



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División del Sistema de Universidad Abierta

Propuesta para reducir el estrés:

Intervención basada en la Terapia Racional Emotiva

Tesina que para obtener el Título de

Licenciada en Psicología

Presenta:

Silvia Leticia Murillo Loza

Directora:

Doctora Mariana Gutiérrez Lara

Sinodales:

Maestro Jorge Orlando Molina Avilés

Maestra Patricia Paz De Buen Rodríguez

Maestra Inda G. Sáenz Romero

Licenciada Ma. De la Concepción Conde Álvarez

Ciudad Universitaria, Cd. de México, Noviembre, 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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología y División del Sistema de Universidad Abierta por hacerme realidad un gran deseo, por ser la Institución que abre sus puertas para dar conocimiento a todo tipo de personas y contribuye a hacer de este país un gran lugar para vivir.

A mi Directora y Sinodales:

Por la paciencia que me tuvieron, por compartir sus conocimientos y tiempo en la elaboración de mi Tesina.

A mi familia:

Genaro, mi esposo y gran amor que siempre ha estado para mí.

Ameyalli y Yoalli mis amadas hijas, a sus esposos Alfredo y Toño de quienes recibo mucho apoyo.

A mis padres Rubén y Victoria y a todos mis hermanos Rubén, Jorge, Esperanza, Martha, Rosa y Licha.

A todos mis sobrinos Zelene, Nary, Ixbunie, Yessika, Clau, Julio, Cindy, Erick, Rosita, Ian, Ikarani, Iztaé, Sammy, Paola, Said, Pavel, Ricardo, Brenda, Tania, Karla, Billy, Jonathan, Ivan y Edgar y los que faltan.

A mis amigas:

Pilar, Mary, Yadira, Ruth y Lorena.

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I	
1.1 Estrés. Concepto y definición	8
1.2 Etiología	14
1.3 Consecuencias	16
1.4 Estrés Crónico	18
Capítulo II	
Intervención	23
2.1 Terapia Cognitivo Conductual	23
2.2 Terapia Racional Emotiva	26
Capítulo III	
Propuesta para reducir el estrés	46
Sesiones	49
Conclusiones	77
Bibliografía	79
Anexos	83

Resumen

El presente trabajo detalla una propuesta terapéutica para disminuir el estrés utilizando la Terapia Racional Emotiva. Se presentan las diferentes contribuciones teóricas sobre el estrés y se revisan las Terapias cognitivo conductual y terapia racional emotiva, debido a que se observó que los individuos proclives al estrés tienden a personalizar los acontecimientos y caer en distorsiones cognitivas tales como la polarización, la magnificación, la exageración y el exceso de generalización. Estas distorsiones conceptuales pueden producirse de una manera automática, e inconsciente (Beck 1984, citado en Meichenbaum, 1987 y Beck, J. 2008).

Las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan, la Terapia Racional Emotiva ha demostrado que utilizando las diferentes técnicas cognitivas, conductuales y emotivas, se logran cambios en esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Los tres principales objetivos de la Terapia Racional Emotiva son identificar por medio del modelo ABC; cuestionar a través del debate y reemplazar con la reestructuración cognitiva el pensamiento irracional por el racional (Ellis y MacLaren, 2007).

En diversos estudios sobre el estrés, como los de Shermeyer, Morrow y Mediate (2018) y Naranjo (2009) indicaron que las terapias cognitivo-conductuales al incluir módulos sobre aceptación incondicional, resolución de problemas, entrenamiento de asertividad y reestructuración cognitiva, son de gran ayuda para disminuir factores estresantes.

En el último capítulo se detalla la propuesta de intervención con las sesiones, las técnicas a emplear, así como la respectiva carta descriptiva, y un pequeño manual de relajación agregado en la parte final.

Palabras clave: Estrés, Terapia Racional Emotiva Conductual, Creencias irracionales.

Introducción

Desde la antigüedad, el ser humano ha estado expuesto a diferentes tipos de estrés, los cuales varían según la época y el contexto socio cultural propio de la sociedad que se aborde. El estrés es un factor psico-social inherente al ser humano, una respuesta de éste ante diversos acontecimientos, que de no existir no lo impulsaría a actuar. Dosificado, el estrés resulta un motor regulador de respuestas del organismo.

Incluso, diversas especies animales presentan diferentes niveles de estrés, lo que demuestra que es parte de la naturaleza de los seres que cohabitan este vasto mundo.

La palabra estrés se empleó por primera vez en el siglo XIV para referirse a dificultades, luchas, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981, citado en Lazarus, 2000). Sin embargo, durante el siglo XVII, Robert Hooke, físico-biólogo inglés produjo tres conceptos básicos: carga, estrés y tensión, los cuales influyeron sobre los modelos del estrés del siglo XX (Lazarus, 2000).

Es hasta el siglo actual que dicho conjunto de alteraciones ha tomado mayor interés en el ámbito académico y de la salud, debido a que los niveles de estrés, así como los estímulos, condiciones o situaciones que los generan se visibilizan y se relacionan con el desarrollo de diversos padecimientos (Reyes, Ibarra, Torres y Razo, 2012).

Mi interés sobre este tema radica en la preocupación por la pérdida de salud que enfrentan hoy día millones de personas que padecen el estrés como una enfermedad. Ejemplo de ello, es el caso de Japón, un país que registra muertes súbitas por exceso de trabajo, las cuales tienen como factor imperante el estrés. Si bien este fenómeno responde a una fuerte carga laboral, tiene tras de sí otro tipo de estímulos y condiciones, tales como cumplir con determinadas expectativas sociales y económicas, de estereotipos del éxito, de riqueza y de productividad, entre otros.

Lo que acontece en el país asiático, puede ser observado de formas distintas en el resto del mundo, donde acaecen circunstancias relativas al estrés que merman la salud del ser humano.

Según el cuestionario de Holmes y Rahe (1967, citado en González y Revueltas 1983), son cuarenta y tres las causas que aportan estrés a la vida de las personas, siendo la primera la muerte de un cónyuge, seguido del divorcio, causas penales, muerte de un familiar cercano, ser despedido del trabajo y situaciones de salud; las anteriores son delineadas como las más graves, y las de menor causalidad podrían ser fiestas de fin de año y violaciones menores de la ley, sin embargo en tiempos recientes y poniendo nuevamente como contexto a México, las cuestiones que más traen consigo estrés son las laborales, la violencia que se vive en el país y los nuevos estándares de consumo.

Podría decirse que todos los seres humanos estamos sometidos a algún tipo de estrés, el cual según el grado en el que este se encuentre puede o no ser nocivo para la salud; de ahí que el estrés es una cuestión de grado y según la personalidad de los individuos y los pensamientos que estos manejen.

Debido a que el estrés puede causar diferentes enfermedades y empeorar las ya existentes, es necesario tomar medidas preventivas.

El presente trabajo aborda diferentes técnicas sobre la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) como una alternativa para la disminución del estrés, por ser una psicoterapia de las más importantes en la actualidad, la cual intenta modificar la conducta a través de la comprensión de las creencias irracionales y después cambiarlas por racionales, mediante un esfuerzo activo y persistente (Lega, Calvo y Sorribes 2017).

Con la aplicación de esta terapia se pretende mostrar cómo desactivar las situaciones estresantes que afectan a mujeres y hombres en el día a día usando diversas técnicas que podrían aminorarlo y evitar que el estrés se convierta en un padecimiento crónico, y un riesgo latente para otros problemas de salud.

Se sugiere utilizar la Escala de Apreciación al Estrés (EAE), para medir el nivel de éste al inicio y al final del proceso terapéutico.

El presente documento está seccionado en tres apartados. En el capítulo 1, se detalla el marco teórico, se exponen definiciones y antecedentes del concepto de estrés emitidos por diferentes autores y se incluyen resultados de investigaciones sobre el tema.

Una breve introducción de la Terapia Cognitivo Conductual, así como una descripción detallada sobre la Terapia Racional Emotivo Conductual, ambas a través de sus antecedentes y principales exponentes y se citan algunas investigaciones sobre la última; todo ello queda asentado en el Capítulo 2.

En el Capítulo 3 se desarrolla la propuesta terapéutica basada en la Terapia Racional Emotivo Conductual. Se describen objetivos por sesión, técnicas a desarrollar y procedimientos, así como la carta descriptiva correspondiente.

Capítulo I

1.1 Estrés. Concepto y definición

El estrés se define como el patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o exceden su capacidad de hacerles frente, de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª. Edición).

Estrés es un concepto que se utilizó por primera vez en un sentido no técnico en el siglo XIV para referirse a las dificultades, luchas, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981, citado en Lazarus, 2000). A finales del siglo XVII tuvo lugar la formulación más clara del concepto a través del trabajo del físico inglés Robert Hooke, que produjo tres conceptos básicos: carga, estrés y tensión (Lazarus, 2000).

El fisiólogo y médico austrohúngaro Hans Selye (1974, citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) divide el estrés en dos tipos: distrés (dolor, angustia), destructivo, ilustrado por la ira y la agresión, perjudicial para la salud; y eutrés, el tipo cognitivo, como preocupación empática por los semejantes, que activa esfuerzos para beneficiar a la comunidad y protege la salud del individuo. En tanto, el psicólogo estadounidense Richard Lazarus (1966, citado en Sierra et al., 2003) distingue tres tipos de estrés psicológico: el producido por un daño o pérdida; amenaza que es un daño o pérdida que no se ha originado y el desafío que consiste en que las dificultades pueden ser superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en uno mismo.

Lazarus (1981, citado en Sierra et al., 2003) afirma que los seres humanos no son víctimas del estrés, sino que su forma de apreciar los acontecimientos estresantes y sus propios recursos y posibilidades de afrontamiento, determinan la naturaleza del mismo. El afrontamiento se concibe como un esfuerzo conductual y cognitivo dirigido a reducir las exigencias internas y externas causadas por las transacciones estresantes.

Por otra parte, en el argumento de Susan Folkman, psicóloga americana (1984, citado en Sierra et al., 2003), el estrés no pertenece a la persona o al entorno; tampoco es un estímulo o una respuesta, sino una relación dinámica, particular y bidireccional

entre la persona y el ambiente, actuando uno sobre el otro en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.

El estrés es un fenómeno complejo que se aplica de forma diferente según el sesgo científico, por lo que se plantean tres orientaciones: el enfoque fisiológico que considera el estrés en términos de respuesta (Seyle 1956, citado en Sandín, 2003); la orientación psicológica y a su vez la psicosocial, que enfatizan la situación estimular (Holmes y Rache 1967, citado en Sandín, 2003), asumiendo el estrés como algo externo y focalizado en el estímulo; finalmente, la interacción entre los dos planteamientos anteriores (Lazarus 1966, citado en Sierra et al., 2003), que será la que marque el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación a la psicopatología.

En tanto, el concepto de enfermedad de acuerdo a la medicina constituye una función relacionada con múltiples variables como la herencia, enfermedades orgánicas y experiencias de la infancia referentes al cuidado, sueño, alimentación, afecto de los padres, medio ambiente, por mencionar algunos.

Aquellos factores que conducen a la enfermedad están relacionadas con la significación afectiva del individuo, por la relación problemática no resuelta, dando como resultado estrés para el propio individuo. Así mismo, la tensión crónica puede provocar trastornos funcionales crónicos, como lesiones orgánicas (Sierra et al., 2003).

El enfoque biológico deriva en una sobreactivación biológica por estrés, es decir, una consecuencia del bombardeo de estímulos tanto de carácter interno como externo, que influye en el mismo. El sistema reticular mantiene una serie de relaciones funcionales con los lóbulos cerebrales, especialmente con el lóbulo frontal, que es el encargado de evaluar, planificar y regular las estrategias conductuales del ser humano (Ursin 1979, citado en Miyar, 2016).

Por ello, los procesos cognitivos, la evaluación de los recursos propios y el establecimiento de determinados planes de acción, marcan la actividad del sistema

reticular. Si el estrés se expresa biológicamente a través de un estado de activación general, se plantea el dilema de considerarse como factor de riesgo sufrir una enfermedad a la hora de conceptualizar el término (Ursin 1979, citado en Miyar, 2016).

Ya que es complicado determinar si lo que se detecta es una activación tónica que es un estado de alerta y afrontamiento, o fásica que es una sobreestimulación del estado tónico (Ursin 1979, citado en Miyar, 2016), cuando el organismo reacciona ante el estrés, se activa su sistema nervioso autónomo, liberándose catecolaminas y produciéndose una estimulación del sistema neuroendocrino, siendo ACTH y cortisol en su liberación las dos hormonas por excelencia del estrés.

La primera asociación de cómo puede ser un hecho estresante, es negativa, como la muerte, una enfermedad o un divorcio; no obstante, una situación o hecho positivo, también puede generar estrés, como un ascenso en el trabajo, un cambio de casa o un compromiso que implique la adopción de nuevas responsabilidades.

Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede ocasionar enfermedades o bajo rendimiento en la vida cotidiana (Olga y Terry, 1997, citado en Sierra, et al., 2003).

El estrés también se define como una amenaza a la homeostasis del organismo reflejando la necesidad de mantener la estabilidad a través del cambio (alostasis). Esta amenaza, que puede ser un evento físico (estrés biológico) o una carga (estrés psicológico), activa los programas neuronales, hormonales y conductuales genéticamente determinado (el sistema de respuesta al estrés) con el objetivo de preservar o restaurar el equilibrio (Barrera, 2007).

De acuerdo con Donald Meichenbaum (1987), psicólogo canadiense-estadounidense, el estrés se define como una característica del entorno, que refleja una serie de fuerzas externas que inciden en las personas. A menudo el individuo o grupo estresados, crean y engendran reacciones en otras personas que mantienen respuestas de estrés inadaptado. En esta condición se vuelven temerosos, elusivos, deprimidos o encolerizados, lo cual provoca en los demás reacciones que contribuyen a mantener tales pautas de estrés inadaptado.

Aaron Beck, psiquiatra y profesor estadounidense (1984, citado en Meichenbaum, 1987) observó que los individuos proclives al estrés están preparados para efectuar juicios extremos, unilaterales, absolutistas, categóricos y globales. Tienden a personalizar los acontecimientos y caer en distorsiones cognitivas tales como la polarización (razonamiento dicotómico en blanco y negro), la magnificación y la exageración (hincapié excesivo en las posibilidades más negativas de una situación dada) y el extremo de generalización. Dichas distorsiones conceptuales pueden producirse de una manera automática, inconsciente.

Los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta factores internos como los propios del ambiente (Naranjo, 2009).

En el caso del enfoque bio-psico-social, como el concepto lo indica, integra tres componentes: el psíquico, el social y el biológico. Existen estudios que ponen de manifiesto cómo la carencia de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud (Cockerham 2001, citado en Sandín, 2003).

En tanto, el estrés psicológico es aquel que establece una relación entre el individuo y el ambiente, en este caso la psicología se centra en el estudio de las causas que provocan este estado en diferentes sujetos, a través del análisis del afrontamiento individual y la evaluación cognitiva que conlleva. El afrontamiento le sirve al sujeto para controlar las demandas que evalúa como estresantes y todas las emociones que generan, mientras que la evaluación cognitiva determina hasta qué punto una relación individuo-ambiente es estresante. Las demandas que, por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad requieren una respuesta esforzada o de afrontamiento, son las que realmente se consideran estresantes (Lazarus y Folkman, 1984, citado en Sierra et al., 2003).

Actualmente, el término estrés se utiliza para describir un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene información

para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psico-fisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda (Fernández-Abascal 1995, citado en Sierra et al., 2003).

El modelo transaccional ve el término estrés como un producto, siendo el resultado de la interacción entre diferentes factores que juegan un papel causal como las características predisposicionales, las motivaciones, las actitudes y la propia experiencia, son claves para determinar la percepción y la valoración que hacen los sujetos de las demandas de distintas situaciones; esto acarrea los distintos estilos de afrontamiento de cada individuo. Tanto las demandas del entorno como las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales, están interrelacionadas de forma recíproca, de manera que cada una de ellas afecta a las otras, y a corto plazo, a la propia salud del individuo (Sierra et al., 2003).

Es un hecho habitual en nuestras vidas el estrés, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debamos adaptarnos puede generarlo. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos: ascender en el trabajo, por ejemplo trae consigo el estrés de nuevas responsabilidades a ejercer, metas que cumplir o acciones que desempeñar (Interconsulting Bureau, 2015).

A través del ciclo vital se destacan tres períodos críticos para la adaptación del ser humano a su medio físico y social que causan estrés: prenatal y posnatal temprano, con las experiencias tempranas intra y extrauterinas; la adolescencia, debido a la acción de las hormonas sexuales sobre el cerebro y la edad avanzada ya que el cerebro y organismo sufren deterioros funcionales (Poijula, 2015).

Según el doctor Andrew Heyman, cofundador del programa de medicina integrativa de la Universidad de Michigan, todos los sistemas orgánicos del cuerpo humano se ven afectados negativamente por el estrés psicológico y fisiológico crónico, es decir,

por el estrés continuo y duradero (Poijula, 2015), así como por experiencias traumáticas tempranas, desastres naturales, guerras, enfermedades, pobreza, por mencionar ejemplos.

1.2 Etiología

Citando a diferentes autores, las causas del estrés son muchas y variadas, al igual que las respuestas a éste.

Los orígenes del estrés, pueden ser agrupados en dos grandes fuentes: la externa, como el ambiente social, la familia, el trabajo, el estudio, las relaciones interpersonales, experiencias traumáticas de diversa índole, así como distintas molestias cotidianas; y la interna que tiene relación con las características de personalidad y la forma en que la persona percibe y enfrenta las situaciones de su vida (Naranjo, 2009).

Las señales que el organismo recibe del ambiente constituyen amenazas cuando el cerebro las procesa como tales, ello depende de las predisposiciones genéticas, de las experiencias previas, de los mecanismos de afrontamiento y de los aprendizajes conductuales y sociales (Miyar, 2016).

En algunos sujetos el más mínimo cambio les provoca estrés. En otros es estar sometido a una gran presión, hallarse en situaciones en las que no es fácil el control, sentirse fracasado, tener problemas de cualquier tipo en sus círculos sociales. El estrés depende del modo en que el individuo valora los acontecimientos que lo rodean, por ejemplo, un examen escolar, conflictos familiares, laborales, o de inmigración, entre otros. (Sierra et al., 2003).

Los valores y los significados están fuertemente influenciados durante la etapa de la infancia. Los valores, compromisos y creencias resultantes sobre uno mismo y el mundo se perpetúan cuando los niños crecen. La historia de sucesos traumáticos infantiles, puede incrementar la vulnerabilidad individual a escenarios vitales recientes (Sandín, 2003).

Situaciones de la vida como tener que realizar mucho trabajo en poco tiempo o actividades de las que no se tienen conocimientos previos o suficientes; tener deudas económicas y no contar con capital para pagar; provoca estrés negativo (Interconsulting Bureau, 2015).

Diversos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional. El estrés se presenta cuando la

persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar (Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis 1986, citado en Naranjo, 2009).

Las experiencias estresantes proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos. La primera fuente de estrés es de carácter fisiológico, ejemplo de ello, puede ser las restricciones en la dieta, los malos hábitos para dormir, accidentes, las diferentes etapas de la vida como la adolescencia, menopausia, vejez, etc. La segunda fuente son las amenazas procedentes del ambiente, que producen cambios en el cuerpo, una de ellas es la adaptación, el sometimiento a las exigencias de las relaciones sociales, al ruido, la contaminación, aglomeraciones de la gran ciudad, factores que influyen negativamente en la seguridad y autoestima (Olga, & Terry, 1997, citado en Sierra et al., 2003).

Por otra parte, Sandín (2003) realizó un estudio sobre la naturaleza y el origen de los estresores a partir de un análisis basado en el papel de los factores sociales, que pone de manifiesto tres formas de estrés: vital, estrés de rol y el provocado por contrariedades cotidianas, contribuyendo todas ellas a predecir las perturbaciones de salud asociadas al estrés.

El estrés que experimenta el individuo, es producto de la interrelación entre dichas categorías de estresores, que dependen en gran medida de los recursos personales y sociales que poseen las personas para hacer frente a los efectos del estrés. Por lo tanto el estrés es una sobrecarga emocional que experimentan los individuos, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, que se manifiesta en un sobreesfuerzo, por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar.

1.3 Consecuencias

Poijula (2015) expresó, que el estrés afecta todos los aspectos de la vida, el cuerpo, las emociones, las relaciones y la visión de uno mismo.

Aunque exista un estrés positivo (a veces denominado eustrés) que puede movilizar a las personas a emprender algún tipo de acción, suele agotarlas, empeorar su sistema inmunitario y puede provocar distintos problemas de salud: asma, infarto al miocardio y alteraciones gastrointestinales e inmunológicas (Olga, & Terry, 1997, citado en Sierra et al., 2003).

Las consecuencias biológicas de la activación se concretan en el aumento de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la glucogenólisis y la lipólisis; la disminución de la secreción de insulina y el aumento de la secreción de Hormona adrenocorticotropa, corticotropina o corticotrofina (ACTH hormona polipeptídica producida por la hipófisis y estimula a las glándulas suprarrenales), de hormona del crecimiento (GH), de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales. Por otra parte también se presentan decremento de la actividad intestinal, dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular (Miyar, 2016).

Los efectos de la activación estresante sobre el sistema inmunitario son diversos, entre ellos se destacan la disminución del título de anticuerpos, de célula NK (célula asesina, es un linfocito, y un componente importante del sistema inmunitario innato para la defensa del organismo), circulantes, inhibición de linfocitos y macrófagos, disminución de proliferación y liberación de células T y citoquinas inflamatorias; desarrollo de reacciones alérgicas: rinitis, dermatitis, urticaria, entre otras; o bien, de enfermedades autoinmunes como esclerosis múltiple, lupus y artritis, por mencionar algunas; aumento de enfermedades infecciosas (víricas), exacerbación en la progresión del virus VIH, así como inducción y proliferación de neoplasias (Miyar, 2016).

Dentro de las conductas sustitutivas, reductoras de activación biológica, se encuentran el comer, beber alcohol, fumar, mascar chicle, dormir, el ejercicio físico,

conductas expresivas como rascarse, tocarse el pelo, la cara o la boca, morderse el labio, jugar con el anillo y sacar el pañuelo (Miyar, 2016).

En numerosos estudios experimentales se ha mostrado que los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de los estresores dependen, en gran medida, de procesos cognitivos, apareciendo inmediatamente cambios orgánicos generalizados, lo que hace que se aumente el nivel de activación fisiológica. Además, la persistencia de esta reacción más allá de los recursos de afrontamiento del sujeto, provocan una serie de respuestas desadaptativas en los sistemas orgánicos y psíquicos (Martínez-Sánchez y García, citado en Sierra et al., 2003).

1.4 Estrés Crónico

La activación biológica derivada de la cognición de incontabilidad puede mantenerse en el tiempo como resultado de la inhibición conductual y de la persistencia del estímulo amenazador, de manera que el cerebro se ve forzado a hacer reajustes en sus esfuerzos por mantener la homeostasis fisiológica. Al intentar habituarse a la sobre estimulación de la que el cerebro es objeto, se reduce la activación sensorial, se regula la baja respuesta del eje hipotálamo-hipofisario, se bloquea los receptores beta-adrenérgicos, disminuye la secreción de cortisol, por debajo de sus niveles basales, lo cual constituye una medida fundamental para reducir el impacto físico del estrés, así como los efectos inmunitarios y neurotóxicos de los glucocorticoides circulantes (Miller et al., 2007 y Herman, 2013, citado en Miyar, 2016).

La habituación es un proceso automático, pero si los estímulos del entorno siguen encendiendo el sistema reticular y suscitando cogniciones amenazadoras, el cerebro se sensibiliza de nuevo, aproximándose a la disfunción. Actualmente se conocen mejor las modificaciones que se operan en el cerebro cuando el organismo ya está instalado en un estado de activación estresante crónica. Así mismo, se produce una pérdida de densidad neuronal en el hipocampo y en la corteza orbitofrontal como lo confirman estudios con neuroimagen que demuestran una correlación positiva entre el alto estrés percibido a lo largo de la vida y la disminución de masa neuronal en ambas estructuras cerebrales y por consiguiente, modificaciones cerebrales y de los subsistemas adaptativos en el estrés crónico (Miyar, 2016).

Cuando los estímulos que llegan son interpretados como amenazantes, el organismo tiene una serie de cambios físicos observables: las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada al cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer los procesos mentales. Las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan, y como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco, las extremidades, como manos y pies se perciben fríos y sudorosos. Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y

consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico. Cuando se siente estresado y añade aún más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar ocasionando desgaste físico, crisis de llanto y depresión (Interconsulting Bureau, 2015).

Estas modificaciones son reversibles con el cese o disminución de la estimulación estresante, e ilustran la extraordinaria plasticidad del cerebro para responder con diligencia a las demandas del entorno (Miyar, 2016).

Es así que la ansiedad se considera como una de las manifestaciones psicológicas más peligrosas del estrés y a la depresión como uno de los riesgos terminales de éste (Naranjo, 2004).

La literatura científica cuenta con un alto número de estudios que ponen en evidencia los efectos negativos del estrés crónico sobre la salud, considerando al mismo como la forma del estrés psicosocial más perjudicial para la salud de las personas (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 1999, citado en Sandín, 2003) éste se concentra en el que los estresores están asociados a roles sociales, como las dificultades en el trabajo, conflictos de pareja o desajustes en las relaciones padres-hijos.

Existen estresores por sobrecarga, problemas y reestructuración de roles y a éstos se añaden determinantes sociales, como la pobreza, residir en zonas con elevada delincuencia y padecer enfermedades crónicas graves (Pearlin, 1989, citado en Sierra et al., 2003).

