2016).

Por esta razón, es de suma importancia prestar atención a las conductas recurrentes que se han incorporado en el comportamiento ansioso y como muchos de esos hábitos

son totalmente inconscientes, es necesario algún grado de introspección para identificarlos y así, plantearse los objetivos de intervención:

Los malos hábitos tienen consecuencias negativas en nuestras vidas, como lo es una mala calidad de vida que crea insatisfacciones en diversos aspectos emocionales por ejemplo, en los problemas de ansiedad, varios de los considerados malos hábitos conllevan daños irreparables y en otros casos son difíciles de eliminar como las adicciones al tabaco, alcohol o drogas. Entre los malos hábitos más comunes están los siguientes: dormir poco; no hacer ejercicio; culpar a otros si algo sale mal; soluciones temporales en lugar de soluciones definitivas; dejar todo para después; hablar sin saber del tema; impuntualidad; interrumpir cuando alguien está hablando, y mentir o poner pretextos para salir al paso del problema. Vencer los malos hábitos, sin técnica, requiere de esfuerzo, constancia y tiempo, por lo que es conveniente modificarlos a través de métodos de autocontrol. (¿Qué son los malos hábitos? 2011; Párr. 1 y 2).

3.5.1.3 Entrenamiento en control respiratorio. En este tipo de entrenamiento, según Sanderson y Rego (en Lyddon & Jones, 2002) se enseña a los pacientes un método de respiración que aumenta la tranquilidad y evita la hiperventilación. La hiperventilación inicia una escalada de síntomas somáticos como mareo, dolor en el pecho, falta de aliento y parestesias que culminan con angustia; estos síntomas inducen una sensación atemorizante de que el propio cuerpo está fuera de control. Bajo estrés y ansiedad aumenta la frecuencia, que se caracteriza por el uso de los músculos del pecho y la respiración entrecortada y superficial, Para combatir esta tendencia se le enseña al paciente la respiración diafragmática a una tasa regular aproximada de 12 respiraciones por minuto (el adulto sano promedio tiene unas 14 a 18 respiraciones por minuto en estado de reposo). Después, este ejercicio se practica fuera de la sesión en muchas situaciones diferentes. El paciente aprende a controlar con rapidez su respiración y lleva a reconocer que esta es una estrategia

efectiva de la que puede depender cuando se halle en situaciones provocadoras de angustia (p. 85).

Netzu et al. (2006) refieren que la meta del control respiratorio es inhibir la hiperventilación que aparece cuando los pacientes sienten la ansiedad que genera angustia (p. 108).

3.5.1.4 Entrenamiento en relajación muscular progresiva. El entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson (1976) es un ejercicio cuyo propósito consiste en ayudar al paciente a obtener una mayor sensación de control sobre su cuerpo; se practica a diario, de modo que se identifique y disminuya la tensión que de otra manera podría escalar hasta una crisis de angustia. La técnica básica implica tensar y relajar los músculos para lograr un estado de mayor serenidad, al principio, el paciente aprende a “tensar y soltar” varios grupos de músculos de todo el cuerpo; después, a sólo “soltar” los mismos grupos musculares y, al final, la relajación controlada por señales. Al dominar la relajación los pacientes deberán practicarla en ambientes estresantes.

3.5.1.5 Entrenamiento en desensibilización sistemática. Las personas que padecen trastornos de ansiedad recurren a dos estrategias de respuesta, o a conductas de evitación o a conductas ritualizadas. La respuesta de evitación es una retirada directa del estímulo temido, en tanto que la conducta ritualizada (p. ej., tomarse la temperatura, fumar o comer) sirve para reducir temporalmente el nivel de ansiedad. El tratamiento correspondiente para la evitación es la aproximación, mientras que para la conducta ritualizada es la restricción. El tratamiento para la conducta de evitación, es la terapia de exposición o de aproximación (Dobson y Franche; p. 518).

En la Terapia de Exposición el paciente se enfrenta a los estímulos productores de ansiedad y angustia. Estos estímulos fóbicos pueden ser situaciones externas o sensaciones internas (es decir, desensibilización interoceptiva). (Sanderson y Rego; p. 86).

La aplicación de un tratamiento orientado hacia la aproximación es la Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1979) en donde los pacientes con la ayuda del terapeuta construyen una jerarquía de las situaciones temidas y se imaginan a sí mismos en las distintas situaciones bajo un estado de ánimo de relajación, un estado incompatible con el estado de ansiedad. En el entrenamiento se alienta a los pacientes a que experimenten y aprendan que su temor está mantenido por una autosentencia de contacto con el estímulo temido. En este tipo de tratamiento basado en la aproximación gradual se garantiza que el paciente no irá demasiado aprisa a lo largo de la jerarquía y evitar así experiencias de fracaso.

3.5.1.6 Entrenamiento en ejercicios de distracción. Dobson y Franche (en Caballo, 2008), afirman que muchos pacientes ansiosos experimentan imágenes amenazantes recurrentes, por ejemplo pensar en un suceso pasado traumático o en una escena imaginaria; para ser “desconectados” se les puede decir que centren intensamente su atención en algún objeto externo. La distracción puede tomar otras formas, como hacer ejercicio físico; dedicarse, a hacer algún trabajo manual; hacer mentalmente cuentas aritméticas, como contar hacia atrás de tres en tres; escuchar o cantar una canción o entablar una conversación acerca de un tema agradable. Debido a que la atención se desvía, la distracción impide la “espiral ascendente” de los pensamientos catastróficos, sensaciones somáticas y excitación fisiológica. Puede ser útil emplear un “Termómetro de Miedo”, antes y después del ejercicio de distracción, para vigilar de una manera más objetiva la reducción de la ansiedad (p. 526).

3.5.2 Técnicas cognitivas. Muchas técnicas cognitivas utilizadas para el tratamiento de la depresión también pueden emplearse en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, algunas técnicas son especialmente ideadas para el tratamiento de los síntomas de ansiedad. Estas técnicas son estrategias de intervención que contribuyen a disminuir el pensamiento catastrófico infundado y

que se basan en los principios de la reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva es “una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos” (Definición de Reestructuración cognitiva; 1er. Párr.).

Nezu, A., Nezu, Ch., y Lombardo, E. (2006) mencionan que desde un punto de vista conceptual, puede decirse que la reestructuración cognitiva es un término que abarca varias estrategias específicas de terapia: Terapia Racional Emotiva-Conductual (Ellis, 1994), Terapia Cognitiva (Beck et al., 1979) y el Entrenamiento Autoinstruccional (Meichenbaum, 1977). Si bien hay diferencias entre estos tres planteamientos, todos implican ayudar al paciente a identificar mejor y después alterar los pensamientos desadaptativos y luego modificarlos (p. 105).

3.5.2.1 Terapia racional emotiva-conductual de Ellis. La Terapia Racional Emotiva-Conductual (TRE-C) es una psicoterapia creada y modificada por el psicólogo Albert Ellis. Esta técnica se utiliza para resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, representado por la secuencia A-B-C-D, encaminado a la reestructuración cognitiva; frecuentemente es comparada e incluso complementada con la Terapia Cognitiva (CT) creada por Aarón T. Beck.

La TRE-C es un sistema terapéutico de carácter cognitivo que se fundamenta en la premisa básica de que las emociones están determinadas, principalmente, por las cogniciones.

Ellis (en Delgado, 1983) afirmaba que “parecería que las emociones positivas del ser humano, tales como los sentimientos de amor y alegría, están frecuentemente asociados con pensamientos o frases internalizadas que de alguna manera son variaciones de la frase >esto es bueno<; mientras que las emociones negativas, como los sentimientos de rabia o depresión, están generalmente asociadas con pensamientos u oraciones que también, en alguna medida, son variaciones de

>esto es malo< y argumentaba en relación con ese planteamiento fundamental que una reacción emocional a determinada situación puede ser ajustada a la percepción que la persona tenga de dicha situación, pero que esa percepción puede ser inadecuada” (Delgado; p. 156).

Ellis, también, sostenía que en el proceso de socialización muchas personas desarrollan ideas o actitudes irracionales del propio medio que generalmente son admitidas y sin embargo son irracionales.

Por otra parte, entre los fundamentos teóricos y filosóficos, la TRE-C considera al ser humano como un organismo complejo y Bio-Psico-Social con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos (permanecer vivo, y obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar). El resto de las metas se derivan de ellas (Terapia Racional Emotiva Conductual -TREC; p. 03

Albert Ellis formuló el primer sistema de la terapia cognitivo-conductual denominado Terapia Racional Emotiva Conductual cuyo objetivo es modificar los núcleos cognitivos disfuncionales (Ideas o creencias irracionales) que subyacen en los estados de perturbación psicológica (Terapia Racional Emotiva Conductual-TREC; p. 02).

3.5.2.1.1 Ideas o creencias irracionales. Ellis (1962, en Rimm & Masters, 1990, p.456)

ha proporcionado una lista de once creencias irracionales que, generalmente, tienden a ser compartidas por la mayoría de las personas. Estas ideas irracionales (categorías de “debería” o “no debería” o “necesidad”) parafraseadas en breve son las siguientes:

- a. Uno debería ser amado o aprobado por cualquier persona.
- b. Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en todos los aspectos.
- c. Algunas gentes son intrínsecamente malas y merecen castigo.
- d. Las cosas deberían ser exactamente siempre como uno espera que sean (y es terrible cuando no lo son).

- d. Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad o tristeza personal.
- f. De haber alguna posibilidad de que algo llegue a ser peligroso, uno debe preocuparse bastante con relación a ello.
- g. Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir.
- h. Una persona debe (esto es, necesita) depender de otras personas más fuertes.
- i. La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos pasados.
- j. Una persona debe sentirse, notablemente indispuesta con relación a los problemas de los demás.
- k. Cada problema tiene (debería tener) una solución ideal, y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra encontrar.

Estas ideas irracionales, Ellis (en Modelos de Terapias Cognitivas y conductuales en cuadros sinópticos; 16 de 36) las resume en:

3 ideas irracionales básicas, en forma de “Debería o tengo que...” con respecto a:

- 1) **Uno/a mismo/a**: “Siempre tengo que hacer bien las cosas”.
- 2) **Otras personas**: “Los demás, siempre deben estimarme o quererme, o ser amables conmigo, porque me lo merezco”.
- 3) **La vida**: “Las personas consiguen lo que se proponen, siempre y cuando trabajen para ello, quien no consigue todo lo que se proponga es porque no se esfuerza”. Debe destacarse que ninguna persona es consciente de estos enunciados cuando se encuentra en una situación de conflicto.

3.5.2.1.2 El modelo de tratamiento A-B-C-D. Ellis (1971, en Rimm & Master, 1990; p. 453) desarrolla el Modelo Teórico A-B-C para analizar las relaciones entre los acontecimientos, las cogniciones y las consecuencias y, con base en dicho modelo,

también propone el trabajo terapéutico de la TRE-C que se simboliza con la secuencia A-B-C-D-E. En donde:

A = Antecedente, acontecimiento, hecho o evento activante. Se refiere a cierto suceso real al que el individuo se expone: Por ejemplo, ser rechazado en un empleo;

B = Creencia, pensamiento o interpretaciones sobre ese evento. Se refiere a la forma de cómo se interpreta el hecho (pensamiento irracional) o sea la cadena de pensamientos o auto verbalizaciones que se utilizan como respuesta a A. Por ejemplo, qué horrible es esto, cómo pude ser tan idiota, fallé en algo, etc.

C = Consecuencia. Simboliza las emociones (cómo se siente uno) y conductas (qué hace uno) que son consecuencia de B. Consecuencia emocional perturbadora, la cual es generada por las creencias anteriores (probablemente enojo y frustración) y la conducta (permanecer encerrado, sin hacer nada).

D = Debate. Se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B. Debate a las creencias, por medio de un entrenamiento sistemático en la discriminación, evaluación y modificación de B (por ejemplo, discriminar, discutir y modificar las conclusiones ilógicas: ¿Qué tiene de horrible esto?, “Realmente puedo soportarlo”, “el no ser aceptado en un trabajo no me hace idiota ni mediocre”, etc.).

E= Efecto del debate. Hace referencia a los efectos emocionales benéficos de la terapia y al cambio conductual.

3.5.2.1.3 Discusión y debate. Discutir significa: Dudar de nuestras ideas (beliefs), pensamientos y autoverbalizaciones. Discutir, quiere decir ¿será así como lo estoy viendo y pensando? El propósito de discutir es lograr una división de nuestras creencias. Discutir es la acción de confrontar ideas. Las personas que intervienen en la confrontación intercambian sus opiniones o creencias sobre algún tema en particular. Si atendemos a su definición estricta, discutir implica simplemente que dos o más personas expresan su desacuerdo sobre un asunto personal, un concepto o una valoración de un aspecto de la realidad. Sin embargo, en la práctica el hecho de discutir suele ir acompañado de un enfrentamiento con cierta intensidad. De hecho, en el lenguaje cotidiano se habla de una discusión acalorada, en la cual los protagonistas adoptan una actitud impulsiva y vehemente. Cuando los filósofos

griegos se reunían para debatir algún problema moral o existencial, la intención era buscar la verdad de manera compartida. Las posiciones de unos y otros eran opuestas, pero el resultado de la discusión resultaba enriquecedor a todas las partes implicadas. Este espíritu conciliador no es el más habitual en la realidad cotidiana. De hecho, normalmente las discusiones no van acompañadas de unas conclusiones consensuadas por los defensores de una postura y otra. No hay que olvidar que los sinónimos de la palabra discusión también incorporan un grado de enfrentamiento (controversia, debate, polémica, entre otros) (Definición de discutir).

Lega (en Caballo, 2008; p. 482) señala que en la TRE-C, el método para reemplazar una creencia irracional por una racional es el debate, que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. La refutación de las ideas irracionales comprende tres pasos:

1. Los terapeutas ayudan a sus pacientes a descubrir las creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluadoras.
2. El terapeuta debate con el paciente la verdad o la falsedad de sus creencias irracionales.
3. El propósito del Debate, en general, es determinar la validez de hipótesis y teorías que, en este caso, equivaldrían a las dos inferencias irracionales descritas anteriormente. Y al pensamiento absolutista y dogmático del cual derivan, El debate Filosófico va más allá de estas inferencias y ataca los “debo de” dogmáticos implícitos, de los cuales se derivan.

1) Durante el proceso del Debate Filosófico, los terapeutas ayudan a sus pacientes a discriminar entre creencias racionales y creencias irracionales. Si el debate ataca únicamente a las inferencias irracionales, constituye un debate empírico, utilizado también en otras formas de psicoterapia; pero si el debate va más allá de las inferencias y ataca los “debo de” dogmáticos implícitos de los cuales se derivan, entonces se está utilizando el debate filosófico. Este tipo de debate ayuda al paciente a generar, en lugar de simplemente memorizar creencias racionales y apropiadas.

