



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.



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 está 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

Doy gracias a Dios por permitirme concluir este proyecto. Él me acompaña a diario, pero especialmente en los momentos más difíciles.

Dedico este trabajo a mi papá, y a mi mamá de quienes tengo las mejores enseñanzas y recuerdos. A todas las mujeres que son amas de casa y que sufren síntomas de ansiedad, pero doy gracias especialmente a las que me apoyaron para realizar esta intervención.

Quiero agradecer el gran amor de mi familia, a mi esposo, Jorge Ignacio porque en todo momento me motivó y apoyó, también agradezco a mis hijos, Rubí y Aarón quienes fueron pacientes todo el tiempo que tardé para cumplir mi meta.

También quiero agradecer a mi amoroso Osiris, quien me acompañó muchas noches, además de ser un gran apoyo en mis momentos más críticos.

A mi querida UNAM y a mis apreciados tutores quienes tuvieron un papel muy importante en mi formación, especialmente a la maestra Helene Judit, Liliana Moreyra, Selene Boer, Evelyn Galicia, Jesús Becerra, Sol Olazo, Gaby Méndez, Grace Alejandra, Julieta Meléndez, Cristina González, Brenda Hernández, Blanca D. Arias, Raquel Silva, Edgardo Becerra y todos aquellos que estuvieron presentes en cada semestre.

Angeles

Doy gracias a Dios por darme la fortaleza de cumplir mis objetivos, no fue un proceso fácil, pero con perseverancia y muchas esperanzas pude lograrlo.

Gracias a mis amados hijos Alan y Constanza que son mi mayor orgullo, y mi más grande motivación de seguir adelante, pues me impulsaron cada día a superarme en esta carrera y poder ofrecerles un futuro mejor.

Muchas gracias hijos, porque sin su ayuda y comprensión, al tal vez no dedicarles el tiempo que se merecían, han estado apoyándome y demostrándome que al ser feliz con lo que hago también ustedes lo son.

A mis padres por haber hecho de mi la persona que soy, hermanos, amigos y demás familiares que me dieron su apoyo en momentos en los que creía que no podía más.

También agradezco a mis tutores por transmitirme sus conocimientos, pues estos me permitirán desarrollarme profesionalmente y de manera ética, y sobre todo gracias a mi querida UNAM que me dio la bienvenida al mundo nuevamente con una oportunidad más de cumplir sueños que creía imposibles.

Rosa

Intervención cognitivo conductual para incrementar las estrategias de afrontamiento y disminuir los síntomas de ansiedad en amas de casa.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
1. Ansiedad	3
1.1 Definición	3
1.2 Prevalencia de la ansiedad.	4
1.3 Causas	5
1.4 Diagnóstico	6
1.5 Tratamiento.....	6
1.6 Tipos de trastornos de ansiedad	8
2. Ama de casa	9
2.1 Definición de ama de casa y trabajo doméstico.....	9
2.2 Rol de la mujer mexicana	10
2.3 Visión tradicional de la mujer	11
2.4 Visión postmoderna de la mujer	13
2.5 Características de los grupos de intervención.....	14
2.6 Índices de ansiedad en las amas de casa	16
2.7 Factores de riesgo de ansiedad en las amas de casa.....	17
2.8 Consecuencias de la ansiedad en las amas de casa	17
3. Estilos y estrategias de afrontamiento	18
3.1 Estilos de afrontamiento	18
3.2 Estrategias de afrontamiento	19
4. Intervención desde la psicología clínica	21
4.1 La psicología clínica	21
4.2 Tratamiento cognitivo conductual (TCC).....	23
4.3 Técnicas de intervención cognitivo conductuales.....	24
4.4 Psicoeducación.....	25
4.5 Entrenamiento en respiración profunda o diafragmática.	26
4.6 Entrenamiento en reestructuración cognitiva.....	26
4.7 Entrenamiento en detención del pensamiento.....	28
4.8 Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.....	29
4.9 Entrenamiento autógeno de Schultz.....	29
4.10 Relajación con imagen guiada	30

5. Planteamiento del problema	31
5.1 Justificación teórica	31
5.2 Justificación práctica.....	32
5.3 Planteamiento del problema en forma de pregunta.....	36
6. Planteamiento Metodológico	37
6.1 Objetivo general.....	37
6.2 Objetivos específicos	37
6.3 Hipótesis planteadas.....	37
6.4 Muestra	37
6.5 Participantes.....	38
6.6 Diseño del estudio.....	38
6.7 Variables	38
6.8 Instrumentos.....	40
6.9 Escenario.....	42
6.10 Procedimiento	42
6.11 Análisis de los datos.....	44
7. Análisis de resultados	44
7.1 Cuantitativos	44
7.1.1 Descripción de las muestras	44
7.1.2 Análisis descriptivo de las muestras.	46
7.1.3 Análisis de las escalas	47
7.1.3.1 Respuestas de ansiedad del grupo A.	48
7.1.3.2 Respuestas de ansiedad del grupo B.	50
7.1.3.3 Comparativo pre postest de las respuestas de ansiedad de los grupos A y B.....	52
7.1.3.4 Prueba de Wilcoxon para el grupo A (respuestas de ansiedad).	54
7.1.3.5 Prueba de Wilcoxon para el grupo B (respuestas de ansiedad).	55
7.1.3.6 Prueba de Mann-Whitney para el grupo A y B (respuestas de ansiedad).....	56
7.1.3.7 % Frecuencia de Estilos de afrontamiento del grupo A, pre y postest.....	57
7.1.3.8 Prueba de Wilcoxon para el grupo A (estilos de afrontamiento).	58
7.1.3.9 Prueba de Wilcoxon para el grupo B (estilos de afrontamiento).	60
7.1.3.10 Prueba de Mann-Whitney para los grupos A y B (estilos de afrontamiento).	61
7.1.3.11 Media de participantes en orden ascendente y porcentajes por estilo.	67
8. Conclusiones	74
8.1 Aspectos teóricos	74
8.2 Aspectos prácticos	76
8.3 Limitaciones metodológicas y prácticas.	78

8.3.1 Aspectos metodológicos	78
8.3.2 Aspectos Prácticos.....	79
8.3.3 Competencias desarrolladas	80
8.3.4 Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.....	81
8.3.5 Responsabilidad social de su quehacer profesional.....	81
8.3.6 Limitaciones de la práctica realizada.....	82
8.3.7 Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio	82
Referencias	83
Anexos	95
Apéndices	106

Resumen

El objetivo de este trabajo fue diseñar, aplicar y evaluar una intervención con orientación Cognitivo-Conductual para incrementar las estrategias de afrontamiento en amas de casa con las cuales lograron disminuir sus síntomas de ansiedad. Esta intervención tuvo como escenarios la “Escuela primaria Miguel Hidalgo” ubicada en el municipio de Naucalpan de Juárez y la “Escuela primaria Felipe Sánchez Solís”, ubicada en el municipio de Nextlalpan, ambas en el Estado de México, en el estudio participaron 23 mujeres, en un rango de edad comprendido entre 18 y 65 años, se realizó un diseño preexperimental pretest-postest para dos grupos (A y B), el muestreo fue no probabilístico e intencional, para la intervención se realizó un taller conformado por 8 sesiones (2 por semana) con una duración de aproximadamente 75 min. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988) y el Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE (Carver, et al., 1989 & Carver y colaboradores, 2006) para los resultados se realizó un análisis estadístico no paramétrico, se aplicó la prueba de Wilcoxon con el objetivo de identificar las diferencias significativas entre los puntajes pretest-postest de las variables ansiedad y estrategias de afrontamiento, para contrastar los datos se utilizó la prueba para dos muestras independientes de Mann Whitney, con los datos obtenidos se demostró que las amas de casa pueden presentar síntomas de ansiedad indistintamente de su edad, grado de estudios u ocupación, al igual que en el caso de las estrategias de afrontamiento, por lo que se concluyó que con la intervención en ambos grupos, se presentaron cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos que se reflejaron en su incremento en el uso de estrategias de afrontamiento para disminuir sus síntomas de ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad, estrategias de afrontamiento, síntomas, mujeres, intervención, cognitivo conductual.

Introducción

La ansiedad es una mezcla de respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas que cualquier persona puede presentar ante lo que se percibe como un peligro. Es una respuesta natural que activa al organismo para actuar, ya sea para escapar o para elaborar estrategias con las cuales pueda enfrentar una determinada situación Uriarte (2013). Empero, cuando se torna constante, displacentera, e impide que la persona utilice sus habilidades de afrontación y encare su situación, se convierte en desadaptativa, pudiendo originar síntomas de ansiedad Oblitas (2004).

Respecto a la ansiedad en las amas de casa, tras de una exhaustiva investigación, se encontró poca información y ninguna cifra sobre su prevalencia a pesar de hay datos que revelan que hay una superioridad en los índices de ansiedad en las mujeres en comparación con los hombres (Guías distinguidas, 2016 & Katzman, Bleau, Ameringen, y colaboradores, 2014).

En este contexto, las amas de casa que están al cuidado de su hogar y familia suelen tener actividades que están dirigidas a satisfacer las demandas de bienestar de la familia. Continuamente están sometidas a presiones, a cargas extenuantes de trabajo y a situaciones que pueden favorecer la aparición de respuestas ansiosas, lo cual, las puede llevar a reducir la expresión de sus sentimientos, a tener problemas en su desarrollo personal y a tener conflictos con los integrantes de la familia, entre otros efectos negativos en su vida (Ramírez, 1997).

Por tal motivo, aunado a lo que menciona Ramírez (1997) “ el pilar la familia son las amas de casa”, se considera necesario centrar la mirada en ellas y reflexionar acerca de una alternativa para que las mujeres que se dedican al hogar incrementen sus habilidades de afrontamiento y sean capaces de hacer frente y manejar de mejor forma las situaciones que

les provocan síntomas de ansiedad, ya que como lo menciona Caro (2009) lo ideal es apoyar a la persona de una manera tal que pueda tener una vida y trabajo satisfactorio.

Con base en lo anterior, este proyecto se enfocó en diseñar un plan de intervención con carácter cognitivo conductual que les permitiera, incrementar sus estrategias de afrontamiento, disminuir sus respuestas ansiógenas y los efectos negativos en su vida cotidiana.

1. Ansiedad

1.1 Definición

Dar una definición del constructo ansiedad no es nada sencillo, puesto que es un término complejo de abordar por su diversidad de significados, algunos autores han hecho diferentes planteamientos entre los que destacan:

Uriarte (2013) señala que, la ansiedad es un estado normal en el ser humano, lo prepara para enfrentar situaciones amenazantes y le permite elaborar estrategias para huir, o encarar una situación peligrosa, sin embargo, cuando esta se vuelve constante, percibiendo advertencias inexistentes, se convierte en desadaptativa.

Campos et al. (2013) la refieren como una anticipación normal y adaptativa de un peligro que amenaza a un sujeto, ya sea física o emocionalmente; que lo pone en un estado de alerta en dos dimensiones: cognitivo-emocional y fisiológica, y que si el sujeto no tiene recursos de enfrentamiento huye para evitar daños, originando un trastorno de ansiedad.

Clark y Beck (2012) indican que la ansiedad es un estado emocional complejo que cualquier persona puede experimentar a lo largo de su vida, puede abarcar respuestas fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales.

Para Oblitas (2004) la ansiedad es una sensación que si se presenta de forma moderada apoya al rendimiento, aumenta la motivación de una persona, la anima a confrontar una amenaza y la mantiene en un estado de alerta, pero, cuando se manifiesta exageradamente,

impide que el sujeto se enfrente a una determinada situación, lo paraliza y le afecta en su vida diaria.

Finalmente, para Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina y Cruz (2012) la ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas causas no son claras, se acompaña de alteraciones fisiológicas y de conducta; puede ser normal si se presenta de manera adaptativa en diferentes circunstancias de la vida, y como emoción es básica, ya que puede estar presente en la mayoría de los trastornos mentales, su presencia puede servir para adoptar medidas oportunas de prudencia en situaciones de peligro, o puede ser patológica cuando se presenta como un temor vago, inmotivado externamente que genere en el individuo malestar y alteraciones funcionales.

Por lo que a modo de resumen se puede decir que la ansiedad es un estado complejo que cualquier persona puede experimentar en diferentes momentos de su vida, que puede salirse de control cuando el sujeto la siente de manera frecuente, ya que deja de ser adaptativa transformándose en un trastorno, es una mezcla de pensamientos y respuestas fisiológicas ante una supuesta amenaza, que puede trastornar la cotidianidad de una persona y modificar su conducta.

1.2 Prevalencia de la ansiedad.

De acuerdo con la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018) se ha encontrado que el 10% de la población mundial padece ansiedad, y en México, 17% de las personas presentan al menos un trastorno mental, también menciona que una de cada cuatro personas padecerá un trastorno como mínimo una vez en su vida, pero que el estigma y la discriminación a este tipo de padecimientos impide que acudan a servicios de salud apropiados.

Desafortunadamente en nuestro país, del presupuesto en salud solo se destina un 2% a la salud mental, aun cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda que se destine

entre un 5 y 10% a este ámbito, aunado a esto, el 80% de este presupuesto es destinado a hospitales psiquiátricos y lo restante a detección, prevención y rehabilitación.

Por otra parte, Guías distinguidas (2016) al igual que Katzman, Bleau, Ameringen, y colaboradores (2014) mencionan que la presencia de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida de las personas puede alcanzar el 31%, presentando una ligera variación de acuerdo con el trastorno específico que se considere.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), reporta que un 28.6% de la población mexicana presenta algún trastorno mental, siendo uno de los más prevalentes el trastorno de ansiedad con una prevalencia del 11.2% en mujeres y un 6.7% en hombres (Espinosa, Orozco & Ybarra, 2015).

1.3 Causas

La ansiedad es de origen multifactorial, según Navas y Vargas (2012) interactúan factores sociales, psicodinámicos, traumáticos y de aprendizaje.

Neuro Biológicamente, tiene su base en algunas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que se relacionan con el desarrollo de la angustia, el hipocampo y la amígdala que pertenecen al sistema límbico. El sistema GABA es un neurotransmisor inhibitorio que puede funcionar como ansiolítico o como generador de angustia. El sistema serotoninérgico destaca por la interacción que tiene con la adrenalina y la dopamina que juega un rol ya sea como tranquilizante o lo opuesto. De igual forma se enfatiza la acción de las hormonas por su papel en el estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad. En cuanto a los factores biológicos, el papel de la genética es relevante debido a la predisposición del trastorno de ansiedad.

Entre los factores psicosociales destacan los estresores laborales, interpersonales, socioeconómicos, además de la situación de educación y aprendizaje. Por otro lado, se encuentran los factores traumáticos y los psicodinámicos, los primeros se refieren a eventos

como: accidentes, hechos con violencia, torturas, secuestros, daños biológicos cerebrales asociados a síntomas del trastorno de ansiedad. Los segundos se refieren a la respuesta que tiene cada persona ante una situación amenazante, por ejemplo, sus reacciones impulsivas (medidas de defensa o de huida).

1.4 Diagnóstico

Navas y Vargas (2012) refieren que el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se basa en la historia clínica, por lo que primero es importante descartar una etiología médica o neurológica y posteriormente se establece una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10.

Reyes (2005) sugiere seis pasos para realizar un diagnóstico de ansiedad: a) escuchar para que el paciente describa sus síntomas, b) preguntar sobre sus molestias, que piensa, etc. c) evaluar para explorar si presenta fobias, obsesiones, compulsiones, d) explorar para buscar si padece alguna enfermedad, e) informar al paciente sobre los hallazgos psíquicos y somáticos con la finalidad de que comprenda el trastorno, y f) concluir para establecer un diagnóstico específico a su trastorno.

Por último, la Secretaría de Salud (2010) recomienda utilizar escalas o instrumentos sólo como un apoyo para fortalecer el diagnóstico sin que éstos sean sustitutos de la entrevista.

1.5 Tratamiento

Con la finalidad de que un profesional de la salud mental pueda llevar a cabo una intervención que permita al paciente superar la ansiedad, se tiene que establecer un tratamiento en los trastornos de ansiedad en el que puede ser necesaria la medicación, psicoterapia o ambas.

Navas y Vargas (2012) enfatizan que, al iniciar el tratamiento, un médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica

o sustancia, de igual importancia es identificar, si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, enfermedad médica o abuso de sustancias.

El tratamiento farmacológico consta de medicamentos como los antidepresivos, reguladores afectivos, antipsicóticos y ansiolíticos, que en su uso tiene algunas consideraciones como son la etiología, comorbilidad, valoración clínica, aplicación de escalas especiales, valoración de sintomatología física, realización de exámenes físicos, consideración de efectos secundarios y asegurar la administración de los fármacos (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017).

Katzman, Bleau, Ameringen, y colaboradores (2014) recomiendan que después de realizar el diagnóstico se debe aplicar un tratamiento por medio de estrategias psicológicas y farmacológicas, acompañadas de psicoeducación dirigida al paciente. Estos autores promueven la farmacoterapia y la terapia cognitivo conductual, cuando un paciente no responde de manera adecuada y recomiendan que estas estrategias sean combinadas como parte de un tratamiento integral.