El estrés pasa por tres fases: la alarma, la adaptación que sería lo esperado, y la tercera fase que es la de desgaste, se da cuando el organismo es incapaz de enfrentar al estresor y si éste continúa activo puede empezar a desarrollar malestar psicológico (Cruz, 2018).

La respuesta al estrés se manifiesta fisiológicamente, en el comportamiento, en la experiencia subjetiva y la función cognitiva. Si hay un adecuado manejo de las emociones y sentimientos, el balance homeostático tendrá lugar.

La terapia Cognitivo-conductual es un excelente medio para manejar estos aspectos, ya que se centra en objetivos determinados y metas concretas y si el estrés se canaliza adecuadamente haciendo buen uso de la sobreactivación mencionada, el individuo concretará los objetivos y metas que requiera.

Las técnicas que se sugieren en el artículo “Desestigmatizando la función del Estrés, en el cual se hace hincapié del uso del rol positivo de Cruz (2018) son: Control de la sobreestimulación, por medio de la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson; Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva.

A continuación presento algunas investigaciones sobre estrés:

En estudio de “Mediación moderada, sensibilidad emocional y afrontamiento en el contexto del estrés” de Guarino (2013), se describe una propuesta teórica explicativa de la relación estrés-personalidad-enfermedad, a través de una revisión de la literatura de los últimos 15 años sobre el tema de las variables moderadoras y mediadoras en el contexto del estrés. Entre los factores moderadores, se encuentran las predisposiciones genéticas, ciertos rasgos de personalidad como afectividad negativa, estilos de pensamiento pesimista, fortaleza personal, optimismo y percepción de control, es decir la sensibilidad emocional y el afrontamiento actúan para influir en la salud y bienestar de los individuos.

La propuesta específica de Guarino es que las diferencias individuales estables como personalidad, sistema de creencias y valores, disposición a buscar apoyo social y ciertas características propias de la demanda ambiental, así como la evaluación cognitiva y el afrontamiento, a mayor sensibilidad egocéntrica negativa, mayor adopción de afrontamiento emocional y de evitación; y a la inversa con baja sensibilidad egocéntrica negativa, menor adopción de afrontamiento emocional y de evitación.

En otra arista, Naranjo (2009) realizó una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo, el psiquiatra chileno concluye que el estrés, sobre todo el crónico o distrés, afecta la salud física y emocional, lo

que repercute en otras áreas de su existencia, como las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral, académico y la vida familiar.

En el caso de la población estudiantil, se presentan diversas fuentes de estrés: competitividad, problemas en las relaciones interpersonales, violencia física y psicológica, temores al realizar exámenes, situaciones que generan frustración, desmotivación y ansiedad, lo que impacta de manera emocional, cognitiva, conductual y fisiológico en los estudiantes. Lo anterior puede derivar en la ineficiencia del aprendizaje y rendimiento académico. Es deseable que las personas conozcan su umbral óptimo de estrés, a fin de evitar sobrepasarlo por un tiempo prolongado, y llegar a la tercera fase del estrés que es el agotamiento.

En otra investigación, Shermeyer, Morrow y Mediate (2018) llevaron a cabo un estudio sobre el estrés en estudiantes universitarios, basado en dos dimensiones teóricas del comportamiento de afrontamiento: afrontamiento centrado en problemas contra enfrentamiento centrado en las emociones y enfrentamiento frente a la desconexión. Estos especialistas evaluaron la medida en que los estudiantes universitarios abordaron los problemas frente a las emociones asociadas con sus factores estresantes diarios, junto con el grado en el que se involucraron en comparación con los desentendidos de estas molestias.

Se examinaron cuatro tipos de afrontamiento: compromiso enfocado en el problema (PFE, resolución de problemas y reestructuración cognitiva), compromiso enfocado en la emoción (EFE, expresión emocional y búsqueda de apoyo social), desenganche centrado en el problema (PFD, esfuerzos para evitar problemas y pensamiento ilusorio); y desenganche centrado en la emoción (EFD, autocrítica y retiro social), (Shermeyer et al., 2018). Los autores mencionados analizaron el manejo cotidiano, el estado de ánimo y la calidad de vida. El uso diario de resolución de problemas se relacionó con un menor o mayor estado de ánimo negativo o positivo, así como la calidad de vida.

Las estrategias de esfuerzos para evitar problemas, pensamientos, expresión emocional y búsqueda de apoyo social se asociaron con un estado de ánimo negativo.

En tanto, la autocrítica y retiro social se relacionaron con un mayor estado de ánimo negativo y un menor estado de ánimo positivo y calidad de vida. La resolución de problemas y reestructuración cognitiva se asoció con un mejor funcionamiento.

En consecuencia, los estudiantes universitarios tienden a aparecer mejor ajustados en los días en que se involucran activamente con los problemas (Shermeyer, et al., 2018).

Estos hallazgos sugieren que las formas de afrontamiento evitativas y orientadas a las emociones están vinculadas a varios resultados negativos. La muestra era de 74 personas, 63 mujeres y 11 hombres. Su edad media fue de 21 años, principalmente mujeres. Todos los datos se basaron en autoinforme.

Los resultados sugieren que los estudiantes universitarios que luchan con el estrés y la capacidad de afrontamiento diarios podrían beneficiarse de las psicoterapias y las intervenciones de asesoramiento dirigidas a ayudarlos a participar activamente en los problemas de la vida diaria, a través de diversas formas de resolución de problemas y reestructuración cognitiva.

Las terapias cognitivo-conductuales pueden incluir módulos sobre resolución de problemas, entrenamiento de asertividad y reestructuración cognitiva, lo que podría ser de gran ayuda para disminuir factores estresantes. En contraste, las técnicas e intervenciones dirigidas a promover la desconexión como la distracción y la detención del pensamiento o el procesamiento emocional, podrían ser menos útiles (Shermeyer, et al., 2018).

Capítulo II

Intervención.

2.1 Terapia Cognitivo Conductual

Aaron Beck inició el desarrollo de la Terapia cognitiva a inicios de los años sesenta como un tratamiento para la depresión, breve, estructurado y centrado en la problemática presente, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar conductas no funcionales (Ruiz et al., 2012).

La Terapia Cognitiva utiliza diferentes técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para cambiar esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (Ruiz et al., 2012).

Dumont (2003) opina que esta terapia cuenta con una base sólida de investigación, que está bien adaptada a las intervenciones más breves, los objetivos de tratamientos específicos y el progreso documentado.

La terapia cognitivo-conductual es el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones clínicas tiene hoy día. Actualmente se aplica en un gran número de trastornos (Beck, 2008).

Los procedimientos y los procesos cognitivos para el cambio de conducta constituyen una característica preponderante en la terapia conductual.

Fueron las ideas de Lang sobre los tres sistemas de respuesta relativamente independientes lo que allanó el camino para la aceptación de las nociones cognitivas dentro del enfoque conductual (Lega, Caballo y Ellis, 1998).

Dobson y Block (1988, citado en Lega et al., 1998) plantean una serie de factores que confluyeron para hacer posible el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual:

- Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, a finales de los años sesenta.
- Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia.

- Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos (por ejemplo, las obsesiones).
- La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición.
- La destacada presencia en la literatura psicológica de determinados psicólogos que se definían a sí mismos como de orientación cognitivo-conductual.
- La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que “las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (Beck, 2008, p.32). “Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones” (Beck, 2008, p.32).

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo, este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo, relacionado también, el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos.

Es así que las deficiencias y las distorsiones cognitivas se utilizan para explicar el funcionamiento desadaptativo del usuario (Lega et al., 1998).

Son los pensamientos automáticos los productos cognitivos de este modelo; se trata de imágenes o pensamientos que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo. Así mismo, forman parte de este modelo las distorsiones cognitivas, manifestaciones de procesos cognitivos y transforman la información que llega del exterior. De igual forma, los esquemas cognitivos reflejan las creencias más básicas de los individuos, se desarrollan en edades tempranas, se van reforzando a lo largo del tiempo y se

consolidan a través de la repetición de experiencias de aprendizaje (Friedberg y McClure 2005).

Los esquemas son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas. Los filtros perceptivos del individuo, las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo, y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan todos en los esquemas (Lega, et al., 1998).

Se han propuesto tres clases principales de terapia cognitivo-conductuales:

Los métodos de reestructuración cognitiva, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.

Las terapias de habilidades de afrontamiento, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes; y las terapias de solución de problemas, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con un amplio rango de problemas personales (Lega et al., 1998).

En conclusión la terapia conductual está diseñada para maximizar la habilidad de los pacientes para aplicar lo que han aprendido y la probabilidad de que conservarán los beneficios efectuados en la terapia, es decir, se enfoca en enseñar una habilidad y luego aplicarla en el mundo real (Dumont, 2003).

2.2 Terapia Racional Emotiva

El psicólogo Albert Ellis creó la Terapia Racional Emotiva en el año de 1955. Ellis (2005) comenta que este tipo de terapia no cura enfermedades como la esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva, sin embargo, coadyuva en pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y ayudar enormemente a los individuos con alteraciones menos graves. Este tipo de tratamiento emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrada, además es una terapia filosófica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a esas personas cómo pone atención en sus filosofías negativas y cómo desarraigarlas.

Factores Básicos en las alteraciones Emocionales.

La premisa básica de la que parte la TRE, es que "las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen" (Ellis, 1980, p.17, Lega et al., 2002, p.74). Esto quiere decir que las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan. Otro aspecto es la explicación de las creencias irracionales que conforman la mayor parte de los casos de perturbación emocional (Ellis, 1980).

Ellis (1980), encontró que aunque las personas tienen diferencias en sus gustos y características, tienen mucho en común en la forma en que algunas creencias los perturban emocionalmente, por lo cual las agrupó en categorías, y buscó los métodos para enseñar a las personas perturbadas a dejar estas ideas irracionales. "Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas", señaló Ellis en referencia a Epicteto (2000a.c.) (Lega et al., 2002, p.18). En el sistema de TRE, lo anterior quiere decir: A (el acontecimiento activador) no causa directamente C (la consecuencia emocional y conductual), sino B (tus creencias acerca de A). Lo que se traduce a que el factor principal que produce las propias consecuencias (en C); es el creer firmemente ciertas cosas de B (sistema de valores y creencias innatas y/o adquiridas) (Ellis, 1980, Lega, Sorribes y Calvo 2017).

Para poder descubrir las creencias irracionales, debe buscarse primero cuáles son tus propios "deberías" y los "tienes que". Algunas creencias irracionales consisten en afirmaciones no empíricas o irreales, y representan suprageneralizaciones que van más allá de lo que ocurre realmente, es decir, que distorsionan la realidad (Ellis, 1980, Lega et al., 2017).

Las creencias irracionales (Ci) brotan de una tendencia humana a ver el mundo deformado, y a hacer afirmaciones no realistas de lo que ocurrió o de lo que ocurrirá. También pasa que al convertir lo que se desea en una necesidad, las afirmaciones irreales comienzan a surgir en abundancia. En el proceso de interrogarse a sí mismo por el origen de las ideas irracionales, podemos hablar de un primer método, hallar lo siguiente:

1. Por qué te sientes horrible o mala persona.
2. Algo que sientes que no puedes soportar.
3. La "necesidad perturbadora" en la situación que se está viviendo
4. La condena que haces de tí mismo y de los demás.

Al seguir los pasos anteriores, lo más probable es que se pueden encontrar fácilmente varias creencias irracionales relacionadas que se conectan directamente. El otro método para encontrar las creencias irracionales (trabajarlas y eliminarlas), es el de suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de "*necesidad perturbadora*" (*musturbatory*):

1. "Debo (tengo que) actuar bien y debo (tengo que) ganar la aprobación de mis actuaciones, o de lo contrario soy considerado un inútil"
2. "Otros deben tratarme con consideración y amabilidad, precisamente de la forma que quiero que me traten, y si no lo hacen, la sociedad y el universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por falta de consideración"
3. "Las condiciones en las que vivo deben estar bien dispuestas para que consiga prácticamente todo lo que quiero, cómoda, rápida y fácilmente, y no me ocurra nada de lo que no quiero."

Creencias Irracionales:

En la sociedad existente, la familia y otras instituciones directa o indirectamente nos adoctrinan de tal forma que llegamos a creer en cantidad de ideas supersticiosas o sin sentido. Como ejemplo de las ideas irracionales, se enlistan las siguientes (Ellis, 1980):

1. La necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame por lo cual deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada de cada persona es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe (Ellis, 1980).

Estas no son todas las ideas irracionales que causan perturbaciones emocionales. Ellis elaboró una lista de más de 259 ideas autodestructivas. Las anteriores pueden considerarse como básicas, ya que las demás pueden entrar como subcategorías de ellas (Ellis, 1980).

La irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis, 1980).

Discutiendo, Debatiendo, Distinguiendo y Definiendo

La Terapia Racional Emotiva consiste en el uso de un método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente. (¿qué evidencia hay? ¿porqué es falsa o verdadera?).

Este método científico toma algunas hipótesis poco sólidas, las discute activa y vigorosamente hasta que caen o se mantienen (Ellis, 1980). Distinguir significa hallar las diferencias claras entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos y las demandas (imperativos), las ideas racionales e irracionales. El proceso consiste en mostrar tanto los aspectos buenos como los malos del comportamiento. Diferenciando entre las conclusiones lógicas e ilógicas de la vida (Ellis, 1980).

Definir consiste en alguna forma de definición de términos y concluye con definiciones más claras, simples y refinadas.

La discusión consiste en varias clases de reestructuraciones cognitivas, que incluyen "la averiguación de las irracionalidades, el debate contra ellas, la distinción entre el pensamiento lógico e ilógico; y la definición y redefinición semántica que ayuda a detener la suprageneralización y de ese modo a mantenerse más cerca de la realidad " (Ellis, 1980, p.34).

El objetivo de la TRE es buscar un nuevo efecto (E) o filosofía que capacite a pensar automáticamente sobre uno mismo, los demás y el mundo de una forma más sensata y realista. Esta teoría refuerza los componentes cognitivos en la perturbación humana y en el cambio de personalidad. Afirma que las personas se sostienen firme, enérgica y dramáticamente a sus ideas y comportamientos; y que para que los cambios sean reales y duraderos, se trabaja firme, enérgica y

emotivamente en modificar la conducta perturbada (Ellis, 1980).

En la práctica, son muchas las fuerzas que potencian el desarrollo de sentimientos severos de incapacidad y alteraciones emocionales:

Los modelos paternos pueden tener una importancia excepcional en la vida de un niño a través del rechazo temprano, las críticas, perfeccionismo, competitividad, tabúes innecesarios, los mimos, frustración, hostilidad reprimida y culpabilidad (Ellis, 1980).

Podremos diferenciar a los neuróticos de las personas bien adaptadas principalmente, por el reconocimiento de sus manifestaciones o síntomas más importantes. Entre los principales se encuentran:

Rigidez y compulsividad, timidez y retirada, conducta antisocial o psicopática, síntomas psicósomáticos e hipocondría, chifladuras y extravagancias, depresión, centrarse en sí mismo e incapacidad de amar, tensión e incapacidad para relajarse, hiperexcitabilidad y tendencias maníacas, inercia y falta de dirección, exceso de ambición y esfuerzo compulsivo, escapismo y evasión de responsabilidad, alcoholismo y drogadicción, menosprecio propio y autocastigo (Ellis, 1980).

Las personas con problemas emocionales suelen sentirse incapaces, poco valiosos e incluso malvados. No reconocen sus propios fallos, sino que los magnifican de forma desmedida, tienen unos códigos morales muy estrictos, condenan a los demás y a sí mismos por innumerables deseos y acciones. Tienen dificultades particulares al aceptar sus propios impulsos sexuales. Suelen ser concienzudos en sus pensamientos y negligentes en sus acciones, saben lo que deberían hacer, pero no lo hacen, y se recriminan lo que han hecho sin misericordia (Ellis, 1980).

Así mismo, son hipersensibles y con un excesivo recelo. Tienen tal sentimiento de culpa subyacente respecto a su propio comportamiento, que se convencen de que todos les ven a través de su propia visión distorsionada y que les detestan. Se comportan de forma hostil y con resentimiento. Se odian a sí mismo y tienden a odiar a los demás. Creen que el mundo les trata injustamente, y piensan que deben tomar represalias de algún tipo. Buscan lastimeramente el favor de los demás a expensas de su propia aceptación. En un esfuerzo por granjearse el amor y la

aprobación de los demás, se postran servilmente ante familiares y socios y se humillan, para después odiarse más y sentirse más inseguros y rechazados.

Las personas con conflictos emocionales están bloqueadas, no quieren o no pueden examinar sus problemas; o bien los examinan de un modo suficientemente racional, para luego seguir actuando del mismo modo irracional. Se mienten a sí mismo y se niegan a aceptar la realidad, en vez de afrontar abiertamente sus frustraciones, de admitir sus fallos o de aceptar sin lamentaciones los hechos inexorables de la vida; tienden a racionalizar, a eludir cuestiones, culpar a los demás y construir una imagen del mundo más poética que veraz (Ellis, 1980).

La razón y la valía personal

El concepto de valor humano es bastante indefinido porque existen influencias sociales y biológicas que tienden a contradecir las ideas lógicas y sensatas que un ser humano pueda descubrir sobre la valía personal. La opinión que la mayoría de los adultos tienen sobre ellos mismos está basada, aunque en menor grado, en la aprobación y estima que reciben de los miembros de su comunidad (Ellis, 1980).

Los hechos parecen demostrar que hay mucha gente que son prácticamente incompetentes, y que dominan muy poco o nada en la vida, sin embargo, se aprecian y se sienten menos auto culpados que otras personas bastante más competentes (Ellis, 1980).

Un individuo, al margen de lo retrasado o mutilado que sea, en tanto tenga vida, siempre hay una posibilidad de que su deficiencia sea menor, y si no la hubiera, sí puede a pesar de sus limitaciones, aprender a disfrutar y por consiguiente a tener una vida agradable. La felicidad no equivale a valía personal, y no se es más digno de consideración cuando se es más feliz. El compromiso con el proceso de la vida, de que tenemos nuestro lugar en el mundo, de llegar a ser, más que el producto de lo que ya ha llegado a ser, puede muy bien ser el aspecto más importante de su existencia. En la mayoría de los casos, mientras una persona esté con vida y tenga la más mínima posibilidad de ser más feliz de lo que hoy es, su potencialidad de llevar una existencia satisfactoria existe (Ellis, 1980).

Enfoque racional-emotivo de la interpretación

En la TRE se adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, para que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento. Una de las principales premisas de la TRE es que las personas no han sido hechas “neuróticas” o “psicóticas” por sus experiencias del pasado, sino ante todo por sus propias actitudes irrealistas excesivamente exigentes hacia esas experiencias o por interpretaciones de las mismas (Ellis, 1980).

Al adoptar un acercamiento cognoscitivo-conductual de interpretación, sólo se puede mostrar que las premisas irracionales producen malas consecuencias. Si creen que otros deben aprobarlos, es posible que se vuelvan ansiosos y deprimidos. Si, en forma intolerante, condenan a las personas por sus errores y defectos, quizá se vuelvan bastante hostiles; las filosofías irrealistas causan síntomas tan contraproducentes como fobias, obsesiones y trastornos psicósomáticos, y que si cambian dichas filosofías quizá logren mejorías importantes (Ellis, 1980).

Se puede demostrar que los pacientes, y no sus pasadas experiencias, se hallan aferrados a sus ideas y que causan en buena parte sus problemas reaccionando con exceso a su primer ambiente; que prolongan tales alteraciones al persistir en sus ideas erróneas y hacerlo respondiendo básicamente del mismo modo que lo hicieron con anterioridad, que es difícil cambiar pero no imposible. Con suficiente trabajo y práctica, se puede modificar sus percepciones y concepciones básicas y es preferible que lo hagan si quieren vivir con un mínimo de ansiedad, depresión y hostilidad (Ellis, 1980).

Al utilizar la TRE se les enseña a los pacientes a aceptar las hipótesis como hipótesis o teorías y no como “hechos”. También se les muestra cómo experimentar tanto como sea factible con sus demás deseos y acciones, para descubrir lo que verdaderamente les gustaría hacer en sus vidas (Ellis, 1980).

Métodos de la Terapia Racional-Emotiva Para vencer la Resistencia

La resistencia es la conducta del paciente y del terapeuta que dificultan los objetivos terapéuticos (Ellis, 1990).

Existen diferentes tipos de resistencia: cuando no hay rapport de parte del terapeuta o usuario; cuando el paciente se siente incapaz de hacer tareas, justificarse para no hacer cambios de conducta o de pensamientos, por perturbaciones transferenciales tanto del usuario como del terapeuta; cuando el paciente tiene miedo a decir sus más íntimos pensamientos, por baja tolerancia a la frustración o por las ganancias secundarias; cuando inconscientemente vuelven a representar o transferir a sus terapeutas la misma clase de relaciones altamente perjudiciales que experimentaban con sus padres durante su temprana infancia. Si los terapeutas son víctimas de contratransferencia y son negativos con los clientes debido a sus propios problemas e intolerancias, éstos pueden ser resueltos buscando y debatiendo las creencias irracionales que están creando sus prejuicios (Ellis y Russel, 1985).

Para combatir la resistencia tanto del usuario como del terapeuta se pueden utilizar el A-B-C para detectar la resistencia, debatir las ideas irracionales, autodebate, uso del humor, intención paradójica, trabajar expectativas, biblioterapia y modelado (Ellis, 1990).

La Terapia Racional Emotiva utiliza técnicas de intervención cognitivas, conductuales y emotivas de diversas orientaciones teóricas, el objetivo es eliminar, reducir y modificar pensamientos o creencias irracionales (Ruiz et al., 2012).

Técnicas Cognitivas

Las técnicas Cognitivas, se pueden utilizar para ayudar a los pacientes a identificar y reemplazar sus patrones cognitivos desfavorables (Ellis y MacLaren, 2007).

Técnicas	Objetivos
Debate	Identificar, discutir y reemplazar las creencias erróneas
Autoafirmaciones	Repetir frases objetivas y alentadoras, compatibles con la realidad social
Resolución de problemas	Encontrar una solución eficaz a una situación problemática.

El método más conocido es el Debate. Este es un enfoque activo para ayudar a los pacientes a evaluar la utilidad y eficacia de los elementos de sus sistemas de creencias, que permitirá identificar, discutir y reemplazar sus creencias rígidas e inflexibles, que tantos problemas les están causando (Ellis y MacLaren, 2007).

Por otra parte, el enfoque didáctico hace referencia a la parte informativa de una sesión en la que, como terapeuta, se aclaran los diferentes términos y se explica la diferencia entre creencias racionales e irracionales. Las primeras son flexibles, se adaptan, nos ayudan a alcanzar nuestros objetivos y son compatibles con la realidad social; mientras que las irracionales son dogmáticas, no pueden ser totalmente compatibles con la realidad social, ya que por lo general, se interponen en la consecución de un objetivo.

Posteriormente, se podrá integrar un enfoque socrático o crítico para identificar y debatir el pensamiento irracional. A través de una serie de preguntas clave, se podrá concretar más específicamente cómo y dónde se vuelve problemático el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento del paciente. Muchos de nosotros adoptamos un sistema de creencias sobre el mundo que influye enérgicamente en nuestras reacciones y pocas veces cuestionamos estas creencias, aunque pueden ser poco prácticas, reales e ilógicas. Las reafirmamos con tanta frecuencia que no podemos ser conscientes del poder que ejercen sobre nuestras vidas. Por ello el

primer paso para debatir de un modo eficaz es identificar con el paciente sus creencias irracionales particulares (Ellis y MacLaren, 2007).

El propósito de los debates funcionales es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias y de las emociones que las acompañan. Esto implica evaluarlo para descubrir si éstas, ayudan al paciente a alcanzar sus objetivos en la vida. Las preguntas obligadas son “¿Te está sirviendo de ayuda?”, o “¿Cómo afecta a tu vida pensar, comportarte o sentirte de este modo?”. El destino del debate funcional es indicar al paciente que la creencia está alcanzando sus objetivos o le están causando serios problemas. Mediante el estilo socrático directo de hacer preguntas, se puede ayudar al paciente a examinar minuciosamente las creencias que se sospecha que potencialmente están provocándole problemas evitables (Ellis y MacLaren, 2007).

En los Debates empíricos las preguntas están orientadas a evaluar los hechos objetivos de las creencias del paciente, a comprobar si son compatibles con la realidad social. Los cuestionamientos son: “¿Dónde está la evidencia?”, “¿Dónde está la prueba de que esto es exacto?” y “¿Dónde está escrito?”. Es importante separar las preocupaciones racionales de las creencias y temores irracionales (Ellis y MacLaren, 2007).

Los debates lógicos se centran en cuestionar el salto ilógico que el paciente está haciendo en su pensamiento irracional de los deseos o preferencias a las exigencias. Sólo porque él quiera que algo ocurra o sea de una manera determinada, no significa que necesariamente lo sea. Se pregunta: “¿Cómo se entiende que sólo porque a ti te gustaría que esta cosa fuera cierta y fuera muy conveniente, deba serlo?” y “¿Dónde está la lógica de que Y deba seguir a X?”. Si la creencia es irracional, lógicamente será insoportable (Ellis & MacLaren, 2007).

El debate filosófico trata el tema de la satisfacción por la vida. El paciente se centra tanto en el problema identificado que habrá perdido la perspectiva de otras áreas de su vida.