2) El diálogo socrático. Al utilizar el debate filosófico se emplea el diálogo socrático que es una táctica bastante eficaz para cuestionar las ideas irracionales. En este tipo de diálogo socrático se hacen preguntas como “¿Cuál es la evidencia de que tiene que hacer eso?” o “En qué sentido es cierta o falsa esa creencia”.

3.5.2.1.4 Ansiedad del Yo y ansiedad perturbadora. Ellis (en Terapia Racional Emotiva Conductual -TREC; p. 06) considera que cuando se presentan demandas absolutistas y éstas fallan, se genera un malestar emocional que dará lugar a dos tipos de perturbación: La ansiedad del Yo, y la Ansiedad perturbadora:

- a. **La ansiedad del Yo.** Se define como un malestar emocional intenso que se acompaña con sentimientos de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. Este tipo de ansiedad del yo supone el autodesprecio de la persona por no cumplir las exigencias que tiene sobre ella misma, los otros y el mundo
- b. **La ansiedad perturbadora.** Este concepto hace referencia al malestar emocional que experimentan las personas cuando:
 - 1) Consideran que su vida o bienestar se encuentran amenazados.
 - 2) Consideran que deben o tienen que conseguir necesariamente lo que desean.
 - 3) Consideran que es terrible, horroroso o catastrófico, en lugar de desagradable o incómodo, no conseguir lo que creen o deben o tienen que tener. En definitiva, la ansiedad perturbadora implica una baja tolerancia a la frustración que se origina por las demandas a sí mismo, a los otros o al mundo que tienen que ver con normas dogmáticas.

La importancia de los aspectos filosóficos queda reflejada en la consideración de lo que se entiende por Creencias Irracionales y en las dos principales perturbaciones psicológicas (ansiedad del Yo y ansiedad perturbadora).

3.5.2.1.5 Filosofía de la vida. Ellis (en Terapia Racional Emotiva Conductual -TRE-C; p. 07) dice que la TREC ayuda a los pacientes a elegir y asumir como propia una

filosofía de vida. Si no se cambia la filosofía de base pueden surgir nuevas Creencias Irracionales La teoría de la TREC argumenta que si bien una filosofía de vida basada en absolutismos y demandas está en la base de muchos problemas emocionales, una filosofía basada en el relativismo y en lo deseable es una característica central en la persona psicológicamente saludable.

3.5.2.1.6 Adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas. Ellis (en

Terapia Racional Emotiva Conductual - TREC; p. 07) menciona que aunque la TREC no ha elaborado ninguna teoría específica para explicar cuál el mecanismo mediante el que se adquieren los problemas psicológicos, se hace propuestas sobre cómo se mantienen o perpetúan los problemas psicológicos.

1ª. Propuesta. La tendencia biológica a pensar irracionalmente no es similar en todas las personas. El mismo contexto no da siempre lugar a pensamientos irracionales en diferentes sujetos. Lo que realmente es decisivo es cómo nosotros mismos vivimos e interpretamos nuestras experiencias.

2ª. Propuesta. Ellis señala 3 Insights de los que carecen las personas que mantienen trastornos emocionales:

- a) La perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales. Solo la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos, en lugar de sus creencias, por lo que tratará de cambiar las situaciones.
- b) Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, éstas se mantendrán.
- c) Tratar de buscar el origen de las creencias, en lugar de cambiarlas, da lugar a que se mantengan. Sólo practicando creencias racionales alternas se conseguirá cambiarlas. Un factor importante en el mantenimiento del malestar emocional es la baja tolerancia a la frustración.

3ª. Propuesta. Para negar la existencia de los problemas o minimizar su gravedad las personas utilizan diversos mecanismos de defensa (evitación, racionalización, negación, etc.).

4ª. Propuesta. Dos factores adicionales considerados por la TREC son la percepción y valoración del Coste y Beneficio por trabajar el cambio de creencias y su consecuencia emocional, y la profesía autocumplida (ambientes y conductas que apoyan las creencias irracionales).

3.5.2.1.7 Proceso de la terapia racional emotiva conductual. En **Terapia Racional Emotiva Conductual-TREC (P. 08)**, se dice que el proceso de intervención se divide en: Evaluación psicológica; evaluación racional emotiva; insight racional emotivo; aprender una base de conocimiento racional y aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

a. Evaluación psicológica. El primer paso es realizar una exploración psicopatológica completa. En el caso de poblaciones clínicas se comienza con la evaluación racional emotiva propia y específica de la TREC. En los pacientes que no sufren ningún trastorno psicopatológico especial se comienza directamente con la evaluación racional emotiva.

b. Evaluación racional emotiva. Se comienza realizando una lista con los problemas que presenta el paciente, clasificándolos en internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales) y externos (dependientes del ambiente), y primarios o secundarios.

El objetivo es detectar creencias, que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o su autodescalificación. En general, es conveniente comenzar trabajando los problemas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. El orden es:

- 1) Los problemas secundarios.
- 2) Los problemas primarios.
- 3) Los problemas externos.

Se establece una primera aproximación a las relaciones entre:

- a) Acontecimientos activadores (A).
- b) Creencias irracionales (B),
- c) Consecuencias emocionales(C).

En seguida, siguiendo el Modelo teórico de la TREC, se fijan las Metas Globales (Terapia Racional Emotiva Conductual - TREC; p. 9):

- c. *Insight Racional Emotivo.*** A continuación se explican los principios teóricos que sustentan la TREC así como los tres insights que se deben alcanzar. El deseo de cambio de creencias irracionales no es suficiente, es necesario trabajar duramente y de forma constante.
- d. *Aprender una Base de Conocimiento Racional.*** En esta fase se lleva a cabo la TREC ya que se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita refutar creencias irracionales.
- e. *Aprender una nueva Filosofía de Vida.*** Se pretende alcanzar dos objetivos: Instaurar creencias racionales y debatir el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales como exigencias absolutistas, catastrofistas, etc.

3.5.2.2 Terapia cognitiva de Beck. La Terapia Cognitiva (TC) es un tipo de terapia que postula que la organización de las experiencias, en términos del significado que tienen los acontecimientos en la vida de los pacientes, afecta a sus sentimientos y a su conducta (Definición de la terapia cognitiva; 1er. Párr.).

En este sentido, es un modelo que se basa en la colaboración que tienen los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades en la resolución de problemas (Definición de terapia cognitiva; 2º. párr.).

Históricamente, la TC deriva de los descubrimientos del Psiquiatra Aaron Temkin Beck quien en la década de 1960 desarrolló el Sistema de Psicoterapia llamada Terapia Cognitiva (También conocida como Terapia Cognitiva Conductual o TCC). Esta terapia se basa a su vez en una tradición previa que parte de la filosofía griega. Epicteto, filósofo griego estoico, defendía que "las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hace de estos". Los filósofos (350 a.C al 180 a.C) se interesaban en manejar los estados emocionales extremos, que ellos llamaban "pasiones" de cara a llevar una vida más adecuada y libre de trastornos. La terapia cognitiva se sustenta en el argumento de que los trastornos psicológicos

proviene con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales las cuales reciben el nombre de Distorsiones Cognitivas (Definición de la Terapia Cognitiva; 5º. Párr.).

Al respecto, Baringoltz (en “Terapia Cognitiva y Depresión; Párr.7), dice que la terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre el conductismo y el psicoanálisis, siendo la palabra “cognición” la protagonista del cambio... y agrega que el modelo cognitivo de la depresión ha surgido de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales que se postulan tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas, y los errores en el procesamiento de la información (P. 10).

3.5.2.2.1 Elementos centrales de la terapia cognitiva de Beck. Según Aguilera y

Castaño (2013) los elementos centrales que hay que tomar en cuenta en la terapia, son: los esquemas, los pensamientos automáticos, y las distorsiones cognitivas, y explica cada elemento de la manera siguiente:

- a. Los esquemas.** Son las estructuras cognitivas que permiten al individuo integrar y dar sentido a los hechos, se desarrollan durante la infancia a través de la interacción con el ambiente físico y social, y determinan qué aspectos de la experiencia serán relevantes para la toma de decisiones.
- b. Las distorsiones cognitivas.** Son los errores sistemáticos en el procesamiento de la información. Estas distorsiones suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes, dando lugar a respuestas desadaptativas.
- c. Los pensamientos automáticos.** Son las cogniciones negativas que aparecen como si fuesen reflejos, sin razonamiento previo, son irracionales e inadecuados. Al paciente le parecen totalmente plausibles y los acepta como válidos, siendo involuntarios y costando bastante “detenerlos”. Estos pensamientos automáticos son la charla o el autodiálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental,

expresados con pensamientos o imágenes y se relacionan con estados emocionales internos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia).

3.5.2.2.2 Características de los pensamientos automáticos. En “Definición de Terapia Cognitiva” se sustenta que los pensamientos automáticos presentan las siguientes características:

- a. Son charlas internas referidas a temas muy concretos.** Cuando una persona teme ser rechazada se dice a sí misma: “la gente me mira y me ve como estúpido/a”. Una persona con temor a los gérmenes se repite “Tengo que tirar esta conserva porque de seguro que está contaminada”. Otra persona, mientras está con su pareja se dice “seguro que nuestra relación termina mal”.
- b. Aparecen como mensajes recortados, en forma de “palabras claves”.** Una persona ansiosa y pendiente de que su corazón pudiera acelerarse y producirle un infarto, se imagina tendido en el suelo y desmayado, fugazmente le pasa por su mente “Me parece que me va a dar...”.
- c. Son involuntarios.** No son pensamientos reflexivos ni producto del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son “reacciones espontáneas” ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos.
- d. Con frecuencia se expresan en forma de palabras como “debería de o tendría que...”** Por ej., un atleta en un entrenamiento entró en segundo lugar por debajo de su marca, pensó: “no debería haber tenido ese fallo, sintiéndose irritado consigo mismo.
- e. Tienden a dramatizar o a “exagerar las cosas”.** Una persona se dispone a viajar y piensa ansiosamente: “¿Y si ocurre un accidente?”.
- f. Hacen que cada persona adopte una bola de cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida.** Las cosas son según el cristal por donde se miren. Así, ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo “tener razón”, sin atender a otros o valoraciones distintas.

g. Son difíciles de controlar al no ser pensamientos racionales ni reflexivos. No se suelen comprobar con la realidad y la persona que los tiene los suele creer fácilmente.

h. Son aprendidos. Los pensamientos son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que han solido aprenderse en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras instancias sociales, como en esos periodos aún no se ha desarrollado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria “esperando” a ser disparados por situaciones con carga emocional.

3.5.2.2.3 Clasificación de los pensamientos automáticos. Luengo (2003; p. 55), afirma que las distorsiones cognitivas que se presentan con más frecuencia en el trastorno de ansiedad son: a. pensamiento dicotómico; b. hipergeneralización; c. inferencias arbitrarias; d. conclusiones precipitadas; e. maximización/minimización; f. el enunciado “debería” (“tengo que”); g. etiquetado erróneo; y, h. personalización. Estos conceptos Luengo los describe de la siguiente manera:

Pensamiento dicotómico (Ley de todo o nada). Las experiencias se clasifican en categorías opuestas. “La imposibilidad para desarrollar ciertas conductas debido a un despliegue agitado pone en jaque a toda la persona, tanto en el presente como en el futuro: considerarse un enfermo, creerse loco, no tener curación o vislumbrar una vida repleta de miedos y pánico, son en conjunto reacciones de frustración dicotómica, sin que el individuo reconozca matices, necesarios y a la vez reales como considerar que se encuentra en un “mal momento (p. 55)”.

a. Hipergeneralización (generalización excesiva). Esta distorsión consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente; o hacer generalizaciones que llevan a conclusiones negativas. “En torno a esta distorsión cognitiva se inscriben los abatimientos del paciente, incapaz de controlar la evolución de una idea desde lo particular a lo general y que, por ello, se halla

incapacitado a la vez para conducir sus propios razonamientos hasta lograr cerrarlos, saturarlos o acomodarlos dentro de un contexto cognitivo adecuado. Así, una mala nota en un examen, se convierte en un verdadero convencimiento de que es inepto para el aprendizaje, un trivial desaire de amigos puede traducirse en la creencia de encontrarse ante un rechazo social generalizado; un fracaso amoroso, en el convencimiento de que no va a existir pareja posible; un problema en el trabajo, en una completa inadaptación o de orientación laboral; incluso una pequeña arritmia, en una disfunción cardíaca crónica. En el trastorno de ansiedad, la hipergeneralización conduce y dispara las crisis de ansiedad; al mismo tiempo se encuentra directamente vinculada a la catalización de los ataques de pánico (p. 56)".

- b. Inferencias arbitrarias (razonamiento emocional).** Este concepto se refiere en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto. Justificar la idea por la emoción. "El tema de la libertad, la obstaculización y restricción del espacio y del movimiento o el rechazo a lo desconocido son los elementos más importantes que configuran la base de las inferencias arbitrarias. Ello demuestra que en un plano cognitivo y sin control y sesgado nace y se dispara con facilidad un ámbito emocional que se asume y se transforma en reacciones automáticas". Por ejemplo: Si un paciente se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarlo, si se siente ansioso es que hay un peligro real (p. 57)
- c. Conclusiones precipitadas.** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los pensamientos, sentimientos o intenciones de los demás; creer que se sabe lo que los demás piensan. En esta distorsión aparece a menudo esa especie de "fábula del adivino" según la cual todo cuanto se acometa irá mal, como si de una absoluta certeza se tratara. Algunas otras veces, esas interpretaciones se basan en el mecanismo de la proyección que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones como si los demás fueran similares a uno mismo. "Sé que piensan mal de mí". "Sé que me está mintiendo y engañando (p. 58)".

- d. Magnificación minimización.** Se incrementa la magnitud de los sucesos negativos y minimiza la de los positivos. “El individuo parece tener verdaderas dificultades para mantenerse en un plano de valoración de los estímulos o situaciones ecuánime, objetivo o justo porque no puede evadirse de la direccionalidad que mantiene hacia una sola posibilidad de razonamiento, de mantenerse vigilante y convencerse de su propio catastrofismo. En este sentido el paciente suele exagerar la importancia de las cosas y de ella misma, en especial de defectos o fallos, con expresiones usuales del tipo “esto es un desastre”, “qué catástrofe” o “estoy arruinado” como indicadores, a la vez que reduce a parcelas diminutas los éxitos o cualidades que atesora como si de un camino a través de lo negativo se tratara, con manifestaciones como “no es para tanto”, “ha sido por pura suerte” o “no voy a ser capaz de hacerlo nunca”, que son las pruebas más reconocibles de tal minimización. La imposibilidad de ser justo con uno mismo es un rasgo más de la no creencia en uno mismo, incluso a veces del desprecio; además, es un elemento básico en el fenómeno de la espiral ansiosa (p. 58).
- e. El enunciado “debería” (O “tengo que”).** Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. “Estudiado de manera muy amplia, especialmente en las perspectivas cognitivo-conductuales y racional-emotivas, la necesidad, obligación o imposibilidad de salirse de un patrón rígido en cuanto al ejercicio de la libertad personal, así como esa especie de pensamiento absolutista característico, son en realidad pensamientos dogmáticos que constantemente están presentes en la vida de los pacientes con trastornos de ansiedad y en la forma como se ve a sí mismo. El influjo que ejerce en la persona ansiosa el “tengo que” psíquico radica en conferir una trascendencia extrema a todo cuanto efectúa o, lo que es lo mismo, se encuentra en una situación de examen permanente en lo que lo más nimio aparece como algo inexorable y de necesaria traducción exitosa. Esta situación apuntada -sentirse “obligado a” y “examinado por” -en un sujeto que desvaloriza a sí mismo determina usualmente la aparición de altos grados de culpabilidad”. Algunos psicólogos consideran que

esta distorsión de “debería” o “tengo que” está en la mayoría de los trastornos emocionales (p. 59).