Además del tratamiento farmacológico, Shnaas (2017) menciona tres alternativas más:

- Estimulación cerebral: con terapia electroconvulsiva, estimulación del nervio vago, estimulación magnética transcraneal y estimulación cerebral profunda.
- Psicoterapias: terapia cognitivo-conductual, terapia de apoyo no directiva, terapia de activación conductual, tratamiento psicodinámico, psicoterapia interpersonal y desarrollo de habilidades sociales.
- Psicocirugía.

1.6 Tipos de trastornos de ansiedad

Para efectos de este proyecto únicamente se va a trabajar con los síntomas de ansiedad de forma genérica, pero se considera importante mencionar la clasificación que hacen Martínez y López (2011) respecto a la ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación de manera excesiva y persistente por lo menos durante seis meses, se asocia con tres o más de estos síntomas: inquietud, fatiga fácil, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones en el sueño.

Trastorno por estrés postraumático: se acompaña de un acontecimiento traumático en donde se vio amenazada la integridad física, se reexperimenta un evento con recuerdos recurrentes e intrusos provocando irritabilidad, hipervigilancia, sobresalto y evitación de estímulos relacionados con el trauma.

Trastorno obsesivo compulsivo: se presentan pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes causando malestar o ansiedad, compulsiones en el comportamiento o actos mentales repetitivos para disminuir la ansiedad provocada por la obsesión o para prevenir un acontecimiento negativo.

Fobia social: es el temor persistente ante una situación social o actuación en público, la persona se ve expuesta a otras que no pertenecen a su círculo familiar, evita la situación social temida o experimenta ansiedad y malestar intenso.

Fobia específica: temor persistente, excesivo o irracional, se desencadena por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (un animal, sangre, alturas, elevadores, entre otros).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas: la persona presenta síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: la persona manifiesta síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco.

2. Ama de casa

2.1 Definición de ama de casa y trabajo doméstico

Se puede creer que ser ama de casa es un trabajo fácil, pero en realidad implica mucha presión, ya que muchas veces en sus manos se encuentra el cuidado de la relación de pareja, de los hijos, la administración del hogar, el cuidado de un familiar enfermo, los quehaceres domésticos, entre otras actividades que a la larga repercuten de manera desfavorable en la salud psíquica y física del ama de casa. El tema de ansiedad en el ama de casa probablemente no sea muy común, debido a que ellas mismas y a quienes las rodean desconocen sus síntomas, y generalmente le restan importancia, pues desconocen el impacto que este trastorno tiene en su calidad de vida, bienestar emocional y en la forma en la que desempeñan su rol en el contexto familiar.

En cuanto al concepto de ama de casa Soria y Mayen (2017) consideran que son las mujeres quienes realizan las tareas del hogar y que se encargan de la producción doméstica del hogar, actualmente el papel de ama de casa lo puede desempeñar una pareja, una esposa, una hija o cualquier miembro de la familia que sea mujer.

En su estudio “Sobre el trabajo de ama de casa”, Carreño y Rabazas (2010) manifiestan que el trabajo de las mujeres en el hogar aún no ha sido reconocido como verdadero trabajo y el tiempo y las actividades no remuneradas del ama de casa suelen pasar desapercibidas e invisibles.

Por otro lado, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2016) describe al trabajo doméstico como: las tareas en el hogar no remuneradas, actividades que se llevan a cabo para satisfacer las demandas de bienestar de sus elementos sin ningún pago. Tales tareas aluden al

cuidado de niños y niñas, de adultos mayores, del aseo del hogar, preparación de alimentos, entre muchas otras.

2.2 Rol de la mujer mexicana

Sesento (2015) habla de la mujer en México en el siglo XXI, como un ser consciente de sus derechos, caracterizada por tener grandes cambios en sus condiciones sociales, capaz de caminar hacia sus propios proyectos. Esta autora hace una distinción entre la mujer de pueblo y la ciudadina, en la primera se le puede ver sin poder, dedicada únicamente a los deberes familiares, confinada en el hogar y subordinada al hombre, consagrada a las labores domésticas, además funge como un gran pilar en su casa; a la mujer urbana, la caracteriza como una persona en la que su objetivo primordial son sus estudios dejando a un lado la idea de encontrar una pareja estable y la formación de una familia propia e hijos. Actualmente la mujer mexicana ha dejado de ser completamente rural y agrícola para laborar en el sector industrial, tener hijos tiene menor importancia, la participación de las mujeres casadas en la vida económica activa es menor que las de solteras, divorciadas o viudas. En estos días se encuentra que la mujer busca abrirse espacios, estudiar, trabajar y tener un desarrollo personal fuera del ámbito del hogar, va más allá de lo que se designa como tradicional.

Por otra parte, Castillo (2012) muestra en la revista del consumidor otros aspectos: aún en este siglo se sigue viendo a la mujer como la principal responsable del cuidado de la familia y de las tareas del hogar, estos autores mencionan que a pesar de los avances que se tienen en cuanto a los derechos de la mujer, se sigue manteniendo un estereotipo en el que se le visualiza como dependiente del hombre o peor aún, inferior a él. Lo que pone en evidencia que a la mujer se le ha asignado un rol en el que debido a su condición femenina debe llevar a cabo las tareas domésticas puesto que se considera que es la única capaz de dejar una casa aseada, tener la ropa muy limpia y suave y lavar infinidad de trastes, así como también se le asocia estrechamente con una posición en la que solo ella puede nutrir a la familia, ser

excelente anfitriona, experta en compras, además, se considera que por su condición de género, su objetivo natural y principal es ganarse el amor de su familia y agradecerles.

2.3 Visión tradicional de la mujer

A través de los años la percepción que se tiene sobre el rol de la mujer ya sea de manera individual o en el contexto familiar como ama de casa ha sufrido una evolución que le ha permitido un mayor desarrollo.

Matamoros y Soria (2003) dan a conocer este proceso a través de diferentes momentos, comenzando desde el México antiguo, en el que la mujer tenía como papel fundamental la procreación y producción, pues significaba un aumento en la capacidad económica de la sociedad, a mayor descendencia, mayor dignidad, en ese entonces su vida giraba en torno a su familia, vender algunos productos, ayudar en la siembra, asistir a actividades comunitarias, eran responsables de la educación de sus hijos, y por lo menos, en la sociedad azteca a pesar de contar con una sociedad patriarcal, sus decisiones eran respetadas y trabajaban junto a los hombres para el progreso de sus poblados.

Hernández y Riva (1995) mencionan en su obra que en la época colonial el papel de la mujer mexicana comenzó a presentar algunas modificaciones, con la llegada de los españoles se sumió en la inferioridad, se le veía incapaz de valerse por sí misma y se le comenzó a educar como un ser sin valor alguno.

A lo largo de la independencia y la reforma, la mujer comenzó a dar apoyo a la causa liberal; en lo jurídico, aun se les consideraba de manera inferior y estaban sujetas a la voluntad del marido y las solteras o viudas podían adquirir ciertos derechos legales. Con la reforma de Gómez Farías y José María Luis mora en 1874 se le permitió el acceso a la instrucción elemental en áreas exclusivas para ellas, como profesoras, educadoras y parteras.

Durante la revolución la mujer mexicana la mujer comenzó a participar activamente en sindicatos, periódicos y congresos, en 1915 se integró el primer congreso feminista en

Mérida para aumentar el derecho al empleo, educación secular e igualdad en el matrimonio, por lo que Carranza aprobó la ley de las relaciones familiares en 1917, que daba a la mujer casada derechos legales en el hogar y negocios, Macias (1985) comenta que Yucatán se convirtió en el centro del movimiento de liberación de las mujeres en México, ya que al exportar henequén tenían contacto más estrecho con Estados Unidos y Europa por lo que se veían más influenciados con sus ideas, el gobernador de ese entonces Salvador Alvarado 1915-1918, reconoció el trabajo de las mujeres como actividad remuneradora, mejoró sus condiciones de empleadas domésticas, estableció su formación profesional les permitió ingresar a la administración pública y campo legal, a los 21 años podían tener los mismos derechos que los hombres, en 1922 Rosa Torres fue elegida presidenta del consejo municipal de Mérida, en él se planteó la necesidad de las mujeres al acceso a los anticonceptivos y la legalización del aborto, en este mismo año el gobernador de Yucatán, Carrillo Puerto, propuso una ley en la legislatura estatal para permitir a las mujeres el derecho de votar y ser elegidas para puestos públicos, hecho que se concretó hasta 1953, con Lázaro Cárdenas 1934-1940, puesto que se da el primer intento de reformas legales a favor de las mujeres.

Como se expresa en Matamoros y Soria (2003) a partir de los años 50's la mujer adquirió responsabilidades y obligaciones adicionales a las que tradicionalmente le eran asignadas en la vida doméstica y comenzó a tener dobles y triples jornadas de trabajo; durante esta segunda mitad de siglo se dio a la mujer la posibilidad de elegir el número de hijos que estaba dispuesta a tener, criar y educar; en los años 70's la mujer se ve obligada a participar en la esfera pública para defender el ingreso familiar y conservación de servicios que proporciona el estado, en los años 80's y 90's los hogares mexicanos se comienzan a modificar aceleradamente, y la mujer comienza a tomar el papel central en el desarrollo de estrategias para enfrentar la crisis y la recesión, un número creciente de matrimonios y uniones termina en separación o divorcio y la mujer empieza a vivir para ella y no para otros.

Ramírez (1997) agrega que en México la mujer se encuentra relegada como inferior, colocándola como un ser de segunda clase, y que no existe una condición uniforme que hable de ella en general pues las hay con estudio y sin ellos y que demandan diferentes objetivos, en los últimos veinte años su participación en el trabajo ha aumentado aun cuando su participación activa es más baja que la de los hombres, predomina en sectores como el trabajo de oficina, ventas y servicio doméstico.

2.4 Visión postmoderna de la mujer

Matamoros y Soria (2003) sostiene que aun en el siglo XXI las esposas se dedican al cuidado del hogar siguen sin contar con los mismos derechos que los hombres, estos grupos de mujeres son las que tratan de cambiar el curso de la historia.

Por otra parte, Cuevas (2016) señala que el número de madres que trabajan a sufrido un gran incremento en los últimos años, ya sea por los avances tecnológicos, la recesión económica, el incremento del costo de la vida, sobre todo al convertirse en proveedoras secundarias para mantener a la familia o por el aumento de las tasas de desempleo, divorcio y separación.

Navarro (2010) señala que algunas mujeres consideran como un deber el aportar al hogar y generar mejores condiciones de vida para sus familias, aun cuando no es un pensamiento generalizado pues otras optan por seguir con su rol tradicional, en relación con esto último, Lipovetski (1999) destaca que en la actualidad el trabajo femenino ya no se contempla como un mal menor sino como una exigencia individual o como una condición para realizarse en la existencia, es decir como una autoafirmación, un instrumento de logro personal y no una actividad meramente sufrida.

A este respecto, Matamoros y Soria (2003) consideran que el trabajo asalariado o remunerado permiten que la mujer rompa su dependencia y opresión masculina, puesto que le permite desarrollar sus habilidades fuera del contexto doméstico aun cuando le implique

una doble jornada ya que aun cuando cuente con ayuda ella es quien dirige u organiza las labores a desempeñar, actividades que en ocasiones le provocan sentimientos de culpa por no atender a su familia “como se debe” o desatender en ocasiones su trabajo. (Hernández y Riva, 1995)

García y Oliveira (1994) consideran que en el caso de la madre-esposa que realiza un trabajo remunerado, se suelen duplicar tareas al intercalar el trabajo asalariado con el doméstico. También plantean dos formas en las que la mujer suele visualizar su trabajo, como realización personal (con un esfuerzo para su desarrollo mayor), o como apoyo a su esposo en el sostenimiento de su hogar.

Finalmente, Gaytán (1991) menciona que la doble o incluso triple jornada de trabajo que realiza la mujer implica efectos en su salud mental ya que además de tener la actividad remunerada implica un doble desgaste con dos sistemas de opresión distintos.

2.5 Características de los grupos de intervención.

Teniendo en cuenta lo que manifiestan: Sesento, 2015; Castillo, 2012; Matamoros y Soria,2003; Hernández y Riva, 1995; García y Oliveira, 1994; Gaytán, 1991; Ramírez, 1997; Navarro, 2010 y García y Oliveira (1994) y con base al propósito de este proyecto, se caracteriza a las amas de casa con dependencia económica de su esposo y las amas de casa que tienen algún trabajo remunerado de la siguiente forma:

Caracterización de las participantes	
Amas de casa con dependencia económica total de su esposo.	Amas de casa con algún trabajo remunerado.

<ul style="list-style-type: none"> ● Anteponen el bienestar de la familia al propio, se dedican únicamente al cuidado de su familia y a las labores domésticas, su vida gira en torno a ésta y generalmente es responsable de la educación de sus hijos. ● No participan en el gasto familiar, y suelen contar únicamente con ingreso del esposo. ● Frecuentemente se muestran sumisas, necesitan la aprobación de su pareja para realizar algunas actividades ya que se siente incapaz de valerse por sí misma. ● Su grado de estudios suele ser básico, pero temen hacer cosas fuera de su hogar, no le interesan sus logros personales ya que consideran que ser ama de casa es una forma de realización personal. ● Manifiestan síntomas físicos y emocionales que afectan su calidad de vida, pero suelen no expresar sus sentimientos (dolor, cansancio). ● Son educadas de forma tradicional (se ve a la mujer como una persona que solo es capaz de procrear y cuidar hijos), las mujeres con más edad suelen tener una 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se dedican al cuidado de sus hijos y esposo, sus actividades principales suelen ser las tareas domésticas, como lavar ropa, hacer comida, entre otras. ● Pueden o no, depender económicamente de su esposo, generalmente aportan al ingreso familiar porque en muchas ocasiones cuentan con una actividad remunerada. ● La educación de sus hijos suele estar a cargo de ella y su pareja, dan a sus hijos tiempo de calidad. ● Cubren las responsabilidades de su hogar y las de su lugar de trabajo. ● Saben expresar sus sentimientos, se perciben como mujeres independientes y saben tomar decisiones cuando consideran necesario, su educación no suele ser tan tradicional. ● Saben que son responsables de sí mismas y suelen satisfacer sus necesidades, generalmente tienen metas a futuro y considera su trabajo como una realización personal.
---	---

<p>educación tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presión por cubrir sus actividades en casa se manifiesta en síntomas físicos y emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La presión por cubrir sus actividades en casa y trabajo se manifiestan en síntomas físicos y emocionales.
--	---

2.6 Índices de ansiedad en las amas de casa

En México, La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reporta que un 28.6% de la población mexicana, presenta algún trastorno mental, destacando entre muchos la ansiedad. De acuerdo con la ENEP, hay una prevalencia mayor (11.2 %) en las mujeres que en los hombres (6.7%) para cualquier trastorno afectivo, y en los trastornos de ansiedad la prevalencia de presentar éstos alguna vez en su vida en las mujeres es de 18.5% y en hombres de 9.5%.

Guías distinguidas (2016) y Katzman, Bleau, Ameringen, y colaboradores (2014) mencionan al igual que Butcher, Mineka y Holley (2007) que, generalmente son las mujeres las que presentan una prevalencia mayor en comparación con los hombres, aproximadamente un 30% manifiesta síntomas ansiógenos en algún momento de su vida.

Respecto a las amas de casa, se puede decir tras una investigación minuciosa, que no se encontraron cifras específicas en México, sin embargo, estudios como el de Matud y Bethcourt (2000) muestran que uno de los problemas más frecuentes en las amas de casa es la ansiedad y la depresión.

Así como Ramírez (1997) concluye en su estudio que las amas de casa son en muchas ocasiones el pilar de la familia, no importando si colaboran o no en la economía familiar, situación que las vuelve más vulnerables ante la ansiedad.

2.7 Factores de riesgo de ansiedad en las amas de casa.

Ser ama de casa no es una tarea sencilla, estar a cargo del cuidado de su casa y de su familia pueden favorecer diversas manifestaciones de ansiedad, al respecto algunos autores destacan lo siguiente:

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de ansiedad (2010) señala algunos elementos que pueden favorecer los síntomas de ansiedad en las amas de casa como son: ser mujer, tener situaciones estresantes o traumáticas, comorbilidad con trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas o consumo de sustancias, historia familiar de ansiedad y antecedentes personales durante la infancia o adolescencia.

Obando (2011) habla en su estudio de los factores que favorecen la ansiedad en amas de casa con esposo: dedicarse al hogar sin obtener ningún otro ingreso extra al del esposo y llevar a cabo su actividad doméstica sin tener alguna remuneración por su trabajo.

Hettema (2005) agrega: sexo (las mujeres tienen doble riesgo debido a factores hormonales y perspectivas culturales relacionadas con el cuidado de la familia) predisposición genéticas y depresión.

Por último, Murguialday y Bosque (1994) señalan: condiciones de humedad, ventilación, temperatura, iluminación, esfuerzo físico, sobrecarga postural, exposición al polvo, humo, gases, líquidos contaminantes, caídas, quemaduras, electrocución, jornada de trabajo, monotonía, aislamiento, adicciones, fármacos, sensación de cautividad, riesgo de agresión, pérdida de posición social, entre otras.