Las autoafirmaciones que normalmente se ponen en práctica cuando se ha conseguido hacer un debate convincente son frases objetivas y alentadoras que son compatibles con la realidad social y se anima a repetirlas convincentemente para reafirmar las ideas por sí mismos. El paciente debe hacer una lista de ventajas y desventajas reales, de cambiar sus pensamientos y comportamientos irracionales; debe ser consciente de las razones que ha escogido para cambiar, y reforzar su motivación si ésta empieza a decaer. Se debe practicar; se pide al paciente que identifique adversidades, creencias irracionales y que las discuta activamente para reemplazarlas por afirmaciones que le permitan enfrentarse a los problemas de forma racional (Ellis y MacLaren, 2007).

El parar y observar es útil con aquellos pacientes que tienen dificultades para identificar sus pensamientos ya que los que más interesan son los negativos, que se han convertido en algo tan corriente en la mente y esto puede ser una manera de comenzar y/o reafirmar el proceso de cambio (Ellis y MacLaren, 2007).

Los tres principales objetivos de las técnicas cognitivas son identificar, cuestionar y reemplazar activamente el pensamiento irracional. El enfoque inicial y principal de la TREC reside en el proceso cognitivo porque los cambios filosóficos en la manera de pensar de un paciente pueden tener efectos positivos permanentes sobre sus emociones y comportamientos (Ellis y MacLaren, 2007).

Técnicas Emotivas/Experienciales

Técnicas	Objetivos
Imágenes emotivas	Identificar la emoción más apropiada y racional
Técnicas de expresión emocional	Para practicar empatía, afectos
Aceptación Incondicional	Reafirmar la idea de que el ser es digno de merecimiento, simplemente porque existe, porque es.
Dramatización: Psicodrama, juego de roles	Practicar conductas irracionales que se quieran reemplazar

Las técnicas emotivas trasladan el foco de atención de identificar las creencias irracionales a facilitar e incrementar los cambios positivos del pensamiento que se han conseguido mediante técnicas cognitivas (Ellis y MacLaren, 2007). El objetivo inicial de las imágenes emotivas racionales es ayudar al paciente a identificar la emoción más apropiada y racional que le gustaría sentir en las situaciones problemáticas. Posteriormente, el propósito es permitir al paciente explorar experiencialmente las autoafirmaciones y los mecanismos de aceptación que resultan más convincentes y naturales para él, y practicarlos con imágenes emotivas racionales hasta que éstas se den de inmediato en las situaciones de gran tensión (Ellis y MacLaren, 2007).

Tras lo anterior, pedir al paciente que cierre los ojos y que indique cuándo ha reconstruido la situación y el disgusto emocional; que clasifique sus sentimientos de disgusto (ansiedad, enfado), y que después se centre en cambiar la emoción de disgusto por otra emoción negativa sana, más razonable (Ellis y MacLaren, 2007).

El paciente formulará afirmaciones racionales y las practicará poderosa y convincentemente, ya que así como ha estado practicando de un modo enérgico las afirmaciones irracionales enfermizas durante mucho tiempo; podrá hacer lo mismo con las afirmaciones racionales sanas (Ellis y MacLaren, 2007).

En el psicodrama el primer paso consiste en que se identifique una interacción previa, terrible o potencialmente terrible; el paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a la otra persona. Las actuaciones pueden durar de uno a cinco minutos. Se le preguntará al paciente qué sentía y pensaba durante la representación; se identificarán algunas creencias irracionales que se quieran explorar, discutir y reemplazar. En esencia lo que se logrará, será colocar al paciente en una situación similar, ayudándole a experimentarla o manejarla de un modo más funcional. El psicodrama es especialmente práctico en combinación con el trabajo de las afirmaciones y del control de enfado (Ellis y MacLaren, 2007).

Invertir los papeles se diferencia del psicodrama en que el terapeuta asume el papel del paciente y éste el del terapeuta, o bien, en la otra persona con quien él o ella querrían comunicarse. Se puede utilizar el humor para que el paciente se relaje y

compruebe que algunas de sus creencias son realmente divertidas cuando se exageran; sin embargo, no siempre es lo más apropiado con algunos pacientes y se tiene que saber utilizar con criterio (Ellis y MacLaren, 2007).

Parte del trabajo como terapeuta consiste en modelar para el paciente actitudes y creencias prácticas, útiles. Practicar la aceptación incondicional del paciente sin importar lo mal o autodestructivamente que ellos se comporten. También enseñarle la aceptación incondicional de uno mismo y la de los demás, para ello es básico reafirmar la idea de que los humanos no podemos ser valorados en función de nuestros comportamientos. La mayoría estamos acostumbrados a etiquetarnos negativamente, a nosotros mismos y a los demás cuando hacemos algo que lamentamos u observamos aspectos de otros que no nos gustan. Si se valoran a las personas en conjunto a partir de ciertas características, estarán perpetuando la misma irracionalidad que utilizan consigo mismos (Ellis y MacLaren, 2007).

Solemos creer que animar a los pacientes forma parte de nuestra relación terapéutica. Se supone que el estímulo surge de un modo natural en quienes hemos elegido una profesión que “ayuda”, sin embargo, podemos olvidar que infundir ánimos no sólo favorece el cambio, sino también su reconocimiento (Ellis y MacLaren, 2007).

Los ejercicios de encuentro son procesos experienciales que se utilizan muchas veces para provocar y tratar temas cognitivos, emotivos y de comportamiento durante la sesión. Existe una amplia variedad de ejercicios experienciales que se utilizan en grupos ordinarios e intensivos, que incluyen actividades dirigidas a mostrar afecto, superar miedos, ser práctico, compartir secretos; a practicar la seguridad en uno mismo, la intimidad y la empatía. Estos dan a los participantes la oportunidad de examinar áreas que pueden ser problemáticas y aprender nuevas estrategias para dirigir sus vidas (Ellis y MacLaren, 2007).

Técnicas Conductuales

Técnicas	Objetivos
Refuerzos y castigos	Las consecuencias producen aprendizaje. Reducción de la frecuencia con el castigo.
Ejercicios para tratar la vergüenza	Ayuda a dejar de menospreciarse a sí mismo.
Entrenamiento en habilidades	Adquirir habilidades faltantes
Tareas paradójicas	Reformular los problemas, no todos los pacientes responden favorablemente
Prevención de una recaída	Revisar pensamientos y experiencias potencialmente provocadores que pueden contribuir a una recaída.
Insensibilización "in vivo"	Demostrar que las creencias irracionales son causantes de la alteración emocional y no las cosas o situaciones.
Permanecer en situaciones difíciles	Puede servir para aumentar la conciencia de que a pesar de ser incómodo, es capaz de soportarse. Es una forma de insensibilización "in vivo".
Actuar según las Creencias racionales	Comportarse de modo como le gustaría sentirse.

Las intervenciones y técnicas conductuales se utilizan para reforzar los logros cognitivos conseguidos mediante el debate y el reemplazo de las Creencias Irracionales que los pacientes tienen de sus vidas y del mundo. Muchas de estas técnicas son la puesta en práctica y la prueba necesarias para reafirmar y demostrar

la comprensión que los pacientes han empezado a experimentar de sus patrones de pensamiento (Ellis y MacLaren, 2007).

Los **refuerzos** conductistas son los procedimientos mediante los cuales, las consecuencias producen el aprendizaje, por medio de un estímulo placentero o retirando un estímulo aversivo (Ruiz et al., 2003).

Los **castigos** hacen referencia a la reducción de la frecuencia futura de una conducta cuando tras su expresión se presenta un estímulo aversivo o se retira un estímulo positivo de manera eventual (Ruiz et al., 2003).

Ejercicios para tratar la vergüenza: La Vergüenza es la esencia de gran parte de nuestras alteraciones emocionales. Si no pudiéramos sentir vergüenza, bochorno, humillación o emociones similares por algunas de nuestras acciones, no seguiríamos muchas reglas útiles y auto protectoras, y nos meteríamos en problemas constantemente. El ejercicio para tratar la vergüenza, es ayudar a las personas a que dejen de menospreciarse a sí mismas (Ellis y MacLaren, 2007).

Entrenar la habilidad: Un déficit de habilidades puede ir desde las profesionales, hasta las interpersonales o sociales. Muchas veces los pacientes presentan auténticos problemas en situaciones sociales, lo cual no significa que sean unos ineptos socialmente, sino que no han tenido la oportunidad de aprender o practicar algunas habilidades interpersonales (Ellis y MacLaren, 2007).

Tareas paradójicas: Son aquellas que aparentemente, parecen no tratar ninguno de los temas por los que el paciente ha acudido a la terapia. Pueden ser cognitivas, emotivas o de comportamiento. A una persona que sufre de insomnio se le puede decir que no se le permite dormir; a una persona que está continuamente preocupado, que tenga en consideración sus pensamientos cierto número de veces al día. El objetivo de este tipo de ejercicios es reformular los problemas del paciente y hacer algunas pruebas reales durante el proceso. No todos los pacientes responderán favorablemente (Ellis y MacLaren, 2007).

Prevención de una recaída: Puede constar de cierto número de métodos cognitivos, emotivos y experienciales, o de comportamiento, y por lo general se

utiliza para tratar pacientes adictos. Se revisan los pensamientos y experiencias potencialmente provocadores que pueden contribuir a la recaída; se idean soluciones con los pacientes para las situaciones problemáticas y se utilizan imágenes y escenificaciones para reafirmar sus declaraciones a la hora de afrontar los problemas racionalmente. Se hace hincapié en aceptarse a uno mismo en caso de recaída, no despreciarse, ya que contribuiría a recaer aún más. Se les anima a condenar el acto, pero no a sí mismos (Ellis y MacLaren, 2007).

Insensibilización “in vivo”: Los humanos solemos protegernos de lo que tememos, evitándolo a toda costa. Sentimos alivio al rehuirlos, pero no proviene tanto de haber esquivado la cosa o la situación, como de haber evitado lo que percibimos como el componente atemorizante de la vida. El objetivo de la insensibilización “in vivo” es demostrar a los pacientes que sus creencias irracionales son las causantes de su grave alteración emocional, no el asunto del que tienen miedo. Al exponer repetidamente al paciente, ya sea con experiencias o imágenes se puede empezar a entender que aunque siga siendo incómodo, puede soportarlo y que no es la amenaza que había forjado en su mente (Ellis y MacLaren, 2007).

Permanecer en situaciones difíciles: El que el paciente permanezca en una situación difícil o incómoda es realmente una forma de insensibilización “in vivo”. Eso le da la oportunidad de trabajar alterándose menos, y de este modo valorar más racionalmente si esa situación le beneficia. También puede servir para aumentar su conciencia de que, a pesar de ser incómodo, es capaz de soportarlo.

Actuar según las Creencias Racionales: Se le enseña al paciente a no reaccionar contra sus creencias irracionales, sino que las reemplace por autoafirmaciones racionales alternativas. Otra opción es que se fuerce a actuar como si sólo tuviese creencias racionales; comportarse del modo como le gustaría sentirse. Se facilitará el progreso del paciente si se le asigna una tarea cognitiva como emotiva/experiencial o de comportamiento (Ellis y MacLaren, 2007).

Las técnicas cognitivas de reducción de ansiedad y control del estrés son más eficaces en sujetos cuyo perfil de respuestas es predominantemente cognitivo, ya

que reducen con mayor impacto la ansiedad a nivel cognitivo que fisiológico o motor (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1990 citado en Cano-Vindel, 2019).

Sin embargo, algunos autores (McKay Davis & Fanning, 1985, citado en Cano-Vindel, 2019) apuntan algunas ideas generales sobre recomendación de técnicas cognitivas en función del tipo de trastorno, señalando también que habrá que tener en cuenta las peculiaridades de cada sujeto

A las primeras técnicas cognitivas se les llamó técnicas de reestructuración cognitiva. Mahoney y Arnkoff (1978), ponen la etiqueta por primera vez para integrar en una misma categoría la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), la terapia Cognitiva de Beck (1976) y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1977), según Mahoney y Arnkoff (1978) estas tres técnicas cognitivas tendrían en común el intento de modificar directamente pensamientos específicos, creencias irracionales y otras variables cognitivas que mediarían sobre la activación emocional (Lega et al., 1998).

Todas las terapias cognitivo-conductuales comparten determinados supuestos comunes, pero también existen entre ellas diferencias más o menos marcadas, dependiendo de las terapias concretas:

Diferencias cognitivas: La TREC procura conseguir un cambio filosófico profundo en el paciente que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras. Otras terapias cognitivas conductuales no plantean lo importante de la filosofía específica del sujeto.

Diferencias emocionales: La TREC casi constantemente emplea métodos emocionales y conductuales de psicoterapia, de forma más selectiva que la TCC.

Diferencias conductuales: La TREC utiliza técnicas de condicionamiento operante, pero es escéptica sobre la eficacia del refuerzo social. Intenta conscientemente ayudar a los pacientes a adquirir una posición filosófica que les haga, al menos en parte, no dependientes y conformistas. Mientras que la TCC suele enfatizar el refuerzo de la conducta, la TREC propone de forma también más frecuente el autocastigo (Lega et al., 1998).

Algunas Investigaciones antecedentes sobre Terapia Racional Emotiva:

Dentro de las investigaciones recientes sobre la Terapia Racional Emotiva, se encuentra la de Toro (2014) que tuvo como objetivo, abordar desde una postura crítica, dos aspectos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual, la constructivista asumida por Ellis en sus últimos años y las nociones de irracionalidad según el modelo racionalista tradicional en psicoterapia. Se tomó por lo tanto una posición en contra de las afirmaciones del padre de esta psicoterapia, quien sustentaba en las nociones constructivistas radicales que afirman que la realidad es subjetiva e imposible de conocer, y las repercusiones que esto ha tenido en otros autores como Mahoney o Meichenbaum, afirmó que dejaba atrás las posiciones lógico-positivistas iniciales de sus trabajos.

La solución del problema en discusión se presentó usando las nociones del realismo crítico, una postura en la cual la realidad es objetiva pero presenta al ser humano de forma distorsionada e imprecisa, debido a las limitaciones del aparato cognitivo y las necesidades adaptativas de supervivencia. Se analizaron las posibilidades de errores epistemológicos en la postura de Ellis, y otras implicaciones del modelo TREC en la labor psicoterapéutica.

En otro artículo, Cerezo (2009) investiga sobre los efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica, el objetivo fue evaluar su efecto.

Las participantes fueron 14 mujeres con edades entre 35 y 55 años, diagnosticadas con hipertensión arterial tipo 1, adscritas a un hospital de tercer nivel. Los instrumentos empleados fueron: la Lista de Eventos Recientes Potencialmente Estresantes, la Escala de Distrés y una prueba computarizada (Stroop-cardiovascular).

La intervención consistió en cuatro sesiones de diferentes tipos de relajación y terapia racional emotiva (reestructuración cognitiva). Los resultados no arrojaron

diferencias significativas al comparar la presión arterial del grupo, del pre al pos test; no obstante tres pacientes lograron reducirla al final del entrenamiento. Además se registraron cambios favorables en eventos positivos, negativos y distrés.

El estudio concluyó que en el manejo de estrés es posible una alternativa no farmacológica coadyuvante en el control de la hipertensión arterial, recomendable en poblaciones más grandes.

En otra publicación, Ibáñez (2012) investigó sobre los últimos cuatro años de lo publicado en la revista *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. En el cual se plantean las bases teóricas de la Terapia Racional Emotiva y se presentan los resultados de la revisión bibliográfica. Los principales temas de investigación en el campo fueron el perfeccionismo, el uso del *mindfulness*, la procrastinación, rumiación y el afrontamiento al estrés.

Este trabajo pone al día lo que algunos investigadores y terapeutas actuales se encuentran haciendo, lo que se investiga con la finalidad de orientar el quehacer científico de los investigadores mexicanos y latinoamericanos. El método de trabajo consistió en hacer una revisión sobre los temas, sujetos, metodología y resultados.

En el año 2008 se publicaron 20 artículos, entre los temas más importantes fueron la TRE y el perfeccionismo. También se aplicó la TRE como intervención contra depresión en diferentes poblaciones de mujeres y hombres con distrés. Los resultados que se muestran son de excelentes a buenos.

Durante 2009 se publicaron 18 artículos; los temas más importantes fueron la conducta tipo A y su relación con la TRE y la Tolerancia a la frustración como una forma de incrementarla y generar comportamientos más funcionales en los pacientes.

Un año después, en 2010 se publicaron 14 artículos con temas como la relación entre las cogniciones, dolor crónico, cáncer, fatiga crónica, manejo de la ira.

Para el año 2011 se presentaron 13 artículos en problemas de tolerancia a la frustración, intolerancia al estrés, ira y violencia.

En 2012 se emitieron 12 artículos, destacando el perfeccionismo y la procrastinación.

Se puede afirmar con la revisión anterior de Ibáñez, que la Terapia Racional Emotiva sigue siendo una de las técnicas psicoterapéuticas más importantes.

En otra investigación, Holst y Quiróz (2010) llevaron a cabo un estudio en el cual se pretendió demostrar la eficacia de la TREC en los niveles de estrés, ira y presión arterial en pacientes hipertensos, los principales hallazgos de la intervención evidencian una disminución en las cifras de tensión arterial posterior a la aplicación de la TREC en los pacientes con presión elevada.

El control de factores como ira, estrés y ansiedad por medio de la TREC ayudó a la reducción de los niveles de presión arterial en los participantes, en concordancia con las conclusiones derivadas en otros estudios (Holst y Quiróz, 2010).

Capítulo III

Propuesta para reducir el estrés

La conducta depende no sólo de la situación en la que se encuentra el individuo, sino también depende de cómo el sujeto interpreta la situación. Por lo que se refiere a las emociones, tanto en la conducta emocional normal como en los trastornos del ánimo, los significados individuales de las personas juegan un papel importante, pues median de una manera decisiva en la determinación de la reacción emocional y, en la conducta. Así, entre la situación y la conducta, se definen una serie de conceptos, estructuras y procesos, de carácter cognitivo, que nos permiten explicar, predecir y modificar una conducta dada, en una situación concreta, para un individuo determinado (Cano-Vindel, 2019).

En cuanto al estrés, es importante tomar en cuenta: evaluaciones de los sucesos internos y externos que la persona interpreta como amenazantes, ya sea por las atribuciones a veces erróneas que realiza ésta sobre los resultados de sus acciones, por la forma a veces desajustada en que se estructura o interpreta la realidad, por el auto diálogo interno o las autoinstrucciones, en forma de pensamientos negativos o rumiaciones; o por la forma en que el individuo lleva a cabo el proceso de solución de problemas o toma de decisiones. De esta manera está implícito que si se modifican estas variables cognitivas podemos modificar las conductas que contribuyen al estrés (Cano-Vindel, 2019).

A continuación se propone una estrategia terapéutica enfocada a disminuir el estrés a través de técnicas de la TREC.

Esta propuesta está integrada por tres fases que serían llevadas a cabo en doce sesiones de 45 a 60 minutos cada una, una vez a la semana en terapia individual.

Población	Mujeres y hombres de 18 años en adelante
Horario	Matutino y/o Vespertino
Lugar o escenario	Consultorio amplio, con buena ventilación e iluminación adecuada donde haya cortinas (para poder adecuar la luz durante la relajación), un sillón, diván y/o tapetes para yoga donde el usuario pueda sentirse cómodo y acostarse.
No. Sesiones	12
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Tapetes • Pizarrón • Hojas blancas • Lápices y plumas • Instructivo de relajación impreso • Grabadora, computadora o celular con música relajante
Actividades	Posiciones de relajación
Difusión del evento	Información en: <ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales • Lona fuera del consultorio • Volantes
Instrumentos	Escalas de Apreciación del Estrés

El proceso terapéutico se divide en 3 fases: inicial, media y final (Dryden, 1989).

Primera etapa: Fase inicial

1. Objetivos: Descubrir las creencias o filosofías “irracionales” que producen emociones o conductas desadaptativas.

2. Introducir al paciente a la teoría de la TREC.
3. Comprender cómo contribuyen a los problemas de los pacientes las creencias irracionales.
4. Señalar metas realistas (acuerdo terapeuta-paciente)

Segunda Etapa: Fase media

1. Objetivos: fortalecer las ideas racionales y debilitar las irracionales del usuario.

Tercera Etapa: Fase Final o Facilitar una Nueva Filosofía

1. Objetivos: Facilitar nueva filosofía, sobre situaciones particulares.
2. Disminuir el estrés modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento que lo generan.

Antes de iniciar la terapia, es importante tomar en cuenta las características deseables del terapeuta ya que la TREC, solicita además de conocimientos teóricos y procedimientos prácticos una serie de destrezas y habilidades básicas de la terapia (Ellis, 1980, Dryden y Ellis, 1989,).

- Aceptar incondicionalmente a los usuarios como personas falibles.
- Empatía “filosófica” con el usuario.
- No mostrar mucho afecto.
- Enseñar al usuario para que aprenda a ser su propio terapeuta.
- Auto apertura (contarle al usuario cómo ha superado con técnicas TREC algún problema similar al que ahora le aqueja a él).
- Es antidogmático. Formular juicios como hipótesis flexibles.
- El terapeuta captará sus propias actitudes irracionales.
- Ser muy didáctico (un buen “profesor”) (Ellis & Dryden, 1989).

El terapeuta pone toda su energía en ayudar al paciente a deshacerse de las filosofías viejas e irracionales y reemplazarlas por unas nuevas racionales. El producto final es crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar de acuerdo con ellas. Este proceso tiene dos componentes: debate y fortalecimiento del hábito. A partir de estas fases, se proponen doce sesiones.

Sesiones

Primera Sesión: Presentación y encuadre.

Objetivo: Establecer rapport

Establecer una buena comunicación, entrar en sincronía con el usuario, así como desarrollar empatía hacia éste.

- Indagar Motivo de consulta.

Preguntar al usuario qué lo ha motivado para asistir a terapia. Material hoja de motivo de consulta. Duración: 20 minutos.

- Explicar el tipo de terapia que se va a utilizar y cómo le ayuda al usuario.

Explicar brevemente en qué consiste la Terapia Racional Emotiva Conductual, sus orígenes y las técnicas que se proporcionarán. Duración: 10 minutos.

La Terapia Racional Emotivo-conductual enseña a los usuarios a identificar y cambiar sus pensamientos y creencias irracionales. Al cambiar esas creencias, se reducirán las conductas que producen malestar.

Se le van a dar herramientas para identificar y cambiar las creencias irracionales mediante diferentes métodos y la finalidad es la disminución del estrés.

Clarificar horarios de entrada; tiempo de tolerancia, posibilidad de cancelación de cita sólo con previa anticipación de 24 horas en días laborales, pagos. Duración: 10 minutos.

- Indagar expectativas terapéuticas del usuario.

Preguntarle al usuario qué es lo que espera conseguir con la terapia. Duración: 10 minutos.

- Firma de carta compromiso por el usuario.

El usuario y el terapeuta deberán llenar y firmar una carta compromiso en donde se aclararán algunos puntos antes vistos tales como horarios, pagos, cancelación de las sesiones, entre otros.

Material: Formato de carta compromiso. Anexo 1

Duración: 5 minutos.

- Cierre de sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario y dar retroalimentación de lo antes visto en sesión.

Duración 5-10 minutos.

Segunda Sesión: Historia Clínica

Objetivo: Disponer de información significativa del usuario –incluidos su historia de vida, pensamientos, sentimientos y comportamientos, a través de la recolección de análisis e interpretación de los datos recolectados-

- Conocer datos de identificación, antecedentes familiares, datos médicos, así como otros datos de interés.
- El usuario deberá contestar una serie de preguntas referentes a salud en general, escolaridad, cuestiones sociales y familiares, etc.

Material: Formato de Historia Clínica. Anexo 2.

- Elaboración de historia clínica en una sesión. Duración de una a dos horas.

La Historia clínica es el principal instrumento del que dispone el psicólogo clínico para conocer la historia de vida del paciente y consecuentemente, comprender la problemática específica presente que lo lleva a solicitar la atención.

- Recopilación de información del paciente en problemáticas por Áreas:
 - Biológica (problemas físicos).
 - Cognitiva (pensamientos irracionales).
 - Emotiva (Ira, tristeza, etc.).
 - Conductual (impulsividad, agresividad, imitar actitudes, etc.).(Rea, 2010).

Material: formato de problemática por áreas. Anexo 3.

- Cierre de sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario y dar retroalimentación de lo visto en sesión. Duración 5-10 minutos.

Tercera Sesión: Evaluación Pretest

Objetivo: Conocer el grado de estrés que presenta el usuario, antes de recibir terapia.

- Aplicar escala de apreciación del estrés (Pretest).

Se aplicará una Escala de Apreciación del Estrés en donde el usuario contestará una serie de preguntas relacionadas con el estrés cotidiano que presenta. Material: Escala de Apreciación del Estrés que se puede encontrar en la Testoteca de la Biblioteca que se encuentra en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Nombre: EAE. Escalas de Apreciación del Estrés

Autores: José Luis Fernández-Seara y Manuela Mielgo Robles.

Manual, TEA Ediciones, S.A. (5ª. Edición, revisada), Madrid, 2017.

Investigación y Publicaciones Psicológicas.

Publicaciones de Psicología Aplicada

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos de 18 a 85 años.

Finalidad: Se evalúa, a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia y la intensidad con que afectan en la vida de cada sujeto.

Baremación: Baremos en percentiles para población en general.

Materiales: Manual y ejemplar autocorregible.

Los tres objetivos fundamentales son:

- 1.- Conocer el número de acontecimientos estresantes que han estado presentes en la vida del sujeto.
- 2.- Apreciar la intensidad con que cada uno vive o ha vivido esos sucesos vitales.
- 3.- Conocer si los acontecimientos estresantes siguen afectándolo o han dejado de hacerlo.