- f. Etiquetado erróneo.** Este concepto consiste en poner un nombre general o etiquetas o calificativos a uno mismo, a los demás o a situaciones específicas. “Los fallos, carencias, fracasos o simplemente pequeños lapsus son percibidos como desastres y adscritos a la persona la etiqueta usual de “ser un individuo perdedor”, incluso cuando haya podido ser la conducta de otro y no la propia la mal valorada. La etiquetación errónea, en tanto que pensamiento emocional poco elaborado, afecta también a la percepción de los otros, quienes usualmente son objeto de una opinión desvalorizante que provoca serios problemas de relación y adaptación social por cuanto la descalificación (incluso aversión) de los demás constituye un hecho usual y evidente. En este sentido, el otro es percibido como contrincante y limitador de la propia libertad, despojándole de su parte de vinculación positiva, como cruelmente se hace con uno mismo, y entendiéndole como elemento atentatorio contra la proyección y libertad de uno mismo (p. 60)”.
- g. Personalización.** Pensar que los demás actúan negativamente para perjudicarnos sin considerar otras alternativas, o la tendencia a atribuir a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para tal conexión. “Esta distorsión ofrece otra importante perspectiva: la de creerse el centro de cuanto ocurre alrededor, como si uno mismo fuera la pieza indispensable para que todo funcionara. Dada la carga de negativismo que se observa en el trastorno de ansiedad, la culpabilidad alcanza aquí las cuotas máximas de comprensión (p. 61)”.

El cambio terapéutico se logra a medida que se identifican estas cogniciones defectuosas (p.ej., pensamientos, creencias y suposiciones) y después se someten a una rigurosa prueba de realidad Sanderson y Rego (en Lyddon & Jones, 2002; p. 84).

3.5.2.2.4 Cuestionario para evaluar los pensamientos automáticos. Para evaluar la relevancia de los pensamientos automáticos, Salín-Pascual (2005; p. 168-169) utiliza las siguientes preguntas:

- a. ¿Cuál es la evidencia que hace que este pensamiento automático sea relevante?
- b. ¿Cuál es la evidencia que apoya lo anterior? (Ponerse en la situación hipotética de un amigo o amiga a la que le sucediera lo mismo que nosotros.)
- c. ¿Cuáles son las evidencias en contra?
- d. ¿Hay explicaciones alternativas?
- e. ¿Qué es lo peor que pudo haber ocurrido?
- f. ¿qué es lo mejor que pudo haber ocurrido?
- g. ¿Cuál será el resultado más realista?
- h. ¿Cuál fue el resultado de mi creencia en ese pensamiento automático?
- i. ¿Cuál es el efecto de cambiar mi pensamiento?
- J ¿Qué puedo hacer al respecto?
- k.. ¿Cómo me voy a comportar o a pensar si estoy de nuevo en esa situación especial?

3.5.2.2.5 Modelo de ansiedad de la terapia cognitiva. El modelo cognitivo de la ansiedad de Beck que es reportado en “Terapia Cognitiva-apuntes de psicología”, enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a lo que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Los esquemas y creencias nucleares giran en torno a la amenaza o peligro. Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a:

- a. Restringir su atención a posibles amenazas en su entorno.
- b. Interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos.

- c. Subestimar los propios recursos de afrontamiento.
- d. Subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro.
- e. Llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o la huida.
- f. Existen variaciones en las creencias nucleares y en las intermedias dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad y de la naturaleza del peligro o amenaza.

En los pacientes con trastorno de estrés postraumáticos suele producirse una integración inadecuada de la experiencia traumática en la memoria autobiográfica. Las creencias que se generan después del suceso traumático resaltan la visión de que:

- 1) El mundo es un lugar peligroso.
- 2) Las cosas nunca volverán a ser como antes.
- 3) Yo no tengo control.

3.5.2.2.6 Técnicas cognitivas para refutar los pensamientos automáticos.

Sanderson y Rego (en Lyddon & Jones, 2002; p. 84) dicen que el componente de reestructuración cognitiva de la terapia cognitiva-conductual (TCC) se deriva del trabajo de Beck acerca de la manera en que el procesamiento defectuoso de la información puede subyacer a la ansiedad y a los acontecimientos disfuncionales relacionados. El cambio terapéutico se logra a medida que se identifican estas cogniciones defectuosas (p.ej., pensamientos, creencias y suposiciones) y después se someten a una rigurosa prueba de realidad.

Dobson y Franche (en Caballo 2008; p.512) mencionan las siguientes técnicas cognitivas: Comprobación de la realidad y la técnica de la reatribución.

- a. **Comprobación de la realidad.** Esta técnica intenta provocar una descripción precisa de una situación, al considerar la información de los hechos reales. Preguntas que llevan a la comprobación de la realidad son:

¿Qué evidencia tienes de este pensamiento?

¿Existe alguna forma alterna de contemplar esta situación?

¿Hay alguna explicación alterna?

¿Estas olvidando hechos relevantes o centrándote excesivamente en hechos irrelevantes?

¿Necesitas recoger más evidencias sobre la realidad de este pensamiento?

La comprobación de la realidad ayuda a que el paciente obtenga una perspectiva más realista de los acontecimientos.

- b. **La Técnica de la reatribución.** En vez de atribuir todos los fracasos a una sola causa, el paciente explora y considera otras causas posibles. El objetivo no es quitarle toda la responsabilidad al paciente, sino identificar otros factores que estén implicados. Las preguntas que se emplean a menudo en esta técnica son:

¿Qué pensaría otra persona sobre la situación?

¿Estás sobrestimando el grado de responsabilidad que tienes en que las cosas marchen de la forma que lo hacen?

¿Estas sobrestimando el grado de control que tienes sobre la manera en que funcionan las cosas?

3.5.2.2.7 Técnicas cognitivas para eliminar los pensamientos catastróficos. Dobson y Franche (en Caballo; p. 520) afirman que muchas técnicas cognitivas descritas sobre la depresión pueden emplearse en el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, algunas técnicas parecen estar más indicadas para el tratamiento de los síntomas de la ansiedad. Estas técnicas se agrupan en tres categorías: a) modificar la reacción afectiva a la ansiedad, b) descatastrofizar y, c) desarrollar mecanismos de afrontamiento.

- a. **La modificación del componente afectivo.** Los pacientes que presentan trastornos de ansiedad a menudo tienen ansiedad a estar ansiosos. Actitudes comunes a la ansiedad incluyen: “La ansiedad no me deja funcionar, la ansiedad me hace perder el control, la ansiedad me vuelve loco”. Los pacientes experimentan a menudo una elevada vergüenza a manifestar la ansiedad y exageran el grado en que otras personas a su alrededor se dan cuenta de sus síntomas. Lo que los pacientes temen es la ansiedad misma, provocada por una situación particular. Cuando este temor es muy importante, puede hacer que el paciente no intente experimentos personales en el transcurso de la terapia cognitiva. Cuando los pacientes presentan esa percepción tan catastrófica a encontrarse en un estado de ansiedad, el terapeuta puede animarles para que acepten las sensaciones de ansiedad como adaptativas. Al abandonar el control sobre sus sensaciones de ansiedad, los pacientes ven que son capaces de utilizar la ansiedad como una señal adaptativa. Al aceptar la ansiedad, el paciente hace que disminuya. Para aumentar la tolerancia a la ansiedad, los pacientes pueden emplear autoverbalizaciones como “Puedo hacerlo” o “No es tan malo como pensaba”.
- b. **Descatastrofizar.** En el marco de la eliminación de los pensamientos catastróficos a las situaciones generadoras de ansiedad, **Dobson y Franche (en Caballo; p. 521)** aseguran que como en las raíces de un temor, frecuentemente subyace una escena catastrófica, el terapeuta debe saber que los pacientes pueden estar muy indecisos para sacar a la luz su temor más profundo, especialmente cuando no está basado en una clara evidencia o es absurdo. Desde luego, se puede tranquilizar a los pacientes diciéndoles que mucha gente que padece trastornos de ansiedad tiene pensamientos o imágenes extrañas sobre la peor situación o escena posible. Normalmente, se le pregunta al paciente:
- “¿Qué es lo peor que le puede suceder?”;
- “¿Cuáles son los pensamientos y las imágenes que pasan por su mente cuando piensa en la peor situación posible?”;

“¿Qué le pasaría a usted si le ocurre lo que más teme?”.

Una vez que se identifica la escena catastrófica; es posible modificarla, empleando diferentes técnicas, como las siguientes: a. La proyección en el tiempo, b. Descentrar, c. Recordar una experiencia anterior, y d. Empleando el enfoque socrático.

- 1) **La proyección en el tiempo.** Esta técnica implica el proyectarse a sí mismo en el futuro. Por ejemplo, se puede pedir al paciente que tiene miedo a una determinada operación que se imagine a sí mismo dos meses después de la operación, cuando ya esté totalmente recuperado.
- 2) **El Descentrar.** Esta otra técnica fue desarrollada para proporcionar contra argumentos a la creencia de que uno es el centro de atención de los demás. Esta técnica es análoga a la Técnica de Comprobación de la Realidad, pero tiene un objetivo más definido que consiste en darse cuenta de que uno no es el punto central de la atención.
 - a) **El Recordar una experiencia anterior similar a la tenida en esos momentos. Se puede** intentar retroceder a la primera experiencia y pedir al paciente que imagine lo que ve, los olores, los sonidos, de la situación original. Con frecuencia surgen elementos similares entre las creencias subyacentes de la situación original y las creencias que motivan la situación catastrófica actual.
 - b) **Empleando el enfoque socrático.** El terapeuta puede señalar las similitudes entre las dos situaciones, concebir una hipótesis sobre cómo las dos situaciones, concebir una hipótesis sobre cómo se desarrollaron las creencias en un momento de la vida del paciente, cuando no podía evaluarse adecuadamente, y subrayar las diferencias entre las dos situaciones.
 - c) **Estrategias de afrontamiento.** Entre este tipo de intervención, **Dobson y Franche (en Caballo; p. 522)** mencionan las siguientes estrategias: la imaginación dirigida, y la imaginación proyectada.

- 1) **La imaginación dirigida.** Representa un mecanismo de afrontamiento. El paciente puede imaginarse enfrentándose a la situación temida “como si” no estuviera ansioso. Inicialmente el terapeuta puede ofrecer detalles del contenido de las imágenes para el afrontamiento. Si el paciente encuentra imposible imaginarse a sí mismo afrontando la situación, la imagen puede centrarse, en un principio, en otra persona que se enfrenta a la situación.
- 2) **La imaginación proyectada.** Implica pedir al paciente que se imagine a sí mismo dónde quisiera estar y cómo le gustaría estar en una futura fecha determinada. Esta técnica sirve a dos propósitos:
 - a) Primero para plantear objetivos realistas sobre los que el paciente pueda tener control y,
 - b) **Segundo, para imaginarse en un estado más deseable.** El verse a sí mismo simplemente haciéndolo mejor, estando menos ansioso, hace que el paciente perciba este estado más a su alcance.

Dos elementos contribuyen a la eficacia del acto de imaginar:

- La repetición. Cuanto más frecuente se ensaye la imagen positiva, más eficaz se vuelve. y
- El emparejamiento de estímulos. Se pueden emparejar ciertos estímulos con la imagen, como palabras asociadas con colores (“tranquilo con el color azul”), o incluso eslóganes.

Dichos estímulos pueden incorporarse a las autoverbalizaciones del paciente, en momentos específicos del día, como al levantarse o al acostarse para dormir o cuando se encuentra en una situación difícil.

3.5.2.2.8 El proceso del tratamiento de los pensamientos disfuncionales. Dobson y Franche (en Caballo, 2008; pp. De la 510 a la 514) señalan que este procedimiento sigue las siguientes etapas:

1ª. Etapa: Educativa. Instruir al paciente en el Modelo que la Terapia Cognitiva ofrece para el trastorno que él padece.

2ª. Etapa: Entrenamiento. Al paciente se le entrena en la observación y registro de sus pensamientos automáticos o disfuncionales. Este registro se hace en una “Hoja de Registro diario de pensamientos disfuncionales”:

3a. Etapa: Examinar y someter a prueba de realidad la imágenes y pensamientos automáticos.

- a. Se intenta provocar una descripción precisa de una situación, al considerar la información de los hechos reales. Las siguientes son preguntas que llevan a la comprobación de la realidad: ¿Qué evidencias tengo de ese pensamiento? ¿Existe una alternativa de contemplar la situación? ¿Hay una explicación alterna?
- b. Aplicación de técnicas de reatribución. En vez de atribuir todos los fracasos a una causa, el paciente explora y considera otras causas posibles. El objetivo no es quitarle toda la responsabilidad al paciente, si no identifica otros factores que están implicados. Las siguientes son preguntas que se emplean en esta técnica de reatribución: ¿Qué pensaría otra persona sobre la situación? ¿Estas sobre-estimando el grado de responsabilidad que tienes en que las cosas marchen en la forma que lo hacen?
- c. La solución de problemas. La solución de problemas puede dividirse en los siguientes pasos:
 - 1) Definir claramente el problema.
 - 2) Emplear la técnica de “lluvias de ideas” para provocar en el paciente tantas soluciones no censuradas como sea posible.
 - 3) Examinar cuidadosamente las ventajas y las desventajas de cada solución.

- 4) El paciente debe escoger una solución y debe planear cómo llevarla cabo.
- 5) Una vez que el paciente ha intentado la solución, el terapeuta y el paciente discuten el grado de eficacia que tuvo, para verificar si hubo cambios o no.

4ª. Etapa. Refutación con respuestas racionales. Las técnicas cognitivas: comprobación de la realidad, técnica de retribución, solución de problemas y el diseño de experimentos, tienen el objetivo común de desarrollar una respuesta razonable a los pensamientos automáticos negativos del paciente. Por consiguiente, éste incorpora a su registro diario de pensamientos disfuncionales una nueva columna dedicada a recoger las respuestas racionales.