2.8 Consecuencias de la ansiedad en las amas de casa

Los efectos negativos se pueden dar a nivel fisiológico, emocional, psicológico, cognitivo y de conducta, algunos autores hablan de las consecuencias específicamente en las amas de casa:

Ramírez (1997) indica que las mujeres casadas tienen mayores efectos negativos en

su vida pues perciben más situaciones amenazantes, su situación familiar suele ser más difícil por sus labores como encargadas del hogar, viven con más estrés y ansiedad pues tratan de resolver todo lo que atañe a su familia. Viven en constante presión pues están solas mientras los progenitores trabajan gran parte del día, no les dan importancia a sus malestares y suelen disfrazarlos e invisibilizarlos.

Fernández y Orduña (1995) dicen que una ama de casa con ansiedad reduce la expresividad de sus sentimientos, incrementa su angustia, agresión, se perciben dependientes, sin iniciativa y con problemas para su desarrollo personal, por último, suelen tener más conflictos con los miembros de su familia.

3. Estilos y estrategias de afrontamiento.

3.1 Estilos de afrontamiento

Según la revisión que se ha hecho con respecto a las amas de casa, no se puede eludir que, están sometidas a una gran cantidad de estímulos que les pueden generar respuestas de ansiedad, ante esta situación se destacan algunos recursos con los que pueden intentar disminuirlas de manera exitosa. En este sentido, si desarrollan sus habilidades de afrontamiento serán capaces de hacer frente y manejar de una forma mejor las situaciones que les están generando síntomas de ansiedad.

A este respecto, los estilos de afrontamiento permiten medir la adaptación que tiene una persona al hacer frente a situaciones que percibe como estresantes, si ésta no tiene recursos o habilidades de afrontación, puede desencadenar una respuesta de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica, sensibilidad, vigilancia o prontitud para centrar la atención ante una supuesta amenaza (Gantiva, Luna, Dávila y Salgado 2010).

Como afirma Caro (2009) la meta de la terapia cognitiva está en ayudar al sujeto a desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan llevar a cabo una vida y su trabajo de forma satisfactoria, por lo que es importante sea consciente de sus procesos desadaptativos de

pensamiento, así como del efecto en su conducta.

Lazarus y Folkman (1986) se refieren al estilo de afrontamiento, como el esfuerzo cognitivo y conductual en constante cambio para manejar las demandas específicas, externas y/o internas que el sujeto evalúa como desbordantes.

Este autor divide los estilos de afrontamiento en dos grupos:

- Centrado en el problema. Busca la resolución de problemas a partir de demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales. Se dividen en afrontamiento activo, pasos activos para cambiar situaciones o aminorar su efectos y afrontamiento demorado, respuesta necesaria y funcional que busca una oportunidad para no actuar prematuramente.
- Centrado en las emociones, busca regular las emociones con el fin de modificar el malestar y manejar estados emocionales que son evocados por alguna situación estresante, éstas tienden a tener más probabilidad de aparecer en una evaluación en la que no se puede hacer nada para modificar condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno.

3.2 Estrategias de afrontamiento

El concepto de estrategias de afrontamiento se ha trabajado en el campo de la salud mental y se ha relacionado especialmente con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Se consideran como todos aquellos esfuerzos y recursos, tanto cognitivos como comportamentales, dirigidos a reducir y a eliminar la respuesta emocional y conductual, o a cambiar la evaluación inicial de una situación. La estrategia usada, será determinada por la apreciación que el paciente tenga de sus emociones, pensamientos, percepciones, y respuestas fisiológicas (Gantiva, Luna, Dávila y Salgado 2010).

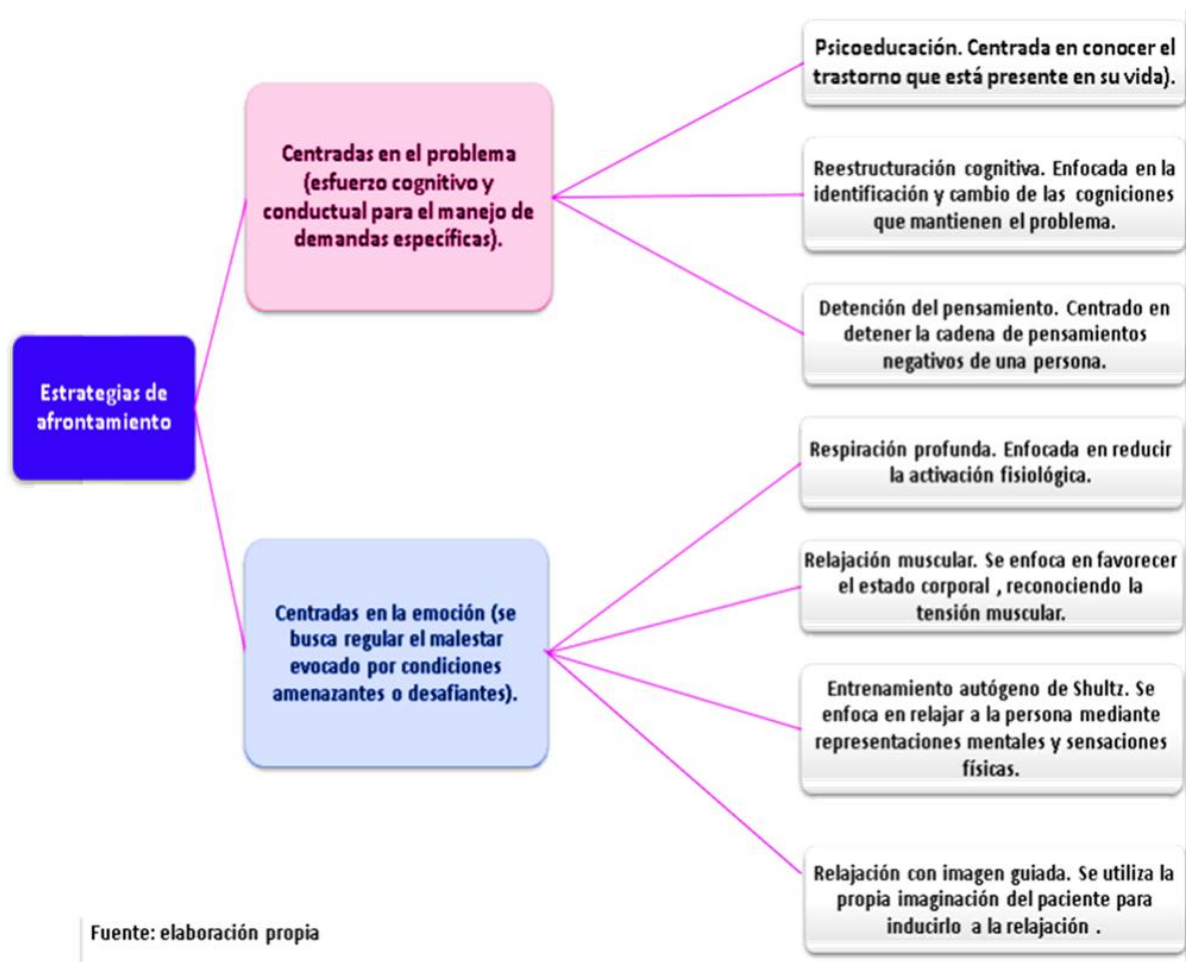
Solís y Vidal (2006) resaltan que las predisposiciones personales van a determinar las

estrategias de afrontamiento, éstas son procesos específicos que se adaptan a un contexto y suelen cambiar de acuerdo con diferentes estímulos. Ellos sugieren 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en tres estilos de afrontamiento.

- El primero de estos estilos llamado «*Resolver el problema*» comprende las estrategias: Concentrarse en resolver la situación, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí.
- El segundo estilo se denomina “*Referencia a otros*” y las estrategias son: Buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional.
- El último estilo, el “*Afrontamiento no productivo*” comprende las siguientes estrategias: Preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y auto inculparse.

Como parte de este trabajo se desarrolló una intervención cognitivo conductual para las amas de casa, ya que de acuerdo con Caro (2009) la meta de la terapia cognitiva no está en curarlas, sino en ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento para que pueda llevar a cabo su vida y su trabajo de forma satisfactoria, por lo que es importante que ellas sean conscientes de sus procesos desadaptativos de pensamiento. Se ha diseñado un esquema con las estrategias de afrontamiento que se considera pueden apoyarlas para favorecer la reducción de sus síntomas ansiedad.

Figura 1. Estrategias de afrontamiento que se usaron durante la intervención.



4. Intervención desde la psicología clínica

4.1 La psicología clínica

Según la Revista Psicología clínica y psiquiatría (2003) la psicología clínica, es un área de especialización de la Psicología que cuenta con modelos psicopatológicos, evaluaciones psicodiagnósticas, métodos, y estrategias psicoterapéuticas que le permiten al psicólogo clínico: identificar, analizar y estudiar la conducta de una persona para darle una explicación y llevar a cabo un tratamiento específico.

En el quehacer del psicólogo clínico, es importante que se reconozcan con certeza las situaciones que pueden influir en las personas (para este caso sería en el constructo de ansiedad en las amas de casa) porque son determinantes en la elección y diseño de su tratamiento. Al abordar esta problemática con la Psicología clínica, y las técnicas que se

refieren al estudio del comportamiento de las personas, se puede identificar la sintomatología, explicarla, remediar y prevenir su aparición.

En el ámbito de la psicología, Sierra, Ortega, y Zubeidat (2003); Ansorena, Cobo, y Romero (1993) señalan algunos de los principios teóricos que han tratado de dar una respuesta al constructo de la ansiedad:

Enfoque psicoanalítico y humanístico. Esta teoría aborda la ansiedad como un estado psiconeurótico, Freud identifica en la ansiedad, factores fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, además determina tres teorías: A) Ansiedad real, que se presenta como una amenaza real para el sujeto y su mundo exterior. B) la ansiedad neurótica, que representa una alarma que se genera por los impulsos reprimidos de la persona (carencia de objeto, recuerdo del castigo o un evento traumático reprimido). C) Ansiedad moral, que se identifica como la vergüenza, el yo, pierde el control sobre los impulsos. En este modelo, la ansiedad es un estado mental en el que predomina la inmadurez emocional y la dependencia del individuo.

Enfoque conductual. En oposición a las teorías dinámicas, este modelo se inclina más por lo experimental. Desde esta perspectiva, se entiende a la ansiedad como el impulso motivacional que origina determina respuesta en una persona. Se vincula con una serie de estímulos (condicionados o no) que pueden generar respuestas emocionales; se parte de que el aprendizaje de la ansiedad puede ser mediante la observación o el proceso del modelado, por ejemplo, moverse repetidamente, comportamientos agresivos, entre otros. Este enfoque, asume una confrontación de una situación con una determinada respuesta, ya sea de huida o de lucha.

Enfoque cognitivo. Contrario a la explicación del estímulo respuesta, este enfoque, reconoce una señal desagradable y la relaciona con una posible respuesta, es decir, una persona que se ve ante una situación amenazante puede evaluar y valorar sus posibles efectos, de tal forma que da inicio a una cadena de reacciones producto de sus interpretaciones

subjetivas. En esencia, un montón de ideas, creencias e imágenes relacionadas con un supuesto peligro o amenaza, dan pie a las respuestas ansiosas de un sujeto,

Enfoque cognitivo conductual. Este enfoque se relaciona la personalidad del sujeto y una posible situación amenazante. Se considera que la ansiedad es el resultado de una interacción de pensamientos con estímulos externos. De esta forma se ve inmersa la personalidad del sujeto (sus características individuales) y los eventos situacionales que detonan sus respuestas.

4.2 Tratamiento cognitivo conductual (TCC)

Después de revisar diferentes enfoques y siguiendo el propósito de este proyecto, nos vamos a orientar con el enfoque cognitivo conductual, ya que plantea que si una persona manifiesta que tiene ansiedad, se debe considerar sus estímulos cognitivos y ambientales debido a que en conjunto le originan un estado de ansiedad con respuestas de tres tipos: cognitivas, fisiológicas y motoras.

Muñoz, Aguilar, y Guzmán, (1995) explican que la terapia cognitivo conductual se refiere a los pensamientos y acciones que desarrolla un sujeto, en nuestro caso al tratar ansiedad nos enfocamos a las respuestas de tres tipos: cognitivas, fisiológicas y motoras, por lo que buscamos enseñarle las integrantes del grupo, técnicas prácticas que pudieran utilizar en su vida diaria.

Además, está comprobado que la terapia cognitivo conductual, es efectiva y eficaz, utiliza técnicas que permiten disminuir o incrementar la frecuencia de uno o más comportamientos. Un beneficio adicional para efectos de este proyecto es que el tratamiento se puede aplicar de manera individual o en grupo Ruiz, Díaz, y Villalobos (2012).

Estos autores, señalan que la terapia cognitivo conductual es una actividad terapéutica que se basa en la psicología del aprendizaje, sus técnicas y procedimientos cuentan con una base científica o experimental, su objetivo es el cambio conductual, cognitivo y emocional,

modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando estas no se producen, su interés se centra en la eficacia de las intervenciones al valorar los cambios producidos en la conducta tratada, ya sea a corto o largo plazo en el sujeto, en su medio ambiente natural, toma en cuenta la importancia del proceso de información del ambiente, tanto externo como interno y el significado o interpretaciones que se le brindan, muestra que la forma en que percibimos podría ocasionar alteraciones que deriven en disfunciones y problemas adaptativos, por lo que su aplicación se ha dado en pacientes con alteraciones como ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras, por mencionar algunas.

4.3 Técnicas de intervención cognitivo conductuales

Ibáñez y Manzanera (2012) mencionan que, en trastornos como la ansiedad, son muy comunes las técnicas con enfoque cognitivo-conductual, ya que son útiles y eficaces para su manejo, pues parten de un modelo teórico del aprendizaje que se basa en los principios del condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario. Ayuda a entender el problema de los sujetos porque lo desmenuza en diferentes áreas las cuales interaccionan y mantienen el problema:

- Estímulos disparadores: Situaciones, sensaciones o recuerdos que desencadenan el problema.
- Respuesta cognitiva: pensamientos que genera el individuo.
- Emociones y síntomas físicos: Síntomas físicos y emociones que una persona tiene como una respuesta ante lo cognitivo.
- Conducta: Es la manera de actuar ante sus pensamientos y emociones, generalmente son de escape y/o evitación.
- Consecuencias: Se presentan después de la respuesta conductual , generalmente no resuelven el problema, sino lo incrementa a mediano o largo plazo.
- Organismo y factores medioambientales. Supone identificar a la persona al margen de

su problema, con esto, se logra entender por qué tiene el problema.

La ansiedad es uno de los principales trastornos en las mujeres, se requiere de diversas técnicas para disminuir su sintomatología. Dentro de la teoría cognitivo conductual se puede encontrar un abanico de posibilidades para reducirlos: relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento autógeno de Shultz, imaginación simple dirigida (Ramírez, Espinosa, Herrera, Montenegro & Ramírez, 2014).

A juicio de Ruiz, Díaz, y Villalobos (2012) para tener un cambio cognitivo, emocional o conductual, son de gran utilidad técnicas como las siguientes: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, meditación entre otras.

4.4 Psicoeducación

Para Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2002). La psicoeducación se entiende como una modalidad de aprendizaje en salud dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas que tienen algún problema de salud o enfermedad. Estos autores consideran que con la psicoeducación se obtiene un aprendizaje con el que los pacientes pueden mejorar su calidad de vida, este aprendizaje sobre sí mismos, les va a permitir afrontar los trastornos que padecen de una mejor manera pues aprenden a conocer de una forma científica el trastorno que está presente en su desarrollo personal y en su núcleo familiar.

Consideramos que trabajar la psicoeducación con nuestras participantes es parte fundamental del tratamiento, ya que conocerán qué es la ansiedad, cuál es su objetivo en su organismo, cuándo es desadaptativa, cómo pueden identificar sus síntomas (signos de alarma) tratamiento, entre otros conceptos. Un beneficio adicional es que, estos conocimientos podrán compartirlos con su familia y explicarles las manifestaciones de la ansiedad, para que puedan identificarla en sí mismas y puedan pedir apoyo profesional y en casa en caso de ser necesario.

4.5 Entrenamiento en respiración profunda o diafragmática.

Martínez, Olvera y Villarreal (2018) mencionan que su uso permite que el cuerpo reciba un suministro completo de oxígeno, reduciendo el ritmo cardiaco y estabilizando la presión sanguínea, a diferencia de la respiración superficial, que no proporciona al cuerpo el aire suficiente. Mencionan que esta técnica puede ser aplicada por el personal de salud, ya que favorece la disminución del nivel de ansiedad y evita la posible presencia de complicaciones.

Su aplicación es rápida, no cansa al individuo y no requiere de algún equipo especial, en cambio, puede proveer de bienestar al paciente. La respiración controlada o profunda ayuda a reducir la activación fisiológica por lo tanto ayuda a disminuir la ansiedad (García-Grau, Fusté y Bados 2008).