El usuario evaluado puede obtener un puntaje máximo de 19 puntos, distribuidos en los siguientes parámetros:

123-54= Estrés Alto o Significativo

51= Estrés medio

47-19= Estrés Bajo o Poco significativo.

Una vez obtenido el punteo bruto, esta calificación podrá transformarse en percentil. Sólo se aplicará la de estrés cotidiano. Escala General de Estrés (EAE-G).

Duración: Entre 20 y 30 minutos.

Este diseño consiste en aplicar el mismo cuestionario en dos ocasiones diferentes, al inicio y al final de la terapia; sólo tendrá valor diagnóstico, no hay respuestas buenas o malas.

Explicar lo que es el estrés y su definición.

Objetivo: Conocer qué conceptos tiene el usuario sobre lo que es el estrés, así como explicar brevemente la definición. Preguntarle al usuario cómo concibe el estrés y cómo se manifiesta éste en su vida diaria. Duración: 20 minutos.

El estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente. Esto significa que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlo determina en gran medida la magnitud de la experiencia de éste.

- Cierre de sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntar al usuario si hay alguna duda o comentario y dar una pequeña retroalimentación de lo visto en sesión. Duración 5-10 minutos.

Cuarta Sesión: Modelo ABC

Objetivo específico: Comprender el modelo ABC.

- Explicación del Sistema Funcional de Análisis (Con la finalidad de iniciar autorregistro por el paciente, iniciando sólo A y C). Se recomienda enseñar al paciente el ABC de forma directa ya que le ayuda a entender su esquema conceptual, identificar y cuestionar aspectos irracionales para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces.

Qué es y para qué sirve. Material: formato ABC. Anexo 4.

Duración: 20 minutos.

El ABC es un marco de referencia para conceptualizar los problemas psicológicos del paciente (Lega, 1997).

El objetivo del ABC es explicar la perturbación emocional para dirigir los esfuerzos terapéuticos para el cambio; rescatando los sentimientos, pensamientos y conductas y las complejidades de las cogniciones humanas. Se hacen distinciones entre los pensamientos, ideas y creencias. Se enseña al individuo a descubrir sus B (casi siempre inconscientes) y se les hace ver el enorme impacto de esas B sobre sus percepciones y respuestas a los acontecimientos de sus vidas.

La teoría A-B-C de las reacciones emocionales y conductuales mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

El modelo ABC funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o (A) es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (B) sobre el mismo. A partir de esas creencias se desarrolla la (C) o consecuencias, que resultaría de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de (A). Las consecuencias pueden ser emocionales y/o conductuales (C). Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales (rB). Si por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son irracionales (iB). Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia

irracional (iB) por una racional (rB) se denomina refutación, cuestionamiento o debate (D) y es, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez, (Lega, Caballo y Ellis, 1998).

Cómo trabajar con el Modelo ABC. Pedirle al usuario que narre un acontecimiento estresante, que explique el lugar y la hora en la que se encontraba, después cómo se sintió y qué conductas presentó con este acontecimiento e ir llenando el formato. (Sólo explicar A y C del formato y comentarle que la parte B se trabajará la próxima sesión). Duración: 20 minutos

- Pedirle que de un ejemplo del llenado del formato en A y C. Ver anexo 4.
- **Tareas asignadas para la próxima sesión:**

Que el usuario aprenda a llenar el formato con diferentes acontecimientos estresantes. Se le pedirá al usuario que cuando presente un acontecimiento estresante, comience a llenar el formato (sólo A y C). Material: formato ABC. Duración: 5 minutos.

Son una herramienta que se utiliza para reforzar los logros conseguidos en las sesiones con el debate de las creencias irracionales ya que se lleva a la práctica en la vida real lo aprendido por los usuarios. (Técnica conductual).

- Inicio de autorregistro usando dos de las tres columnas del Sistema funcional de Análisis (sólo se anotarán las columnas A y C) El autorregistro implica que los usuarios observen y registren cosas entre sesiones. Los datos, reacciones y conclusiones a partir del autorregistro se convierten en elementos importantes de discusiones posteriores.
- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y retroalimentación. Verificar que el usuario haya comprendido lo que es el modelo ABC y la tarea que tiene que realizar. Duración: 5 minutos.

Quinta Sesión: Creencias Racionales e Irracionales

Objetivo: Aprender a identificar creencias irracionales

- Revisar Tarea.

Verificar que el usuario haya adquirido el conocimiento del modelo ABC, manejando correctamente la A y la C. Preguntarle al usuario cómo se sintió a la hora de llenar el formato y revisar juntos cada uno de los acontecimientos y las consecuencias.

Material: formato llenado por usuario. Duración: 5 minutos.

- Reforzar el sistema funcional de Análisis: ABC
- Comenzar a explicar al paciente qué son las creencias racionales y las creencias irracionales.

Explicar y dar definición de creencias, pensamientos, ideas y emociones racionales e irracionales, enfocándonos en las irracionales y ejemplificando con los “debo” y los “tengo que”. Explicar la parte B del formato y dar ejemplo de creencias irracionales.

Material: Manual de definiciones.

Duración: 15 minutos.

El diagnóstico primario de la TREC se encuentra en descubrir las creencias o filosofías racionales e irracionales. Las primeras son flexibles, se adaptan, ayudan a alcanzar objetivos y son compatibles con la realidad social. Las segundas; a) son dogmáticas y absolutistas b) no pueden ser totalmente compatibles con la realidad social y se interponen en la consecución de un objetivo, c) son inconsistentes en su lógica, d) producen emociones perturbadoras. Se reafirman estas creencias con tanta frecuencia que no se puede ser consciente del poder que ejercen sobre la vida de las personas. Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella.

Para averiguar las creencias irracionales, se podrían buscar los “debería” y los “tendría que”, cuando representan un imperativo: “tiene que” ocurrir necesariamente un acontecimiento (Ellis, 1989).

Las creencias irracionales, o incorrectas o ideas erróneas o conceptos erróneos son las variables que deben modificarse para que pueda tener éxito la terapia.

Las distorsiones cognitivas son errores inferenciales del pensamiento y son evaluaciones cognitivas ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

- Diferencia entre necesidades y exigencias, enseñar la tiranía de los “debo” y los “tengo que”.

Los “tengo que” y “debo” son exigencias absolutistas en tres áreas: uno mismo, los demás y el mundo en general. De ellos se derivan varias conclusiones incluyendo la devaluación o condenación de uno mismo y de otras personas, baja tolerancia a la frustración, no puedo, sentir que es terrible y tremendismo.

1. “Debo, absolutamente, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones”.
2. “El resto de la gente debe, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad.
3. “Las condiciones bajo las que vivo deben ser absolutamente confortables, placenteras y valiosas.

- Explicar la parte B del formato y dar ejemplo de creencias irracionales.
- Con base en su registro, identificar las creencias irracionales.
- Que el usuario empiece a llenar la parte B del formato que presentó como tarea.
Material: registro ABC de usuario.
Duración: 10 minutos.
- Hacer notar al paciente las exigencias reales e irrealas que pide a los demás.

Ej. Otros “deben”, “tienen” que tratarme bien; La vida “tiene que”, “debe” darme lo que quiero, cuando yo así lo desee.

- Explicar las emociones racionales e irracionales

La TREC considera a las emociones y las conductas producto de las creencias de un usuario y su interpretación de la realidad. El pensar en forma racional no implica dejar de sentir emociones negativas que son indicio de una buena adaptación emocional. El criterio básico para clasificar una emoción negativa como racional

contra irracional es su funcionalidad, es decir, el grado en que facilita o dificulta la obtención de metas.

Proporcionar al usuario la oportunidad de reconocer, ponerse en contacto con, elaborar y cambiar sus sentimientos de emociones negativas poco sanas a emociones negativas más sanas. Hacerle ver al usuario que hay emociones que ayudan y otras que son dañinas. Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los usuarios en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante. También hay emociones que son dañinas fisiológicamente hablando, un usuario puede sentirse triste cuando tiene una pérdida, pero si la tristeza se prolonga mucho o es muy debilitante, se convierte en una emoción negativa perturbadora.

La distinción entre conductas perturbadoras y no perturbadoras puede servir para transformar el sufrimiento en emociones que aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas.

Emoción irracional	Emoción racional
Estrés, ansiedad, pánico	Miedo, preocupación, inquietud
Depresión, desesperanza	Tristeza, pena
Rabia, ira, odio	Enfado, molestia, irritabilidad
Culpa	Remordimiento, apenarse
Vergüenza	Incomodidad, pesar, frustración
Sentirse herido	Sentirse disgustado

➤ **Tareas asignadas para la próxima sesión:**

Que el conocimiento de las creencias irracionales se haya adquirido de manera correcta.

Material: registro ABC del usuario.

Duración: 5 minutos.

Pedirle al usuario que llene la parte B del formato ABC

- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y retroalimentación. Preguntar si hay alguna duda o comentario y verificar que el usuario haya comprendido de manera correcta la definición de creencias irracionales, así como el llenado en la parte B. Duración: 5 minutos.

Sexta Sesión: Valía personal y Ejercicios de Respiración

Objetivo: Que el usuario aprenda la aceptación incondicional

➤ **Revisión de tarea.**

Verificar que el usuario haya aprendido de manera correcta el llenado del formato ABC, principalmente la parte B de las ideas, creencias, pensamientos o emociones irracionales. Se le pedirá al usuario que platique sobre las creencias irracionales que escribió en su registro. Material: Formato ABC del usuario. Duración-5-10 minutos.

➤ **Valía personal**

Que el usuario aprenda a aceptarse incondicionalmente. Se le explicará la definición de Valía personal o método de aceptación incondicional.

Material: Manual con definición de valía.

Duración: 10 minutos.

- La valía o método de la aceptación incondicional (Esta característica es excepcionalmente importante para prácticamente toda la gente (Ellis en Dumont, 2003). La valía personal es una de las principales técnicas a la que recurren los terapeutas de la TREC. Se le dice a la persona que se diga a sí misma que es buena persona, que no juzgue ni su ser, ni su esencia, ni su ego, ni su personalidad. Se mide y evalúan solamente conductas. El compromiso con el proceso de la vida, de que tenemos nuestro lugar en el mundo, de llegar a ser, más que el producto de lo que ya ha llegado a ser, puede muy bien ser el aspecto más importante de su existencia.
- **Técnica de respiración** como preámbulo para la relajación. (Técnica emocional).

Que el usuario aprenda el control de la respiración y automatizarla en episodios de estrés. Se le explicarán ejercicios de respiración, comentando sobre quién es la persona que creó esta técnica y cuál es el objetivo de cada uno de estos ejercicios, el terapeuta modelará cada uno de los ejercicios para después pedirle al usuario que los reproduzca. Material: Manual del usuario. Duración: 15 minutos.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de fatiga y estrés. Es necesario que la persona entienda su utilidad y de qué manera le ayuda a disminuir el estrés. La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos seguidos del mismo período de descanso.

Las habilidades de respiración correcta también pueden ser terapéuticas desde una perspectiva cognitiva, ya que la concentración en la propia respiración puede facilitar a la persona desviar su atención de problemas, pensamientos distorsionados, etc.

A continuación se presenta un extracto de dicho programa:

- 1º. Tener un ambiente silencioso, evitar estímulos distractores. El usuario se sentará en una postura cómoda y con los ojos cerrados.
- 2º. Ejercicio: Inspiración abdominal. Dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones.
- 3º. Ejercicio: Inspiración abdominal y ventral. Dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones.
- 4º. Ejercicio: Inspiración abdominal, ventral y costal. Desarrollar una inspiración completa. Llenando primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.
- 5º. Ejercicio: Espiración. Producir un breve resoplido al salir el aire, provocando así una espiración pausada y controlada.
- 6º. Ejercicio: Ritmo inspiración-espriación. Conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espriación completa.
- 7º. Ejercicio: Sobregeneralización. Aprender a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir el estrés (Olivares y Méndez, 2005).

➤ **Tareas asignadas para la próxima sesión**

Que el usuario aprenda a reconocer qué cualidades lo hacen valioso.

- Se le pedirá que anote cinco cualidades que piense él que lo hacen valioso. Material: hoja en blanco para anotar y pluma.
- Continuar con el registro ABC. Pedir que continúe con el registro de esa semana. Material: Registro ABC.
- Realizar la técnica de relajación aprendida durante la sesión. El usuario debe realizar la técnica de respiración dos veces al día por 15 minutos. Duración: 10 minutos.
- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario sobre lo visto en sesión. Duración: 5 minutos.

Séptima Sesión: Relajación

Objetivo: Controlar el nivel de activación emocional y fisiológica para afrontar situaciones diarias que pueden generar estrés.

- Revisión de tareas asignadas

Reforzar los logros conseguidos en la sesión. Pedirle al usuario que muestre su registro ABC y preguntarle cómo fue su experiencia con la respiración. Material: registro ABC del usuario. Hoja con 5 cualidades. Duración: 10 minutos.

- Reforzamiento del Sistema Funcional de Análisis
- Relajación

Que el usuario adquiera técnicas de relajación para disminuir el estrés. Se le proporcionará un pequeño manual con imágenes e instrucciones sobre el modelo de relajación propuesto por Jacobson.

Material: Manual del modelo propuesto por Jacobson. Anexo 5.

Duración: 15 minutos.

Las técnicas de relajación tienden a aumentar la actividad parasimpática y a disminuir la actividad del sistema simpático. Los efectos más importantes que produce son la disminución del tono muscular y el enlentecimiento de la respiración.

Las modificaciones en las respuestas psicofisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad). Estado específico caracterizado por un patrón de activación psicofisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas (Olivares y Méndez, 2005).

Desde este marco conceptual, la relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, por lo tanto es un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés.

La relajación se debe llevar a cabo en una habitación silenciosa y en penumbra, utilizando un sillón cómodo, llevar ropa cómoda y suelta, quitarse gafas y cualquier objeto que permita libertad de movimientos. Evitar interrupciones y ruidos.

Jacobson (1938), argumentó que las principales acciones terapéuticas del sistema de relajación neuromuscular consisten en que el sujeto aprenda la diferencia entre la tensión y la relajación; y así desarrollar una conciencia neuromuscular. Esta técnica está basada en la contracción y relajación progresiva de grupos musculares, basada en la percepción de estados de contracción muscular seguida de la percepción de estados de relajación muscular.

El proceso a seguir es el siguiente:

- La atención del sujeto debe centrarse en un grupo de músculos.
- A la señal del terapeuta, el sujeto tensará los músculos, manteniendo esta tensión alrededor de cinco segundos.
- Cuando el terapeuta lo indique el sujeto relajará rápidamente sus músculos.
- El sujeto tiene que concentrarse ahora en las sensaciones que experimenta en la zona relajada.
- El volumen y la velocidad de la voz del terapeuta deben reducirse progresivamente durante la sesión. Al término de la tensión-distensión de todos los grupos musculares se recomienda dejarle varios minutos disfrutando de ese estado de relajación completa, tras los cuales el terapeuta finaliza la relajación mediante una cuenta atrás: cinco, mueva las piernas, cuatro, mueva los brazos; tres, mueva el tronco;

dos, mueva la cabeza; uno, abra los ojos; cero. Sesiones de 15-30 minutos (Olivares & Méndez, 2005).

- Alta tolerancia a la frustración (Esta característica es excepcionalmente importante para prácticamente toda la gente).

Que el usuario reflexione sobre las ventajas que se obtienen al desarrollar alta tolerancia a la frustración. Explicar qué es alta y baja tolerancia a la frustración, tomando como ejemplo algún dato del registro ABC del usuario.

Material: Manual.

Duración: 10 minutos.

Enseñarles a los usuarios que el mantener ciertas creencias irracionales les conducen hacia una baja tolerancia a la frustración y hacia un sufrimiento innecesario, en situaciones desagradables puede ayudarle rápidamente a cambiar esas creencias irracionales y a hacerles sentir mejor.

La Tolerancia a la frustración es aceptar las dificultades, los contratiempos, los malestares y las incomodidades de la vida, pero sin considerarlas como imposibles de sobrellevar. Es concederte a ti mismo y a los demás el derecho a equivocarse. No se reprueba a la persona, aunque te moleste alguna de sus conductas. Por ejemplo: “En esta ocasión no saldremos de viaje, pero ya lo haremos después” (Lega et al., 2017).

La Baja Tolerancia a la frustración es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si la situación se presenta o deja, o amenaza con dejar de ocurrir, según el caso.

Para la TREC, la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano.

- Autorresponsabilidad

El ser humano es responsable de sus elecciones y acciones. No como sujetos de censura o culpa, sino como principales agentes causales en la propia vida y comportamiento, tiende a aceptar la responsabilidad de sus trastornos, de su propia existencia en lugar de echar la culpa al pasado, a los demás o a las condiciones sociales; y por sus pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales.

- **Tareas asignadas para la próxima sesión**

Para reforzar conocimientos:

- Continuar con los autorregistros de A, B y C
- Practicar la relajación todos los días, dos veces, una por la mañana y otra por la noche 15-20 minutos.

Duración: 10 minutos.

- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario.

Duración: 5 minutos.

Octava Sesión: Asertividad

Objetivo: Generar habilidades de comunicación asertiva, que permitan prevenir, mediar y resolver conflictos en relaciones interpersonales, para disminuir situaciones estresantes.

- **Revisión de tareas asignadas**

Reforzar logros conseguidos en la sesión. Pedirle al usuario que muestre su tarea (registro ABC) y preguntarle cómo fue su experiencia con la relajación.

Material: registro ABC.

Duración: 10 minutos.

- Revisar su registro de ABC
- Asertividad como estrategia para el manejo del estrés.

Generar habilidades de comunicación asertiva, que permitan prevenir, mediar y resolver conflictos en relaciones interpersonales para disminuir relaciones estresantes. Explicar la definición de asertividad, características de la conducta asertiva, pasiva y agresiva, mediante las técnicas de disco rayado y banco de niebla. Mostrarle los derechos asertivos básicos. Material: Manual con las definiciones, técnicas y derechos asertivos.

Duración: 30 minutos.

- Comunicación agresiva, pasiva y asertiva.

La conducta asertiva es expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando los derechos de esas personas y generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2008).

La conducta asertiva es:

- a) Una característica del comportamiento, no de las personas.
- b) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- c) Debe contemplarse en el contexto cultural del individuos, así como en términos de otras variables
- d) Situacionales
- e) Está basada en la capacidad de un individuo para escoger libremente su actuación.
- f) Es una característica del comportamiento socialmente eficaz, no dañino (Alberti citado en Ellis, 2002).

El objetivo de la asertividad es la comunicación y el tener y conseguir respeto.

La conducta no asertiva se caracteriza por la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos y que al expresar los propios pensamientos se haga de manera auto derrotista, con disculpas y falta de confianza. Muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. La persona no asertiva se sentirá incomprendida, mal consigo mismo. La conducta no asertiva puede desarrollar quejas psicósomáticas como dolores de cabeza y úlceras. Suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros y una ansiedad excesiva. Se sentirá insatisfecho, encontrando las relaciones con otros seres humanos fastidiosas. Estará frecuentemente haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe cómo relajarse, encuentra difícil decir “no”, son personas pasivas (Lega et al., 2002).

El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar consecuencias desfavorables. El tener que inferir constantemente lo que la otra persona quiere decir o lo que está pensando; tarea difícil que puede dar lugar a sentimientos de frustración, de molestia o ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva (Lega et al., 2002).

La conducta agresiva a menudo es deshonestamente inapropiada, viola los derechos de las otras personas. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes; incluye sarcasmos, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer forzando a la otra persona a perder. La victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar o dominar a las demás personas. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo una notable tensión en la relación interpersonal (Ellis, 2002).

La aceptación de los derechos humanos básicos es un requisito importante para el establecimiento de una filosofía asertiva. Nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales. En las relaciones sociales, entre dos iguales, ninguna persona tiene privilegios exclusivos, porque las necesidades y objetivos de cada persona tienen que ser valorados igualmente.

La falta de asertividad proviene de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales por exceso y por defecto, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. La etiqueta que le solemos poner a nuestras reacciones emocionales ante las situaciones es un producto de nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes e inconscientes.

A continuación se exponen algunas ideas más racionales y adaptativas que favorecen comportamientos asertivos:

- Si es importante dilo, pero con tacto.
- Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice.

- Es mejor ser directo y claro que ir soltando indicios sutiles.
- Cuando surge un problema con otras personas, el proceder más útil es hablarlo claramente.
- Describe la conducta ofensiva o molesta de la otra persona en términos objetivos.
- Expresa tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta o problema de una forma positiva, con calma, centrándote en la conducta molesta y no en la persona.
- Especifica de forma concreta, el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona y qué conducta estás dispuesto a cambiar para llegar a un acuerdo.
- Señala las consecuencias positivas que proporcionarás si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar.
- La crítica hacia la persona, en vez de hacia el comportamiento, deteriora a menudo las relaciones.

Derechos asertivos básicos (Caballo, 2008)

- 1 Hacer lo que se crea conveniente, sin explicaciones.
- 2.- Intentar conseguir lo mejor.
- 3.- Ser tratado con respeto.
- 4.- Decidir valores propios y estilo de vida.
- 5.- Pedir información y ayuda.
- 6.- El derecho a cambiar de opinión.
- 7.- Tener opinión propia.
- 8.- Detenerse y pensar antes de actuar.
- 9.- Cambiar de opinión.
- 10.-Equivocarse.
- 11.-Decir NO.
- 12.-Sentirse bien con uno mismo.

Técnicas de asertividad, disco rayado y banco de niebla.

Técnica: Disco Rayado

Como su nombre lo indica, esta técnica se reduce a hablar como si se fuera un disco rayado, repitiendo una y otra vez lo que se quiere decir, hasta que el otro se convenza de que la manipulación no le sirve para nada contigo. El disco rayado es una forma básica de comunicarse asertivamente, ya que la insistencia, que es la base de esta técnica, es fundamental para hacer prevalecer la propia opinión.

El disco rayado puede parecer una forma muy mecánica de comunicarse, porque está pensada prescindiendo de lo que no es esencial. En algunas situaciones este método de comunicación será el único eficaz. Para que no parezca tan mecánico puede utilizarse alguna frase como: “entiendo lo que dices, pero...”

Técnica: Banco de Niebla:

El banco de niebla se utiliza cuando alguien te critica por algo con lo que tú no estás demasiado de acuerdo, pero no puedes demostrar que lo que tú crees o piensas es lo correcto.

Normalmente se utiliza cuando el que hace la crítica intenta manipularte. El banco de niebla funciona bien porque hace tres cosas importantes: reduce el sentimiento de culpa y ansiedad que se produce cuando te critican; reduce la cantidad de críticas, ya que el que las realiza, se da cuenta que no son efectivas; y reduce el conflicto, porque no se produce un enfrentamiento, ya que no pretendes demostrar que el otro está equivocado.

La técnica del banco de niebla utiliza los argumentos del que nos critica, pero sin enfrentarnos a él directamente. Podemos utilizar expresiones del tipo: “es posible...”, “seguramente tienes razón...”, “es cierto, podría ser más...”, “posiblemente es así, pero...”.

Se realizará un modelado de la anterior técnica.

Tareas asignadas para la próxima sesión:

- Reforzar lo aprendido en la sesión.

- Continuar con registro ABC,
- Practicar las técnicas de disco rayado y banco de niebla mediante la suposición o si se llega a presentar una situación que lo amerite.

Material: registro ABC.

Duración: 10 minutos.

Continuar con el autorregistro de las tres columnas del Sistema funcional de Análisis.

Practicar las técnicas asertivas.

- Cierre de sesión:

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario sobre la sesión.

Duración: 5 minutos.

Novena Sesión: Solución de Problemas

Objetivo: Encontrar una solución eficaz a una situación problema, identificando las anteriores y las actuales situaciones estresante de la vida, enseñando al individuo a lidiar de modo más eficaz con problemas futuros.

- **Revisión de tareas asignadas**

Objetivo: reforzar los logros conseguidos en la sesión. Pedirle al usuario que muestre su tarea (Registro ABC) y preguntarle si tuvo la oportunidad de aplicar las técnicas de asertividad. Material: registro ABC.

Duración: 10 minutos.

- **Técnica de Resolución de problemas**

Enseñar al usuario un método sistemático para la resolución de problemas. Definición de resolución de problemas. Fases de la técnica y Técnica el Torbellino de Ideas. Material: Manual con definiciones y lápiz y papel. Duración: 30 minutos.

El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar al usuario un método sistemático para la resolución de problemas, con ésta técnica no se eliminan los

problemas, sino que proporciona métodos para que el usuario analice y evalúe posibles opiniones y ofrece un modo de enfocar el mundo que excluya el estrés innecesario (Ruiz et al., 2012).

El desarrollo de la teoría transaccional sobre el estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (1986, citado en Lazarus, 2000), destaca la importancia que la resolución de problemas puede tener para el manejo del estrés, pues la mayoría de conflictos son motivo de estrés y las habilidades para resolverlos están muy mediadas por variables emocionales.

Fases de la Técnica de Resolución de Problemas (D'Zurilla y Nezu, 2007 citado en Ruiz et al., 2012).

- 1.- Definir el estresor o las reacciones de estrés como un problema que se ha de resolver.
- 2.- Establecer unos objetivos realistas, expresando el problema en términos de conducta y diseñando los pasos necesarios para lograr cada objetivo.
- 3.- Generar una amplia variedad de soluciones, tantas como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la mejor solución se encuentre entre ellas.
- 4.- Imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les pidiera que trataran un problema de estrés similar.
- 5.- Ejecución y verificación de resultados. Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados.
- 6.- Intentar la solución más aceptable y factible (Meichenbaum, 1987).