5ª. Etapa. Detección y modificación de esquemas básicos o modificación de las suposiciones disfuncionales. Los pensamientos automáticos irracionales provienen de unas pocas suposiciones disfuncionales, que son crónicas y, a menudo, no están enunciadas. Por ejemplo:

“Se supone que la vida tiene que ser justa” o “Si la gente no apruebo lo que hago, soy una persona sin valía”.

En este componente, reestructuración cognitiva, al paciente se le enseña a identificar los pensamientos erróneos para modificarlos por pensamientos más adaptativos.

6ª. Etapa. Preparar para la terminación de la terapia y prevenir recaídas

3.5.2.3 Entrenamiento en Autoinstrucciones. Santacreu Mas (en Caballo, 2008) dice que el Entrenamiento en Autoinstrucciones se remonta a los trabajos llevados a cabo por Meichenbaum en los años sesenta con niños hiperactivos y agresivos. Sin embargo, el interés de Meichenbaum por el papel del lenguaje como controlador de la conducta motora (Meichenbaum, 1969; Meichenbaum y Goodman, 1969 a, b; Meichenbaum y Goodman 1971), surge con motivo de los estudios sobre los autores soviéticos como Luria, Vygoski y Piaget. El marco en el que surge la investigación es la Modificación de la Conducta Cognitiva, en cuyo modelo de cambio del comportamiento se entiende en que hay una interrelación entre las respuestas

motoras y las cogniciones, y que los procedimientos de cambio incluyen el aprendizaje por condicionamiento clásico y operante, por observación de modelos y por instrucciones. El Modelo del Cambio Cognitivo-Conductual supone que las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas que emite un sujeto, se puede modificar mediante la manipulación del sistema de respuestas cognitivas, con independencia del procedimiento de aprendizaje que se utilice. El desarrollo de la técnica de Meichenbaum se basa en que el lenguaje de los niños pequeños no tiene la función de comunicarse con otros, sino más bien la de guiar u ordenar su propia conducta externa. El reconocimiento del lenguaje interno como “director o controlador” del comportamiento por parte de Meichenbaum, le lleva a describir un procedimiento general que permite modificar las verbalizaciones internas del sujeto y, en consecuencia la conducta manifiesta (En Caballo; p. 607).

Las autoinstrucciones, según Minici et al. (2008), son frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción. Estas Autoinstrucciones influyen en nuestro comportamiento como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo y que nos indican cómo pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas, particularmente, como afrontar problemas (p: 01)

Cabe aclarar que las Autoinstrucciones no son frases positivas que se dicen en forma repetitiva sino un adiestramiento activo en resolución de situaciones problemáticas y que cuanto más complejas ella sean, hay mayor necesidad de Autoinstrucciones como guías que apuntan a dirigir el comportamiento.

En este marco, Dobson y Franche (en Caballo 2008) mencionan que el Entrenamiento en Autoinstrucciones es una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en las que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que el sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que en general, son más útiles para llevar a cabo la tarea. Estas nuevas instrucciones que el sujeto se da así mismo, coinciden en gran parte con la secuencia de preguntas de la “Técnica de Solución de Problemas” e incluye, además instrucciones de autorrefuerzo para aquellas “respuestas” tendientes a la

solución del problema, o autoinstrucciones de afrontamiento ante el fracaso o autocorrección en el caso de error. El objetivo de las Autoinstrucciones es que el paciente introduzca, inicialmente un cambio en sus autoverbalizaciones para que se modifique su comportamiento manifiesto; es decir, para que alcance una mejora en el nivel de autocontrol de su comportamiento, o llegue a la solución de un problema. Las Autoinstrucciones se definen como las instrucciones u órdenes que el sujeto se da así mismo, dirigiendo su actuación. Estas verbalizaciones son coherentes con la propia actuación del sujeto. Por ejemplo, “Voy a ponerme a trabajar”, “no puedo seguir corriendo”, “voy a alcanzarlo”, serían Autoinstrucciones que la persona se daría justo antes de iniciar la actuación, y se supone que podríamos cambiar el comportamiento del sujeto mediante un procedimiento de cambio de sus propias verbalizaciones (p. 608).

3.5.2.3.1 Utilización de la técnica para modificar las autoinstrucciones disfuncionales. Minici et al. (2008), argumentan que la terapia cognitivo-conductual utiliza el entrenamiento autoinstruccional como técnica para re-estructurar a aquellas personas que poseen Autoinstrucciones disfuncionales que conduzcan al malestar y/o dificulten la concreción de sus objetivos. Al afirmar que se trata de una técnica, se resalta que conlleva un conjunto de pasos sistematizados de aplicación específica para ciertos problemas. Su objetivo primario será el de reemplazar un estilo inadecuado de “hablarse así mismo” por otro más adaptativo, más sano y más funcional a las metas del paciente (p. 03).

Por otra parte, Santacreu Mas (en Caballo 2008; p. 611) dice que aunque parece bien claro cuál es el papel positivo que tienen las verbalizaciones en el control de la conducta motora, parece también evidente que el efecto de mejora se hace patente sólo cuando se trata de nuevas tareas o tareas complicadas para el sujeto, puesto que en otros casos no se logra sino un enlentecimiento de la misma. Además de ello, se debe tomar en cuenta que para cada tipo de tarea será necesario un determinado tipo de Autoinstrucciones, ya que el contenido de la autoinstrucción

es el responsable final de la eficacia del procedimiento. Por lo tanto, para entrenar eficazmente a través del procedimiento de Autoinstrucciones, se debe ser capaz de señalar, cuál es la instrucción correcta. Para resolver el problema de la autoinstrucción correcta, Meichenbaum echa mano de las preguntas planteadas en la técnica de “Solución de Problemas”, como marco general, de tal manera que, si el sujeto se autoinstruye en cada caso con las preguntas planteadas en dicha técnica, se podría tener el marco general de instrucciones para afrontar cualquier problema o tarea. A continuación se mencionan los pasos de la técnica de solución de problemas (SP):

- a. Definición de la situación general y planteamiento del problema o tarea.
- b. Evaluar y definir operacionalmente el problema o tarea planteada
- c. Generar una lista de posibles soluciones pertinentes al problema o a la tarea.
- d. Decidirse por una solución evaluando previamente las posibles consecuencias,
- e. Ganancias o pérdidas y alcance de la solución propuesta. Y
- f. Verificar los resultados de la decisión en función de los logros alcanzados.

En el caso de que los resultados sean satisfactorios, el proceso habrá terminado. En caso contrario volver al proceso de SP (normalmente fase 3 o 4).

3.5.2.3.2 Aplicación de la técnica de autoinstrucciones en los casos de ansiedad.

Santacreu Mas afirma que la técnica de Autoinstrucciones se ha aplicado a numerosos casos en los que la ansiedad juega un papel muy importante presentando muy diversas características clínicas: depresión, fobias, habilidades sociales, estrés. En estos casos, el terapeuta evalúa hasta qué punto el lenguaje interno del paciente es insuficiente o inadecuado para afrontar la situación y decide la conveniencia de un abordaje cognitivo. En el caso de que se considere que el componente cognitivo del problema (verbalizaciones encubiertas) sea relevante para la resolución del caso, se utilizan técnicas cuyo objetivo es sustituir dichas cogniciones (lenguaje interno) por otras más apropiadas para afrontar la situación (En Caballo; p. 621).

Al respecto, Meichenbaum (1977, en Nezu et al., 2006) asegura que la meta del entrenamiento autoinstruccional es reemplazar las cogniciones desadaptativas, autodenigratorias y agravantes de la ansiedad con autodeclaraciones más positivas las cuales, a su vez, producirán una menor dependencia de los comportamientos de seguridad. Se instruye al paciente a imaginarse en circunstancias generadoras de temor y a articular autodeclaraciones adaptativas. Por ejemplo, quizá imagine que maneja por un puente sin su “compañía de seguridad”, el terapeuta fomenta que el paciente repita afirmaciones como “soy capaz de manejar yo solo por este puente, no me va a pasar nada”. Después, el paciente practica estas autodeclaraciones positivas cuando se encuentre en situaciones generadoras de temor en la vida real (p. 112).

3.5.2.3.2 Etapas del entrenamiento Autoinstruccional. Minici et al. (2008; pp: 3, 4 y 5)

enmarcan el entrenamiento autoinstruccional en tres etapas. Estas etapas son las siguientes:

1ª. Etapa. Psicoeducación. En este componente se transmiten al paciente los principales conceptos del proceso de las autoinstrucciones. Particularmente se señalan que las Autoinstrucciones disfuncionales se adquieren de forma similar a las funcionales; ambas responden a un mismo principio de aprendizaje, el cual a su vez será el que guiará el reaprendizaje en el marco de la terapia. De este modo, el paciente comprende que se trata de una función que ya posee en su repertorio cognitivo y que la intervención psicológica sólo ayudará a modificar sus aspectos disfuncionales. Un ejemplo, cuando alguien intenta resolver una tarea compleja, como un examen escrito; se dice a sí mismo frases como las siguientes: “voy a hacer todo mal”, “no paso el examen”, “soy un estúpido resolviendo esto”, “leo las preguntas u no voy a entender nada”. Muy probablemente, este estudiante experimentará una fuerte ansiedad que deteriorará su desempeño al punto tal de llevarlo reprobar el examen. Es inevitable pensar en la ineficacia de las Autoinstrucciones del caso citado (p. 03).

2ª. Etapa. Enseñanza de guías verbales. Estas guías le enseñarán al paciente a concentrarse en las conductas específicas readquiridas por la situación problemática en curso. Las Autoinstrucciones eficaces y adaptativas orientan al paciente a la resolución del presente problema con un grado de exigencia moderado y con una consideración de consecuencias negativas probables pero en general reversibles. Continuando con el ejemplo anterior, el estudiante aprenderá a autoafirmarse frases como las siguientes: “primero leo las preguntas completas, luego me tomo unos minutos para pensarlas antes de empezar a escribir”, “estudié lo suficiente, seguramente me va a ir bien”, “si no apruebo el examen puedo volverlo a presentar en extraordinario” (p: 04).

3ª. Etapa. Aportaciones para la resolución. Como cualquier procedimiento de la terapia cognitivo- conductual, el entrenamiento en Autoinstrucciones no pretende modificar la totalidad de la vida de una persona sino aportar en la resolución de algún problema específico. Particularmente, un principal ámbito de aplicación se circunscribe a la modificación de los diálogos internos disfuncionales. Es necesario que el procedimiento descrito se combine con otros en un programa terapéutico integral para responder a las necesidades del caso concreto (p: 05).

Capítulo 4. Propuesta del Taller Dirigido a Personas Adultas Para Afrontar el Trastorno de Ansiedad

4.1 Justificación

Actualmente, todo mundo se encuentra viviendo en un medio ambiente conflictivo, donde por muchas situaciones, generalmente diferentes entre sí, se encuentran en un estado de constante ansiedad que por lo común indica un estado de agresión o de amenaza que raya en el agotamiento nervioso. Para referirse a este problema, que generalmente afecta a las personas adultas de todo el mundo, comúnmente se utilizan las palabras miedo, ansiedad o angustia. Desde luego dependerá de la capacidad de adaptación de cada persona a este medio ambiente conflictivo lo que constituirá que el problema sea normal o se traduzca en un trastorno o en una enfermedad.

4.2 Objetivo general

Aprender a manejar técnicas cognitivo-conductuales para el control y eliminación de los síntomas de los problemas leves y moderados de la ansiedad clínica.

4.3 Objetivos específicos

1. Autoevaluación al inicio y al final del taller de los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad.
2. Identificar el concepto clínico de la ansiedad, sus principales causas, efectos y consecuencias.
3. Cambiar y aplicar las técnicas de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir los niveles de la ansiedad.
4. Conocer el modelo teórico de la terapia racional emotiva de Ellis y aplicar el modelo de tratamiento: A-B-C-D-E. para cambiar falsas creencias.
5. Conocer y practicar las técnicas cognitivas de Beck para el tratamiento de los pensamientos automáticos que se presentan en el trastorno de ansiedad.
6. Recibir entrenamiento en la técnica de Autoinstrucciones para reemplazar las cogniciones desadaptativas.

4.4 Población

20 personas, hombres y mujeres, de 20 a 55 años de edad.

4.5 Duración del taller

16 Sesiones de 120 minutos cada una.

4.6 Escenario

Un salón de clases de una dimensión que permita realizar las actividades del taller con mesas y sillas de acuerdo al número de participantes.

4.7 Recursos

a. Materiales

- 1) Hojas blancas, plumas, lápices, marcadores para pizarrón blanco y una lista de asistencia.
- 2) Reproductora de Discos Compactos (CDS). Estos discos son tres y están enumerados: 1, 2, y 3. En ellos está grabado de manera abreviada el Método Jacobson de Relajación muscular progresiva (Ver en el Anexo la descripción del texto), basado en varios investigadores pero tomando como eje central el procedimiento de Jacobson (**Jacobson, 1976**). El disco 1, Contiene la “Primera Sesión de ejercicios para relajar los músculos de los brazos, del cuello, de los hombros y de la espalda”. El disco 2. Contiene la “Segunda Sesión de Ejercicios Para Relajar Los Músculos de la Cara, del Tórax y del Abdomen” Y, el disco 3. Contiene la “Tercera Sesión de Ejercicios Para Relajar Los Músculos de las Piernas y Los Músculos de Todas las Áreas del Cuerpo”. En la grabación se recomienda que para

cada sesión de entrenamiento en relajación se deberá elegir un cuarto tranquilo y disponer de una media hora para practicar los ejercicios.

- 3) Hojas blancas, plumas, lápices, marcadores para pizarrón blanco y una lista de asistencia
- 4) Instrumentos de evaluación: Una escala de ansiedad de Hamilton; una lista de falsas creencias; un cuestionario para identificar distorsiones cognitivas; y un cuestionario de conductas motoras

a) La “Escala de Ansiedad Hamilton” (Hamilton, 1976, pág. 156) está integrada por 12 categorías y cada categoría está conformada por un grupo de síntomas (estado de ánimo ansioso, tensión, temores, insomnio, etc.) junto con una variable que es la categoría 13 (Conducta durante la entrevista). La clasificación de la severidad de la ansiedad en base al resultado total obtenido en la escala es:

| | | | |
|-------------|--------|---|---|
| De 0 a 6 | puntos | = | Ausente |
| De 7 a 20 | “ | = | Leve |
| De 21 a 34 | “ | = | Moderada |
| De 35 a 48 | “ | = | Severa |
| Mayor de 49 | “ | = | Muy severa, altamente incapacitante. |

- b) Una “Lista de Falsas Creencias Relacionadas con Trastornos Emocionales”. Esta lista está integrada por 26 creencias irracionales. De las cuales, las primeras once son las reportadas por **Albert Ellis (En Los fundadores de la psicoterapia Cognitiva Ellis y Beck.)**, y las 15 que siguen son las reportadas por Navarro (Navarro, 1990; pp: 112-114); La mayoría de estas creencias cae fácilmente en las categorías de “debería” o “no debería” o “necesidad”. Cada creencias es observada como irracional y “autoderrotante”. Porque por ejemplo, el creer que “uno debería ser amado por todos” es irracional y arbitraria, y es autoderrotante porque por lo general conduce a la frustración y al autodesengaño.
- c) Un “Cuestionario de Distorsiones Cognitivas Que se Presentan en los Trastornos de Ansiedad”. Este cuestionario está estructurado con 9 categorías: Cada categoría agrupa un número de pensamientos automáticos negativos en forma de

ideas, creencias o atribuciones. Las categorías son: Pensamiento dicotómico, hipergeneralización, Inferencia arbitraria, conclusiones precipitadas, magnificación/minimización, el enunciado “debería”, etiquetado erróneo, y personalización (Luengo, 2003; pp. 55-62).