4.6 Entrenamiento en reestructuración cognitiva

Ruiz (2011) habla de que la reestructuración cognitiva está centrada en la identificación y cambio de cogniciones que están determinando o manteniendo el problema del sujeto, se centra en el significado, analiza la racionalidad de los pensamientos o creencias, enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información, busca identificar en un sujeto: pensamientos, emociones y conductas en una situación específica, recomienda el registro de pensamientos automáticos, el registro de la reestructuración cognitiva, identificar las creencias del paciente y decidir cuáles deben ser modificadas.

De acuerdo con Bados y García (2010) dentro de la reestructuración cognitiva se encuentran: la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum y la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis:

Labrador (2008) menciona que La Terapia cognitiva de Beck, busca reducir el malestar emocional y las conductas contraproducentes del paciente a partir de la identificación

y modificación de cogniciones disfuncionales de las que dependen. Este modelo enfatiza en el papel de las creencias subyacentes del sujeto y de la interpretación que haga de los estímulos a los que les tiene miedo, incluso sus propias reacciones que pueden ir hasta lo exagerado ante un supuesto peligro (Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).

Minici, Rivadeneira y Dahab (2008) hablan del Entrenamiento autoinstruccional: Se utiliza cuando un paciente tiene diálogos internos que le provocan sufrimiento y lo conducen a la frustración, su objetivo es reemplazar un estilo inadecuado de “hablarse a sí mismo” por otro más adaptativo, más sano y funcional. Se refieren a frases o ideas que los sujetos usan como guías previas para que puedan ejecutar, controlar o facilitar sus acciones. Éstas pueden influir la conducta como si fuera un monólogo interno, ya sean auto afirmaciones que indican cómo pensar, cómo conducirse, ejecutar algunas acciones y afrontar ciertas situaciones. No son frases positivas que hay que repetir, sino un entrenamiento activo en resolución de situaciones conflictivas, que tiene una aplicación específica para determinados problemas y no otros.

Para este proyecto nos vamos a centrar en la a Reestructuración cognitiva de Ellis, debido a que se centra en que el cambio de creencias irracionales puede llevar a la persona a un cambio emocional y conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) .

La Reestructuración cognitiva, consiste en un procedimiento en el que el paciente es apoyado por el terapeuta para que identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos con la finalidad de cambiarlos por otros más funcionales que reduzcan o supriman su perturbación emocional o conductual. Es eficaz para el tratamiento en trastornos de ansiedad, depresión, hipocondría, disfunción eréctil, entre otros, sin embargo, se debe considerar que algunas posibles limitantes son: la limitación intelectual, déficit de memoria y depresión melancólica grave. (Bados, 2015).

Trabaja con tres supuestos teóricos: La manera en que los sujetos estructuran

cognitivamente sus experiencias ya que esto influye en lo que sienten, piensan y actúan; identificar las cogniciones del paciente mediante métodos de recopilación de datos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros; y la posibilidad de cambiar las cogniciones de los sujetos para obtener cambios terapéuticos.

Se basa en el modelo A-B-C:

- A. Un hecho o experiencia de la vida real que pueda ser un estímulo.
- B. Es el sistema cognitivo: Recuerdos, ideas, pensamientos, supuestos, esquemas, creencias, etc. del sujeto, es la forma en que un sujeto percibe el estímulo.
- C. Se refiere a las consecuencias en las emociones, conducta y manifestaciones físicas de las cogniciones.

Para Ellis las creencias racionales son cogniciones evaluativas con significado individual, expresadas en forma de deseo, preferencias, gustos, agrado y desagrado (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Este autor, considera las creencias irracionales como cogniciones valorativas y elementos principales de diversos trastornos emocionales, por ejemplo la tendencia al catastrofismo, componente esencial de la ansiedad, pensamiento exigente, que indica que la falta de flexibilidad en el pensamiento, es un mecanismo cognitivo irracional primario, y que ser intolerante, catastrofista y auto descalificador de sí mismo, representa un mecanismo de evaluación irracional , además agrega que las inferencias y descripciones distorsionadas, son el resultado de las creencias irracionales y que tienen un patrón ante diversos trastornos emocionales.

4.7 Entrenamiento en detención del pensamiento

Dicho con palabras de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) es un método efectivo que se usa en diferentes problemas clínicos, se utiliza como estrategia para trastornos como el de ansiedad, para detener una cadena de pensamientos e ideaciones.

Requiere de seguir tres etapas:

1. Identificar pensamientos negativos o estresantes (se puede aplicar un cuestionario sobre pensamientos negativos), es altamente recomendable para aquellos pacientes que tienen problemas para reconocer sus ideas irracionales.
2. Se usan diversos métodos para el entrenamiento en detención del pensamiento como: gritar la palabra STOP, imaginar esta palabra en la mente, usar una alarma como recordatorio para interrumpir los pensamientos.
3. Sustituir los pensamientos distorsionantes por otros más adecuados y positivos. Para detener el pensamiento se requiere alrededor de una semana practicándolo tres o cuatro sesiones de diez minutos.

Hay una variante del procedimiento de detención de pensamiento con respiración, ésta se hace diafragmática, se comienza a respirar profunda y tranquilamente.

4.8 Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson

Esta técnica tiene como finalidad conseguir niveles profundos de relajación muscular. Favorece un estado corporal de reposo y de reconocimiento de la unión entre tensión muscular y estado mental tenso (Vander, Quiles y Quiles 2008).

El entrenamiento consiste en tensar y relajar los músculos del cuerpo; se basa en la premisa de que las respuestas del organismo ante la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular, tensión fisiológica aumentando la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta el sujeto (Álvarez (2008).

4.9 Entrenamiento autógeno de Schultz

Esta forma de relajación se basa en la premisa de que la mayoría de las personas pueden alcanzar un estado de relajación profunda mediante representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente las de peso y calor. Actúa a través del sistema nervioso autónomo, equilibrando las ramas simpática y parasimpática (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Con el entrenamiento autógeno de Schultz se induce a la persona a las sensaciones del cuerpo que acompañan a un estado hipnótico con la finalidad de lograr una desconexión orgánica. Se lleva al paciente a sensaciones de pesadez y calor que se acompañan de ejercicios con el corazón y de respiración (Ramírez, Espinosa, Herrera, Montenegro & Ramírez, 2014).

(Cribelli, 2015). Esta técnica consiste en la concentración de relajaciones de peso y calor sobre una extremidad del cuerpo, lo que lleva a experimentar sensaciones corporales como resultado de la relajación en las paredes de los vasos sanguíneos, a esto se le nombra un estado autógeno, mismo que lleva a la persona tener una mejoría significativa, disminuyendo sus síntomas de ansiedad (Abuín, 2016). T

4.10 Relajación con imagen guiada

Para Dos Santos et al. (2018) la Terapia de relajación con imagen guiada puede incorporar el uso de técnicas de relajación, como respiración diafragmática y fondo musical para ayudar al participante a concentrarse. Es una intervención mente-cuerpo que usa la propia imaginación y el procesamiento mental del paciente para la formación de una representación mental de un objeto, lugar, evento, o situación percibida por medio de los sentidos.

Es considerada una técnica de relajación que se concentra en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento. Con esta técnica se instruye al paciente para concentrarse. Desde el punto de vista de Rodríguez (2018) se basa en imaginar una escena en la que te relajarás y dejarás ir toda sensación de tensión.

Para un sujeto con ansiedad, la relajación guiada puede ser una alternativa para minimizar sus síntomas puesto que es instruido para concentrarse en imágenes agradables que sustituyan sentimientos negativos o estresantes ya sea de manera autodirigida o conducida por un profesional o una grabación, Dos Santos et al (2018).

5. Planteamiento del problema

5.1 Justificación teórica

Las amas de casa tienen un papel muy importante en la sociedad ya que intervienen en el desarrollo de las familias, sostienen prácticas de atención que están centradas en mantener la fuerza, equilibrio emocional y afectivo de sus miembros. León (2013), destaca que la mujer se la ha conducido de forma frecuente a cumplir con una serie de “servicios” a los miembros de su familia, dando como resultado que en muchas ocasiones sea ésta su única y principal función.

Sin embargo, se ha encontrado poca evidencia reciente que se interese en el bienestar emocional de las amas de casa. Al investigar sobre el tema, se encontró que son diversos los trastornos que las afectan, entre los que destacan, depresión, adicciones e incluso patologías como artritis, ciática, cansancio, estrés, entre muchas otras, pero para efectos de este estudio, nos vamos a centrar en el trastorno de ansiedad de forma genérica.

Como ya se ha revisado, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa del organismo, que es incluso beneficiosa, pero que en algunas ocasiones puede resultar excesiva y difícil de afrontar. En este sentido, las amas de casa sufren de un gran desgaste emocional, pero se olvidan de sí mismas, situación que, a la larga, puede deteriorar su calidad de vida y lo que es peor, desconocen que su salud se puede ver afectada, llegando a manifestar afecciones respiratorias, digestivas, musculares, cansancio, estrés, ansiedad, entre otros (Soria & Mayen 2017).

Con base en lo anterior, consideramos que es de gran importancia dirigir la mirada hacia ellas y brindarles una oportuna atención, ya que como menciona (García, Pérez y Noguerras, 2013) las amas de casa pueden tener estrategias y habilidades negativas o deficientes para hacerle frente a la ansiedad.

Con la aplicación de este taller, las amas de casa podrán tener información acerca de su papel, y de la importancia que tienen en la sociedad pues van a identificar los síntomas de ansiedad y adquirir y mejorar sus estrategias para disminuirlos.

Por último, consideramos que nuestra investigación podrá servir para que futuros investigadores tomen como referencia nuestro trabajo y se pueda dar la importancia y ayuda que se merece a este miembro tan importante de la familia en la que muchas veces puede recaer la funcionalidad de esta. Como ya se mencionó, hay pocos proyectos similares a éste, por ello pensamos que sería muy importante generar información que motive a otros investigadores a estudiar este fenómeno.

5.2 Justificación práctica

Tal como mencionan Orozco, Rosales y Rosales (2017) todo cambio genera una activación que nos obliga a adaptarnos a nuevas condiciones, en el caso de cosas que conocemos nos tranquilizamos ya que sabemos cómo actuar frente a ello, pero en el caso de lo que desconocemos y resulta amenazante nos cuesta un mayor esfuerzo, es en este caso en donde toman partida los recursos de afrontamiento que adoptamos durante nuestro desarrollo y que nos servirán de apoyo para el proceso de adaptación. A este respecto, algunos autores han realizado diversos estudios:

Gantiva., Luna., Dávila y Salgado (2009) hicieron un estudio con la finalidad de identificar estrategias de afrontamiento propias de la ansiedad. Participaron hombres y mujeres de Colombia, con y sin síntomas de ansiedad. Se les administraron dos instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI), y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). Entre sus resultados más importantes para las personas con ansiedad, se muestra que el estímulo en sí mismo no es el estresor, si no la valoración que le da el sujeto afectado y que las estrategias más utilizadas por los participantes ansiosos son: la solución de problemas (acciones orientadas a solucionar el problema en el momento oportuno), la

reevaluación positiva (aprender sobre las dificultades, identificar aspectos positivos del problema, tolerancia y generación de pensamientos positivos), evitación cognitiva (neutralización de pensamientos valorados como negativos o perturbadores por medio de la distracción y / o actividad, para propiciar pensamientos y acciones evitativas con respecto al problema o situación). Los autores concluyen que las personas con síntomas de ansiedad utilizan estrategias de afrontamiento en un intento de adaptación, empero, si no cuentan con las habilidades necesarias y eficaces, pueden llegar a la frustración y percepción de falta de control y por último la evitación. Esto sugiere que los tratamientos de ansiedad deben ser basados en técnicas de exposición, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y aceptación.

Herranz y Simón (1990) realizaron un estudio de tipo exploratorio en dos grupos de mujeres: amas de casa (67.4%) y con trabajo remunerado (32,6%), el objetivo fue explorar de manera tentativa el comportamiento que se manifiesta en amas de casa y trabajadoras fuera de su hogar cuando se enfrentan con situaciones angustiosas o estresantes como: problemas en sus actividades diarias, discusiones, etc. Se les aplicaron dos instrumentos: "Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Estrés" (IEAE) (Folkman y Lazarus, 1980) y el "Inventario de Actividad de Jenkins" (JAS) (Jenkis, Zyzansky y Rosenman, 1979) con cuatro subescalas: patrón A de conducta, velocidad e Impaciencia, implicación laboral y competitividad. Las autoras concluyen que: las mujeres que trabajan fuera de casa emplean con mayor probabilidad estrategias de tipo de evitación del problema, mientras que las mujeres amas de casa parecen utilizar estrategias caracterizadas por la ausencia de acción y una mayor implicación afectiva. Plantean que algunas explicaciones a lo anterior radican en que las mujeres que tienen ingresos por actividades remuneradas, cuentan con cierto apoyo social y mayor variedad de recursos que las amas de casa sin ingresos, también tienen una vida más activa y compleja, fuera de la rutina y esto puede interferir en la percepción que tienen ante

diferentes circunstancias, por ejemplo la pelea con el cónyuge puede parecerles menos dramática, mientras que para las señoras sin ingresos extra, podría suponerse una baja en sus ingresos económicos o la pérdida de ellos. Por lo anterior, éstas últimas, parece que asumen de manera pasiva y resignadas sus situaciones conflictivas.

Así mismo, se considera importante lo que plantean Caballo, Salazar, y Carroble (2004) y Orozco et al. (2015) con relación a una persona que manifiesta síntomas de ansiedad, puede tener estrategias de afrontamiento negativas o deficientes, lo cual, nos lleva a reflexionar acerca del tratamiento que se debe administrar a las amas de casa para que puedan incrementar dichas estrategias y disminuir sus síntomas ansiógenos.

Cano, Dongil, Salguero y Wood (2011) sugieren una propuesta con enfoque cognitivo conductual, para intervenir en desórdenes emocionales, enfatizando en el trastorno de ansiedad. Ellos crearon un modelo de tratamiento fundamentado en un modelo explicativo sobre los sesgos cognitivos en la percepción de la ansiedad. Proponen el Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad ISRA (Tobal, Vindel, 1988) para evaluar tres sistemas de respuesta de ansiedad por separado, cognitivo, fisiológico y motor ya que permite estudiar perfiles diferenciales en los trastornos de ansiedad. Además de tener la ventaja de poder valorar la eficacia del tratamiento, e identificar los cambios entre la evaluación pre y postratamiento.

De acuerdo con García (2016) la Intervención Cognitivo Conductual en grupo, puede ayudar a las amas de casa a incrementar sus estrategias de afrontación, y así reducir sus síntomas de ansiedad, agrega que cuando cuentan con información al respecto, se modifica la percepción que tienen sobre lo que les ocurre y que no son las únicas que la padecen por lo que al estar más conscientes de sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, muestran una tendencia a disminuir su ansiedad. Sobre esto último, Pérez y Serra (1997) agregan que a pesar de que no hay evidencia estadística, encontraron datos que sostienen la idea de que las

creencias relacionadas con su ocupación tradicional femenina tienen efectos no deseables la salud mental de la mujer, específicamente en los síntomas de ansiedad.

Camuñas et al. (2009) realizaron una intervención cognitivo conductual a un grupo de mujeres, con la finalidad de reducir sus síntomas de ansiedad y depresión. Realizaron la evaluación con el Inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994), el inventario para la depresión de Beck. BDI (Beck, War, Mendelson, Mock & Erbaug, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) en su versión española baremada por Vázquez y Sanz (1999) y El inventario de solución y afrontamiento de problemas I.S.A.P (Miguel Tobal y Casado Morales, 1992). Tras revisar los resultados, llevaron a cabo una intervención cognitivo conductual que incluyó: sesión informativa, entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entre otras. Después de hacer una evaluación post tratamiento, se comprobó que el tratamiento fue eficaz y que las mujeres lograron controlar sus síntomas de ansiedad y depresión, además de afrontar con mayor seguridad y confianza sus problemas.

Cuesta y Mas (2004) emplearon la intervención cognitivo conductual en una mujer universitaria con ansiedad severa, la cual, refería preocupación por la activación fisiológica y su sensación frecuente de que algo malo le podía suceder. Para recopilar los datos más importantes utilizaron: la entrevista clínica, hojas de Autorregistro para la elaboración de un Análisis Funcional del problema/s (Beriso, 2003). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (Tobal & Vindel, 1988). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, 1999). Cuestionario sintomático (Derogatis, 1983). el cuestionario STAI y el cuestionario sintomático SCL-90R, para valorar el progreso del tratamiento se usaron estos mismos instrumentos. De acuerdo con los resultados de la aplicación del Inventario ISRA, se logró enfatizar en el área cognitiva, fisiológica y conductual para establecer los objetivos del

tratamiento, para cumplirlos, se usaron técnicas: de reestructuración cognitiva, atención selectiva a sucesos negativos y exposición a pensamientos obsesivos, también se usaron para los síntomas fisiológicos: técnicas de relajación y de meditación; para las respuestas conductuales se usó exposición graduada. Los autores concluyeron que obtuvieron con el tratamiento cognitivo conductual, resultados positivos y eficaces para minimizar los problemas emocionales, favoreciendo aspectos cognitivos, comportamentales y fisiológicos emocionales.