Técnica: El torbellino de ideas o *brainstorming*

Consiste en emitir el máximo número de ideas, libres de críticas y de prejuicios, de esta forma aumentará la probabilidad de encontrar una solución innovadora y útil.

Tareas asignadas para la próxima sesión:

- Reforzar lo aprendido en la sesión.
- Pedirle que siga con el registro ABC.

- Aplicar la técnica “el torbellino de ideas” con algunos problemas que presente el usuario o que el usuario le ayude a alguien a resolver algún problema.
Material: Registro ABC. Técnica: Torbellino de ideas. Duración: 10 minutos.

Autorregistro del ABC

Registrar los problemas que se les presente durante una semana y la solución que le dieron.

- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario.

Duración: 5 minutos.

Décima Sesión: Autocontrol

Objetivo: Cambio de comportamiento a través de la modificación o la implantación de unas nuevas cogniciones.

- Revisión de tareas asignadas.
- Reforzar los logros conseguidos en la sesión.
- Pedirle al usuario que muestre su tarea (registro ABC) y preguntarle si tuvo la oportunidad de aplicar la técnica del torbellino de ideas.

Material: Registro ABC.

Duración: 10 minutos.

- Revisar el autorregistro del paciente.
- Autocontrol.

Enseñar al usuario estrategias para controlar o modificar su propia conducta. Dar definición de autocontrol y las etapas de éste: Autorregistro, Autoevaluación y Auto refuerzo. Entrenamiento en Auto instrucciones.

Material: Manual.

Duración: 40 minutos.

El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. El término expresa la importancia del papel de la persona como director de su propia

conducta. El autocontrol convierte a los procesos naturales que normalmente están fuera de la conciencia, son encubiertos e informales, en procedimientos que son conscientes, manifiestos y formales. Son ejemplos de autocontrol: dejar de fumar, perder peso sometiéndose a una dieta, etc.

Es importante el autorregistro, como primera etapa del autocontrol, donde la persona empieza a darse más cuenta o ser más consciente de la conducta en cuestión.

La autoevaluación es la segunda etapa del autocontrol. Conforme la persona recoge información sobre su conducta, la compara con algún patrón de referencia.

La tercera etapa es el autorrefuerzo por medio de la recompensa y el castigo. Consiste en seleccionar y programar la autoaplicación a la ejecución de una conducta apropiada de un refuerzo agradable y en el caso de no ejecutar una conducta apropiada utilizar un castigo.

- Entrenamiento en Autoinstrucciones. “Lo que uno se dice a sí mismo” antes de iniciar la actuación. Se puede cambiar el comportamiento del sujeto mediante un procedimiento de cambio de sus propias verbalizaciones.

- **Tareas asignadas para la próxima sesión:**

Reforzar lo aprendido en la sesión. Autorregistro ABC. Hacer una lista de las cosas que más le gusta hacer y las que más le disgusta (para el autorrefuerzo).

Material: Registro ABC y hoja en blanco para la lista.

Duración: 5 minutos.

- Continuar con el autorregistro del ABC.
- Hacer una lista de las cosas que más le gusta hacer y de las que más le disgustan.
- Cierre de Sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntar al usuario si tiene alguna duda o comentario.

Duración: 5 minutos.

Onceava Sesión: Reestructuración Cognitiva.

Objetivo: Identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan.

Revisión de tareas asignadas

- Reforzar los logros conseguidos en la sesión.
- Pedirle al usuario que muestre su tarea (registro ABC) y
- Revisar la lista de las cosas que más le gustan y le disgustan.

Material: Registro ABC y lista.

- Duración: 10 minutos.
- Revisar el autorregistro del paciente
- La reestructuración cognitiva aborda la producción del estrés y el sesgo en el procesamiento de la información.
- Identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos.
- Explicar qué es la reestructuración cognitiva.
- Hacer que el usuario sea consciente del papel que juegan las cogniciones y las emociones en el mantenimiento del estrés.

Material: Manual.

Duración: 20 minutos.

Los métodos de reestructuración cognitiva, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos. El objetivo de la reestructuración cognitiva es hacer que los usuarios sean conscientes del papel que juegan las cogniciones y las emociones en la potenciación y mantenimiento del estrés.

El primer paso consiste en aumentar el darse cuenta del usuario sobre los procesos de pensamiento que a menudo existen como pensamientos automáticos, pensamientos de los que el paciente no suele tener conocimiento.

En el segundo paso se recogen evidencias a favor y en contra de las cogniciones y compara las contradicciones y las incongruencias entre la información y los propios pensamientos del usuario para una posterior exploración de la validez de los procesos cognitivos de éste.

En el tercer paso se reemplazan los pensamientos funcionales por los disfuncionales. Se le ayuda a desarrollar sus propios pensamientos adaptativos, de afrontamiento. Que se den cuenta que sus pensamientos y conclusiones son la mayoría de las veces inferencias, no hechos.

- Utilizar el Debate para cambiar las filosofías básicas creadoras de perturbaciones.

Técnicas de debate. Que el usuario aprenda las técnicas de debate para reemplazar las creencias rígidas e inflexibles, cuestionando las creencias y emociones irracionales. Enseñar las técnicas de debate: Debate funcional (Socrático), Debate empírico, Debate lógico y Debate filosófico.

Material: Manual. Duración: 20 minutos

El Debate es el método más conocido. (Cognitiva)

Es un enfoque activo para ayudar a los usuarios a evaluar la utilidad y eficacia de las creencias. Les permitirá identificar, discutir y reemplazar las creencias rígidas e inflexibles, que causan problemas.

- El propósito de los **debates funcionales** es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias y de las emociones que las acompañan. Esto implica evaluarlo para descubrir si la creencia, conducta o emoción está ayudando al usuario a alcanzar sus objetivos de vida. Las preguntas típicas son: “¿Le está sirviendo de ayuda?”, “¿Cómo afecta su vida pensar de ese modo?”.
- Mediante el estilo **Socrático** directo de hacer preguntas, se puede ayudar al usuario a examinar minuciosamente las creencias que se sospecha que están provocándole problemas evitables. Se hace la pregunta: ¿Dónde está la evidencia?
- Los **debates empíricos** están orientados a evaluar los hechos objetivos de las creencias del paciente; a comprobar si la creencia específica es

compatible con la realidad social. Las preguntas son: “¿Dónde está la evidencia?”, “¿Dónde está la prueba de que esto es exacto?” y “¿Dónde está escrito?”. Es importante separar las preocupaciones racionales de las creencias y temores irracionales.

- Los **debates lógicos** se centran en cuestionar el salto ilógico que el usuario está haciendo en su pensamiento irracional de los deseos o preferencias a las exigencias. Sólo porque él quiera que algo ocurra o sea de una manera determinada, no significa que necesariamente lo sea. Se pregunta: “¿Cómo se entiende que sólo porque a usted le gustaría que esa cosa fuera cierta y fuera muy conveniente, deba serlo?” y “¿Dónde está la lógica de que Y deba seguir a X?”, “¿Se deduce de algo?”.
- El **debate filosófico** trata el tema de la satisfacción por la vida. El usuario se centra tanto en el problema identificado que habrá perdido la perspectiva de otras áreas de su vida. Es importante que se practique el debate fuera de las situaciones estresantes. Cuando se está bajo tensión se vuelve hacia modelos sistemáticos de pensamiento; si los usuarios sólo intentan debatir en estas situaciones, tendrán menos éxito. Se pregunta: “¿Por qué no debo actuar o sentirme así, de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia, es decir, por qué tengo que obtener algo, tener la garantía de que voy a sentirme cómodo, simplemente por desearlo con fuerza?”.

Consiguiendo un nuevo Efecto o filosofía:

El resultado final de la TREC consiste en que el usuario consiga un nuevo Efecto (E) o filosofía que lo capacite a pensar semiautomáticamente sobre él mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más realista en el futuro.

- **Tareas asignadas para la próxima sesión:**
- Reforzar lo aprendido en la sesión.
- Identificar los pensamientos, conductas y emociones antes, durante y después de la situación que provoca estrés con base en el registro ABC.
- Enlistar las estrategias que ayudarían a evitar recaídas.

Material: Registro ABC y hoja en blanco para la lista de estrategias.

Duración: 5 minutos.

- Cierre de sesión.

Aclarar dudas y dar retroalimentación. Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario.

Duración: 5 minutos.

Doceava Sesión: Cierre terapéutico

Objetivo: Prevenir recaídas

- Revisión de tareas asignadas

Valoración de avances terapéuticos con base en los autorregistros ABC.

Reforzar los logros conseguidos en la sesión y valoración de avances terapéuticos con base en los registros ABC. Pedirle al usuario su registro ABC y valorar si ha habido alguna evolución favorable consultando todos los registros. Material: todos los registros ABC.

Duración: 5 minutos.

- Aplicar Escala de Apreciación del Estrés (Postest).

Conocer el grado de estrés que presenta el usuario después de recibir terapia.

Se aplicará una escala de apreciación del estrés en donde el usuario contestará una serie de preguntas relacionadas con el estrés cotidiano que presenta.

Duración: 30 minutos.

- Cierre terapéutico. Preparar al usuario para el término de la terapia. Revisar listas de situaciones que le provocan estrés y estrategias encontradas por el usuario y comprobar si las herramientas obtenidas por el paciente le ayudarán en un futuro al manejo del estrés.

Duración: 5 minutos.

- Mantenimiento y Prevención de Recaídas

Realizar un ejercicio de imaginación personalizado que le provoque estrés y solicitarle que con las técnicas y herramientas adquiridas durante las sesiones, lo resuelva.

Material: ejemplo tomado de uno de los registros ABC. Duración: 10 minutos.

- Cierre y despedida.

Disminuir el estrés que el ejercicio anterior pudo haber provocado

Ejercicio corto de respiración diafragmática para terminar la sesión.

Duración: 5 minutos.

- Concluir con las sesiones de la terapia.
- Aclarar dudas y dar retroalimentación.
- Preguntarle al usuario cómo se sintió durante las 12 sesiones, qué fue lo que más le ayudó y saber si tiene alguna duda o comentario.
- Aclarar que existe la opción de citar a un usuario cada dos o tres semanas, después cada mes y finalmente una o dos veces por año para evitar recaídas. O si lo cree conveniente, terminar con esta sesión.

Duración: 10 minutos.

Conclusiones

Después de haber revisado la información para elaborar esta propuesta, llegué a la conclusión de que en la actualidad el estrés es uno de los factores que impactan negativamente en la salud de los seres humanos y con el que nos vemos obligados a vivir en el día a día, sobre todo en las grandes ciudades.

En mi opinión este *mal moderno*, puede disminuir basándose en la teoría elaborada por Albert Ellis quien enarbola la Terapia Racional Emotiva, la cual afirma: “no nos perturban las cosas, sino la interpretación que hacemos de ellas”.

Ahora bien, las causas del estrés son muy variadas y pueden ser internas y externas y lo más importante es la percepción que las personas tienen sobre los diferentes eventos.

Las personas viven con Distrés y Eutrés a lo largo de su vida, sin embargo como se hizo mención en el cuerpo del presente trabajo; del Eutrés se pueden sacar situaciones positivas, lo cual no ocurre con el Distrés que es el elemento de discordancia mental que conduce a la enfermedad.

La TREC, al poner de manifiesto que las personas crean su propio estrés debido a las ideas o creencias irracionales que tienen, propone que a través del discutir y debatir dichas ideas contraproducentes; el usuario las reconozca, las examine y por fin las cambie por nuevas creencias adaptativas.

La TREC es un proceso de reeducación que implica un cambio en la forma de pensar, sentir y de actuar.

La propuesta se basa en: La Terapia Racional Emotiva, con las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, modelo ABC, Autocontrol, Comunicación Asertiva, Solución de Problemas y el Debate; las cuales ayudarán a las personas que sufren estrés agudo a disminuirlo y crear como último fin una filosofía propia con base en la adaptabilidad al mundo que nos rodea.

En cuanto a las limitaciones, debido a que no se ha aplicado la propuesta terapéutica del presente trabajo, no se pueden concluir resultados específicos y es necesario investigar si las técnicas expuestas cumplen el objetivo esperado.

Las ventajas que puedo mencionar al elaborar este trabajo, es que se puede aplicar de manera individual y grupal y con suficiente práctica se puede convertir en un buen hábito para llevarlo a cabo en cualquier lugar y a cualquier hora que se requiera.

Si bien existe un sinnúmero de terapias psicológicas que podrían coadyuvar para disminución del estrés creo que la TREC, es una de las terapias que pueden tener más impacto de forma más breve, además de que esta terapia es más abierta en cuanto a emplear otras técnicas de apoyo tales como la relajación y asertividad.

Otras de las ventajas de esta terapia es que, es fácil de asimilar para el usuario y para el terapeuta sencillo de aplicar. De esta manera, el usuario, al obtener resultados eficaces y de manera rápida, corre menor riesgo de desertar a su proceso de sanación. Aunado a lo anterior, durante este proceso se le otorga al usuario una serie de herramientas basadas en el discurso interno que propone que el sujeto sea auto reflexivo y que con ello logre obtener un cambio sustancial en su forma de pensar el cual impactaría en su vida diaria.

Bibliografía:

- Association, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* 5ª edición. Madrid: Médica Panamericana
- Beck, J. (2008). *TERAPIA COGNITIVA, Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: GEDISA.
- Caballo, V. (2008, quinta reimpression). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cano-Vindel, A. (15 de 01 de 2019). *Técnicas cognitivas contra el estrés*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/48425184/>:
<http://es.scribd.com/doc/48425184/tecnicas-cognitivas-contra-el-estres#>
- Caro, I. (2007). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2018, Reseña, Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao.
- Cerezo, S. H. (2009, p. 85-93). *Efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica*. Obtenido de RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo:
<https://www.redalyc.org./pdf/7981/79814903008.pdf>
- Cruz, G. (2018). *Desestigmatizando la función del Estrés*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. UNAM, 604-620.
- Dumont, F. &. (2003). *Seis Terapeutas y un paciente*. México: Manual Moderno.
- Ellis A., &. A. (1980 1a. edición. , 2005 Novena reimpression). *Terapia Racional-Emotiva (TRE) Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: PAX MEXICO.
- Ellis, A. &. (2007 reimpression). *Las Relaciones con los demás*. España: Océano Ámbar.
- Ellis, A. &. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Ellis, A. &. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva Volumen 2. Versión española de: Catalán Frías María José y Gonzále Diez*. New York: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona, Buenos Aires, México: PAIDÓS.
- Frank Dumnot, R. J. (2003). *Seis Terapeutas y un paciente*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Friedberg, R. &. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Barcelona, España: PAIDÓS.

- González, J. &. (02 de 04 de 2019). *Instituto de Psicoterapia & Investigación Psicosomática*. Obtenido de La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe:
http://psicoter.es/dmdocuments/83_A032_02.pdf
- Guarino, L. (2013) *Mediación moderada, sensibilidad emocional y afrontamiento en el contexto del estrés*. Pensamiento Psicológico, Vol.11, Núm. 1, 141-159.
- Holst, F. &. (2010). *Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC*. Obtenido de Revista Costarricense de Psicología. Vol. 29 Número 43, pp. 35-46:
<http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v29i43.03>
- Ibáñez, E. &. (2012). *Terapia Racional Emotiva: Una revisión actualizada de la investigación*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, UNAM, Vol. 15, Núm. 4,, 1454-1475.
- Interconsulting Bureau S.L.-ICB Editores. (2015). *Inteligencia emocional, Control del estrés*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción*. España: Biblioteca de Psicología, Desclée de Brower.
- Lega, L. C. (1998 segunda edición). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Lega, L. C. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual, una versión teórico-práctica actualizada*. Barcelona, España: Espasa, Libros, S.L.U., Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S.L.U., primera edición en libro electrónico: mayo de 2017. www.planetadelibros.com.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor. (2014). México: Médica Panamericana.*
- Matthew McKay, M. D. (1998). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés, 9 páginas*. España: Martínez Roca, S.A.
<https://es.scribd.com/doc/48425184/tecnicas-cognitivas-contra-el-estres#>, cargado por Francisco Bengochea.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Miyar, M. V. (2016). *El estrés desde la Biología hasta la Clínica*. España: Siglantana, S.L.

- Mondragón, V. (27 de diciembre de 2010). *México ocupa segundo lugar en sufrir estrés*. <https://www.excelsior.com.mx/node/699417>. México ocupa segundo lugar en sufrir estrés.
- Muro, R. M. (2004). *Entrenamiento en Inoculación de estrés: una opción terapéutica*. Medicentro, Núm. de revista 8, Vol. 2, Instituto de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, 1-3.
- Naranjo, P. M. (2009). *Revisión Teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. *Educación*, vol. 33, núm. 2, Universidad de Costa Rica, San Pedro Montes de Oca, Costa Rica, 171-190.
- Nasio, J. D. (1996). *Grandes Psicoanalistas*. Barcelona: gedisa.
- Olivares, J. &. (4a. edición 2005). *Psicología, Técnicas de Modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 1998,1999,2001 y 2005.
- Plascencia, D. R. (2016). *Estrés: El desafío de Vivir Hoy*. Ciudad de México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Aragón.
- Poijula, M. B. (2015). *Manual de tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático*. España: Desclee.
- Ramos, J. (2011). epints.es/12539/1/t32912.pdf (2011). *El efecto del estrés y del rasgo de ansiedad en el procesamiento de la información amenazante (tesis de pregrado)* Universidad Complutense de Madrid.
- Rea, C. I. (16 de Agosto de 2010). Seminario: *Introducción a la Terapia Racional Emotiva*, UNAM. México, D.F., México.
- Refugio, C. V. (2010). *Intervención en crisis de segundo Orden con Terapia Racional Emotiva para Hombres que ejercen violencia contra su Pareja*. Ciudad de México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Renaud, C. M. (2012). *El Estrés y su Relación con Ansiedad en Población Metropolitana*. Los Reyes Iztacala, Estado de México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztaala.
- Reyes, L. I. (2012). *El estrés como un factor de riesgo en la salud: análisis diferencial entre docentes de universidades públicas y privadas*. *Revista Digital Universitaria*. [revista.unam.mx](http://www.revista.unam.mx). Sitio web:<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art78/inde.html>.
- Rivadeneira, C. D. (2013). *Algunas puntualizaciones sobre el estrés*. *Revista de la Terapia Cognitivo Conductual CETECIC, Centro de Terapia Cognitiva Conductual y Ciencias del Comportamiento*. Revista en línea <http://revista.cognitivoconductual.org/> Vol. 23, 1-7 .

- Rodríguez, L. M. (2018). *La Terapia Racional Emotiva (TRE) Una Alternativa para Elevar el Sentido de Vida de los Jóvenes Adultos con Neurosis Depresiva*. Ozumba, Estado de México: Universidad Alzate de Ozumba.
- Ruiz, A. D. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Sandín, B. (2003). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 3, núm.1, Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España., 141-157.
- Shermeyer, L. M. (2018). *Enfrentamiento diario, estado de ánimo y calidad de vida de los estudiantes universitarios: beneficios de la participación centrada en el problema*. Wiley, Online Library, <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.1002/smi.2847> Vol. 28, 297-304.
- Sierra, J. V. (2003). Ansiedad, Angustia y Estres, tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar & Subjetividad/Fortaleza V III*, Núm. 1, 10-59.
- Suárez, J. M. (2015). *Terapia Racional Emotiva y Atención Plena para el Tratamiento de Ansiedad y Depresión en Adultos*. Ciudad Universitaria, Ciudad de México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Toro Tobar, R. A. (2014). *Ellis y el Constructivismo: una perspectiva crítica sobre la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Tesis psicológica, Vol. 9- Núm. 1, 164-177.

Anexos

Anexo 1

CONTRATO TERAPEUTICO

El presente documento da cuenta del compromiso que establecen a partir del día _____ del mes _____ de _____, con el fin de brindar la atención psicológica y de orientación que requiera _____
Para ello, de común acuerdo se ha llegado a los siguientes convenios:

1. Las sesiones se llevarán a cabo de manera (semanal/quincenal) _____ los días _____ a las _____ hrs., teniendo una duración de _____ min.
2. El costo de las sesiones será de _\$_____, mismo que será cubierto de manera _____ (semanal/ quincenal/ mensual) _____.
3. En caso de no ser posible su asistencia, el usuario se compromete a cancelar la sesión con por lo menos 24 hrs de anticipación o bien en cuanto sepan que no podrán asistir. De no ser así, queda establecido que la sesión tendrá el costo acordado a pesar de que ésta no se haya llevado a cabo.
4. El (la) terapeuta se compromete, de la misma forma, a avisar con tiempo (por lo menos 24 hrs. de anticipación dentro de lo posible) si es él (ella) quien tiene que cancelar la sesión. En este caso, el costo de la sesión no se cobrará. De no avisar a tiempo, el (la) terapeuta será quien deberá reponer la sesión otro día.
5. En caso de que sea posible, la sesión que sea cancelada, podrá cambiarse para otro día y horario, mismo que el usuario y el (la) terapeuta acordarán; comprometiéndose a cumplir de manera puntual con su asistencia y pago.
6. El (la) terapeuta se compromete a mantener la confidencialidad de los datos que el usuario proporcione, así como de aquellos que surjan durante las sesiones. Siempre se manejarán con ética y profesionalismo, comprometiéndose con el caso.
7. De igual forma, el usuario se compromete a proporcionar información verídica y precisa sobre la problemática a tratar y sobre aquellos asuntos que tanto el usuario como el terapeuta consideren importantes.
8. De ser necesario, el presente contrato podrá ser modificado y adecuarse si ambas partes están de acuerdo.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Nombre y firma del usuario: _____

Nombre, cédula profesional
y firma del (la) terapeuta: _____

Anexo 2

Nombre del usuario: _____

Fecha: _____

PROBLEMÁTICA POR ÁREAS

Biológica	Cognitiva
Emotiva	Conductual

Anexo 3

SESION 1

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Presentación y encuadre	Establecer rapport	Establecer una buena comunicación, entrar en sincronía con el usuario, así como desarrollar empatía hacia éste.		
	Indagar Motivo de consulta.	Preguntar al usuario qué lo ha motivado para asistir a terapia	Hoja de motivo de consulta	20 min
	Explicar el tipo de terapia que se va a utilizar y cómo le ayuda al usuario	Explicar brevemente en que consiste la Terapia Racional Emotiva, sus orígenes y técnicas que se proporcionarán	Manual	10 min
	Clarificar horarios de entrada; tiempo de tolerancia, y cancelación	Hablar con el usuario sobre la hora de entrada, cuanto tiempo tiene de tolerancia, posibilidad de cancelación de cita sólo con previa anticipación de 24 horas en días laborales y pagos.	Ninguno	10 min
	Expectativas terapéuticas del usuario.	Preguntarle al usuario que es lo que espera conseguir con la terapia.	Ninguno	10 min
	Firmar carta compromiso	El usuario y el terapeuta deberán llenar y firmar una carta compromiso, en donde se aclararán algunos puntos antes vistos, tales como los horarios, pagos, cancelación de las sesiones, entre otros.	Formato de carta compromiso	5 min
Cierre de sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario y dar retroalimentación de lo antes visto en sesión	Ninguno	5-10 min

SESION 2

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Historia clínica	Conocer datos de identificación, antecedentes familiares, datos médicos, así como otros datos de interés	El usuario, deberá contestar una serie de preguntas referentes a salud en general, escolaridad, cuestiones sociales y familiares, etc.	Formato de Historia clínica	1 hora- 2 horas
	Recopilación de información del paciente en problemáticas por Áreas	Separar por áreas la problemática *Biológica (problemas físicos). *Cognitiva (pensamientos irracionales). *Emotiva (Ira, tristeza, etc.). *Conductual (impulsividad, agresividad, imitar actitudes, etc.).	Formato de Problemática por áreas	
Cierre de sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario y dar retroalimentación de lo visto en sesión	Ninguno	5-10 min

SESION 3

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Aplicación de la escala de apreciación del estrés Escala General de Estrés (Pre-Test)	Conocer el grado de estrés que presenta el usuario antes de recibir terapia.	Se aplicará una Escala de Apreciación del Estrés, en donde el usuario contestará una serie de preguntas relacionadas con el estrés cotidiano que presenta.	Escala de Apreciación del Estrés	30 min
Estrés	Conocer que conceptos tiene el usuario sobre lo que es el estrés, así como explicar brevemente la definición	Preguntarle al usuario como concibe el estrés y como se manifiesta ésta en su vida diaria.	Manual con definiciones de Estrés	20 min
Cierre de sesión	Aclarar dudas y retroalimentación	Preguntar al usuario si hay alguna duda o comentario y dar una pequeña retroalimentación de lo visto en sesión	Ninguno	10 minutos

SESION 4

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Modelo ABC	Comprender el modelo ABC	Explicación del Sistema Funcional de Análisis (Con la finalidad de iniciar autorregistro por el paciente), ¿Qué es? ¿Para qué sirve?	Formato ABC	20 min
	Como trabajar con el Modelo ABC	Pedirle al usuario que narre un acontecimiento estresante, que explique el lugar y la hora en la que se encontraba, después como se sintió y que conductas presentó con este acontecimiento, (solo explicar A y C del formato y comentarle que la B la trabajarán en la próxima sesión) e ir llenando el formato	Formato ABC	20 min
Tarea	Que el usuario aprenda a llenar el formato con diferentes acontecimientos estresantes	Se le pedirá al usuario que cuando presente un acontecimiento estresante comience a llenar el formato (Solo A y C)	Formato ABC	5 min
Cierre de sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Verificar que el usuario haya comprendido lo que es el modelo ABC y la tarea que tiene que realizar	Ninguno	5 min