- d) Un “Cuestionario de Síntomas Conductuales Que se Presentan en los Trastornos de Ansiedad”. Este cuestionario contiene 20 síntomas de conductas relacionados con movimientos y actividad alterada, conductas de evitación, de huida o escape (Rojas, 1989; p: 94).

b. Humanos

Un psicólogo clínico con conocimientos sobre problemas de ansiedad, manejo de técnicas respiratorias, de relajación muscular progresiva, técnicas motivacionales y de reestructuración cognitiva. Así, como conocimientos necesarios y claros de los respectivos temas de exposición y dinámicas de grupo.

4.8 Carta descriptiva

Objetivo General del Taller: Que los participantes adquieran conocimientos de la Psicología Clínica, para identificar los principales síntomas de la ansiedad, sus causas y consecuencias, y aprendan estrategias y técnicas de afrontamiento.

| Sesión | Tema | ACTIVIDAD | PROCEDIMIENTO | MATERIAL | TIEMPO |
|--------|----------------------------|--|--|--|-------------|
| 1ª. | Evaluación y presentación. | Autoevaluación de ansiedad, de pensamientos automáticos, de creencias erróneas, y de conductas motoras. Presentación del facilitador y de los objetivos del taller. | Cada participante contestará una Escala de Ansiedad, una Lista de Falsas Creencias, un Cuestionario de Distorsiones Cognitivas, uno de Creencias Erróneas y un Cuestionario de Conductas. Por parte del instructor, dar la bienvenida al taller, realizar su propia presentación y el encuadre del taller. Y por parte de c/u de los asistentes realizar su propia | Una Escala de Ansiedad. una Lista de falsas creencias, Un cuestionario de distorsiones cognitivas. Y un cuestionario de síntomas Conductuales. | 120 minutos |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|-------|-------------|
| 2ª. | Introducción al tema de la ansiedad. | Que los participantes: - Conozcan la diferencia entre los conceptos de miedo, ansiedad y angustia, el concepto cognitivo – conductual de ansiedad. Las características y causas de la ansiedad adaptativa. Y, aprendan y practiquen algunas tácticas y técnicas de tratamiento. | presentación mencionando el propósito de su asistencia. Explicar los conceptos de miedo, ansiedad y angustia; el concepto de la ansiedad desde la perspectiva cognitivo –conductual; en qué consiste la ansiedad normal, cuáles son sus síntomas, y sus causas. Enseñar y practicar algunas tácticas de cambio conductual: P.ej., cambio de rutina y cambio de hábitos. | ----- | 120 minutos |
| 3ª. | Terapia de control respiratorio, y exposición de experiencias. | Que los asistentes aprendan y practiquen técnicas de control respiratorio | Repasar el tema anterior; y, Explicar en qué consisten las técnicas de respiración, realizar ejercicios de práctica y mencionar situaciones de la vida diaria en que puedan aplicarlas. | ----- | 120 minutos |

| | | | | | |
|-----|---|---|--|---|-------------|
| 4ª. | Dinámica grupal estructurada Técnicas de relajación muscular (1ª sesión de entrenamiento). | Que los participantes se conozcan entre sí y expongan algún problema de ansiedad personal. Aprender a relajarse. | Organizar al grupo en equipos de cinco personas y que comenten entre si el tipo de experiencias de ansiedad que hayan tenido o que tengan. Después de un tiempo determinado, cada equipo a través de un secretario expondrá ante el grupo los temas que hayan comentado. Practicar la relajación de los músculos de los brazos, del cuello, de los hombros y de la espalda. | CDS-1 de la 1ª. Sesión de entrenamiento en relajación muscular. | 120 minutos |
| 5ª. | Trastornos de ansiedad | Que los participantes Conozcan los síntomas, causas y desarrollo de los trastornos de la ansiedad, | Explicar en qué consisten los trastornos de ansiedad; así como las causas que los originan, su mantenimiento, las formas en que se presentan, y las etapas de su desarrollo | CD-1 (Repetición) | 120 minutos |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|--|-------------|
| 6ª. | Dinámica grupal estructurada. Técnicas de relajación (2ª. sesión de entrenamiento). | Que los participantes comenten entre sí las experiencias vivenciales que hayan tenido durante el tiempo que ha durado el curso, Aprender a relajarse | Organizar al grupo en tríos para que comenten la forma como han aplicado los conocimientos adquiridos en el taller y expongan ante el grupo algún tema que consideren de interés. Practicar ejercicios para relajar los músculos de la cara, del tórax y del abdomen. | CD-1 (Repetición) 1ª.Sesión de entrenamiento en relajación muscular. | 120 minutos |
| 7ª. | Terapia de desensibilización sistemática | Que los asistentes aprendan y practiquen el procedimiento de la Terapia de la desensibilización automática. | Explicar en qué consiste la técnica de la Desensibilización Sistemática, cada uno de sus componentes y realizar ejercicios de práctica. | CD-1 (Repetición) | 120 minutos |
| 8ª. | Repaso del tema de trastornos de ansiedad. | Ampliar la información sobre el tema de los trastornos de ansiedad. | Explicar los trastornos de ansiedad más comunes, descritos en el DSM-5, y los factores que favorecen su presentación. Así mismo, explicar las diferentes características | CD-2 2ª. Sesión de entrenamiento | 120 minutos |

| | | | | | |
|------|---|--|---|--|-------------|
| 9ª. | Dinámica grupal estructurada Técnicas de relajación. (3ª. sesión de entrenamiento). | Que los participantes expliquen la forma como pusieron en práctica la terapia de la Desensibilización Sistemática. Aprender a relajarse | cognitivas de aceptación, competencia y control, comunes a dichos trastornos. Organizar al grupo en cuartetos para que expongan entre ellos la forma de cómo han organizado su tiempo para ejercitar la Desensibilización Sistemática. Después, a través de un representante exponer ante el grupo la forma de cómo se aplica la desensibilización sistemática. Practicar ejercicios para relajar Los músculos de las piernas y los músculos de todas las áreas del cuerpo. | CD-2 (Repetición) | 120 minutos |
| 10ª. | Terapia racional emotiva- | Que los asistentes analicen los trastornos de ansiedad y las | Explicar el concepto de Terapia Racional Emotiva Conductual; su fundamento teórico; las creencias | CD-3 de la 3ª. Sesión de entrenamiento | 120 minutos |

| | | | | | |
|------|---|---|---|-------------------------|-------------|
| | conductual de Ellis. | características cognitivas que presentan las personas que padecen dichos trastornos. | racionales; la adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas; el modelo A-B-C-D-E- . Los criterios que cubren las creencias Irracionales; el debate filosófico; y el esquema del Método. | en relajación Muscular. | |
| 11ª. | Formas de evaluación y modificación de falsas creencias | Que los asistentes conozcan los principales componentes de la “Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis “. Y, que realicen ejercicios de entrenamiento en este tipo de técnica. | Explicar el proceso de la identificación de las falsas creencias y el procedimiento para analizar y modificar dichas ideas a través del Modelo A-B-C-D. Siguiendo el proceso del “Esquema del Método Terapéutico de la Reestructuración Racional Emotiva” se enseñará cómo se pueden cambiar sus frases internas. | CD-3 (Repetición) | 120 minutos |
| 12ª. | Terapia cognitiva de Beck. | Que los asistentes conozcan los elementos | Explicar el concepto de Terapia Cognitiva, los antecedentes; el | CD-3 (Repetición) | 120 minutos |

| | | | | | |
|------|--|---|--|----------------------|-------------|
| 13ª. | Formas de evaluación y modificación de pensamientos automáticos. | centrales, de la terapia cognitiva de Beck.Y conceptos relacionados. Que los asistentes conozcan el concepto y los elementos centrales, de la terapia cognitiva de Beck. | modelo cognitivo, y los elementos centrales de la terapia cognitiva. Asimismo, explicarles las características de los pensamientos automáticos y la clasificación de dichos pensamientos. Instruir a los asistentes en el Modelo de la Terapia Cognitiva y entrenarlos en la observación y registro de sus pensamientos automáticos: creencias y suposiciones, que les acentúan y provocan el problema de la ansiedad para, posteriormente, someterlos a una “prueba de realidad” y así modificarlos por otros más adaptativos. | CD-3 (Repetición) | 120 minutos |
| 14ª. | Terapia de autoinstrucciones | Que los asistentes reciban un entrenamiento en la técnica de | Explicar el concepto y la definición de Autoinstrucciones y la utilización de esta técnica para modificar las | ----- | 120 minutos |

| | | | | | |
|------|---|---|--|--|-------------|
| 15ª. | Reevaluación de las características emocionales de los asistentes | <p>Autoinstrucciones para reemplazar las cogniciones desadaptativas.</p> <p>Que los asistentes por medio de la replicación de las Pruebas utilizadas al inicio del taller reevalúen su estado emocional actual.</p> | <p>cogniciones desadaptativas por medio de la realización de ensayos de práctica.</p> <p>Con el propósito de visualizar los cambios en el Estado Emocional de los asistentes, después de haber participado en el Taller, se realizará la replicación de las Escalas de Ansiedad, de la Lista de Falsas Creencias, el Cuestionario de Distorsiones cognitivas y el Cuestionario de Conductas, para comparar los resultados (Inicial y Final).</p> | <p>Una escala de ansiedad;</p> <p>Una lista de falsas creencias; un cuestionario de distorsiones cognitivas; y un cuestionario de síntomas Conductuales.</p> | 120 minutos |
| 16ª. | Cierre del curso y clausura | Que los asistentes expresen sus opiniones sobre la forma de cómo se | Realización de una Dinámica de la Sinceridad y expresión del propio testimonio. | ----- | 120 minutos |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | <p>desarrolló el Taller y los logros personales que obtuvieron.</p> <p>Por parte del instructor, mencionar a los asistentes al taller cubrieron más del 80% de asistencias.</p> | | | |
|--|--|---|--|--|--|

4.9 Alcances y limitaciones

Los principales alcances dentro de la presente investigación son que al finalizar el taller, los participantes contarán con herramientas efectivas que les permitan disminuir y controlar los síntomas de la ansiedad que padezcan y también mejorar su estado de salud mental, para volver a disfrutar la tranquilidad que sentían antes del desarrollo del problema. En este taller se propone como alternativa al trabajo individual el manejo en grupo del problema de la ansiedad. El enfoque propuesto es el cognitivo-conductual en grupo, por ser un modelo de tratamiento cuyos resultados son más efectivos y de corta duración que los utilizados en forma individual a diferencia de otras modalidades como por ejemplo, la terapia de apoyo psicológico que sólo proporciona al paciente, seguridad y confort, y la psicoterapia psicoanalítica que se basa en los conflictos inconscientes y en la identificación de las fuerzas del yo, que cuando al paciente se le ofrece la posibilidad de explicar sus dificultades se puede lograr una disminución de la ansiedad. (Dupont, 1999).

Se puede considerar como un alcance el número de sesiones del taller, tomando en cuenta la cantidad de los asistentes que ya padecen el problema de la ansiedad y que en forma individual emplearían exponencialmente el número de sesiones.

Una limitación sería que los asistentes son personas que presentan otros problemas de salud física o mental como diabetes, hipertensión u otros problemas derivados del estrés en cuyas consultas requieren un espacio para sentirse apoyados emocionalmente y que en forma grupal no la pueden recibir.

En conclusión, se puede considerar que este tipo de taller por parte del terapeuta se puede implementar como apoyo a la terapia individual o como alternativa para atender los casos que requieran la atención y no se cuenta con el espacio para la consulta individual. Y, por parte del paciente, estará capacitado para detectar el problema de la ansiedad cuando se sienta agredido o amenazado y será

manejarlo de la mejor manera posible utilizando las técnicas del tratamiento cognitivo-conductual.

Referencias Bibliográficas

Aguilera, M. & Castaño D. (2013). *La evolución de la terapia de conducta.*

Consultado en:

www.uco.es/información/webs/fundaciónCastilla/documentos.-2012-2013/feb-ii-residente. [28/X/17].

Ansiedad: Tratamiento e información (2015). En Cúidate Plus. Dmedicina.

Consultado en:

<https://cuídateplus.Marca.Com/enfermedades/psiquiátricas/ansiedad.html>. (10 Dic. 2015). [12/Jn/18].

Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DCM-5), (5ª. Ed.)*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (México: Ed. Médica Panamericana).

Baeza, J. .; Villarroel, G.; Balaguer, F.; Belchi, I.; Coronas, M.; Pallaroli, P.; & Guillamón, N. (2008) *Higiene y prevención de la ansiedad*. España, Ed. Ediciones Díaz de Santos.

Baringoltz, S. (2011). *Terapia cognitiva y depresión*. Recuperado de:

<https://www.apra.org.ar/revistadeapra/articulos/Julio/sara.pdf>.argentin
[26/04/2016]

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia Integrativa multidimensional/con la colaboración de: María Mucci*. Buenos Aires; Ed. Paidós. Psicología, psiquiatría y psicoterapia. *Cuatro Puntos Clave en el Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la ansiedad.*

(2013). Consultado en: www.revistafm.es/articulo/288/cuatro-puntos-clave-en-e, 29/1/2013. Actualizaciones>Revisiones terapéuticas. [02- III-17].

Diagnóstico del contexto demográfico del área de influencia del centro de integración juvenil

(CIJ). Miguel Hidalgo (2017). Recuperado en:

www.CIJ.gob.mx/ebco2013/centros/9430sd.html. [20- II - 2018].

Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México;

Secretaría de Salud. (2010). Consultado en: [www.cenetec.salud.gob.](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm)

[mx/interior/gpc.htm](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm). [18- V-18].

Diccionario de la lengua española (23ª. ed.)(2014), España. Ed. Real Academia Española.

Definición de discutir. Qué es y concepto. (s/f). Consultado en:

<https://definición.mx/discutir>. [27-VII-19].

Definición de la terapia cognitiva. (s/f). Consultado en:

[Deftcog.pdf.http://www.cat.barcelona.com](http://www.cat.barcelona.com/Deftcog.pdf). [16-VIII-17].