Por último, Herrero y Cano (2010) y Ciccotelli y Nieto (2004) coinciden en que para identificar las respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, es conveniente utilizar el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ISRA (Miguel & Cano, 2002) ya que con este instrumento se puede obtener información que sirva de referente para elaborar una intervención cognitivo conductual que dote a la paciente con estrategias que le ayuden a percibir e interpretar las situaciones ansiosas o estresantes a las que se enfrenta, poder afrontarlas y disminuirlas.

5.3 Planteamiento del problema en forma de pregunta

Con lo que se ha mencionado anteriormente, acerca de cómo las amas de casa pueden tener estrategias de afrontamiento negativas o deficientes y el tratamiento cognitivo conductual que puede generar una disminución en sus síntomas, se hace la siguiente pregunta para guiar este proyecto.

¿Una intervención cognitivo conductual puede influir en la disminución de los síntomas de ansiedad, e incrementar las estrategias de afrontamiento de las amas de casa?

6. Planteamiento Metodológico

6.1 Objetivo general

Diseñar, aplicar y evaluar una intervención con orientación Cognitivo-Conductual para incrementar las estrategias de afrontamiento con las que las amas de casa disminuyan sus síntomas de ansiedad.

6.2 Objetivos específicos

- Disminuir los síntomas de ansiedad de las amas de casa del grupo A y B
- Incrementar las estrategias de afrontamiento de las amas de casa del grupo A y B.

6.3 Hipótesis planteadas

H1. Al finalizar el taller, las participantes de los grupos A y B, lograron aumentar sus estrategias de afrontación.

Ho1=Al finalizar el taller, las participantes de los grupos A y B, no lograron aumentar sus estrategias de afrontación

H2. Al finalizar el taller, las participantes de los grupos A y B, lograron disminuir sus síntomas de ansiedad.

Ho2=Al finalizar el taller, las participantes de los grupos A y B, no lograron disminuir sus síntomas de ansiedad

6.4 Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística e intencional, la elección de las participantes no se basó en la probabilidad sino en las causas que se relacionen con las características de la intervención. El procedimiento no fue mecánico ni basado en fórmulas de probabilidad, dependió del proceso de toma de decisiones de una o varias personas, se condicionó por las características (criterios de inclusión y exclusión) que previamente se definieron (Cantoni, 2009).

6.5 Participantes

Para ambos grupos, A y B.

- Amas de casa con dependencia económica total de su esposo.
- Amas de casa con actividades remuneradas.

Criterios de Inclusión y exclusión:

- Los criterios de inclusión fueron: deseo de participar en el taller de manera voluntaria, firmar consentimiento informado, ser ama de casa, tener hijos, estar al cuidado de la familia, contestar completamente el pretest y postest y contar con el 90 % de asistencias.
- Los criterios de exclusión fueron: no haber contestado totalmente el pre y pos-test, tener 2 o más faltas, no ser ama de casa, perder el interés en el taller

6.6 Diseño del estudio

Teniendo en cuenta a Hernández, Fernández & Baptista (2014) se determinó que, para esta intervención, se trabajaría con un diseño preexperimental pretest-postest para dos grupos (A y B). Se va a aplicar una prueba previa y otro posterior a la intervención, esto brinda un punto de referencia para saber cómo se encontraban las amas de casa antes y después de la aplicación y para evaluar la intervención se va a aplicar una encuesta de carácter cualitativo para conocer la percepción de las participantes.

6.7 Variables

- Variable Independiente.

-Intervención cognitivo conductual en un grupo de amas de casa.

Definición conceptual. Es una serie de terapias que incorporan, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretenden modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentan modificar esa conducta y las emociones por medio de la modificación, de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento.

Mediante la terapia cognitivo conductual se le puede enseñar a un sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante una situación apremiante o a disminuir el malestar o una conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández & Sánchez, 2007).

- V. Dependiente.

-Ansiedad

Definición conceptual de ansiedad. Campos et al. (2013) refieren que la ansiedad es la anticipación normal y adaptativa de un peligro que amenaza a un sujeto, ya sea física o emocionalmente; lo pone en un estado de alerta en dos dimensiones: cognitivo-emocional y fisiológica. Agrega que, si la persona no tiene recursos de enfrentamiento o que sus esfuerzos han sido en vano, huye para evitar daños, originando un trastorno de ansiedad. En un estado de ansiedad el ritmo cardiaco se acelera, el cuerpo se tensa, la digestión se detiene, el flujo sanguíneo se concentra en las zonas de es más necesario, las pupilas se dilatan y la temperatura aumenta, es decir, la ansiedad se presenta como respuesta ante una potencial amenaza (Caseras; 2009).

Definición operacional de ansiedad. Serán las puntuaciones de las amas de casa que se obtengan con la aplicación del ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. (Cano Vindel, 1988).

-Estrategias de afrontamiento Definición conceptual de Estrategias de afrontamiento.

Conjunto de recursos y esfuerzos, cognitivos y conductuales que se orientan a resolver un problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Gantiva, Luna, Dávila y Salgado, 2010).

Definición operacional de Estrategias de afrontamiento. Serán las puntuaciones de las amas de casa que se obtengan con la aplicación del Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, autor: Carver, et al (1989) (Carver y colaboradores 2006).

6.8 Instrumentos

ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel (1988) (Anexo 2).

Como lo hace notar Miguel y Cano (2002) el Inventario ISRA es un instrumento cuya finalidad es evaluar a una persona ante diversas situaciones. Su aplicación dura unos cincuenta minutos aproximadamente, puede ser a partir de los 16 años con un nivel cultural suficiente para comprender las instrucciones y contestar a lo que se le pide.

Está formado por tres subescalas: “C”, que evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante diversas situaciones, “F”, que evalúa la ansiedad de tipo fisiológico en situaciones idénticas, y la “M” que mide la ansiedad de tipo motor en las mismas situaciones. Además, tiene como característica, que puede evaluar rasgos específicos: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Utiliza una escala de cinco puntos con las categorías: 0= casi nunca, 1= pocas veces, 2= unas veces sí otras veces no, 3= muchas veces, 4= casi siempre.

Las respuestas que evalúa se refieren: a) al sistema cognitivo: pensamientos y sentimientos de preocupación, inseguridad, miedo, entre otras, b) inventario fisiológico: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, escalofríos, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, mareos, etc. c) conductas motoras: tartamudez, movimientos torpes, evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos, entre otras.

Cuenta con una alta fiabilidad entendida desde el punto de vista de su estabilidad (test-retest) y desde la perspectiva de su consistencia interna (coeficiente alfa, que oscila entre 0,95 y 0,99, sus valores para cada una de las subescalas son: Cognitivo=0,96, Fisiológica=0,98 y Motora=0,95 y Total=0,99). En cuanto a su validez de contenido, se ha construido según las más recientes y contrastadas teorías o modelos de la ansiedad y de alta validez empírica mostrada al discriminar en grupos con diferentes niveles de ansiedad.

Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, autor: Carver; et.al (1989) (Carver y colaboradores, 2006) (Anexo 4).

Es un cuestionario que permite evaluar las formas y estilos de afrontamiento que suelen utilizar las personas en momentos que consideran difíciles o estresantes. Está compuesto por 52 ítems, que comprenden 13 modos de responder al estrés tienen la finalidad de determinar cuáles son las alternativas que más se utilizan, y se califican de 1 a 4 puntos por cada respuesta.

Incorpora 3 tipos de estilos con diversas subescalas de afrontamiento.

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema.

1. afrontamiento activo.1,14,27,40
2. Planificación.2,15,28,41
3. La supresión de otras actividades.3,16,29,42
4. La postergación del afrontamiento. 4,17,30,43
5. La búsqueda de apoyo social.5,18,31,44

Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción.

1. La búsqueda de soporte emocional.6,19,32,45
2. Reinterpretación positiva y desarrollo personal.7,20,33,46
3. La aceptación. 8,21,34,47
4. Acudir a la religión.9,22,35,48
5. Análisis de las emociones.10, 23, 36,49

Otros estilos adicionales de afrontamiento.

1. Negación.11,24,37,50
2. Conductas inadecuadas.12,25,38,51
3. Distracción.13,26,39,52

Su confiabilidad se obtiene utilizando la consistencia interna del alfa Cronbach 0.55 (aceptable) y validez de 0.42 (aceptable).

Cuestionario para evaluar el taller

Es un cuestionario que está compuesto de 8 preguntas que están enfocadas en identificar la percepción de las participantes después de participar en la intervención. Ellas contestaron a ocho preguntas de carácter cualitativo, (apéndice 1). Sus respuestas fueron categorizadas (aprendizajes durante la intervención, percepción de cambios y mejoría, emociones e ideas después de participar en el taller y recomendaciones) y resumidas para hacer su análisis (ver tabla 24 y 25).

6.9 Escenario

La intervención para ambos grupos se llevó a cabo en las instalaciones de las escuelas participantes, en un sitio cómodo, con suficiente espacio, sin ruidos externos, con ventilación adecuada, luz suficiente, en un ambiente tranquilo.

6.10 Procedimiento

Este proyecto se desarrolló a través de tres etapas:

Etapa 1. Se realizó una planificación de las actividades necesarias para dar cumplimiento con la investigación, por lo que se tuvo un primer encuentro con las autoridades de las instituciones en las que se va a llevar a cabo el taller, una vez aceptada la intervención se entregó la documentación necesaria (grupo A-anexo 4)(grupo B -anexo 5) con la cual se tuvo acceso a estas, en este caso la carta de prácticas que nos avala como estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y cumplir de manera formal con el protocolo de dicha autorización.

Etapa 2. Se llevó a cabo la intervención, cuya finalidad fue que las amas de casa incrementarán sus estrategias de afrontamiento para que pudieran disminuir sus síntomas de

ansiedad. Este taller “Estrategias de afrontamiento para disminuir los síntomas de ansiedad de las amas de casa” con enfoque cognitivo conductual tuvo una duración de 8 sesiones de aproximadamente 70 minutos, las sesiones quedaron distribuidas para su aplicación de la siguiente manera:

Pre-Evaluación:

Sesión 1. Tema eje “Preevaluación y encuadre del taller” Presentación del taller, firma del consentimiento informado (anexo 1), aplicación de los instrumentos (ver anexos 2 y 3), e inicio de la técnica de respiración profunda (duración aproximada de 70 minutos).

Tratamiento:

Sesión 2. Tema eje “Psicoeducación”: Papel del ama de casa, conocimientos sobre la ansiedad, de la terapia cognitivo conductual y de las técnicas de reestructuración cognitiva y relajación (duración aproximada de 70 minutos).

Sesión 3. Tema eje “Técnicas de reestructuración cognitiva”: identificar pensamientos distorsionados (duración aproximada de 70 minutos).

Sesión 4. Tema eje “Técnicas de Reestructuración cognitiva”: detención del pensamiento (duración aproximada de 70 minutos).

Sesión 5. Tema eje “Técnicas de relajación”: entrenamiento autógeno (duración aproximada de 70 minutos).

Sesión 6. Tema eje “Técnicas de relajación”: relajación muscular progresiva de Jacobson (duración aproximada de 70 minutos).

Sesión 7. Tema eje “Técnicas de relajación”: relajación con imagen guiada (duración aproximada de 70 minutos).

Post Evaluación:

Sesión 8. Tema eje “Cierre y post evaluación””: post evaluación y evaluación del taller (duración aproximada de 70 minutos).

El cronograma de las sesiones que se llevaron a cabo durante el taller se puede ver en el apéndice 2.

En la etapa 3, se llevó a cabo la recopilación de información, análisis, interpretación e integración de los resultados.

Por último, se recogió la constancia de terminación de prácticas (grupo A, anexo 6) (grupo B, anexo 7)

6.11 Análisis de los datos

De acuerdo con Elorza (2008) se realizó un análisis estadístico no paramétrico debido a que la muestra que se manejó en los grupos A y B, fue de 11 y 12 participantes respectivamente. Esta prueba se utiliza para contrastar dos muestras dependientes o relacionadas que no requiera de un modelo de población. Para esta muestra se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas con la finalidad de poder comparar las evaluaciones pre y post test de los instrumentos ISRA y el de COPE, para lo cual se usará una significancia alfa (α) con $\alpha = 0,05$. Si la estimación de p-valor < 0.05 , se rechazará la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis alterna o de diferencia (H_1). Para este análisis se usará el programa estadístico IBM SPSS versión 2.0.

Para comprobar la diferencia entre las dos medias de los grupos A y B, se usó la prueba de la U de Mann-Whitney, se considera que es apta para muestras pequeñas, y no es necesario que las muestras sean del mismo tamaño, aunque requiere que las variables que representan a dichas puntuaciones sean continuas.

7. Análisis de resultados

7.1 Cuantitativos

7.1.1 Descripción de las muestras

“Escuela primaria Miguel Hidalgo” (en lo sucesivo se le nombrará grupo A).

ubicada en calle 24 Esquina Calle 25 S/N, colonia Independencia, en el municipio de Naucalpan de Juárez, (en lo sucesivo se le nombrará grupo A). La población inicial estuvo conformada por 17 amas de casa; de las cuales 11 lograron terminar en tiempo y forma el llenado de sus registros, la pre y post evaluación, y contestaron la encuesta de satisfacción (ver tabla 1), así como también firmaron el consentimiento informado.

Las participantes tenían una edad de entre 18 años y 65 años. Todas casadas, con estudios desde nivel primaria a universidad, tres de ellas sin ingresos extras al de su esposo, y ocho realizaban alguna actividad con la que generan ingresos extras al de su esposo. Se puede observar que además de cumplir con su trabajo de ama de casa, las más jóvenes, de 18 años y 22 años, se encontraban estudiando. También se pudo observar que, de todas las participantes, únicamente cinco realizaban actividades recreativas. Además, destacó que cinco participantes tenían carga triple: trabajo como amas de casa, actividades que generaran ingresos y estaban a cargo de nietos, suegra, enfermos, entre otros familiares.

“Escuela primaria Felipe Sánchez Solís”, C.C.T 15EPR1092L, ubicada en calle Ayuntamiento, Barrio Central, Nextlalpan, Estado de México, (en lo sucesivo se le nombrará grupo B). La población inicial estuvo conformada por 15 mujeres, todas amas de casa, de las cuales 12 lograron terminar en tiempo y forma el llenado de sus registros, la pre y post evaluación, y contestaron la encuesta de satisfacción (ver tabla 2).

Al momento de la intervención las participantes tenían una edad de entre 28 años y 57 años, con una media de 36.3 años, 11 eran casadas y una tenía una relación casada pero poco estable, todas contaban con estudios que iban desde nivel primaria hasta universidad, y todas tenían ingresos extras al de su esposo. Se puede observar que además de cumplir con su trabajo de ama de casa, solo una se encontraba estudiando. Todas las participantes realizaban actividades recreativas a diferencia de una, además, destacaba que ocho participantes tenían carga triple: trabajo como amas de casa, actividades que generan

ingresos y estaban a cargo del cuidado de hijos, nietos, suegra, enfermos, entre otros familiares.

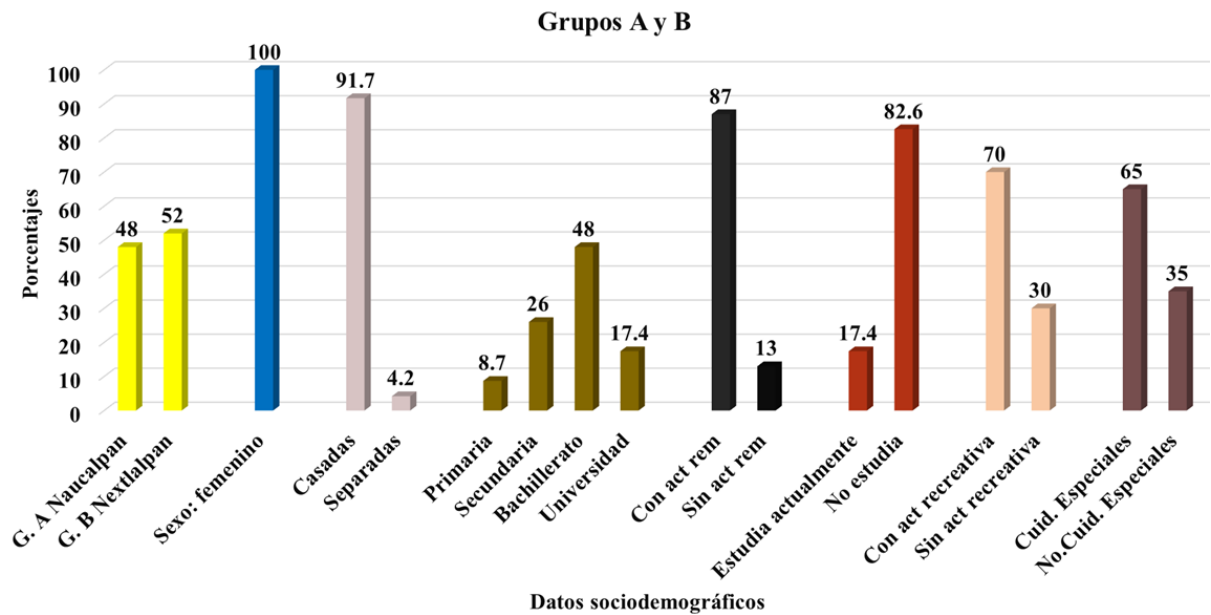
7.1.2 Análisis descriptivo de las muestras.