SESIÓN 5

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisar Tarea	Verificar que el usuario haya adquirido el conocimiento del modelo ABC, manejando correctamente la A y C	Preguntarle al usuario como se sintió a la hora de llenar el formato y revisar juntos cada uno de los acontecimientos y las consecuencias	Formato llenado por usuario	5 min
Creencias Racionales e Irracionales (B)	Que el usuario aprenda a distinguir entre una creencia racional y una irracional	Explicar y dar definición de creencias, pensamientos, ideas y emociones racionales e irracionales, enfocándonos en las irracionales y ejemplificando con los “debo” y los “tengo que”	Manual con las definiciones	15 min
		Explicar la parte B del formato y dar ejemplo de creencias irracionales	Ninguno	5 min
	Con base en su registro identificar las creencias irracionales	Que el usuario comience a llenar la parte B del formato que presentó como tarea.	Registro ABC de usuario	10 min
Tarea	Que el conocimiento de las creencias irracionales se haya adquirido de manera correcta	Pedirle al usuario que ahora llene la parte B del formato ABC	Registro ABC del usuario	5 min
Cierre de sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntar si hay alguna duda o comentario y verificar que el usuario haya comprendido de manera correcta la definición de creencias irracionales, así como el llenado en la parte B	Ninguno	5 min

SESIÓN 6

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tarea	Verificar que el usuario haya aprendido de manera correcta el llenado del formato ABC, principalmente la parte B, de las ideas, creencias, pensamientos o emociones irracionales	Se le pedirá al usuario que platique sobre las creencias, pensamientos, ideas o emociones irracionales que escribió en su registro	Formato ABC del usuario	5- 10 min
Valía Personal	Que el usuario aprenda a aceptarse incondicionalmente	Se le explicará la definición de valía personal o método de aceptación incondicional	Manual	10 min
Técnica de respiración	Que el usuario aprenda el control de la respiración y automatizarlo en episodios de estrés	Se le explicaran ejercicios de respiración, comentando quien es la persona que creo esta técnica y cuál es el objetivo de cada uno de éstos, el terapeuta modelará cada uno de los ejercicios para después pedirle al usuario que los reproduzca.	Manual (Técnicas de modificación de conducta)	15 min
Tareas	<p>Que el usuario aprenda a reconocer que cualidades lo hacen valioso</p> <p>Continuar con el registro ABC</p> <p>Realizar la técnica de relajación aprendida durante la sesión</p>	<p>Se le pedirá que anote 5 cualidades que piense él que lo hacen valioso</p> <p>Pedir que se continúe con el registro ABC de esa semana</p> <p>El usuario debe realizar la técnica de relajación dos veces al día por 15 minutos</p>	<p>Hoja en blanco para anotar y pluma</p> <p>Registro ABC</p>	10 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESIÓN 7

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tareas	Reforzar los logros conseguidos en las sesiones	Pedirle al usuario que muestre su registro ABC y preguntarle cómo fue su experiencia con la respiración	Registro ABC Hoja con 5 cualidades	10 min
Técnicas de relajación	Que el usuario adquiriera técnicas de relajación para disminuir el estrés	Se le proporcionará un pequeño manual con imágenes e instrucciones sobre el modelo de relajación propuesto por Jacobson	Manual del modelo propuesto por Jacobson	15 min
Alta y baja tolerancia a la frustración	Que el usuario reflexione sobre las ventajas que se obtienen al desarrollar alta tolerancia a la frustración	Explicar que es el alta y la baja tolerancia a la frustración, tomando como ejemplo algún dato de su registro ABC	Manual	10 min
Tareas	Reforzar conocimientos	Continuar con registros ABC Practicar la relajación todos los días por la mañana y por la noche de 15 a 20 min	Registro ABC Manual de relajación	10 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESIÓN 8

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tareas asignadas	Reforzar los logros conseguidos en la sesión	Pedirle al usuario que muestre su tarea (Registro ABC) y preguntarle cómo fue su experiencia con la relajación	Registro ABC	10 min
Asertividad	Generar habilidades de comunicación asertiva, que permitan prevenir, mediar y resolver conflictos en relaciones interpersonales para disminuir situaciones estresantes	Explicar la definición de asertividad, características de la conducta asertiva, pasiva y agresiva mediante las técnicas: "Disco Rayado" y "Banco de Niebla". Mostrarles los derechos asertivos básicos	Manual con las definiciones y técnicas. Hoja con los derechos básicos	30 min
Tareas	Reforzar lo aprendido en la sesión	Continuar con registro ABC Practicar las técnicas de asertividad (Disco rayado y/o banco de niebla) mediante la suposición o si se llega a presentar una situación que lo amerite	Registro ABC	10 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESION 9

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tareas	Reforzar los logros conseguidos en la sesión	Pedirle al usuario que muestre su tarea (Registro ABC) y preguntarle si tuvo la oportunidad de aplicar las técnicas de asertividad	Registro ABC	10 min
Resolución de problemas	Enseñas al usuario un método sistemático para la resolución de problemas	Definición de resoluciones de problemas Fases de la técnica Técnica: "el torbellino de ideas"	Manual Lápiz y papel	30 min
Tareas	Reforzar lo aprendido en la sesión	Pedirle que siga con el registro ABC Aplicar la técnica: "El torbellino de ideas" con algunos problemas que presente y/o ayudarle a alguien a solucionar algún problema utilizando esta técnica	Registro ABC Técnica: "El torbellino de ideas"	10 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESIÓN 10

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tareas	Reforzar los logros conseguidos en la sesión	Pedirle al usuario que muestre su tarea (Registro ABC) y preguntarle si tuvo la oportunidad de aplicar la técnica “del torbellino de ideas”	Registro ABC	10 min
Autocontrol	Enseñar al usuario estrategias para controlar o modificar su propia conducta	Dar definición de autocontrol y las etapas de éste: *Autorregistro *Autoevaluación *Autorrefuerzo Entrenamiento en Autoinstrucciones	Manual Manual	40 min
Tareas	Reforzar lo aprendido en la sesión	Autorregistro ABC Hacer una lista de las cosas que más le gusta hacer y de las que más le disgustan (para el autorrefuerzo)	Registro ABC Hoja en blanco para el registro	5 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntar al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESIÓN 11

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
Revisión de tareas	Reforzar los logros conseguidos en la sesión	Pedirle al usuario que muestre su tarea (Registro ABC) y revisar la lista de las cosas que más le gustan y disgustan	Registro ABC Lista	10 min
Reestructuración cognitiva	Identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos	Explicar que es la reestructuración cognitiva. Hacer que el usuario sea consciente del papel que juegan las cogniciones y las emociones en el mantenimiento del estrés.	Manual	20 min
Técnicas de Debate	Que el usuario aprenda las técnicas de debate para replazar las creencias rígidas e inflexibles, cuestionando las creencias y emociones irracionales.	Enseñar las técnicas de debate: *Debate Funcional (socrático) *Debate Empírico *Debate lógico *Debate filosófico	Manual	20 min
Tareas	Reforzar lo aprendido en la sesión	Identificar los pensamientos, conductas y emociones antes, durante y después de la situación que provoca estrés, con base en el registro ABC Enlistar las estrategias que le ayudarían a evitar recaídas	Registro ABC Hoja en blanco para la lista de estrategias	5 min
Cierre de la sesión	Aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario si tiene alguna duda o comentario	Ninguno	5 min

SESION 12

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN
Revisión de tareas y valoración de avances terapéuticos	Reforzar los logros conseguidos en la sesión y valoración de avances terapéuticos con base en los registros ABC	Pedirle al usuario su registro ABC y valorar si ha habido una evolución favorable consultando todos los registros ABC	Todos los registros ABC	5 min
Evaluación (postest) Escala de Apreciación del Estrés	Conocer el grado de estrés que presenta el usuario después de recibir terapia	Se aplicará una Escala de Apreciación del Estrés, en donde el usuario contestará una serie de preguntas relacionadas con el estrés cotidiano que presenta	Escala de Apreciación del Estrés	30 min
Cierre terapéutico	Preparar al usuario para el término de la terapia	Revisar listas de situaciones que le provocan estrés y las estrategias encontradas por el usuario así como comprobar si las herramientas obtenidas le ayudarán en un futuro al manejo del estrés	Listas de estrategias	5 min
	Mantenimiento y prevención de recaídas	Desarrollar un ejercicio de imaginación personalizado que le provoque estrés y solicitarle que con las técnicas y herramientas adquiridas durante las sesiones lo resuelva	Ejemplo tomado de uno de los registros ABC	10 min
	Disminuir el estrés que el ejercicio anterior pudo haber provocado	Ejercicio corto de respiración para terminar con la sesión	Ninguno	5 min
Cierre y despedida	Concluir con las sesiones de la terapia, aclarar dudas y dar retroalimentación	Preguntarle al usuario como se sintió durante las 12 sesiones, que fue lo que más le ayudó y saber si tiene alguna duda o comentario además de aclarar que existe la opción de acudir cada dos o tres semanas y después cada mes y finalmente una o dos veces por año o si lo cree conveniente terminar con esta sesión.	Ninguno	10 min

Anexo 4

Registro ABC

Nombre: _____

Hora/Lugar	A Acontecimiento	B Creencia o pensamiento	C Consecuencia ¿Cómo me siento?

Técnica de Relajación General

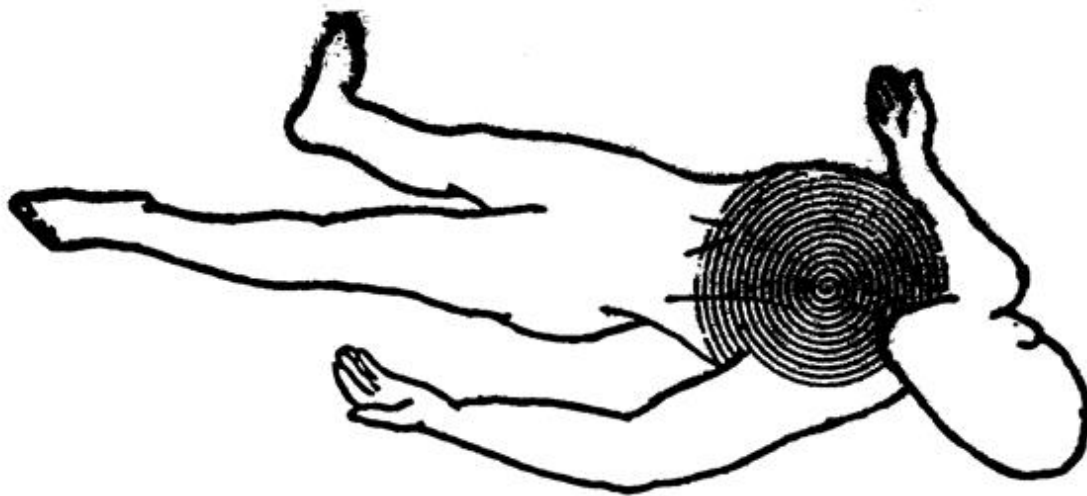
La relajación se debe llevar a cabo en una habitación silenciosa y en penumbra, utilizando un sillón cómodo, llevar ropa cómoda y suelta, quitarse gafas y cualquier objeto que permita libertad de movimientos. Evitar interrupciones y ruidos.

Jacobson (1938), argumentó que las principales acciones terapéuticas del sistema de relajación neuromuscular consisten en que el sujeto aprenda la diferencia entre la tensión y la relajación; y así desarrollar una conciencia neuromuscular. Esta técnica está basada en la contracción y relajación progresiva de grupos musculares, basada en la percepción de estados de contracción muscular seguida de la percepción de estados de relajación muscular.

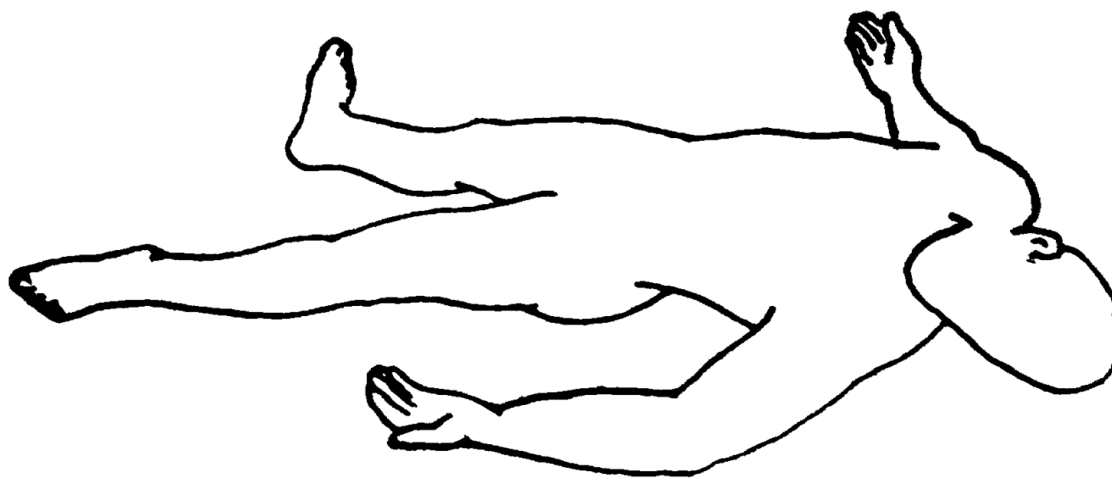
El proceso a seguir es el siguiente:

Respire Tranquilamente, sienta su respiración... cálmese.

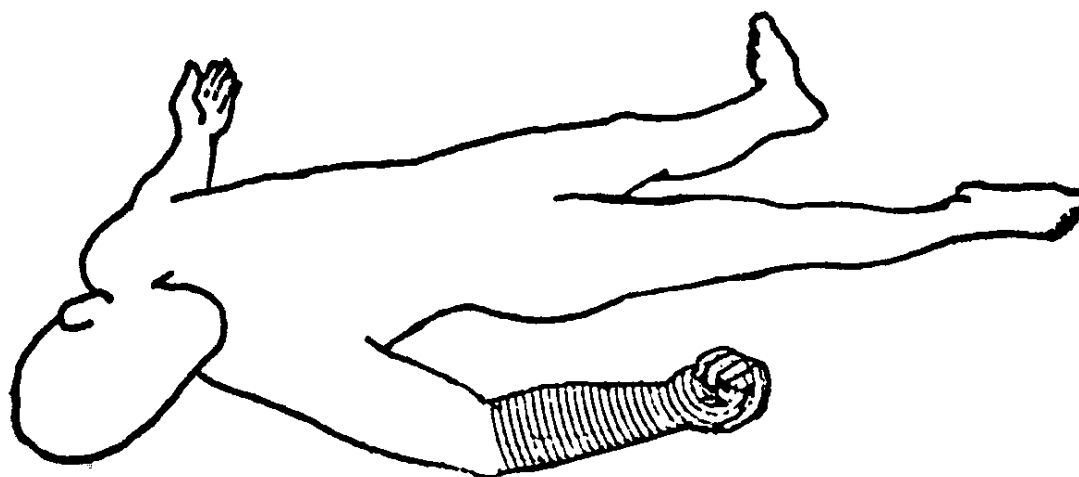
Ahora respire profundamente, retenga el aire por un momento, trate de sentir la presión en su tórax.



Poco a poco saque el aire, sienta como al ir sacando el aire usted se está relajando.
Observe como su respiración se va haciendo suave y rítmica.



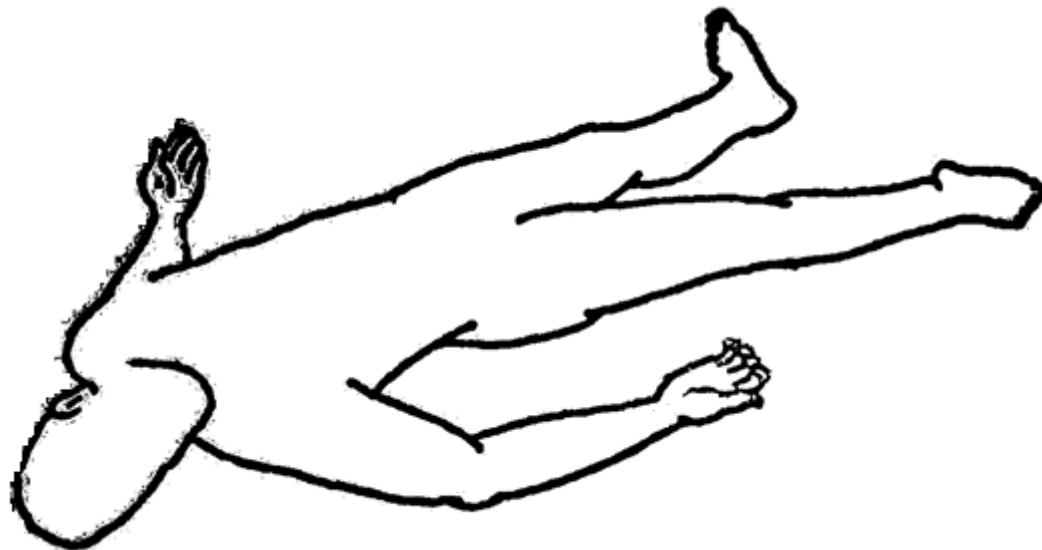
Ahora centre su atención en la mano y antebrazo derecho, y lentamente vaya empujando su mano, aumentando la fuerza cada vez más y más...
Manténgala por un momento poniendo atención en los dedos, la mano, la muñeca y antebrazo.



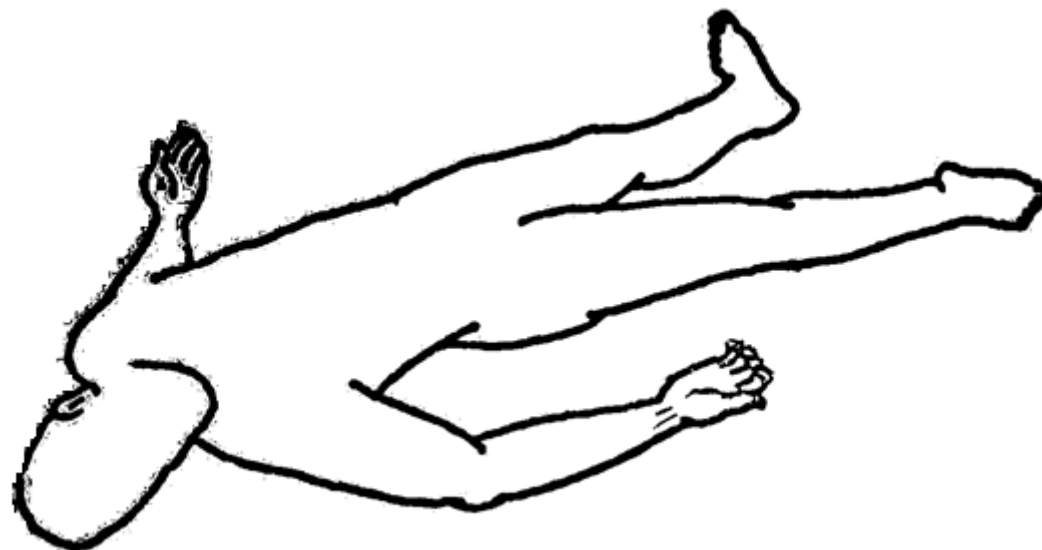
Ahora ¡Relájese!

Sienta como su mano y antebrazo se van aflojando y debilitando...

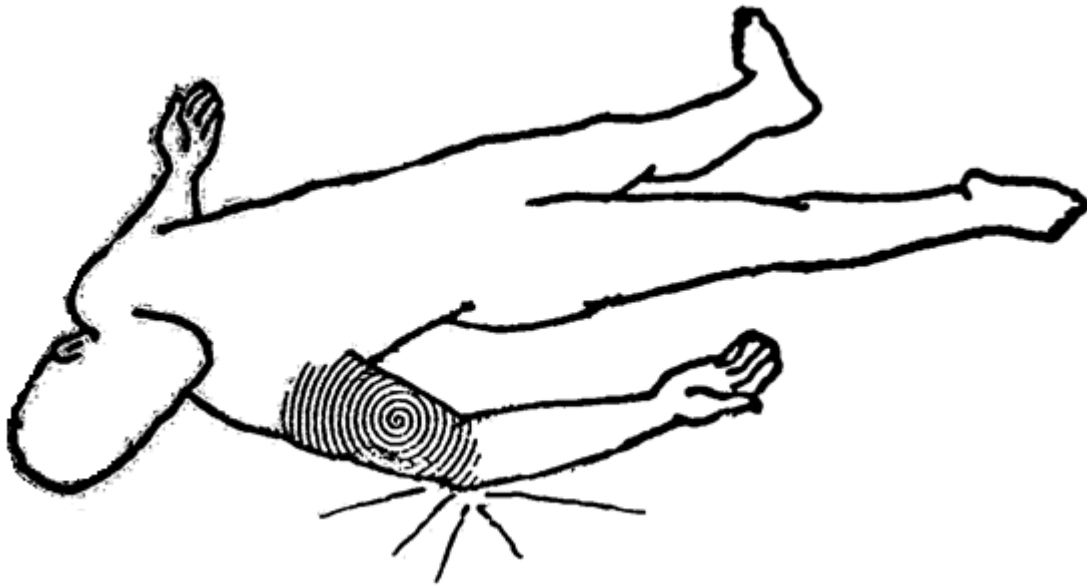
Continúe aflojando su mano y antebrazo.



Ahora centre su atención en la parte superior del brazo derecho, mientras sigue aflojando su mano y antebrazo. Empiece a apretar el brazo presionando la cama con el codo.



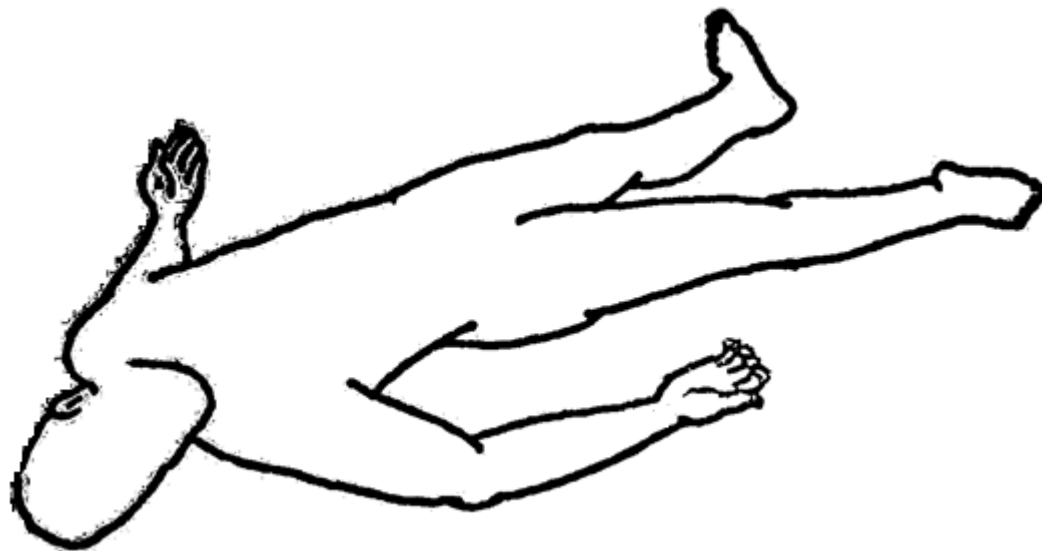
Apriete cada vez más y más... Mantenga apretado. ¡Siéntalo!



Ahora ¡Relájese!

Sienta fluir la relajación en la parte superior de su brazo. Sienta como empieza a perder fuerza al aflojarse.

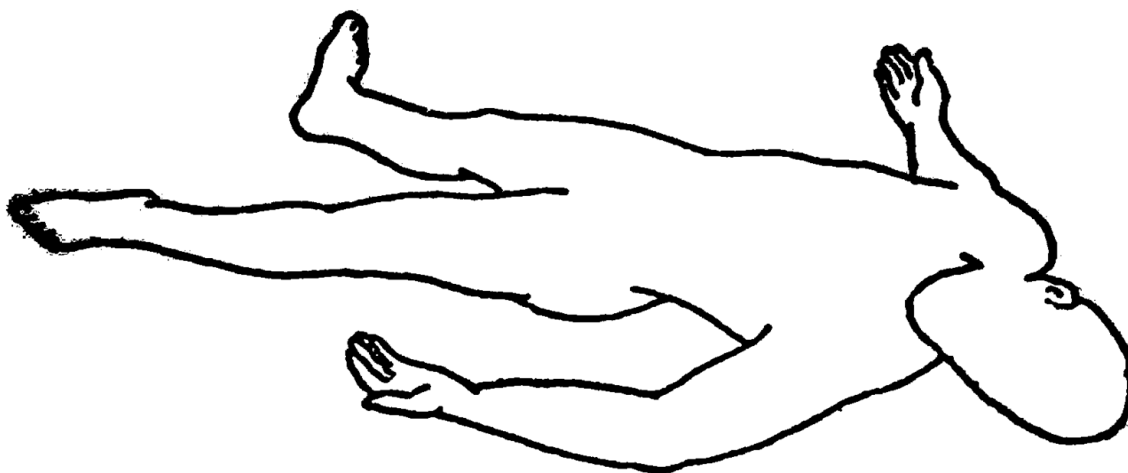
Sienta fluir la relajación en toda su extremidad cada vez más y más.