Definición de reestructuración cognitiva. (s/f). Disponible en:

<http://es.M.wikipedia.org/wikireestructuracióncognitva>. [I-II-18].

Definición de hábito. (2016). Consultado en:

<http://www.abc.com/general/hábito.php> (20/10/16). [15-XI-18].

Delgado, S. (1983). *La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas.* México, edit. Trillas.

Dobson & Franche (2008). “La práctica de la terapia cognitiva”. En V. Caballo,

(Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.*

- 5ª.Reimpr. (Cap.21, pp. 493-526). España: Ed. Siglo XXI de España Editores.
- Dupont, M. (Comp.). (1999). *Manual Clínico de Ansiedad*. México. D.F. Ed. JGH editores.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Disponible en : www.fundaciónforo.com/pdfs/archivo/23pdf. [13- VIII-2017].
- Encuesta intercensal (2015). Número de habitantes. Cuéntame de México*.
- Cuéntame INEGI. Consultado en: <http://Cuéntame.inegi.org.mx/población/habitantes.aspx?tema=p> [18-II- 2017]. (p. Inicial).
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos. México (ENEP) (2003)*. Inpr/gob.mx/psicosocial/archivos/encuesta epidemiología. Pdf. [20/X/2017].
- González P. & Paredes G. (2011). *Una sesión de exposición para el tratamiento de la fobia específica en niños*. Tesis. UNAM. Facultad de psicología.
- Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria (2017)*. Consultado en: www.madrid.org/bvirtual/BVCM009771.pdf [5/VII/2019].
- Ibáñez A. C. (1992). “Angustia y ansiedad”. En López Ibor, J.M. *Psicología práctica*. Tomo: Enfermedades psíquicas y su tratamiento. FASCÍCULO 37. España. Ediciones, S.A. Espacio y tiempo.
- Jacobson, E. (1976). *Aprenda a relajarse*. México. Ed. Ciencias de la conducta.
- Lang, P. (2017). *Modelo tridimensional de la ansiedad*. Consultado en: <https://psiqueviva.com/modelo-tridimensional-de-la-ansiedad- propuesta->

por-Peter- lang/16 marzo 2017/. [15-XI-18).

Lega, L. (2008). “La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis”.

En V. Caballo, (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 5ª. Reimpr. (Cap. 20, pp. 475-492). España: Ed. Siglo XXI de España Editores.

Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck. (s/f). Consultado en:

[www.robertexto.com/archivo 13 /ellis-beck.htm](http://www.robertexto.com/archivo_13/ellis-beck.htm). [12/XI/16]

Luengo B. (2003). *Vencer la ansiedad: una guía práctica para pacientes y terapeutas*. España: Ed. Paidós. Colección Saberes Cotidianos.

Minici, A., Rivadeneira C. & Dahab, J. (2008). *Entrenamiento en Autoinstrucciones*.

En revista de terapia cognitivo-conductual, No. 15. Consultado en:

<http://revistacognitivoconductual.Org/pdf>. [20/XI/17].

Minici, A., Rivadeneira C. & Dahab, J. (2014). *Por qué la ansiedad se vuelve patológica*. Revista de terapia. Consultado en :

[Cetecic.com.ar/revista/por-que-la-ansiedad-se-vuelve-patológica](http://Cetecic.com.ar/revista/por-que-la-ansiedad-se-vuelve-patologica). (Revista de 10 páginas). [20/VII/2017].

Modelos de terapias cognitivas y conductuales en cuadros sinópticos. (2013).

Recuperado en: <https://es.slideshare.net/GerardoViau/5-terapias-cognitivas-y-conductuales-cuadro-sinoptico>. (Guatemala. 10 nov. 2013). [16/VI/2019].

Moraleda M. (1999). *Psicología del Desarrollo: Infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México, D.F. Ed. Alfa Omega.

Navarro, A. R. (1990). *Psicoterapia antidepresiva. Humanismo conductual para*

recuperar la alegría de vivir. México, DF. Ed.Trillas.

Nezu, A. M.; Nezu, Ch. M. & Lombardo E. (2006). “Trastornos de Angustia y Agorafobia”. En *formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas* (Cap. 4, pp. 99- 118). México, D.F.; Ed. Manual Moderno.

Papalia, D., & Wendkos O. (1990). *Desarrollo Humano*. (2ª. ed.). Cali, Colombia: Ed. McGraw-Hill.

Papalia, D., Sterns H., Feldman R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez*. (3ª. ed.). México, D. F.: Ed. McGraw Hill.

Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta

Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México(2003) >Revistas >Salud

Mental >Año 2003, No. 4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C,

Blanco JJ, Fleiz BC, Villatoro VJ, Rojas GE, Zambrano RJ, Casanova RL,

Aguilar-Gaxiola Consultado en:

<https://www.medigraphic.com/cgi.bin/new/resumen.cgi?|ARTÍCULO=17215>

[18/VI/2018] 3er. Párrafo de resumen.

¿Qué son los malos hábitos? (2011). Recuperado en:

<https://www.quiminet.com/articulos/que-son-los-malos-habitos-51286.htm>

(31/Marzo/2011). [16-VI-19].

Rimm, D., & Masters, J. (1990). *Terapia de la Conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Ed. Trillas.

Rodríguez, Ma., & Landa, P. (2012). *Modelos de Psicología Clínica y su Aplicación*.

México: Ed. Pax-México.

Rojas, E. (1989). *La ansiedad*. Argentina: Ed. Temas de Hoy. Colección Fin de Siglo.

Sanderson, William C. & Simon A. Rego. (2002). "Trastornos de angustia". En W. Lydon & Jones J. *Terapias cognitivas con fundamento empírico*.

Aplicaciones actuales y futuras. (Cap. 5, pp: 81-106). México. Edit. Manual Moderno.

Santacreu Mas (2008). "El Entrenamiento en Autoinstrucciones". En V. Caballo, (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 5ª.

Reimpr. Cap. 25, pp: 607-626). España: Ed. Siglo XXI de España Editores.

Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. El Ciclo Vital*. (10ª). España: Ed.

McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. Colección: "Medicina y Salud".

Salín-Pascual, R. (2005). *Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Trastorno por*

Ansiedad: Diagnóstico y Tratamiento. México, D. F.: Ed. Libros para todos,

S.A. de C.V. Un libro EDAMEX prestigio editorial. Colección: "Medicina y Salud".

Sierra, J., Ortega, V. & y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar E*.

Subjetividad/Fortaleza/v.III/N.I/p: 10-59/MAR.2003 [06/VI/17]

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). (s/f). En *Psicología Profesional a tu*

Servicio, d.f. Consultado en www.psipedia.es/apuntes. [16/VI/2016].

Terapia cognitiva y depresión. Sara Baringoltz (s/f). Consultado en:

[/https://www.apra.org.ar/pdf/Articulos/Julio/Sara.pdf](https://www.apra.org.ar/pdf/Articulos/Julio/Sara.pdf) [30/X/17]

Terapias cognitivo-conductuales (s/f). Consultado en:

https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales. [20/IX/2017]

Terapia cognitiva-apuntes de psicología. (s/f). Consultado en

<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/08-terapia-cognitiva>. [20/XI/17]

Vega, J. & Bueno, M. (1996). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. 1ª. reimpr. España. Ed. Síntesis.

Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta*. México, D.F. Ed. Trillas.

Anexos

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Instrucciones: Esta escala se utiliza para la Impresión Diagnóstica del nivel de ansiedad. Por favor conteste con una marca (una palomita) cada uno de los malestares que haya sentido en los últimos 7 días. Cuando se obtenga la respuesta se deberá puntuar de acuerdo a la siguiente escala:

0 = Ausente

1= Leve

2= Moderado

3= Severo

4= Muy severo

1. ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO

- _____ Preocupaciones
- _____ Anticipación de lo peor
- _____ Anticipación miedosa
- _____ Irritabilidad

2. TENSIÓN

- _____ Sensación de tensión
- _____ Respuesta asustada
- _____ Llanto fácil
- _____ Fatiga
- _____ Incapacidad para relajarse
- _____ Estremecimiento o temblor

3. TEMORES

- _____ De la oscuridad
- _____ De los extraños
- _____ De estar sólo
- _____ De animales
- _____ Del tráfico
- _____ De multitudes

4. INSOMNIO

- _____ Dificultades para conciliar el sueño
- _____ Sueño interrumpido
- _____ Sueño insatisfactorio
- _____ Fatiga al levantarse
- _____ Pesadillas
- _____ Terrores nocturnos

5. INTELECTO

- _____ Dificultad para concentrarse
- _____ Memoria pobre

6. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO

- _____ Pérdida de interés
- _____ Ausencia de placer en diversiones
- _____ Depresión
- _____ Despertar temprano
- _____ Variación diurna del afecto

7. SOMÁTICO (SENSORIAL Y MUSCULAR)

- Dolores
- Punzadas
- Torceduras
- Rigidez
- Sacudidas mioclónicas
- Bruxismo
- Voz inestable
- Aumento del tono muscular
- Visión borrosa
- Oleadas de calor y de frío
- Sensación de debilidad

8. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Dolor pectoral
- Palpitaciones de vasos
- Sensación de desmayo

9. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- Presión constrictora del pecho
- Sensación de ahogo
- Suspiros
- Disnea o falta de aire

10. SINTOMAS GASTRO-INTESTINALES

- Dificultad para tragar
- Flatulencias
- Dolor abdominal
- Sensación de quemadura
- Saciedad abdominal
- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Estreñimiento

11. SÍNTOMAS GENITO-URINARIOS

- Frecuencia de orinar
- Amenorrea o suspensión de sangrado menstrual
- Menorragia o sangrado menstrual fuera de tiempo
- Desarrollo de frigidez o falta de excitación sexual
- Eyaculación precoz
- Pérdida del apetito sexual
- Impotencia

12. SÍNTOMAS AUTÓNOMOS

- Boca seca
- Rubor
- Palidez

_____ Tendencia a la sudoración

_____ Vértigo

_____ Temblor de manos

| | | | | | | |
|----------|----|---|----|--------|---|-------------|
| De | 0 | a | 6 | Puntos | = | Ausente |
| | 7 | a | 20 | “ | = | Leve |
| | 21 | a | 34 | “ | = | Moderada |
| | 35 | a | 48 | “ | = | Severa |
| Mayor de | 49 | | | “ | = | Muy severa. |

Referencia: Hamilton, M (1976; p. 156) The Leeds Scales for the Self-Assessment of Anxiety and Depression. Gran Bretaña. Nota: Clínicamente esta escala es sólo un auxiliar en el diagnóstico del paciente con ansiedad.

LISTA DE FALSAS CREENCIAS RELACIONADAS CON TRASTORNO EMOCIONALES

NOMBRE: _____ FECHA: _____

A continuación se encuentra una serie de ideas que con frecuencias tienen las personas cuando padecen trastornos emocionales y que se denominan falsas creencias. Por favor, marque el número de las ideas que coincidan con las que usted actualmente tiene.

- () 1. Es una necesidad importante ser amado por todos y aprobado por todo lo que uno hace.
 - () 2. Uno debería ser completamente competente, inteligente y exitoso en todos los aspectos posibles.
 - () 3. Ciertos actos son horribles o perversos, y la gente que realiza tales actos debería ser duramente castigada.
 - () 4. Es horrible que las cosas no sean como nos gustaría que fuesen
 - () 5. La desdicha humana es causada externamente, y forzada por gente y eventos externos.
 - () 6. Si algo puede ser peligroso o amenazante, uno debería estar terriblemente temeroso por ello.
-
- () 7. Es más fácil evitar ciertas dificultades vitales y responsabilidades.
 - () 8. Se necesita algo más fuerte o más grande que uno mismo, en quien

confiar.

- () 9. Porque algo afectó alguna vez nuestra vida debe afectarla indefinidamente.
- () 10. La felicidad humana se puede lograr por inercia e inactividad.
- () 11. Uno debe tener un real y perfecto control sobre las cosas.
- () 12. Debo procurar que todos me quieran.
- () 13. Debo ser perfecto y no equivocarme nunca.
- () 14. No soy nada atractivo.
- () 15. Mi infelicidad se debe a que me sucedió algo en el pasado.
- () 16. No valgo nada o la vida no vale la pena vivirla.
- () 17. Estar solo es terrible.
- () 18. Tengo un defecto físico o soy un fracaso.
- () 19. De niño me traumé.
- () 20. Si sufro por los demás es para que ellos tengan una mejor vida.
- () 21. El enojo es algo terrible.
- () 22. Por una mala acción que he cometido en el pasado, merezco irme al infierno.
- () 23. Hay que evitar toda responsabilidad.
- () 24. Ya todo está escrito y nada puede cambiarlo
- () 25. Hay que vivir para descansar.
- () 26. La corrupción somos todos.
- () 27. Las personas deben ser como yo quiero que sean.
- () 28. Si hago algo malo, Dios me va a castigar

- () 29. El amor para mí, consiste en la entrega absoluta.
- () 30. El suicidio es mi única salida.
- () 31. Debo cuidar siempre de los demás.
- () 32. Los demás siempre deben apoyarme.
- () 33. Tengo mala suerte.
- () 34. Si ahora me va bien, más tarde me irá mal.

ESCRIBIR LOS NÚMEROS DE LOS REACTIVOS MARCADOS:

REFERENCIAS:

Enlistado de las once categorías de creencias irracionales de Albert Ellis. En: los fundadores de la psicoterapia cognitiva Ellis y Beck.

Lista de falsas creencias. En: Navarro (1990). Psicoterapia antidepresiva. humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. México, D.F. Edit. Trillas. (pp: 112-114).

LISTA DE FALSAS CREENCIAS CON EXPLICACIONES Y ALTERNATIVAS

1. Debo procurar que todos me quieran. Hágase lo que se haga, de todos modos se va a agradar a algunas personas y a otras no.
2. Debo ser perfecto y no equivocarme nunca. Cualquier ser humano se equivoca y tiene algunos defectos.
3. No soy una persona atractiva. Mucho del atractivo depende de la forma en que uno se siente interiormente y no solo de la piel (o del físico).
4. Mi infelicidad se debe a que me sucedió algo en el pasado. La desdicha también depende de que la persona se abandone a reacciones emocionales negativas, se paralice o se amargue la vida.
5. No valgo nada o mi vida no vale nada. La vida ofrece ratos mejores y peores y otros intermedios. procure cultivar sus talentos y aproveche las oportunidades. si se repite frases crueles, se deprime cada más.
6. Estar solo es terrible. Conviene tener momentos de soledad para reflexionar y organizar las metas. Se puede aprender a estar satisfecho con la propia compañía. Se puede buscar amigos y amigas que satisfagan sus expectativas.
7. Tengo un defecto físico o soy un fracaso. Trate de ver también sus cualidades, busque la forma de compensar sus limitaciones o de no pensar demasiado en sus defectos.