	<u>n</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media</u>	<u>Desv. Estandar</u>
Total	23				
Grupo al que pertenecen		1	2	1.52	.511
Grupo A	11				
Naucalpan					
Grupo B	12				
Nextlalpan					
Sexo		1	1	1.00	.000
Femenino	23				
Estado civil		1	2	-	-
Casada	22				
Separada	1				
Escolaridad		Primaria	Universidad	3.74	.864
Primaria	2				
Secundaria	6				
Bachillerato	11				
Universidad	4				
Realiza actividad económica.		1	2	1.13	.344
Si	20				
No	3				
Estudia actualmente		1	2	2.00	.388
Si	4				
No	19				
Realiza alguna actividad recreativa.		1	2	1.30	.470
Si	16				
No	7				
Cuida de alguien en especial.		1	2	1.35	.487
Si	15				
No	8				
Edad		18	65	37.78	11.394

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 2 Análisis descriptivos de las muestras A y B

La figura 2 presenta la N= muestra total de porcentajes con los que se realizó el análisis, se puede identificar, grupo al que pertenecen, localidad, sexo, estado civil, escolaridad, si realizan alguna actividad recreativa, o cuidan a alguien en especial.



Fuente: Elaboración propia (2019)

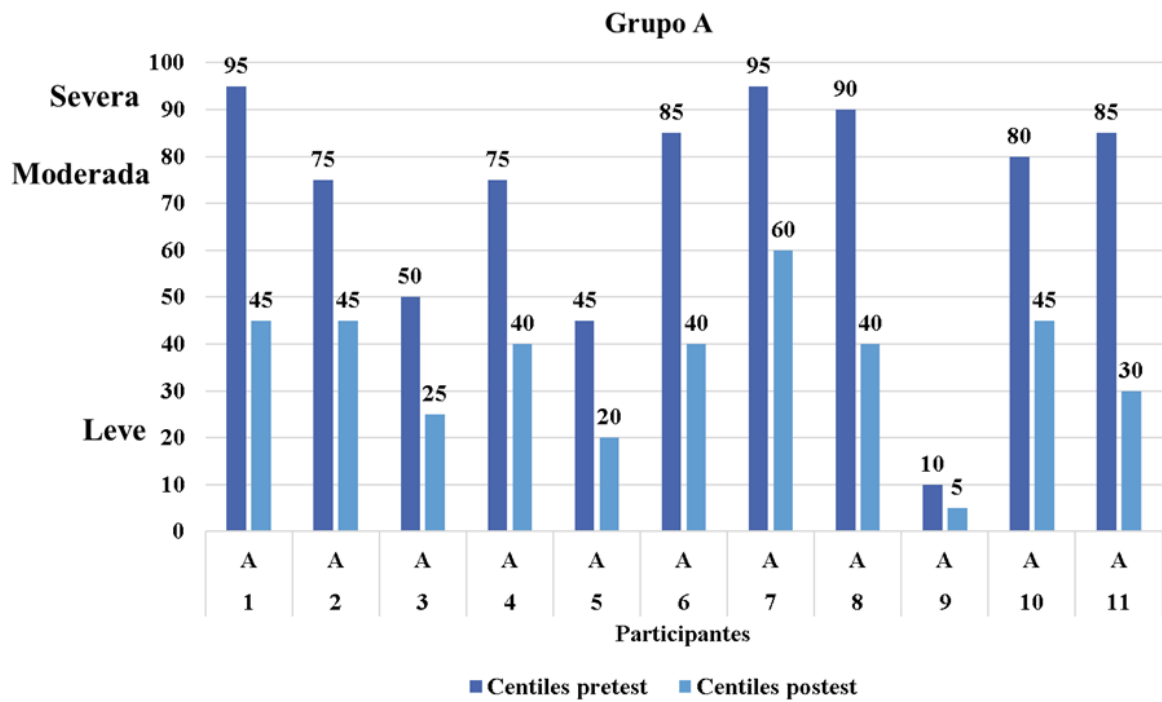
Figura 3 Información porcentual de la muestra (grupos A y B).

En la Figura 3 se muestra la distribución porcentual de los datos sociodemográficos.

7.1.3 Análisis de las escalas

Se realizó un análisis a partir de los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos, Cuestionario de modos de Afrontamiento al estrés COPE e Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, medir las variables: ansiedad y estrategias de afrontamiento en los grupos A y B.

7.1.3.1 Respuestas de ansiedad del grupo A.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 4 Descripción de puntuaciones que se obtuvieron con la aplicación del ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel (1988)

La figura 4 muestra los centiles del grupo A, durante el pretest y posttest de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, destacan los cambios presentados en las participantes Reyna (pretest= 95 -posttest=45), Doria (pretest= 90 -posttest=40): y Vicenta (pretest= 85 -posttest=30):, al disminuir sus puntuaciones de manera notable y en las participantes Reyna, Sandra y Doria, que lograron modificar su grado de ansiedad, de severo a moderado.

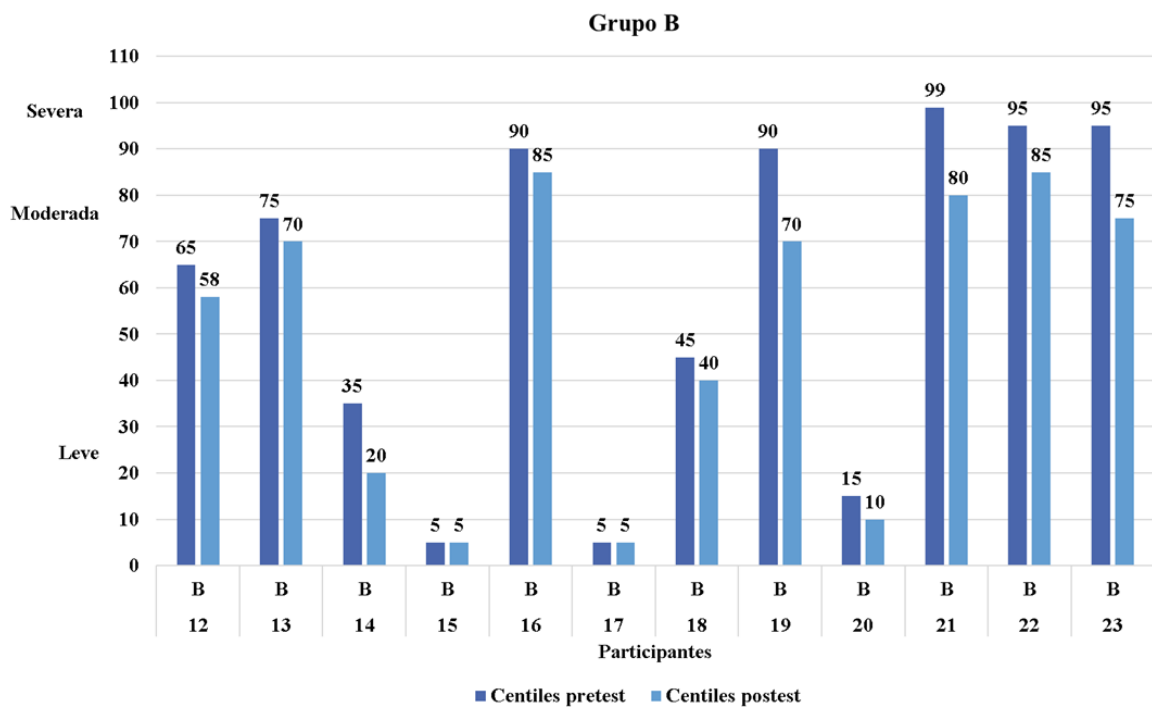
	Centiles			Subescala Cognitiva			Subescala fisiológica			Subescala Motora			Totales		
	Pretest	Postest	Diferencia	Pretest	Postest	Diferencia	Pretest	Postest	Diferencia	Pretest	Postest	Diferencia	Pretest	Postest	Diferencia
1. Reyna	95	45	50	129	59	70	94	28	66	94	36	58	299	129	170
2. Mary	75	45	30	90	59	31	49	28	21	60	36	24	194	129	65
3. Ana	50	25	25	64	44	20	30	16	14	39	24	15	139	96	43
4. Johana	75	40	35	90	55	35	49	25	24	60	33	27	194	122	72
5. Angela	45	20	25	59	40	19	28	14	14	36	21	15	129	88	41
6. Sarita	85	40	45	102	55	47	64	25	39	73	33	40	223	122	101
7. Sandra	95	60	35	129	73	56	94	37	57	94	47	47	299	154	145
8. Daria	90	40	50	117	55	62	71	25	46	82	33	49	245	122	123
9. Lourdes	10	5	5	33	26	7	11	8	3	14	9	5	69	56	13
10. Fresya	80	45	35	94	59	35	54	28	26	65	36	29	207	129	78
11. Vicenta	85	30	55	102	48	54	64	20	44	73	27	46	223	105	118
	785	395	390	1009	573	436	608	254	354	690	335	355	2221	1252	969

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 5 Puntuaciones de las Participantes del Grupo A (Subescalas C, F, M y Total).

En la figura 5, se encuentran las puntuaciones pretest y postest de los centiles y de las subescalas cognitiva, fisiológica y motora de las participantes, se puede observar de manera individual su puntuación y la diferencia en las tres subescalas después de la intervención, de esta manera se pudo comprobar que en la subescala donde tuvieron mayores cambios fue en la cognitiva.

7.1.3.2 Respuestas de ansiedad del grupo B.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 6 Puntuación obtenida en el grupo B con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA.

La figura 6 muestra la puntuación obtenida en el grupo B, durante el pretest y postest de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA y en el que destacan los cambios presentados en las participantes Flor (pretest= 90 -postest=70), Rocío (pretest= 99 -postest=80), Guadalupe 2 (pretest= 15 -postest=10) y Rosario (pretest= 95 -postest=75), mientras que el resto de las participantes también tuvieron disminución en el grado de ansiedad, se puede observar que Brenda modificó su grado de ansiedad, de moderado a mínimo y en las restantes aun cuando permanecieron en su grado de ansiedad, se puede observar una disminución en el post test.

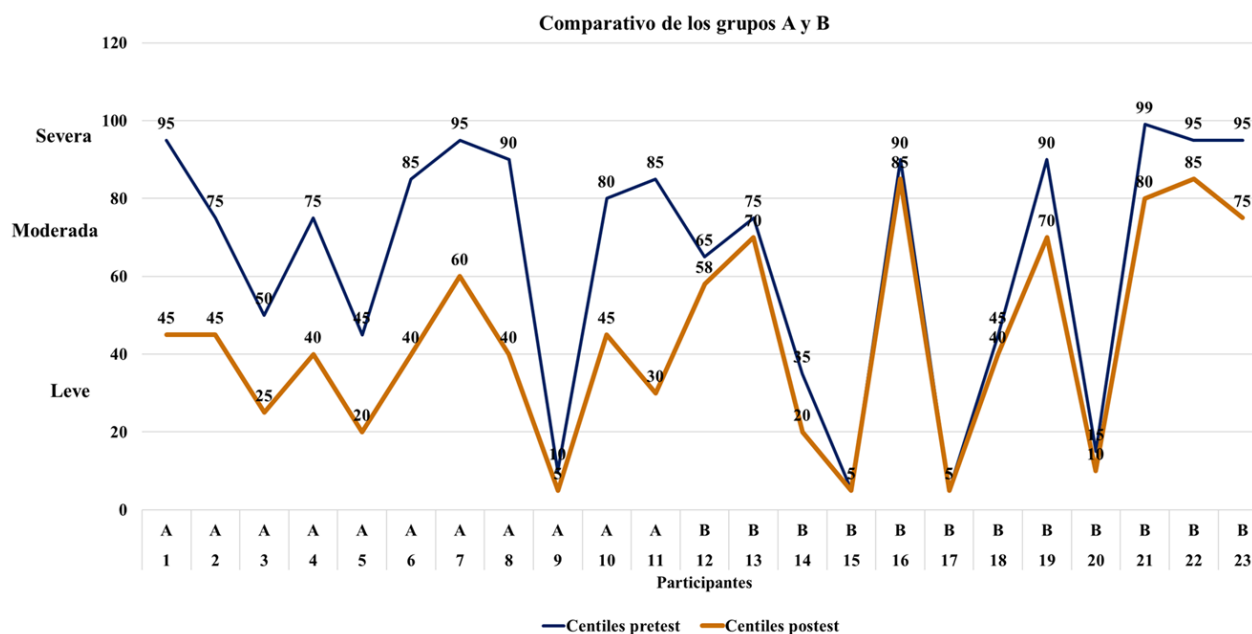
	Centiles			Subescala cognitiva			Subescala fisiológica			Subescala motora			Totales		
	Pretest	Post test	Diferencia	Pretest	Post test	Diferencia	Pretest	Post test	Diferencia	Pretest	Post test	Diferencia	Pretest	Post test	Diferencia
1. Ana	65	58	7	142	129	13	14	8	6	11	5	6	167	142	25
2. Leticia	75	70	5	79	60	19	30	20	10	84	60	24	193	140	53
3. Brenda	35	20	15	92	79	13	21	18	3	26	5	21	139	102	37
4. Maria	5	5	0	23	12	11	12	7	5	3	3	0	38	21	17
5. Margarita	90	85	5	111	95	16	65	52	13	62	45	17	238	191	47
6 Jannet	5	5	0	25	12	13	1	1	0	2	2	0	28	15	13
7.Guadalupe	45	40	5	42	30	12	36	23	13	48	28	20	126	81	45
8. Flor	90	70	20	72	51	21	79	54	25	95	50	45	246	155	91
9.Guadalupe	5	10	-5	32	19	13	21	10	11	22	12	10	53	41	12
10. Rocio	99	80	19	198	180	18	181	158	23	162	100	62	541	438	103
11.Guadalupe	95	85	10	140	125	15	86	64	22	64	30	34	290	219	71
12. Rosario	95	75	20	108	70	38	96	64	32	76	43	33	280	177	103
Sumas	704	603	101	1064	862	202	642	479	163	655	383	272	2361	1724	637

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 7 Puntuaciones de las Participantes del Grupo B (subescalas C, F, M y Total).

En la figura 7, se encuentran las puntuaciones pretest y posttest de los centiles, de las subescalas cognitiva, fisiológica y motora de las participantes, se puede observar de manera individual su puntuación y la diferencia en las tres subescalas después de la intervención, de esta manera se pudo comprobar que en la subescala donde tuvieron mayores cambios fue en la cognitiva y motora.

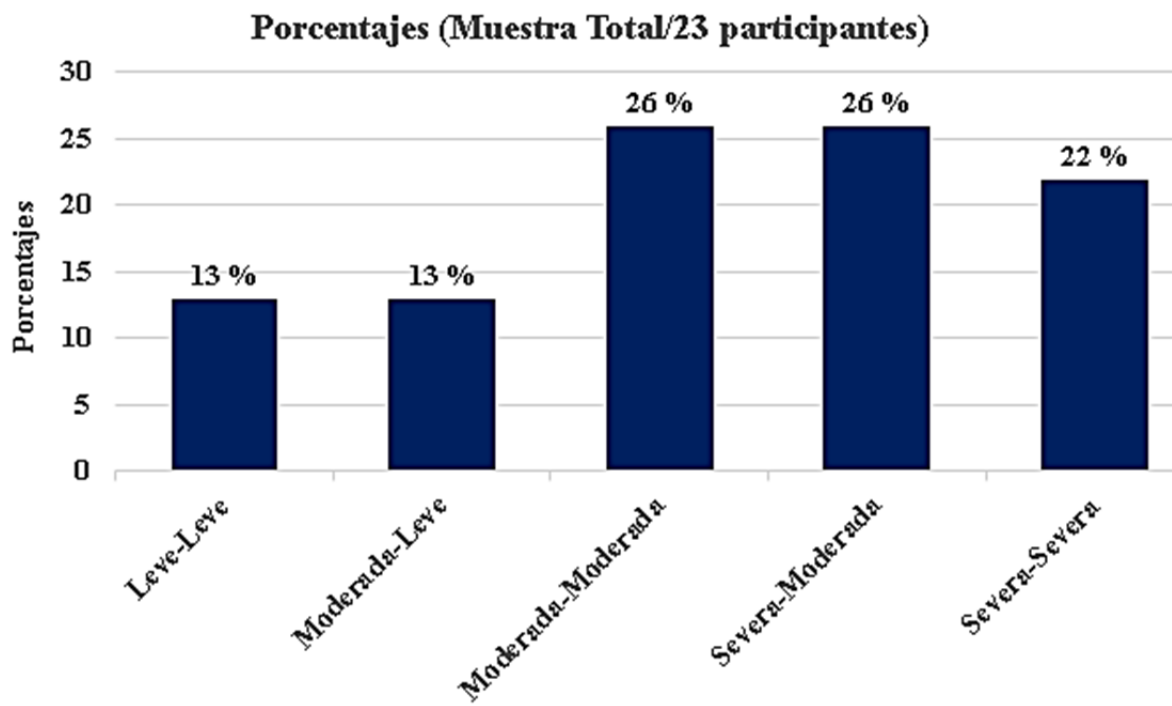
7.1.3.3 Comparativo pre postest de las respuestas de ansiedad de los grupos A y B



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 8 Puntuación Obtenida del Grado de Ansiedad en los Grupos A y B con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA.