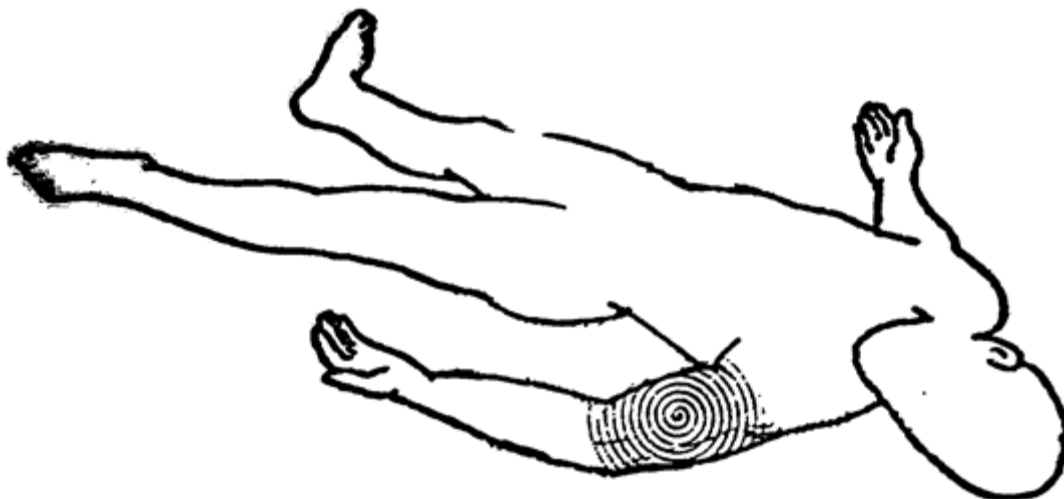
Ahora centre su atención en la mano y antebrazo izquierdo, lentamente vaya empujando su mano aumentando la fuerza cada vez más y más.
Manténgalo por un momento poniendo atención en los dedos, mano, muñeca y antebrazo.



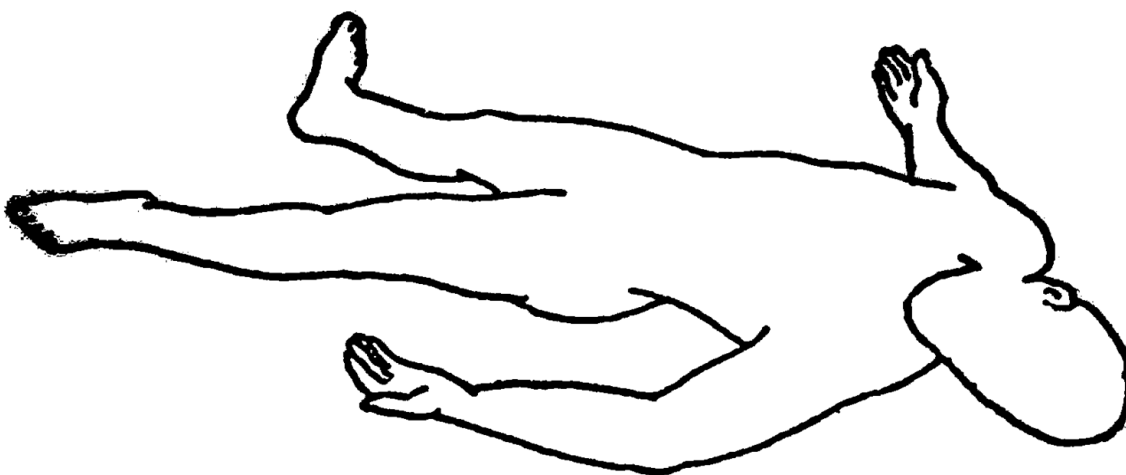
Ahora ¡Relájese!
Sienta como su mano y antebrazo se van aflojando y debilitando.
Continúe aflojando su mano y antebrazo.



Ahora centre su atención en la parte superior del brazo izquierdo. Mientras sigue aflojando su mano y antebrazo empiece a apretar el brazo presionando la cama con el codo. Apriete cada vez más y más. Manténgalo apretado. ¡Siéntalo!

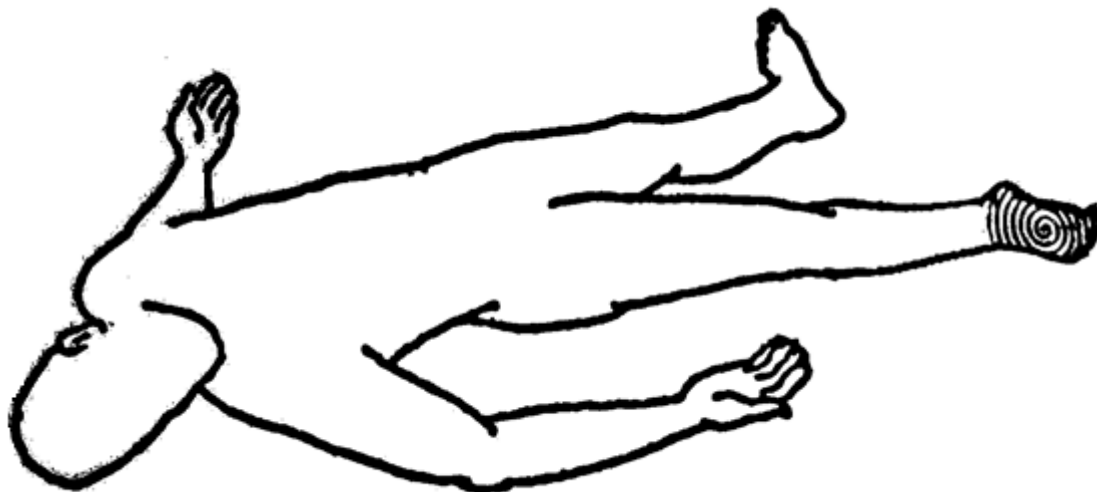


Ahora ¡Relájese!
Sienta fluir la relajación en la parte superior de su brazo. Sienta como empieza a perder fuerza, a aflojarse.



Ahora que siente sus brazos relajados centre su atención en el pie derecho. Vaya doblando sus dedos cada vez con más y más fuerza.

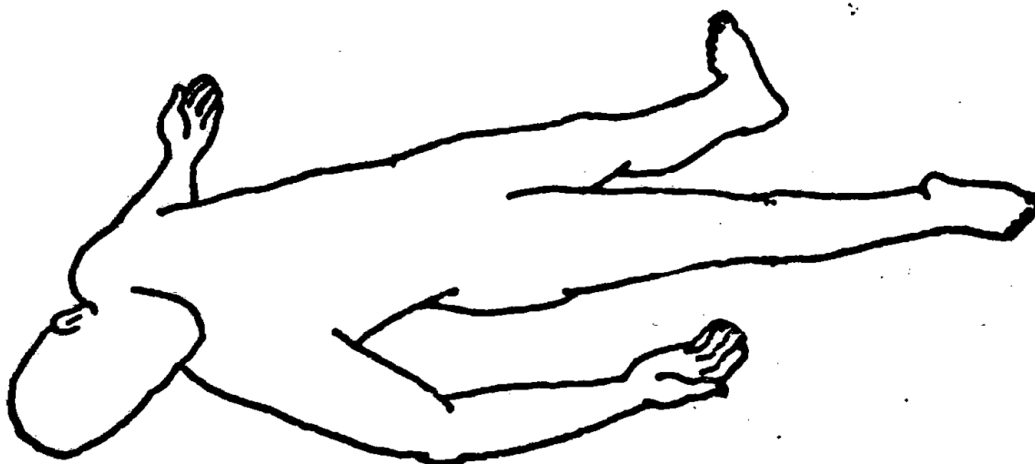
Note la tensión en los dedos y en el pie. Manténgala por un momento.



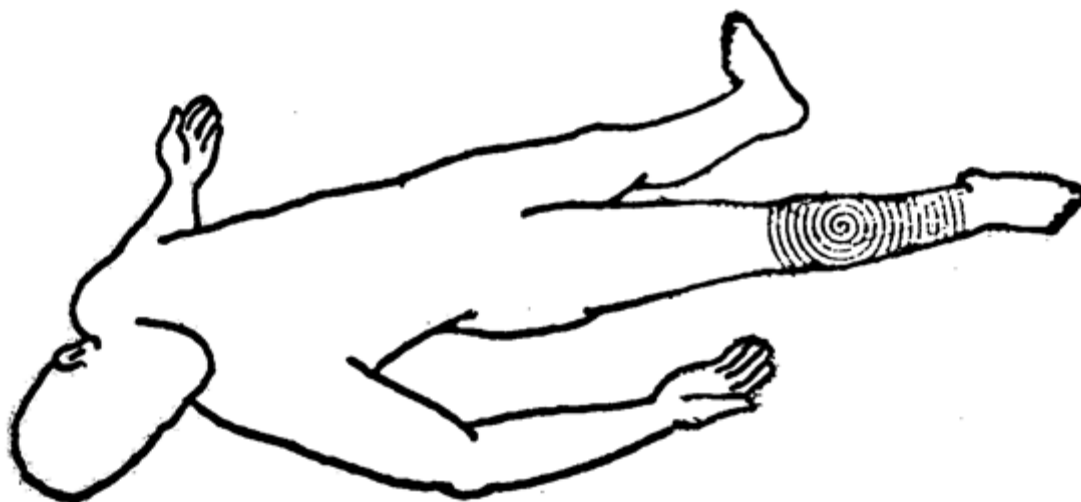
Ahora ¡Relájese!

Sienta que su pie se relaja, que cada vez está más y más débil, más y más flojo.

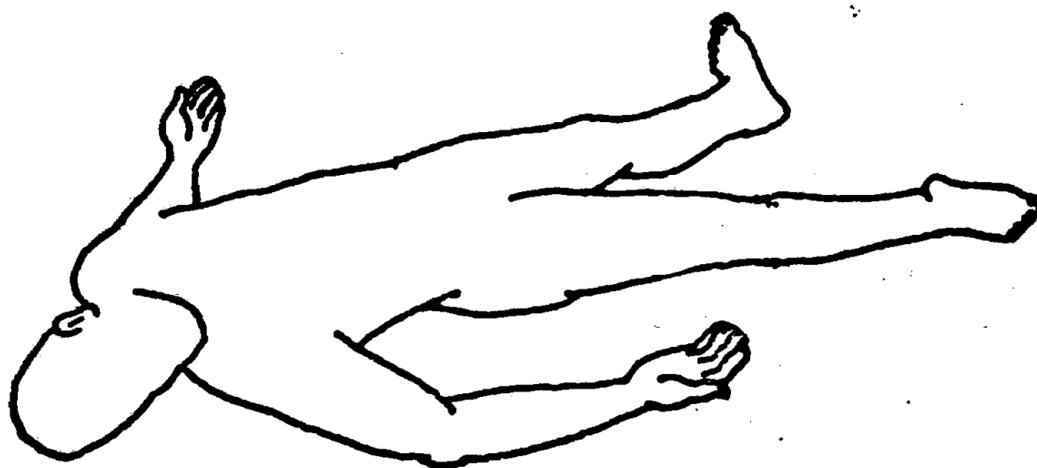
Imagine a su pie cada vez más y más relajado.



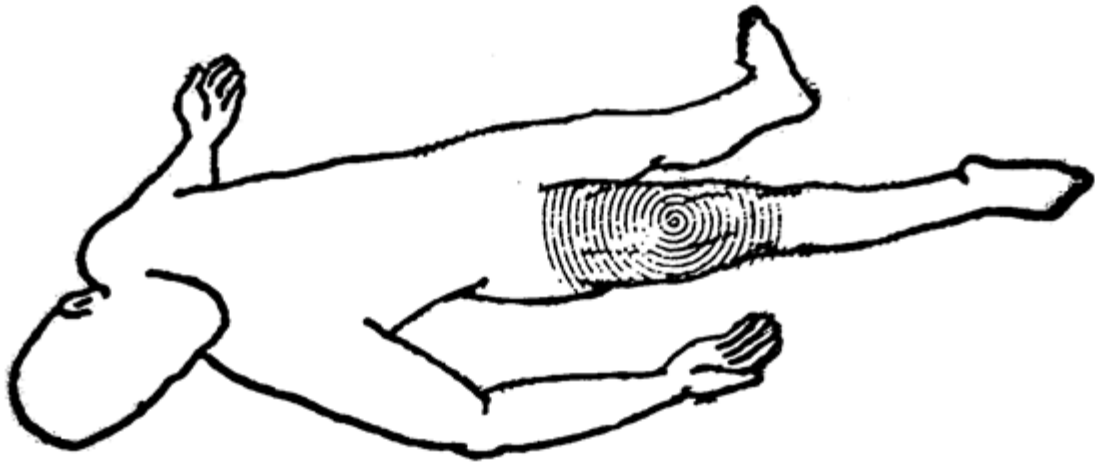
Después centre su atención en la pierna derecha. Empiece a sentir la tensión cada vez más y más enérgica. Sosténgala por un momento. ¡Siéntala!



Ahora ¡Relájese!
Sienta fluir la relajación en su pierna.



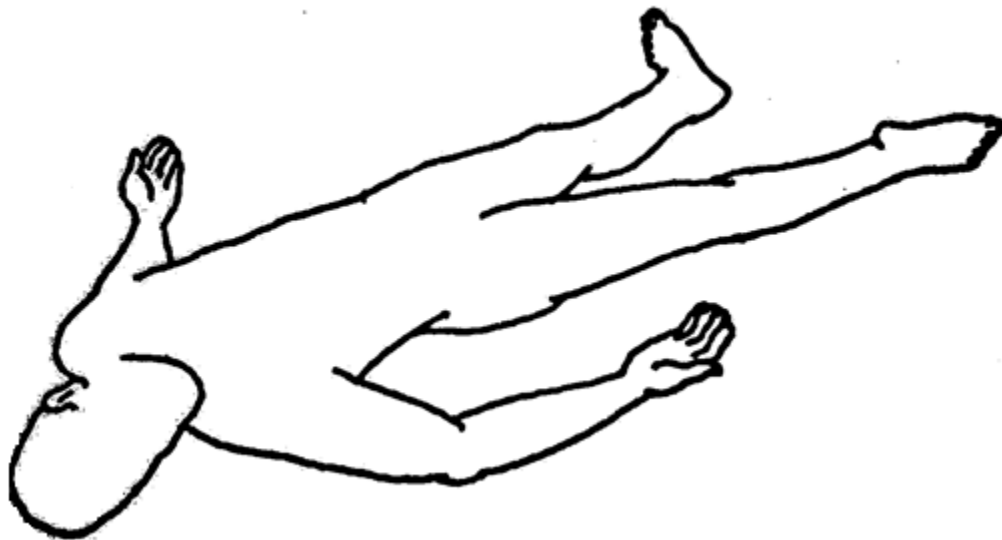
Mientras relaja su pierna centre la atención en el muslo derecho. Empiece a ponerlo tenso cada vez más y más tenso. Mantenga la tensión por un momento.



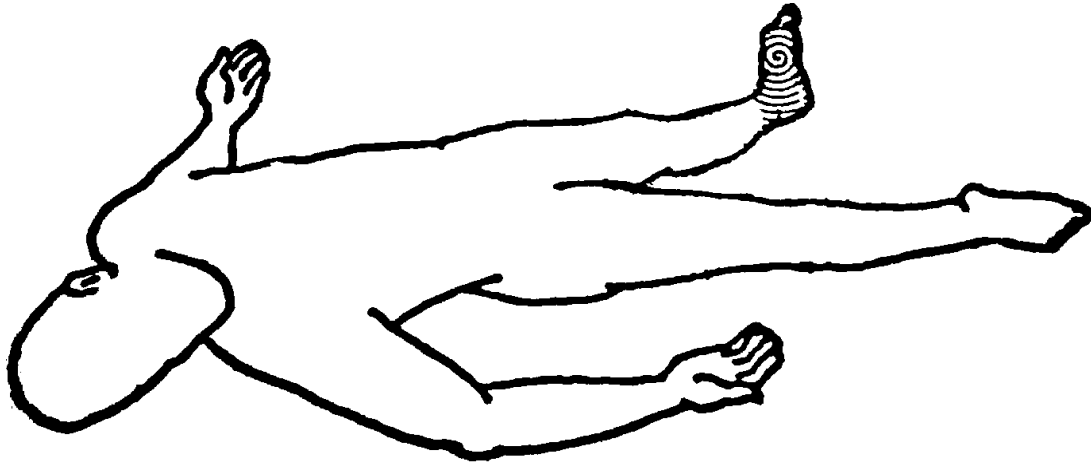
Ahora, ¡Relájese!

Sienta como fluye la relajación en su muslo, cada vez más, más y más.

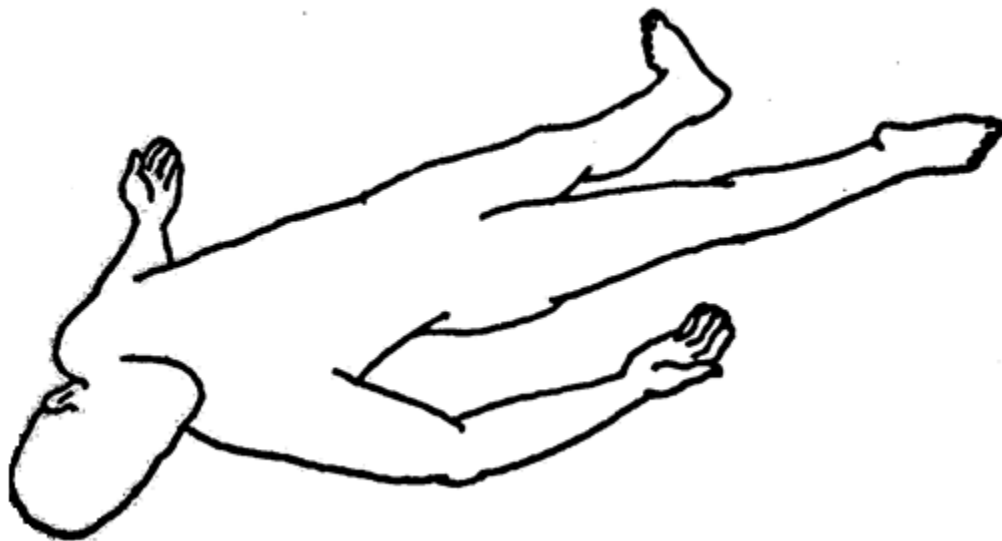
Ahora sienta la relajación en toda su extremidad. Trate de comparar la sensación de la extremidad izquierda con la sensación de la extremidad derecha.



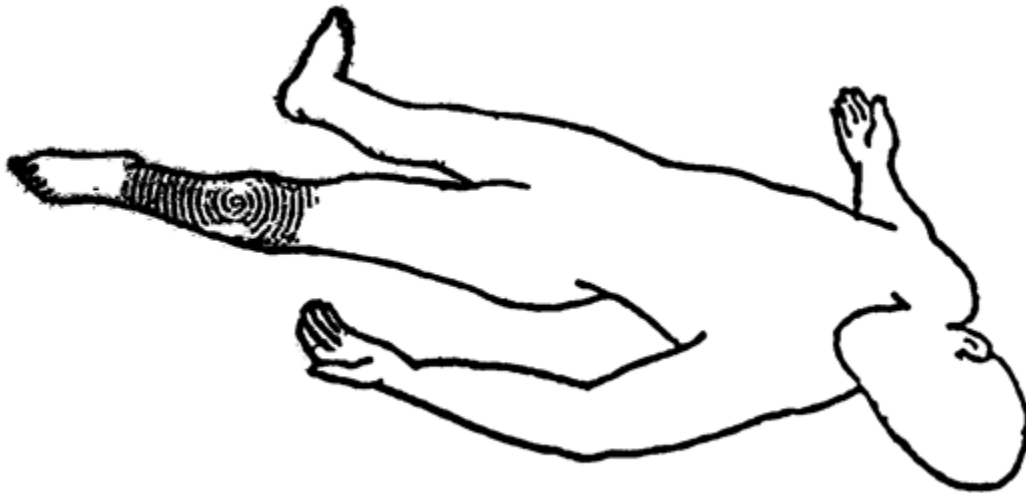
Mientras sigue relajando su pierna derecha, vaya empezando a doblar los dedos del pie izquierdo, con más y más fuerza y cada vez más.
Note la tensión en los dedos y en el pie. Manténgala por un momento.



Ahora ¡Relájese!
Sienta como su pie se afloja y se debilita más y más.



Después centre su atención en la pierna izquierda. Empiece a sentir la tensión cada vez más y más enérgica.
Sosténgala por un momento. ¿Siéntala!



Ahora ¡Relájese!



Mientras sigue relajando su pierna, vaya poniendo tenso su muslo, cada vez más y más tenso. Mantenga la tensión por un momento.



Ahora ¡Relájese!
Sienta fluir la relajación por su muslo. Sienta fluir la relajación por toda su extremidad.



Ahora centre su atención en las caderas. Empiece a contraerlas. Contráigalas más y más y más. Sostenga la contracción por un momento.



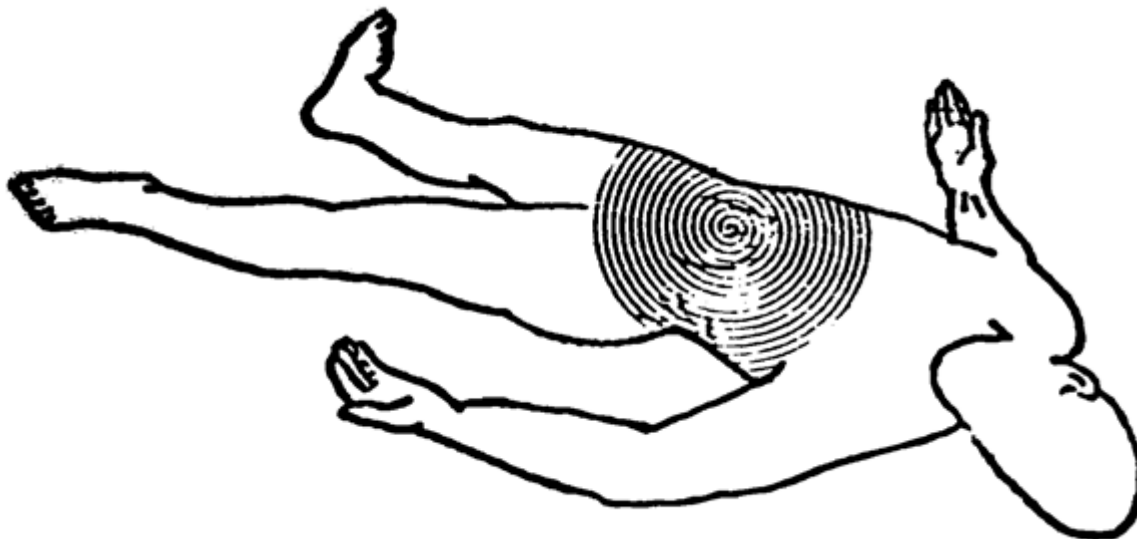
Ahora ¡Relájese!
Sienta fluir la relajación en sus caderas



Ahora sienta como toda la parte inferior de su cuerpo está totalmente relajado. Complemente hundiéndose en el colchón.

Ahora centre su atención en el abdomen y la parte inferior de la espalda. Empiece a tensarlos, siéntalos duros, apriételes.

Sienta la tensión. Manténgala por un momento.

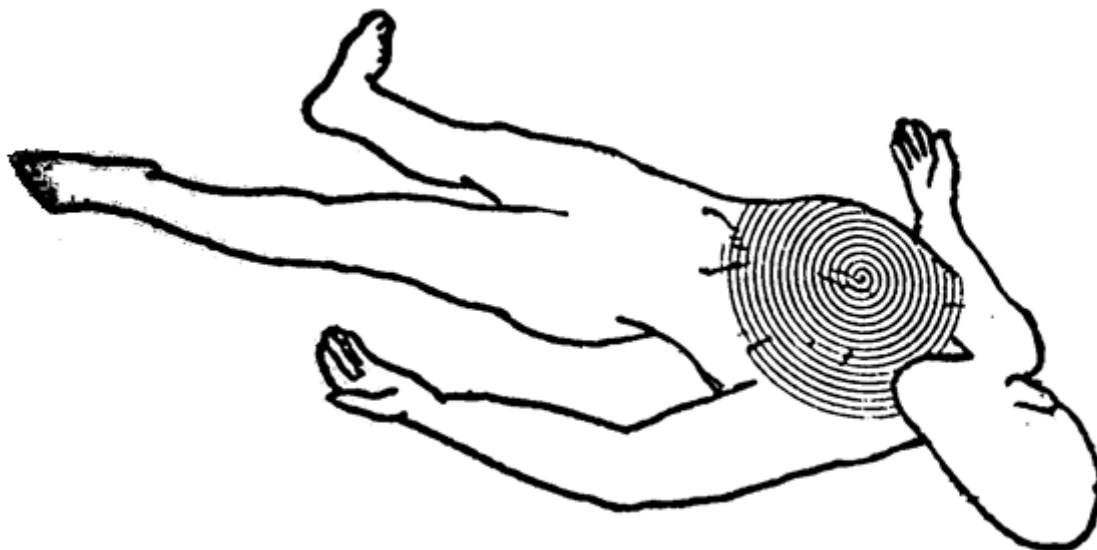


Ahora ¡Relájelos!

Sienta fluir la tensión en el abdomen y la parte inferior de la espalda.



Ahora introduzca aire a sus pulmones.
Perciba la sensación de presión en el tórax. Sostenga el aire un momento.