8. De niño me traumaron. Deje ya de acusar a sus padres. El pasado ya pasó. a los adultos nos corresponde recibir las consecuencias de nuestros actos. Arriésguese a vivir el presente.
9. Si sufro por los demás, ellos tendrán mejor suerte. Más bien va a amargarles la vida con sus penas inútiles. El mejor regalo que puede ofrecerles es su alegría y su buen humor.
10. El enojo es algo terrible. El enojo es una emoción básica para la supervivencia. a veces su expresión es útil y aconsejable.
11. Tal acción es un pecado que merece el infierno. Si otras personas y otras culturas lo consideran permisible o un mero error sin consecuencias, le conviene buscar opiniones menos severas.
12. Hay que evitar toda responsabilidad. Su vida también tiene sentido de responsabilidad social. Si hace frente a los problemas cuanto antes y lo mejor posible, se sentirá más satisfecho.
13. Ya todo está escrito y nada puede cambiarlo. Mucho de lo que nos sucede es consecuencia de la pasividad. Los seres humanos tenemos instantes de libertad y oportunidades que podemos aprovechar.
14. Hay que vivir para descansar. El organismo necesita actividad y trabajo. si no se hace nada, lo más probable es que se suba de peso y se pierda el tono muscular.
15. La corrupción somos todos. Hay funcionarios, empresarios y empleados poco honestos, pero otros son responsables.

16. Las personas deben ser como yo quiero que sean. Al igual que uno, los demás actúan del modo que mejor les parece, aunque no nos guste. el mundo no gira a nuestro alrededor.
17. Si hago algo malo, dios me va a castigar. Uno recibe las consecuencias de sus acciones. Dios ni siquiera está obligado a existir o a no existir, a pesar de las fantasías que cultivemos al respecto.
18. El amor consiste en la entrega absoluta de la pareja. Cualquier ser humano tiene derecho a su independencia y libertad. Amar es compartir algunas de las dimensiones humanas y no equivale a la esclavitud.
19. El suicidio es la única salida a mis problemas. Hay otros caminos, pero si no se les ve es conveniente recurrir a un amigo o a consultar a un especialista, para hablar de sus problemas y de su depresión.
20. Debo cuidar siempre de los demás. También uno necesita apoyo y cariño. no le conviene jugar roles demasiado fuertes de modo exclusivo, ya que se cansará de que le echen la carga más pesada.
21. Los demás siempre deben apoyarme. Todos tenemos lados fuertes y nos conviene ser independientes. Si adopta roles de inútil y débil quizá obtendrá más lástima y desprecio que cariño.
22. Tengo muy mala suerte. Tal vez podría activarse y aprovechar mejor las oportunidades. Con laboriosidad, podría salir adelante a pesar de las dificultades. Una vez que asimile sus penas recuperará la calma.
23. Si ahora me va bien, después me irá mal. No puede usted protegerse de males en el futuro mediante sus preocupaciones. Trate de disfrutar plenamente los momentos de felicidad que la vida le ofrece.

24. Es una necesidad importante del ser humano ser amado por todos y aprobado por todo lo que hace; En vez de concentrarse en su propio autorrespeto, en ganar la aprobación por sus propósitos prácticos y en amar en lugar de ser amado.
25. Uno debería ser completamente competente, inteligente y exitoso en todos los aspectos posibles; En vez de la idea de que uno debería hacer mejor las cosas cada vez que lo intente.
26. Ciertos actos son horribles o perversos, y la gente que realiza tales actos debería ser severamente castigada; En lugar de la idea de que ciertos actos son inapropiados o antisociales y que la gente que realiza tales actos se está comportando de una manera equivocada, sería mejor ayudarla para que cambiara.
27. Es horrible que las cosas no sean como nos gustaría que fuesen; En lugar de la idea de que uno trataría de cambiar o controlar las condiciones de forma tal que se hagan más satisfactorias y de no ser posible, sería mejor aceptar temporalmente su existencia.
28. La desdicha humana es causada externamente, y forzada por gente y eventos externos; En vez de la idea de que las perturbaciones emocionales son causadas por la perspectiva que uno toma de las condiciones.
29. Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, uno debería estar terriblemente temeroso por ello; En vez de la idea de que mejor debería uno enfrentarlo francamente y hacerlo no peligroso y cuando esto no fuera posible, aceptarlo inevitablemente.

30. Es más fácil evitar ciertas dificultades vitales y responsabilidades; En lugar de la idea de enfrentarlas ya que el denominado camino fácil finalmente es el más difícil.
31. Se necesita algo más fuerte o más grande que uno mismo, en quien confiar; En vez de la idea de que es mejor tomar los riesgos de pensar y actuar independientemente.
32. Porque algo fuerte afectó alguna vez nuestra vida, debe afectarla indefinidamente; En vez de la idea de que uno puede aprender de las experiencias pasadas, y no estar permanentemente atado a ella.
33. La felicidad humana se puede lograr por inercia e inactividad; En lugar de la idea de que los seres humanos tienden a ser felices cuando ayudan a otras personas o se dedican proyectos que están fuera de ellos mismos.
34. Uno debe tener un real y perfecto control sobre las cosas; En lugar de la idea de que el mundo está lleno de probabilidades, y uno puede disfrutar la vida, incluso a pesar de ello.

REFERENCIAS:

- Lista de falsas creencias con breves explicaciones y alternativas, en: Navarro (1990). *Psicoterapia antidepresiva. humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. México, D.F. Edit. Trillas. (pp: 112-114).*
- Enlistado de las once categorías de creencias irracionales de Albert Ellis, en: Los fundadores de la psicoterapia cognitiva Ellis y Beck.

CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS QUE SE PRESENTAN EN
LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

Aunque algunos pensamientos automáticos que tenemos a lo largo del día son verdaderos, otros parecen no serlo y pueden presentar algunas distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las ideas, pensamientos, imágenes, creencias, atribuciones o constructos personales que aparecen en situaciones donde hay una alteración emocional, por ejemplo, ira, ansiedad, depresión, en los trastornos de conducta, conducta de escape o conflictos de pareja.

Para valorar sus pensamientos automáticos, por favor, marque aquellas expresiones con las que usted esté de acuerdo.

- () 1. *“Si no me quiere, me detesta”.*
- () 2. *“Pienso que estoy enfermo o que estoy loco”.*
- () 3. *“Pienso que lo que tengo no tiene curación”.*
- () 4. *Como no encuentro trabajo, pienso que “soy un incompetente o un inútil”.*
- () 5. *“Antes era un triunfador, ahora soy un fracasado”.*
- () 6. *Creo que si ya me ocurrió algo me ocurrirá muchas otras veces. Por ejemplo: Si he reprobado un examen, pienso que si lo vuelvo a presentar volveré a reprobarlo”.*
- () 7. *“Por un fracaso amoroso que he tenido pienso que no podré volver a tener otra posible pareja”.*
- () 8. *“Si siento una pequeña arritmia, creo que es una disfunción*

cardiaca crónica”.

- () 9. *“Si he sido despedido de un trabajo, pienso que “Nunca volveré a conseguir otro empleo”.*
- () 10. *“Tengo miedo de que acabe siendo un enfermo mental”.*
- () 11. *“Ella está conmigo por mi dinero”.*
- () 12. *“Tengo miedo a confesar mi problema”.*
- () 13. *“Tengo temor por una probable falta de discreción del terapeuta”.*
- () 14. *“Así lo siento luego es verdad”.*
- () 15. *“Desconfianza a ante la posibilidad de que alguien pueda entender realmente mi problema”.*
- () 16. *“De seguro voy a dormir mal esta noche”.*
- () 17. *Viendo un accidente en la T.V. pienso ¿y si eso me pasara a mí?*
- () 18. *Si tengo que hacer una presentación frente a grupo, de Antemano, “Pienso, me va a ir mal”.*
- () 19. *Ante un hecho erróneo me imagino el peor resultado posible y digo: ¡Qué desastre!*
- () 20. *“Tengo miedo a un progresivo deterioro de mi vida personal”.*
- () 21. *Si he hecho algo bien, pienso “No voy a ser capaz de volverlo a hacer otra vez”.*
- () 22. *“Me da igual los éxitos que yo haya obtenido en el pasado, ya que no tienen importancia. Lo que ahora importa es que he cometido ese error”.*

- () 23. *“Mi esposo/a dice que yo agrando los problemas y que no quiero aplicarme”.*
- () 24. *“No debo cometer errores”.*
- () 25. *“Los demás se deben portar bien conmigo”.*
- () 26. *“La vida debería ser fácil y sin problemas”.*
- () 27. *“Yo debería ser una persona perfecta”*
- () 28. *“No debería sentir emociones negativas, como el estrés, la ansiedad y la depresión”.*
- () 29. *“Ella es una persona aburrida”*
- () 30. *“Soy un fracasado”.*
- () 31. *“Él es un inútil”.*
- () 32. *“Soy un enfermo”.*
- () 33. *”Los negros son unos gandules”.*
- () 34. *Si el jefe o encargado dice que hay que mejorar la calidad del trabajo, pienso que “eso lo dice por mí”.*
- () 35. *Si mi hijo se porta mal, pienso que como padre he fallado o fracasado en la educación de mi hijo.*
- () 36. *“Soy menos sociable que José”.*
- () 37. *“Siempre hago que los demás se enojen”*
- () 38. *“Siempre traigo mala suerte a los demás”.*
-

Referencia: Luengo, D. (2003). Vencer la ansiedad: una guía práctica para pacientes y terapeutas. España. Ed. Paidós. Colección Saberes cotidianos (pp: 55-62).

RESPUESTAS: DISTORSIONES COGNITIVAS QUE SE PRESENTAN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. Pensamiento dicotómico (ley del todo o nada, pensamiento polarizado (“blanco o negro”). Pensamiento absolutista. Clasifica las expresiones en categorías opuestas. C/r= 20%

1 2 3 4 5

2. *Hipergeneralización, generalización excesiva (sobregeneralización). Elabora una regla o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados. C/r = 20%*

6 7 8 9 10

3. Inferencia arbitraria. Se llega a una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye. C/r = 20%

11 12 13 14 15

4. Conclusiones precipitadas, catastrofización (adivinar el futuro), (“fábula del adivino”). C/r = 20%

16 17 18 19 20

5. Magnificación - minimización. Distorsiones en la magnitud de una situación. C/r = 33.3%

21 22 23

6. El enunciado “debería” (o “tengo que”). C/r = 20%

24 25 26 27 28

7. Etiquetado erróneo, etiquetas globales, etiquetamiento, etiquetar. C/r = 20%

29 30 31 32 33

8. La personalización. Tendencia a atribuir a sí mismo fenómenos externos. C/r = 20%

34 35 36 37 38

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES - MOTORES QUE SE PRESENTAN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

Este cuestionario contiene conductas motoras que se presentan en algunas personas cuando aparece el problema de la ansiedad. Así que, para valorar si son significativas de este problema en usted, por favor marque dentro del paréntesis el número de aquellas conductas que se hacen manifiestas en usted.

SÍNTOMAS CONDUCTUALES/MOTORES

1. () Estoy siempre en estado de alerta, como vigilando o en guardia.
2. () Estoy irritable, excitable, respondo exageradamente a los estímulos Externos.
3. () Rindo menos en mis actividades de la vida diaria.
4. () Me resulta difícil o penoso realizar mis actividades habituales.
5. () Me muevo de un lado para otro, como agitado/a, sin motivo.
6. () Cambio mucho de postura, por ejemplo cuando estoy sentado/a.
7. () Gesticulo mucho.
8. () Me cambia la voz o he notado altibajos en mis tonos.
9. () Me noto más torpe en mis movimientos o más rápido/a.
10. () Tengo más tensa la mandíbula.
11. () Tartamudeo o ceceo.
12. () Me muerdo las uñas o los padrastrós, me chupo el dedo o me los froto.
13. () Juego mucho con objetos, necesito tener algo entre las manos (bolígrafos, etc.).
14. () A veces me quedo bloqueado/a, sin saber qué hacer o qué decir.
15. () Me cuesta mucho o no estoy dispuesto a realizar una actividad intensa.

- 16.() Muchas veces tengo la frente arrugada.
- 17.() Tengo los párpados contraídos o la cejas arqueadas hacia abajo.
- 18.() Tengo expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación.
- 19.() Me dicen que estoy inexpresivo, como con la cara “congelada”.
- 20.() Me irritan mucho los ruidos intensos o inesperados.

Total de conductas identificadas: _____ (Significativas si son más de cuatro).

Referencia: Rojas, E. (1989). La ansiedad. Argentina: Temas de hoy. Colección fin de siglo (p: 94)

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UNA FORMA ABREVIADA DEL “METODO JACOBSON DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA”

Para empezar el entrenamiento de relajación, en base a este método que consiste en el dominio de la técnica de tensión-relajación muscular es conveniente saber que la palabra tensión se refiere al proceso inverso, es decir, al alargamiento de las fibras musculares. Este método abreviado de relajación progresiva, toma en cuenta que:

-La persona relaja un grupo de músculos, por ejemplo los que sirven para doblar los brazos en forma cada vez mayor cada minuto.

También,

-Aprende a relajar, por grupo todos los músculos de su cuerpo. Al aprender a relajar un nuevo grupo de músculos, relaja aquellos que ya a aprendido a dominar.

Y

-a medida que practica diariamente, avanza en forma gradual hasta formar un hábito: el de lograr el estado de relajación en forma automática.

El dominio de la relajación muscular se logra progresivamente a través de 6 series de ejercicios dirigidos a relajar:

- 1.- Los músculos de los brazos.
- 2.- Los músculos del cuello, de los hombros y de la espalda.
- 3.- Los músculos del área facial.
- 4.- Los músculos del tórax y del abdomen.
- 5.- Los músculos de las piernas. y
- 6.- Los músculos de todas las áreas del cuerpo.

Para practicar este ejercicio de relajación deberá elegir un cuarto tranquilo. Es conveniente que cierre la puerta con llave para impedir la entrada repentina de alguien.

También es conveniente asegurarse de que no habrá llamadas telefónicas ni toques a la puerta.

Para la sesión de práctica es recomendable disponer de una media hora para permanecer así solo, relajándose.

Al tiempo destinado a realizar cada serie de ejercicios se le llama sesión de entrenamiento.

Cada sesión tiene tres fases:

- Una fase de inducción que consiste en realizar ejercicios de: calentamiento, de tranquilidad y, de respiración profunda.

- Otra fase de práctica que consiste en realizar la serie de ejercicios de tensión relajación. y,

- Una fase de recuperación que constituye el retorno activo al estado habitual, mediante la contracción y distensión de los grupos de músculos que se hayan distendidos.

Con motivos del espacio disponible para describir las tres fases de proceso de entrenamiento, sólo se describirá la fase de práctica, omitiéndose la de calentamiento y la de recuperación. .

PRIMERA SESIÓN DE ENTRENAMIENTO PARA RELAJAR LOS MÚSCULOS DEL LOS BRAZOS, DEL CUELLO, DE LOS HOMBROS Y DE LA ESPALDA.