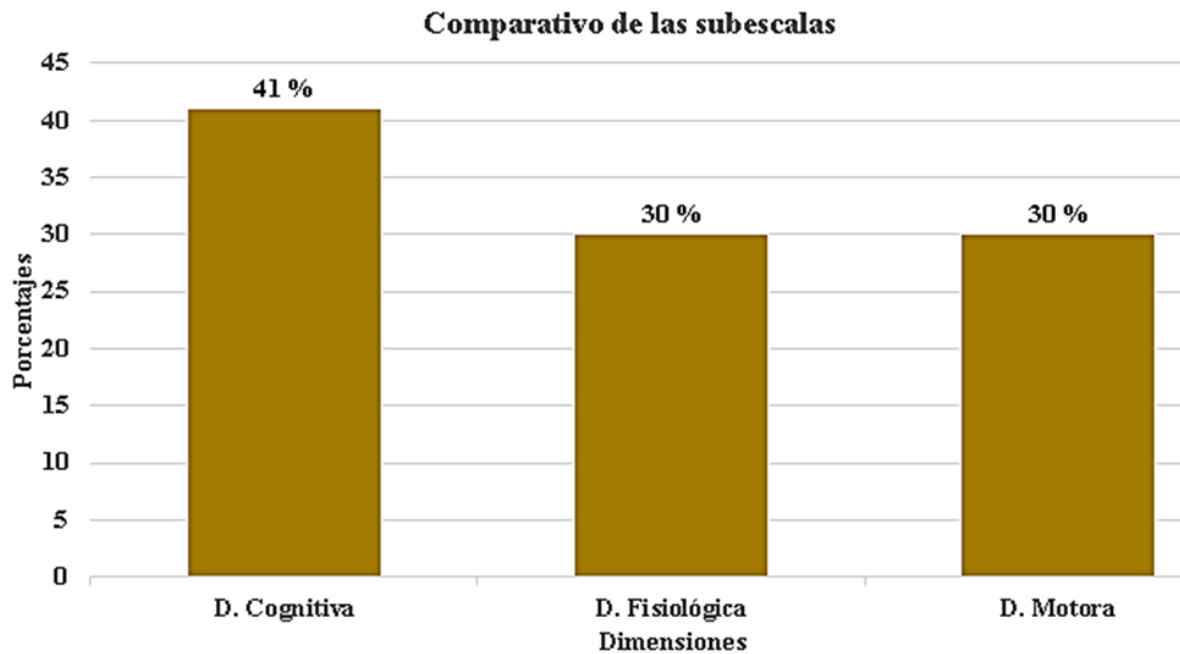
En la figura 8 se puede apreciar el grado de ansiedad con el que inició cada una de las amas de casa y las puntuaciones con las que finalizaron después de participar en la intervención. Como se puede observar todas las participantes tuvieron una diferencia favorable para incluso cambiar su grado de ansiedad severa a moderada: participantes 1, 6, 7, 8, 10, del grupo A y las participantes 19, 21 y 23 del grupo B.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 9 Cambios a nivel grupal del grado de ansiedad pre-postest con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA.

En la figura 9 se muestran la variación porcentual de cómo las participantes lograron pasar de una dimensión a otra después de su participación y también aquellas que permanecieron en el mismo grado.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 10 Cambios a nivel grupal de los cambios pre-postest en las subescalas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA.

En la Figura 10 se muestra la disminución porcentual en las tres dimensiones de la escala.

Para identificar si las participantes tuvieron cambios estadísticamente significativos en sus respuestas de ansiedad en las tres subescalas de las evaluaciones pretest - posttest, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon en muestras relacionadas (ver anexo 8) lo cual dio un valor de p-valor $.003 < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

7.1.3.4 Prueba de Wilcoxon para el grupo A (respuestas de ansiedad).

Estadísticos de prueba^a

	<u>SE Cognitiva (pre-postest).</u>	<u>SE Fisiológica (pre-postest)</u>	<u>SE Motora (pre-postest)</u>
Z	-2.936 ^b	-2.936 ^b	-2.936 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.003	.003	.003

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Fuente: elaboración propia (2019).

Figura 11 Estadísticos de Prueba Para las Respuestas de Ansiedad del Grupo A.

De acuerdo con la figura 11, las diferencias que hay en las participantes del grupo A después de la intervención, son estadísticamente significativas. Además, se tiene evidencia que se cumplió H2, ya que, al finalizar la intervención, las amas de casa del grupo A, lograron disminuir sus respuestas de ansiedad como se muestra en la figura 4 de ellas lograron disminuir de un grado de ansiedad severa a moderada, sólo la participante Lourdes, permaneció en ansiedad leve, sin embargo, si disminuyeron sus puntuaciones en las 3 dimensiones: cognitiva, fisiológica y motora.

7.1.3.5 Prueba de Wilcoxon para el grupo B (respuestas de ansiedad).

Estadísticos de prueba^a			
	<u>SE Cognitiva (pre - posttest)</u>	<u>SE Fisiológica (pre - posttest)</u>	<u>SE Motora (pre - posttest)</u>
Z	-3.071 ^b	-2.936 ^b	-2.803 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	0.002	0.003	0.005

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.

Fuente: elaboración propia (2019).

Figura 12 Estadísticos de Prueba para las Respuestas de Ansiedad del Grupo B

De acuerdo con la figura 12, las diferencias que hay en las participantes del grupo B después de la intervención, son estadísticamente significativas.

Además, se tiene evidencia que se cumplió H2, ya que, al finalizar la intervención, las amas de casa del grupo B, lograron disminuir sus respuestas de ansiedad como se muestra en la figura 5, 1 de ellas (Rocío) logró disminuir su grado de ansiedad de extrema a severa, 4 (Margarita, Flor, Guadalupe 3 y Rosario) lograron disminuir de un grado de ansiedad severa a moderada, sólo María de la Luz y Guadalupe 1, permanecieron en

ansiedad mínima, sin embargo, si disminuyeron sus puntuaciones en las 3 dimensiones: cognitiva, fisiológica y motora.

7.1.3.6 Prueba de Mann-Whitney para el grupo A y B (respuestas de ansiedad).

	Estadísticos de prueba ^a							
	<u>SE</u> <u>Cognitiva</u> <u>(pos test)</u>	<u>SE</u> <u>Fisiológica</u> <u>(pos test)</u>	<u>SE Motora</u> <u>(pos test)</u>	<u>Grado de</u> <u>ansiedad</u> <u>(pos test)</u>	<u>SE</u> <u>Cognitiva</u> <u>(pre test)</u>	<u>SE</u> <u>Fisiológica</u> <u>(pre test)</u>	<u>SE Motora</u> <u>(pre test)</u>	<u>Grado de</u> <u>ansiedad</u> <u>(pre test)</u>
U de Mann-Whitney	41.500	49.500	50.000	40.000	61.000	57.500	54.000	61.500
W de Wilcoxon	107.500	115.500	116.000	106.000	139.000	135.500	132.000	139.500
Z	-1.511	-1.020	-.988	-1.607	-.308	-.524	-.739	-.278
Sig. asintótica (bilateral)	.131	.308	.323	.108	.758	.600	.460	.781
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	.134 ^b	.316 ^b	.347 ^b	.118 ^b	.786 ^b	.608 ^b	.487 ^b	.786 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo
b. No corregido para empates.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Figura 13 Estadísticos de prueba

En los datos de la Figura 13, se puede apreciar el estadígrafo de Mann-Whitney para los resultados del inventario de respuestas de ansiedad, ISRA, en las tres dimensiones que lo componen: cognitiva, fisiológica, motora, además del grado de ansiedad de las participantes después de la intervención. Con estos datos se puede señalar que después de la intervención, la disminución del grado de ansiedad de las participantes del grupo A, no difiere del grado de ansiedad del grupo B, de forma significativa (nivel de significación del $\alpha=0.05$) De la misma manera se puede apreciar que las 3 dimensiones de las respuestas de ansiedad tampoco difieren de forma significativa.

7.1.3.7 % Frecuencia de Estilos de afrontamiento del grupo A, pre y postest.

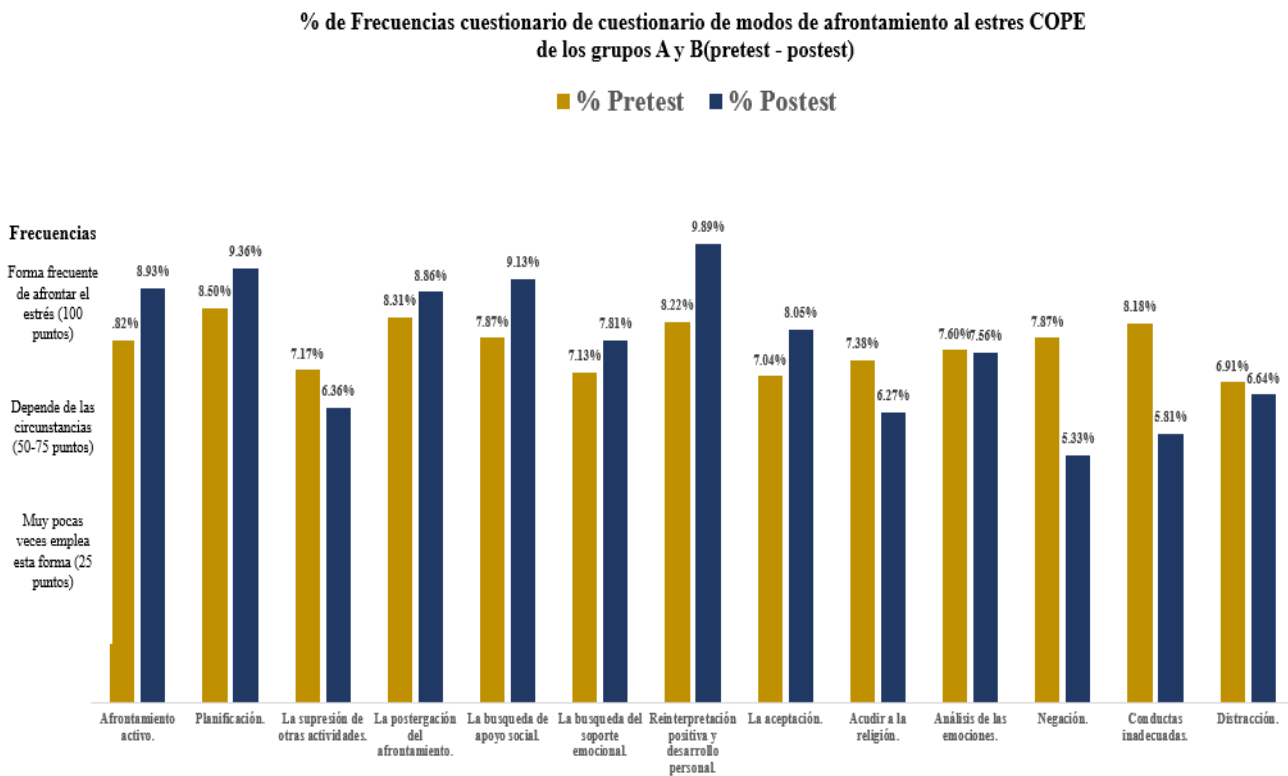
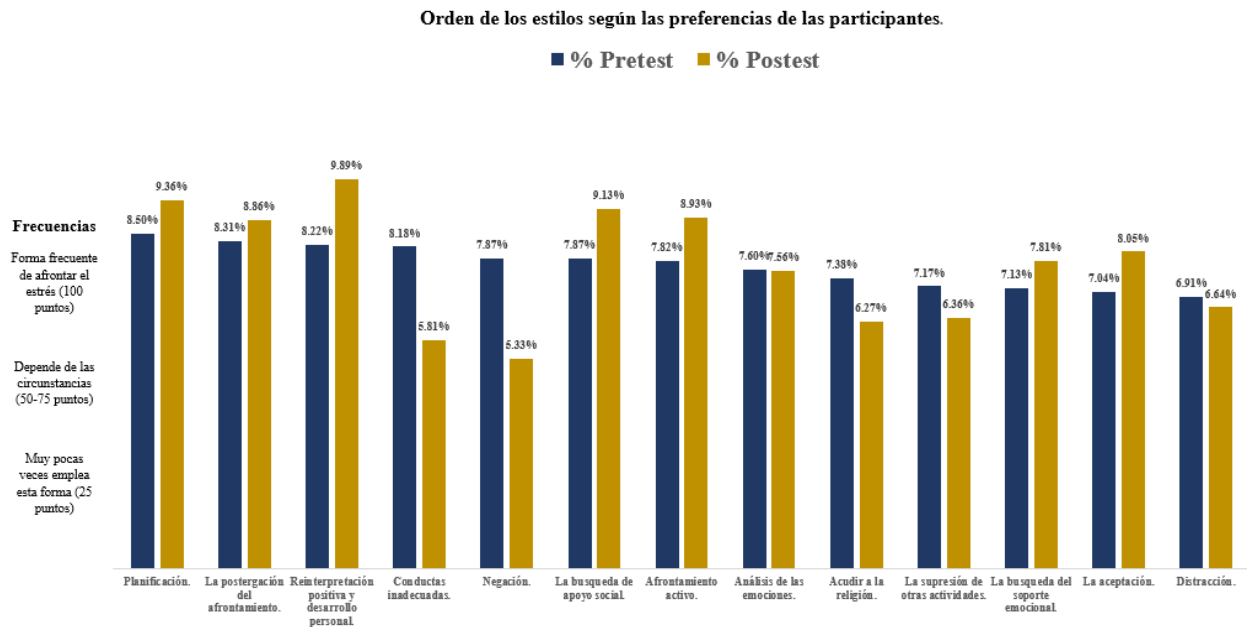


Figura 14. % de las puntuaciones que se obtuvieron con la aplicación del *Cuestionario de modos de Afrontamiento al estrés COPE* de los grupos A y B.

La figura 14 muestra los porcentajes de las frecuencias de estilos de afrontamiento pretest - postest obtenidos de las participantes de los Grupos A y B, al completar el *Cuestionario de modos de Afrontamiento al estrés COPE*, lo que permite que ubicar sus frecuencias de afrontamiento dentro del rango muy pocas veces emplea esta forma de afrontar el estrés y depende de las circunstancias, presentando un incremento notorio en afrontamiento activo (8.93%), planificación (9.36%), búsqueda de apoyo social (9.13%) y reinterpretación positiva y desarrollo personal (9.89%).



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 15. Preferencias de estilo de las participantes al iniciar el taller.

En la figura 15 se observan los % de los estilos de afrontamiento de acuerdo con la preferencia de las amas de casa de esta manera destacan: planificación, postergación del afrontamiento, reinterpretación positiva y conductas inadecuadas y presentando como de menor preferencia búsqueda de soporte emocional, aceptación y distracción.

7.1.3.8 Prueba de Wilcoxon para el grupo A (estilos de afrontamiento).

Para identificar si las participantes tuvieron cambios estadísticamente significativos en sus estrategias de afrontamiento de las trece subescalas de las evaluaciones pretest - posttest, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon en muestras relacionadas.

Estadísticos de prueba ^a													
	<u>Afrontamiento activo</u>	<u>Planificación</u>	<u>Supresión de otras actividades</u>	<u>Postergación del afrontamiento</u>	<u>Búsqueda de apoyo social</u>	<u>Búsqueda de soporte emocional</u>	<u>Reinterpretación positiva y desarrollo personal</u>	<u>Aceptación</u>	<u>Acudir a la religión</u>	<u>Análisis de las emociones</u>	<u>Negación</u>	<u>Conductas inadecuadas</u>	<u>Distracción</u>
Z	-2.943 ^b	-2.048 ^b	-.358 ^b	-2.298 ^b	-1.783 ^b	-2.809 ^b	-2.677 ^b	-2.184 ^b	-.962 ^c	-1.774 ^c	-2.673 ^c	-2.703 ^c	-.711 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	.003	.041	.720	.022	.075	.005	.007	.029	.336	.076	.008	.007	.477

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo
b. Se basa en rangos negativos.
c. Se basa en rangos positivos.

Fuente: elaboración propia (2019).

Figura 16 . Estadísticos de prueba para los Estilos de Afrontamiento del Grupo A.