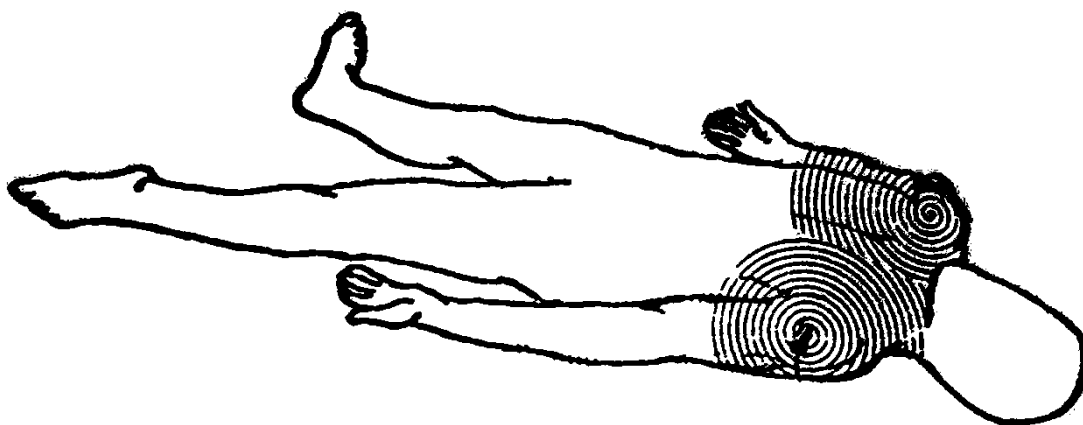
Ahora expulse lentamente el aire, sintiendo como sus músculos se relajan más y más. Sienta como todo su cuerpo cae en el colchón.
Nuevamente respire profundo. Manténgalo un momento. Ahora ¡Relájese!



Empiece a centrar su atención en sus escapulas y sus hombros. Trate de juntar sus hombros hacia atrás, más y más y más y cada vez más.
Mantenga la contracción un momento.

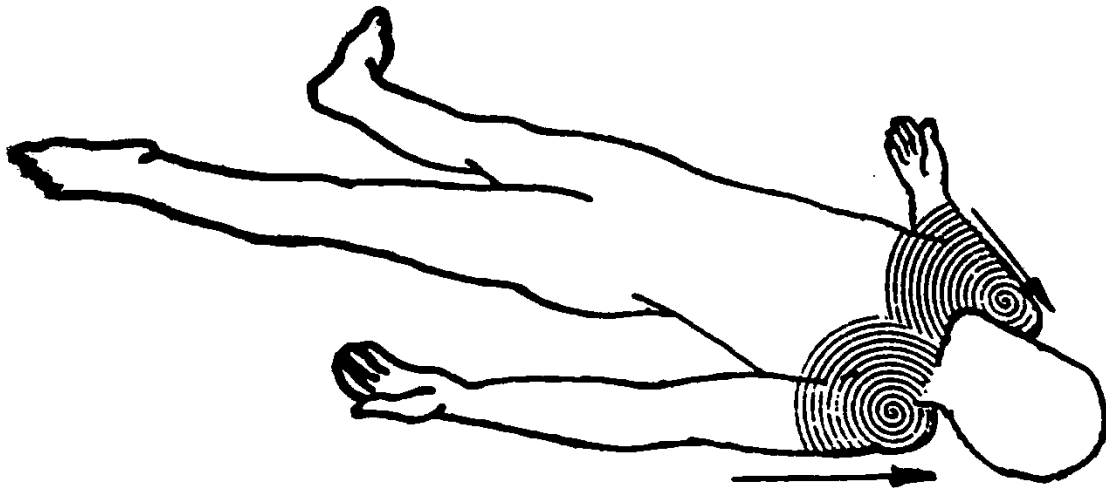


Ahora lleve lentamente sus hombros hacia adelante, cada vez con más y más fuerza.
Sostenga un momento.

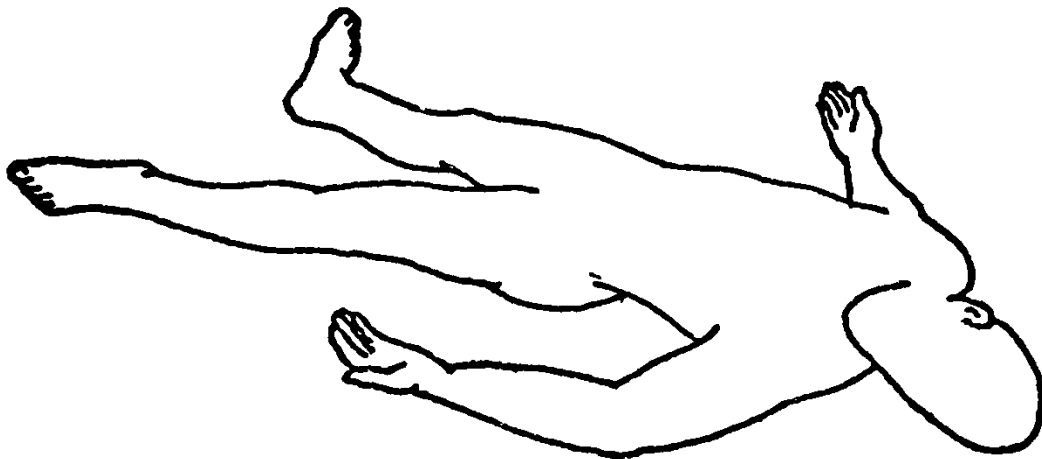


Ahora ¡relájese!
Sienta como sus hombros y su tórax se encuentran relajados.

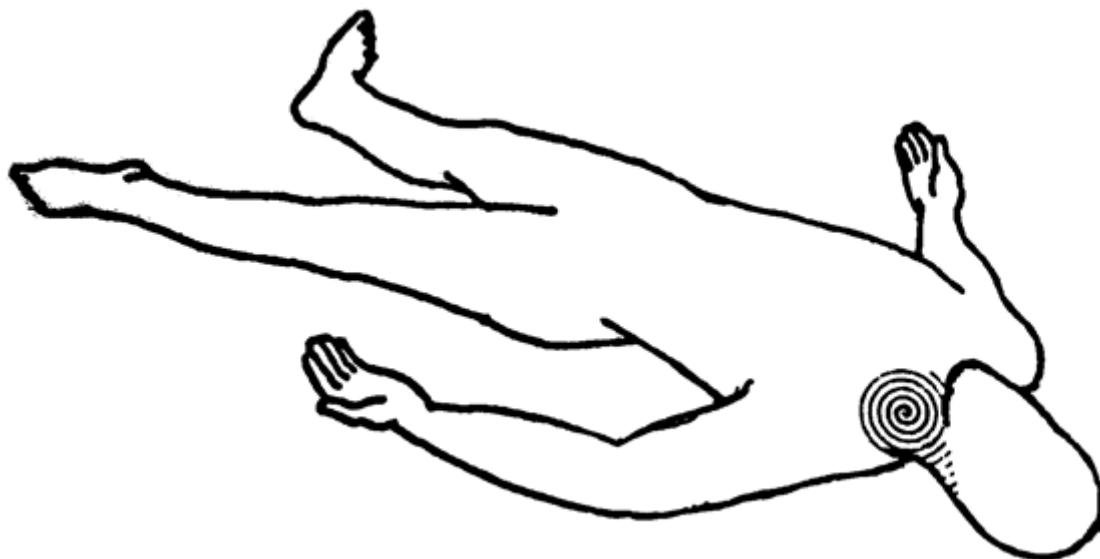
Ahora suba sus hombros. Trate de tocar sus orejas. Sostenga la contracción.



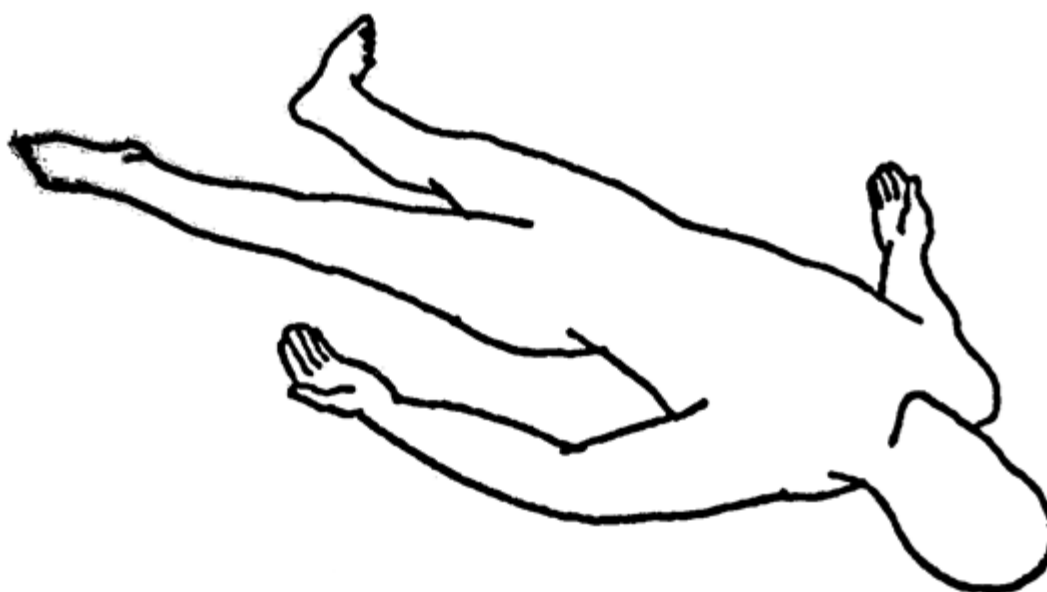
Ahora ¡Relájese!
Note como su cuerpo está muy muy relajado.



Ahora centre su atención en el cuello y en la nuca.
Contráigalos lentamente, como si quisiera introducir la cabeza en el pecho. Sostenga la
contracción por un momento.

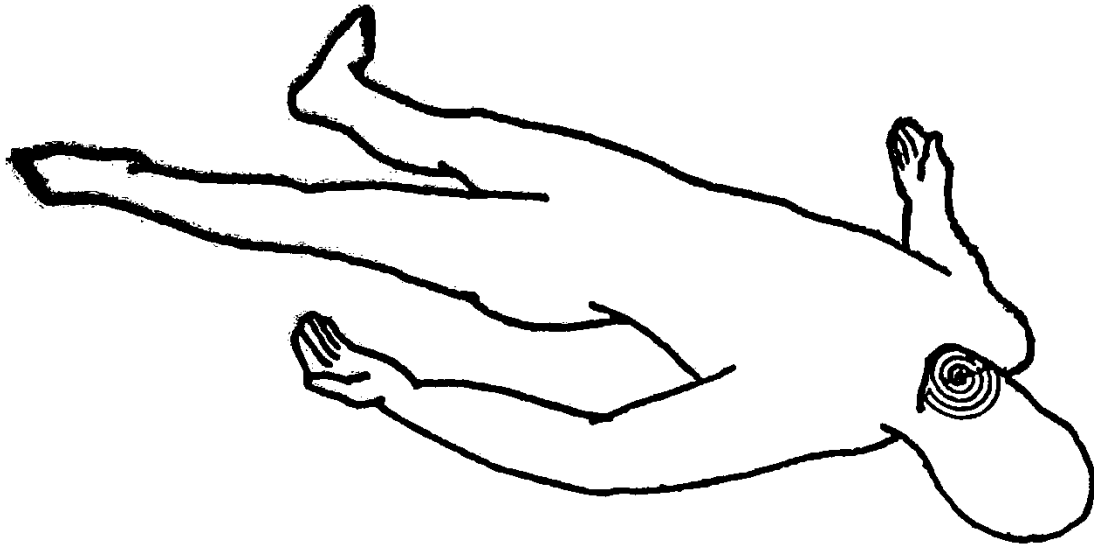


Ahora ¡Relájese!
Deje fluir la relajación hacia abajo, a los hombros y a la espalda.



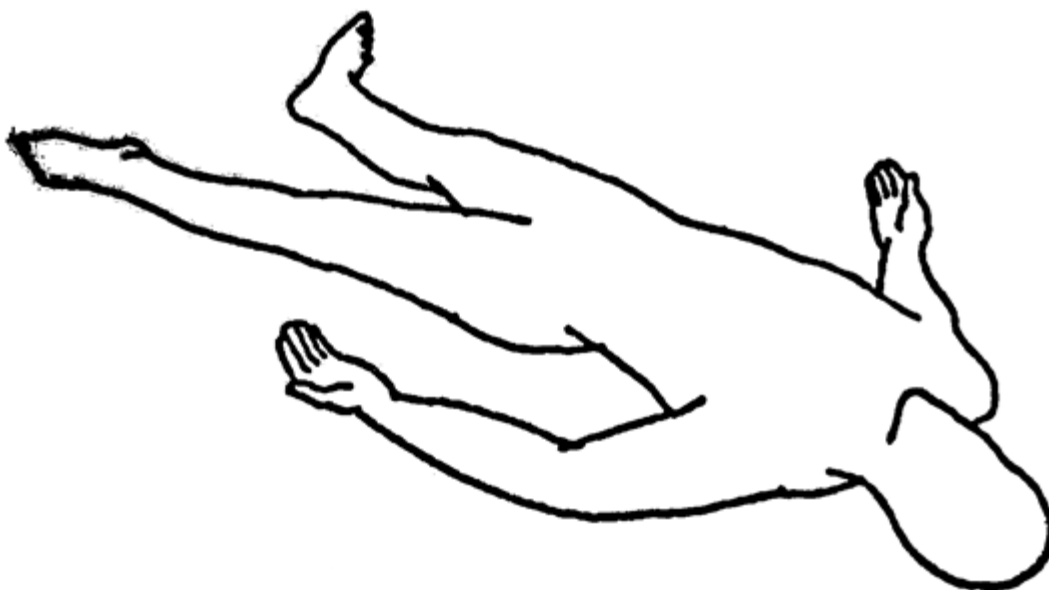
Mientras continua fluyendo la relajación por todo su cuerpo, centre su atención en los músculos de su mandíbula y sus labios.

Gradualmente vaya apretando los dientes y lleve las comisuras de los labios hacia atrás como en una mueca. Sienta la tensión en sus labios y su mandíbula. Sosténgala por un momento.



Ahora ¡Relájese!

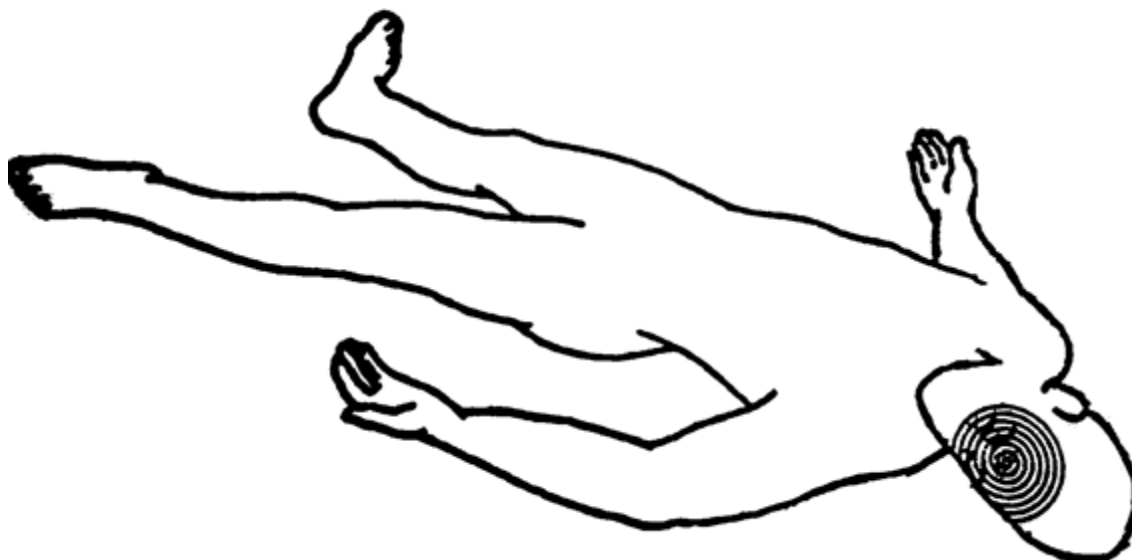
Permita que los músculos de su mandíbula y sus labios se relajen profundamente.



Ahora centre su atención en sus ojos. Cierre sus ojos fuertemente.
Note la tensión alrededor de sus ojos, en sus mejillas y en su frente. Sosténgala por un momento.

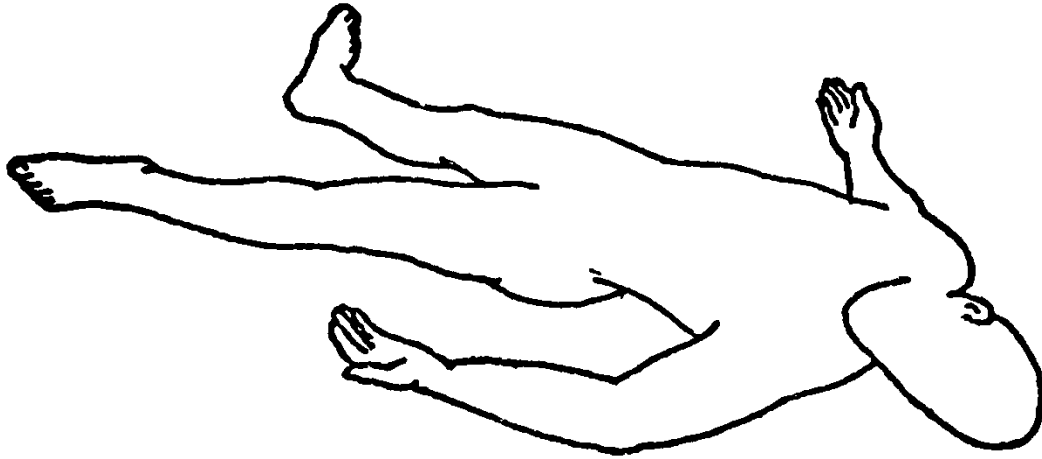


Ahora ¡Relájese!
Deje sus párpados se relajen, que sus mejillas y que su frente se relajen.
Ahora centre su atención en su frente y en su piel cabelluda. Sin abrir los ojos suba las cejas fuertemente, más y más.
Sienta la contracción. Manténgala por un momento.



Ahora ¡Relájese!

Sienta como la relajación fluye por su frente, sus ojos, su piel cabelluda y en todo su cuerpo. En este momento todo su cuerpo se encuentra completamente relajado.

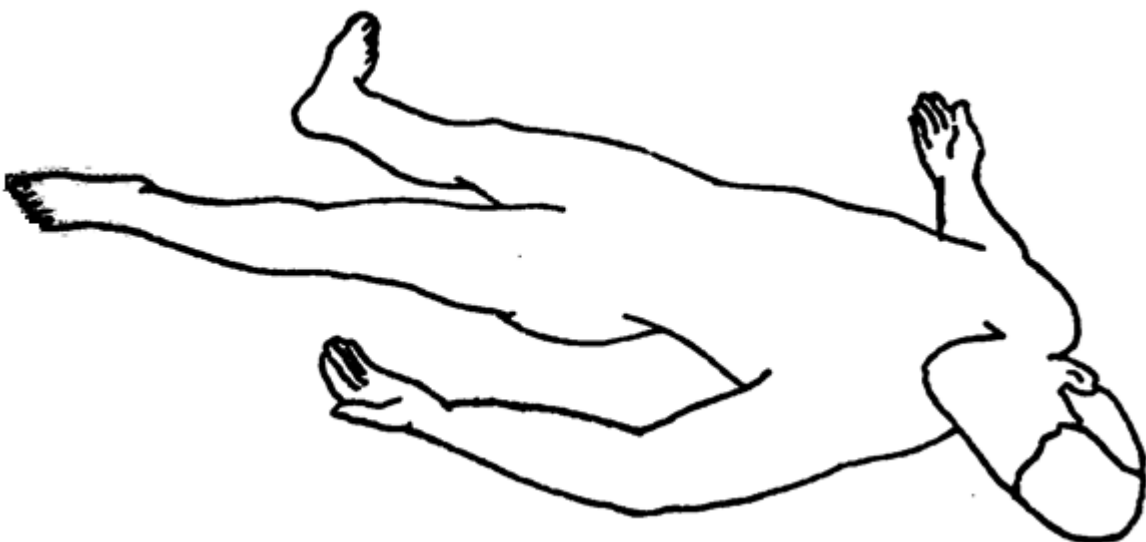


Ahora identifique a este momento de relajación con el número 10.

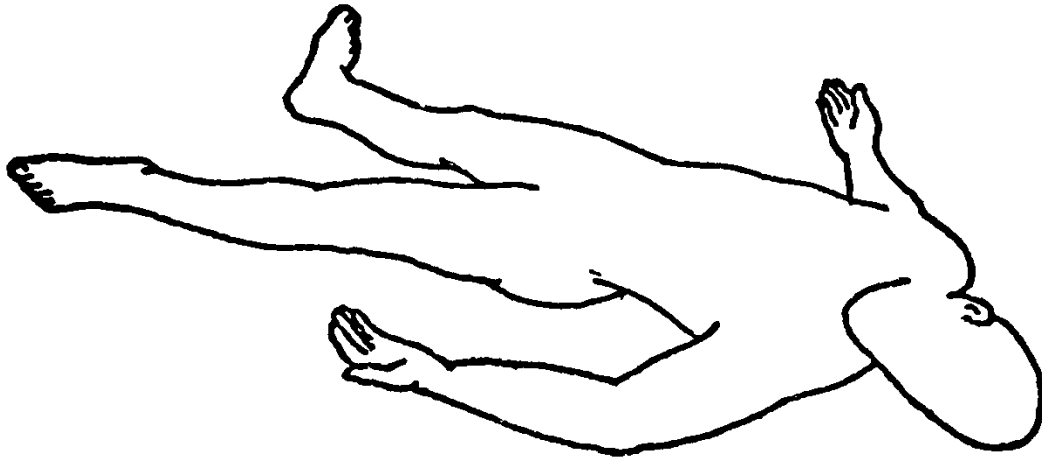
Cuente lentamente hacia atrás 10... 9... 8... 7... 6... 5... 4... 3... 2... 1

Siéntase completamente relajado. Su cuerpo entero está completamente relajado. Manténgalo relajado por un momento.

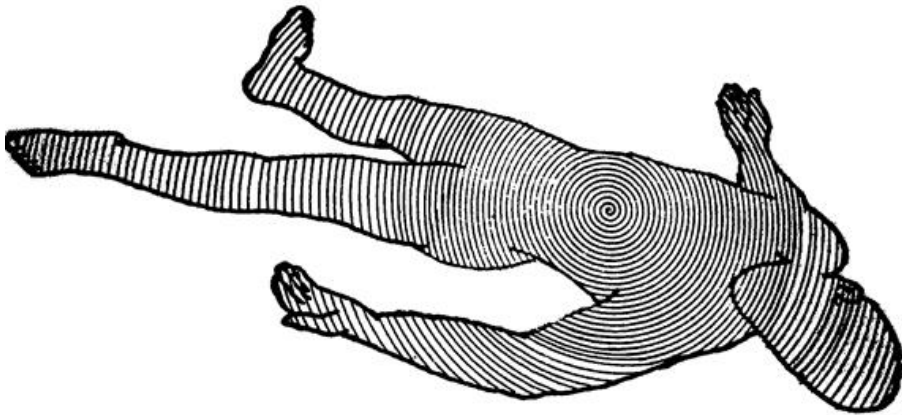
Perciba las sensaciones de la relajación. Permita que todo su cuerpo se relaje.



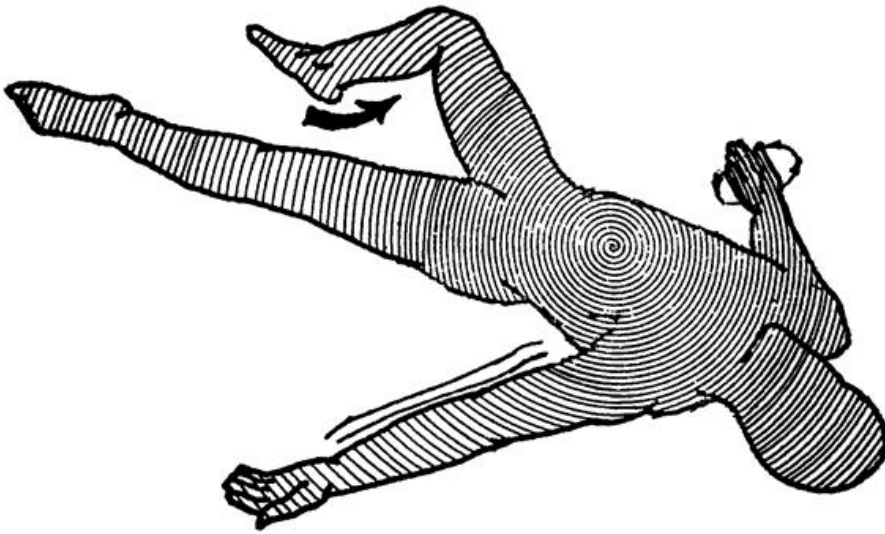
Siéntase completamente relajado.
Muy, muy tranquilo.
Muy, muy relajado.
Permanezca totalmente relajado por 3 a 5 minutos.



Ahora cuente lentamente del 1 al 5, 1... 2... 3... 4... 5
Por cada número que cuente vaya recuperando energía, manteniéndose siempre calmado y relajado.
Deje que fluya bastante energía en su cuerpo.
Recupere el control de su mente y de su cuerpo.
1... 2 Siéntase más alerta
3... Lentamente abra sus ojos
4... 5... empiece a mover sus dedos.



Mueva sus manos...
Mueva sus brazos...
Contraiga suavemente sus músculos.
Haga círculos con sus muñecas.
Mueva sus antebrazos, los brazos, los pies, las piernas...



¡Ahora se encuentra completamente relajado!