Por favor, levante lentamente los dos brazos. Levante lentamente los dos brazos hacia el frente y coloque las palmas de las manos hacia abajo. Empiece por cerrar los dos puños de las manos y apriételes poco a poco, lo más que aguante. Sienta la tensión en las manos y en los antebrazos. Estudie las sensaciones (30"). Muy bien, ahora, baje los brazos y abra lentamente los puños deje que los dedos se aflojen y se estiren. Coloque las manos en una posición cómoda y sienta cómo avanza la relajación. Antes la tensión era molesta y ahora la relajación la siente agradable, trate de aflojar y de soltar lo más que pueda sus dos brazos. Siéntase cada vez más tranquilo y relajado. (15").

Otra vez, levante los dos brazos. Levante los dos brazos y ponga las palmas de las manos hacia arriba. Ahora cierre poco a poco los dos puños y doble lentamente los brazos, para poner fuertemente en tensión su bíceps. Muy bien, ahora suéltese y relájese. (15").

Ahora, atienda los músculos del cuello.

Incline la cabeza hacia atrás. Incline la cabeza hacia atrás lo más que pueda, hasta sentir la tensión a lo largo y por delante del cuello (20"). Ahora gire la cabeza hacia la derecha y observe como se moviliza la tensión, hacia la izquierda del cuello. Permanezca así un momento, mientras se concentra en esa tensión (20"). Ahora mueva lentamente la cabeza hacia el lado izquierdo, todo lo que pueda. Permanezca así unos segundos mientras se concentra en localizar la tensión del lado derecho del cuello (20"). Ahora lleve su barbilla hacia delante y hacia abajo e intente presionar con ella su propio pecho. Presione su pecho y permanezca así unos segundos mientras estudia la tensión que se localiza en la parte de atrás de su cuello (20"). Ahora suéltese y deje que su cabeza regrese a su posición normal.

Permita que se relaje más y más.

Ahora atienda a los músculos de los hombros.

Encoja los hombros bien hacia arriba. Súbalos con fuerza y trate de tocarse con ellos las orejas, manténgalos en esa posición y sienta la tensión, en la parte superior de los hombros, cerca de la base del cuello y obsérvela (20"). Ahora, suéltese y relájese y observe cómo la relajación se propaga a la garganta, al cuello y a la espalda (20").

Ahora inclínese hacia adelante y encoja de nuevo sus dos hombros, bien hacia arriba y muévalos lentamente hacia la derecha. Muy bien, permanezca así un momento mientras observa la tensión a un lado de su hombro izquierdo (20"). Ahora muévalos lentamente hacia la izquierda. Sienta como se desplaza la tirantés del hombro izquierdo al hombro derecho. Permanezca así un momento mientras se concentra en la tensión (20"). Muy bien, ahora permita que sus hombros vuelvan a su posición normal.

Encoja de nuevo sus dos hombros, bien hacia arriba y llévelos con fuerza hacia adelante. Muy bien, permanezca así un momento mientras observa la tensión detrás de los hombros, por arriba de la espalda (20").

Ahora muévalos con fuerza hacia atrás. Deténgalos en esta posición por unos segundos mientras siente cómo se desplaza la tensión de atrás hacia delante de los hombros, por arriba de su pecho (20") ahora deje caer los hombros y relájese.

Ahora atienda los músculos de la espalda. Inclínese hacia delante y levante la cara. Gire la cara hacia arriba para echar la cabeza hacia atrás lo más que pueda (20"). Muy bien,

Ahora arquee la columna vertebral sumiendo la espalda. Suma con fuerza la espalda y permanezca así en la posición mientras observa la tensión a ambos lados de la columna vertebral (20"). Ahora va a tratar de aumentar más la tensión. En esa posición, doble los brazos y trate de que sus codos se toquen por detrás de su espalda (20"). Ahora suéltese y relájese. Permita que sus brazos se pongan en una posición cómoda. Trate de aflojar todo su cuerpo, hasta sentirse cada vez más tranquilo y relajado.

Esta sesión deberá practicarla uno o dos veces por día durante una semana. Puede hacerlo durante el día y antes de acostarse a dormir. Esta sesión ha terminado.

SEGUNDA SESIÓN NO. 2 DE “UNA FORMA ABREVIADA DEL MÉTODO JACOBSON DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA”

Ejercicios de entrenamiento para relajar los músculos del área de la cara, los músculos del tórax y del abdomen.

A continuación, sigue la fase de práctica. Así que preste atención a los músculos de la cara.

Centre su atención en los músculos de la cara.

Empiece por levantar lo más que pueda las cejas. Levante las cejas pero sin abrir los ojos: siga levantando las cejas y sienta cómo se le arruga la frente. Mantenga así levantadas las cejas por unos segundos. Mientras se concentra en la tirantés que se encuentra difundida por la frente obsérvela (10”). Deje de esforzarse por levantar las cejas para que por sí solas vuelva a su lugar y se desarrugue la frente.

Ahora apriete los ojos. Apriete con fuerza los ojos. Siga apretando los ojos y concéntrese en la tirantés de los párpados (10”). Deje de apretar los ojos y relaje los párpados, pero manteniendo los ojos cerrados suave y confortablemente.

Ahora cierre la boca y apriete sus mandíbulas. Apriete las mandíbulas. Siga apretándolas y permanezca así durante unos segundos mientras se concentra en sentir la tirantés que se extiende por los maxilares (10”). Deje de presionar las mandíbulas para que se aflojen y permita que sus labios se entreabran suavemente. Ahora cierre la boca y presione la punta de la lengua contra la parte trasera de los dientes de adelante. Presione fuertemente la lengua. Permanezca así presionando la punta de la lengua contra los dientes, durante unos segundos mientras se concentra en la tirantés (10”). Deje de presionar su lengua y permita que vuelva a su lugar.

Ahora cierre la boca y saque los labios hacia afuera. Empiece a apretarlos, uno contra otro. Apriete con fuerza los labios. Permanezca así presionando los labios,

durante unos segundos, mientras se concentra en sentir la tirantés que se difunde a lo largo y ancho de los labios. Observe una tirantés (10"). Deje de apretar los labios y permita que se relajen, sienta como se distienden suavemente. Disfrute esa agradable sensación de hormigueo y deje que se entreabran ligeramente.

Ahora relaje toda su cara. Relaje toda su cara y trate de sentir cómo toda la piel de su cara se estira y se pone lisa, observe y sienta lo agradable de esa sensación. Sienta y observe la relajación en su cuero cabelludo, en su frente, en sus ojos, en sus mandíbulas, en su lengua y en sus labios. Relájese cada vez más y más. La relajación provoca una sensación de tranquilidad y siéntase cada vez más tranquilo y relajado. (15").

Ahora atienda los músculos del torax

Prepárese a "jalar el aire" profundamente, para llenar sus pulmones. Jale fuertemente el aire. Sostenga la respiración. Sienta la tensión por todo el pecho y estúdiela (15"). Suelte el aire. Permita que las paredes del tórax se aflojen y empujen por si solas el aire hacia afuera de los pulmones.

Ahora, jale otra vez el aire para llenar nuevamente sus pulmones. Jale con fuerza el aire. Mantenga la respiración y trate de sentir la tensión por todo el pecho (10"). Expulse el aire y sienta el agradable alivio de la tensión.

Ahora jale otra vez el aire para llenar nuevamente sus pulmones. Jale con fuerza el aire y mantenga la respiración. Trate de sentir la tensión por todo el pecho (10"). Expulse el aire y sienta el agradable alivio de la tensión. Deje que su tórax se relaje y permita que la relajación se extienda hacia la espalda, a los hombros y al cuello. Déjese ir y disfrute de esa agradable sensación que provoca la relajación (15").

Ahora centre su atención en los músculos del abdomen

Ponga bien duro el estómago. Como si esperara recibir un fuerte golpe en esa parte. Ponga duro el estómago. Manténgalo así duro y trate de sentir la tensión y obsérvela (10"). Muy bien, ahora suéltese y relájese. Observe la diferencia entre la tensión y la relajación. Antes la tensión era molesta y ahora la relajación es bien agradable. Trate de aflojar y de soltar todo su cuerpo. Siéntase cada vez más tranquilo y relajado.

Ahora suma el estómago. Suma con fuerza el estómago. Permanezca así por un momento mientras observa la tensión que se localiza por delante de la zona del Estómago. Concéntrese en la tirantés y obsérvela (10"). Muy bien, ahora suéltese y relájese.

Observe que la diferencia entre la tensión y la relajación es muy agradable. Trate de aflojar y de soltar todo su cuerpo. Siéntase cada vez más tranquilo y relajado.

Ahora, imagínese que se encuentra en un lugar completamente agradable y tranquilo. Disfrute por unos momentos de esa tranquilidad. Cuando esta sesión esté Por terminar escuchará una instrucción. (60 ") esta sesión a terminado. Esta sesión deberá practicarla una o dos veces por día durante una semana. Puede hacerlo durante el día y antes de acostarse a dormir.

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTA LA SESIÓN NO. 3 DE “UNA FORMA ABREVIADA DEL METODO JACOBSON DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA”.

Ejercicios de entrenamiento para relajar los músculos de las piernas y los músculos de todas las áreas del cuerpo.

A continuación sigue la fase de práctica, así que preste atención a los músculos de las piernas.

Empiece por empujar los talones de los pies. Estire las dos piernas hacia adelante y empuje los talones de los pies lo más que pueda. Aumente la tirantés dirigiendo la punta de los dedos de los pies hacia arriba con dirección a la cara. Siga empujando los talones de los pies. Mientras se concentra en la tensión que se extiende por las espinillas, entre las rodillas y los pies, estúdiela (10”). Muy bien, ahora afloje y suelte sus dos piernas. Colóquelas en una posición cómoda y deje que se sigan relajando (15”).

Otra vez, estire las dos piernas y empuje las puntas de los pies hacia abajo. Estire las dos piernas hacia adelante y estire con fuerza las puntas de los dedos de los pies hacia abajo. Aumente la tirantés tratando de sumir las rodillas. Siga empujando las puntas de los dedos de los pies hacia abajo mientras se concentra en la tensión que se produce a la altura de las pantorrillas (10”). Deje de estirar las puntas de los pies y de las dos piernas. Permita que se relajen y que vuelvan a su posición de descanso. Mientras las piernas se relajan las sentirá agradablemente pesadas. siéntase cada vez más tranquilo y relajado.

Ahora concentre su atención en la relajación de las diferentes áreas del cuerpo.

Concentre su atención en ambos brazos. Coloque sus dos brazos en una posición cómoda y suéltelos por completo. Mientras los brazos se relajan los sentirá agradablemente pesados. Cada vez más y más pesados. Repita mentalmente: cada vez me siento más tranquilo y relajado. (15”).

Ahora concentre su atención en ambos hombros. Suelte por completo sus dos hombros y relájelos. Deje que la relajación se extienda por completo a los hombros y que continúe por los músculos de la espalda. Continúe soltándolos y relajándolos más y más profundamente. No debe haber ninguna tensión que le moleste en la espalda, en los hombros y en el cuello. Repita mentalmente: cada vez me siento más tranquilo y relajado. (15”).

Ahora concentre su atención en los músculos de la cara. Relaje toda su cara y trate de sentir cómo toda su piel se estira y se le pone bien lisa. Sienta y observe la relajación en su cuero cabelludo, en su frente, en sus ojos, y en su boca. Continúe soltando las mandíbulas y relajando más y más los músculos de la cara. Abandónese totalmente a la relajación. Es muy agradable sentirse relajado. Repita mentalmente: cada vez me siento más tranquilo y relajado. (15”).

Ahora concentre su atención en los músculos del tórax y del estómago. Ponga atención a su respiración. Ponga atención a su respiración y sienta cómo se levanta su estómago cada vez que jala el aire y cómo baja cada vez que saque el aire. Concéntrese en ese movimiento de vaivén. Observe si su pecho se está moviendo en armonía con su estómago o si está rígido. Continúe prestando atención a su respiración y deje que el pecho siga el movimiento del estómago. Sienta si todavía tiene alguna tensión en la región de su cuello, en su pecho o en su estómago. Repita mentalmente: cada vez me siento más tranquilo y relajado. (15”).

Ahora concentre su atención en los músculos de sus dos piernas. Acomode sus dos piernas en una posición de completo descanso y permita que se reflejen. Sienta la relajación en sus dos piernas.

Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas y las caderas. Sienta una agradable pesadez en la parte inferior de su cuerpo a medida que avanza la relajación. Continúe soltándose y relajándose más y más. Repita mentalmente: cada vez me siento más tranquilo y relajado.(15”).

Ahora preste atención a las sensaciones de pesadez y tranquilidad

Concentre su atención a la sensación de pesadez. Usted todavía puede conseguir niveles más profundos de relajación: simplemente, preste atención a su respiración. Respire suave y tranquilamente y cuando saque el aire, sienta cómo se relaja más y más. Mantenga sus ojos cerrados, así nada le perturbará. Respire profunda y tranquilamente y cuando saque el aire, sienta cómo se relaja cada vez más y más su cuerpo se vuelve cada vez más y más pesado. Perciba cómo se extiende, a cada respiración, la pesadez y la relajación a lo largo de todo su cuerpo que está bastante tranquilo y relajado. (15).

Concentre su atención en la sensación de tranquilidad. Ahora imagine el intenso esfuerzo que requeriría si quisiera levantarse, así que mejor siga soltándose más y más. Usted decide no levantarse porque desea continuar relajándose, así agradablemente, respirando tranquila y profundamente. Sin nada que perturbe el disfrute de esa maravillosa sensación de tranquilidad que brinda la relajación. Manténgase así relajado, sin ninguna tensión que le moleste. (15”).

Ahora imagínese que usted se encuentra en un lugar completamente agradable y tranquilo. Disfrute por unos momentos de esa tranquilidad. Cuando esta sensación esté por terminar, usted escuchará una instrucción. 1.00’).

Esta sesión deberá practicar una o dos veces por día durante una semana.

Puede hacerlo durante el día y antes de acostarse a dormir (10”). Esta sesión ha terminado (10”).

Preste atención a esta recomendación final:

Si usted ha cubierto el programa de entrenamiento en relajación muscular progresiva, siguiendo las instrucciones de los discos 1, 2, y 3. y practicado los ejercicios de cada disco, durante una semana, realice lo siguiente:

1. Durante una semana, todos los días acuéstese media hora y practique los ejercicios sin utilizar los discos.
2. Trate de provocar la relajación en uno o dos minutos, relajando cada área de su cuerpo y repitiéndose mentalmente “cada vez me siento más tranquilo y relajado”.

3. Cada vez que se encuentre ante una situación que le provoque miedo, tensión o angustia, respire profundamente, mantenga la respiración y mientras saca el aire, relaje a propósito los músculos del cuerpo y trate de sentirse tranquilo y relajado.