De acuerdo con la figura 16 se pueden ver las diferencias que hay entre el pretest y posttest de los estilos de afrontamiento, estilos de afrontamiento enfocados en el problema, estilos de afrontamiento enfocado en la y otros estilos adicionales de afrontamiento, se identifica una diferencia estadísticamente significativa en las subescalas de: afrontamiento activo, planificación, postergación del afrontamiento, búsqueda de soporte personal, reinterpretación positiva y desarrollo personal, acudir a la religión, negación, y conductas inadecuadas, a diferencia de las subescalas: supresión de otras actividades, búsqueda de apoyo social, aceptación, análisis de las emociones y distracción que poseen puntuaciones superiores a $\alpha = 0.05$.

Con los resultados que se obtuvieron al aplicar la prueba de Wilcoxon, se tienen elementos que indican que, si se cumplió H1, es decir, al finalizar el taller, las participantes del grupo A, lograron aumentar sus estilos de afrontamiento de muy pocas veces emplean esta forma a usarlas depende de las circunstancias.

7.1.3.9 Prueba de Wilcoxon para el grupo B (estilos de afrontamiento).

Estadísticos de prueba ^a													
	Est. de Afrontamiento enfocado en el problema (pre- posttest):					Est. de Afrontamiento enfocado en la emoción (pre - posttest):				Otros estilos adicionales de afrontamiento (pre - posttest):			
	Afrontamiento activo.	Planificación.	Supresión de otras actividades.	Postergación del afrontamiento.	Búsqueda de apoyo social.	Búsqueda de soporte emocional.	Reinterpretación positiva y desarrollo personal.	Aceptación.	Acudir a la religión.	Análisis de las emociones.	Negación.	Conductas inadecuadas.	Distracción.
Z	-1.633 ^b	-2.388 ^b	-.141 ^c	-1.897 ^b	-2.497 ^b	-.813 ^b	-2.207 ^b	-1.786 ^b	-.254 ^c	-2.670 ^b	-1.791 ^c	-1.000 ^b	-2.328 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.102	0.017	0.888	0.058	0.013	0.416	0.027	0.074	0.799	0.008	0.073	0.317	0.020

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos negativos.
c. Se basa en rangos positivos.

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 17. Estadísticos de Prueba para los Estilos de Afrontamiento del Grupo B.

En la figura 17 se pueden observar las diferencias que hay entre el pretest y posttest de los estilos de afrontamiento, estilos de afrontamiento enfocados en el problema, estilos de afrontamiento enfocado en la emoción y otros estilos adicionales de afrontamiento del grupo B, en donde se identifica una diferencia estadísticamente significativa en las subescalas de, planificación, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social y distracción a diferencia de las subescalas: afrontamiento activo, supresión de otras actividades, búsqueda de soporte emocional, aceptación, acudir a la religión y conductas inadecuadas que poseen puntuaciones superiores a $\alpha = 0.05$.

Con la información que se obtuvo al aplicar la prueba de Wilcoxon, se tienen elementos que indican que, si se cumplió H1, es decir, al finalizar el taller, parte de las participantes del grupo B, lograron aumentar sus estilos de afrontamiento de muy pocas veces emplean esta forma a usarlas depende de las circunstancias.

7.1.3.10 Prueba de Mann-Whitney para los grupos A y B (estilos de afrontamiento).

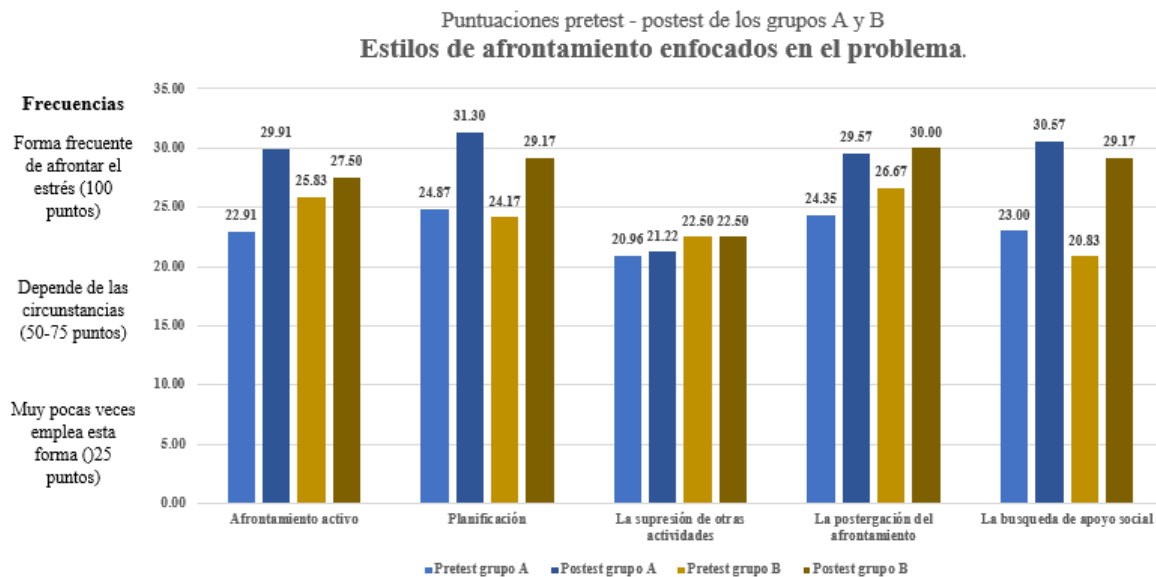
Estadísticos de prueba	Enfocados en el problema Pretest -postest					Enfocados en la emoción Pretest -postest					Otros estilos de afrontamiento. Pretest -postest		
	Afrontamiento activo	Planificación	Supresión de otras actividades	Postergación del afrontamiento	Búsqueda de apoyo social	Búsqueda de soporte emocional	Reinterpretación positiva y desarrollo personal	Aceptación	Acudir a la religión	Análisis de las emociones	Negación	Conductas inadecuadas	Distracción
Z	-3.302 ^b	-2.987 ^b	-1.131 ^b	-3.088 ^b	-3.012 ^b	-2.759 ^b	-3.418 ^b	-3.706 ^b	-	-1.662 ^b	-3.240 ^c	-2.405 ^c	-1.662 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.001	0.003	0.896	0.002	0.003	0.006	0.001	0.000	0.555	0.096	0.001	0.016	0.096

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos negativos.
c. Se basa en rangos positivos.

- En la figura 10 se presenta el pretest y postest de los grupos A y B, en base a los estilos de afrontamiento, estilos de afrontamiento enfocados en el problema, estilos de afrontamiento enfocado en la emoción y otros estilos adicionales de afrontamiento.

Para identificar si los participantes tuvieron cambios estadísticamente significativos en sus respuestas de estrategias de afrontamiento en las trece subescalas de las evaluaciones pretest - postest, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon en muestras relacionadas lo cual dio un valores de p-valor menores a < 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Para hacer la comparación de los datos de los grupos A y B se realizó una prueba para dos muestras independientes, la prueba de Mann - Whitney ya que es la mejor alternativa a la prueba t sobre diferencia de medias.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 18. Comparación de medias de estilos de afrontamiento enfocados en el problema.

En la figura 18 se muestran las puntuaciones obtenidas por los grupos A y B en el pretest

y posttest de estilos de afrontamiento enfocados en el problema y en la que destaca el incremento en la subescala de planificación y búsqueda de apoyo social.

Estadísticos de prueba: Estilos de afrontamiento enfocados en el problema.

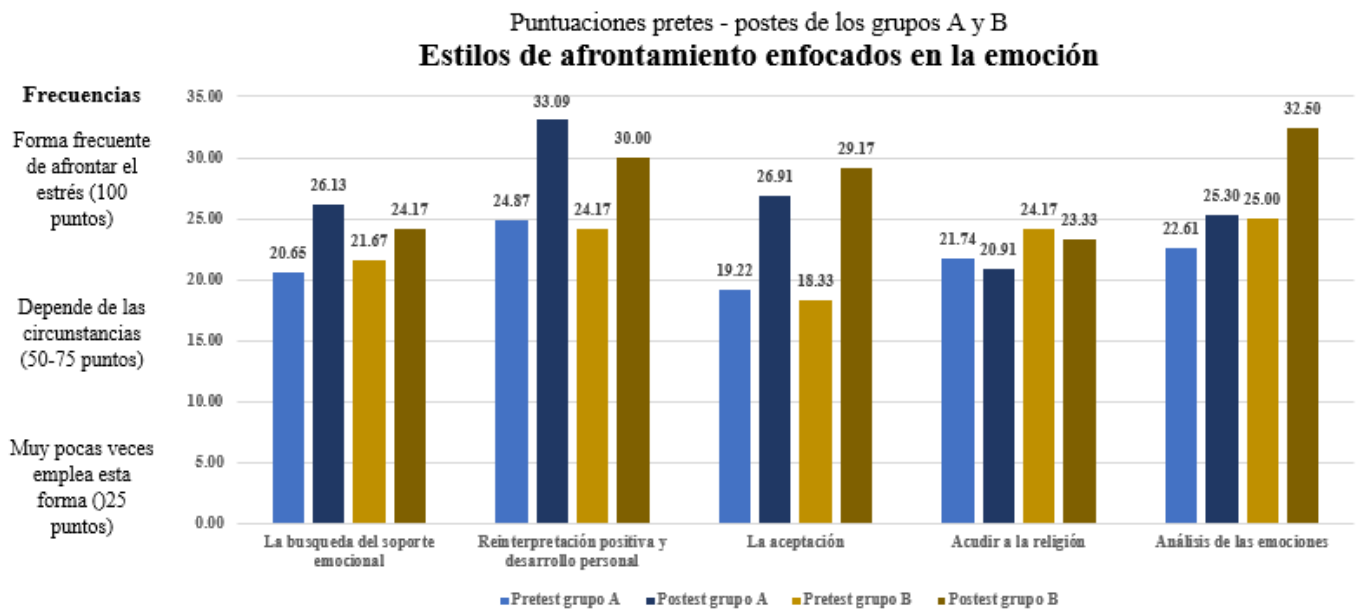
	Pretest					Posttest				
	Afrontamiento activo	Planificación	Supresión de otras actividades	Postergación del afrontamiento	Búsqueda de apoyo social	Afrontamiento activo	Planificación	Supresión de otras actividades	Postergación del afrontamiento	Búsqueda de apoyo social
U de Mann-Whitney	27.500	63.000	54.000	41.000	49.000	20.000	28.500	56.000	64.000	51.000
W de Wilcoxon	93.500	141.000	120.000	107.000	127.000	98.000	106.500	122.000	142.000	129.000
Z	-2.402	-0.186	-0.743	-1.548	-1.054	-2.862	-2.340	-0.631	-0.124	-0.929
Sig. asintótica(bilateral)	0.016	0.852	0.457	0.122	0.292	0.004	0.019	0.528	0.901	0.353
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.016 ^a	.880 ^b	.487 ^b	.134 ^b	.316 ^b	.004 ^b	.019 ^a	.566 ^b	.928 ^b	.379 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo al que pertenece
b. No corregido para empates.

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 19. Estadístico de prueba de estilos de afrontamiento enfocados en el problema.

La figura 19 muestra la prueba de **Mann-Whitney** de estilos de afrontamiento enfocados en el problema, esta tabla ofrece el estadístico de U de Mann - Whitney, W de Wilcoxon, y el nivel crítico unilateral en las cinco subescalas, afrontamiento activo, planificación, supresión de otras actividades, postergación del afrontamiento y búsqueda de apoyo social, con estos datos se puede señalar que después de la intervención, el aumento en las estrategias de afrontamiento del grupo A y grupo B presentaron cambios significativos ($\alpha= 0.05$) en afrontamiento activo (Pretest) $\alpha= 0.016$ (posttest) $\alpha=0.004$ y planificación (pretest) $\alpha= 0.080$ (posttest) $\alpha= 0.019$, puesto que son inferiores a $\alpha= 0.05$ durante el posttest de la aplicación del taller.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 20. Comparación de medias de estilos de afrontamiento enfocados en la emoción.

En la figura 20 se muestran las puntuaciones obtenidas por los grupos A y B en el pretest y postes de estilos de afrontamiento enfocados en la emoción y en la que destaca el incremento en la subescala de reinterpretación positiva y desarrollo personal, aceptación y análisis de las emociones.

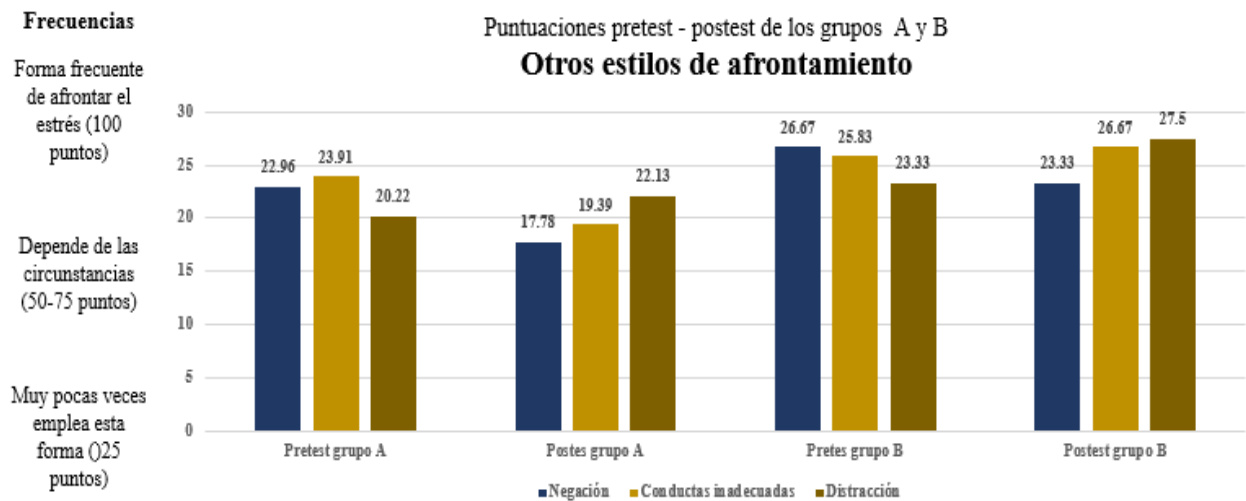
Estadísticos de prueba ^a : Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción										
	Pretest					Postest				
	Búsqueda de soporte emocional	Reinterpretación positiva y desarrollo personal	Aceptación	Acudir a la religión	Análisis de las emociones	Búsqueda de soporte emocional	Reinterpretación positiva y desarrollo personal	Aceptación	Acudir a la religión	Análisis de las emociones
U de Mann-Whitney	54.000	61.000	52.000	45.000	33.500	34.500	13.500	42.500	37.000	0.000
W de Wilcoxon	120.000	139.000	130.000	111.000	99.500	112.500	91.500	108.500	103.000	66.000
Z	-0.744	-0.309	-0.876	-1.300	-2.018	-1.954	-3.264	-1.454	-1.807	-4.093
Sig. asintótica (bilateral)	0.457	0.757	0.381	0.194	0.044	0.051	0.001	0.146	0.071	0.000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.487 ^b	.786 ^b	.413 ^b	.211 ^b	.044 ^b	.051 ^b	.001 ^b	.151 ^b	.079 ^b	.000 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo al que pertenece
b. No corregido para empates.

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 21. Estadísticos de Prueba Estilos de Afrontamiento Enfocados en la Emoción, grupos A y B.

La figura 21 muestra la prueba de **Mann-Whitney** de estilos de afrontamiento enfocados en el problema, esta tabla ofrece el estadístico de U de Mann - Whitney, W de Wilcoxon, y el nivel crítico unilateral en las cinco subescalas, Búsqueda de soporte emocional, reinterpretación positiva y desarrollo personal, aceptación, acudir a la religión y análisis de las emociones, con estos datos se puede señalar que después de la intervención, el aumento en las estrategias de afrontamiento del grupo A y grupo B presentaron cambios significativos en ($\alpha= 0.05$) búsqueda de soporte emocional (pretest) $\alpha= 0.487$ (postest) $\alpha= 0.05$, reinterpretación positiva (pretest) $\alpha= 0.786$ (postest) $\alpha= 0.001$ y análisis de las emociones (pretest) $\alpha= 0.044$ (postest) $\alpha= 0.000$ puesto que obtuvieron una significación menor a ($\alpha= 0.05$) durante el postest de la aplicación del taller.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 22. Comparación de medias de otros estilos de afrontamiento de los grupos A y B.

En la figura 22 se muestran las puntuaciones obtenidas por los grupos A y B en el pretest y postes de estilos de otros estilos de afrontamiento y en la que destaca la disminución en la subescala de negación y conductas inadecuadas en el postest del grupo A y negación en el grupo B.

	Pretest			Postest		
	<u>Negación</u>	<u>Conductas inadecuadas</u>	<u>Distracción</u>	<u>Negación</u>	<u>Conductas inadecuadas</u>	<u>Distracción</u>
U de Mann-Whitney	29.000	42.000	36.000	4.500	0.000	8.000
W de Wilcoxon	95.000	108.000	102.000	70.500	66.000	74.000
Z	-2.292	-1.490	-1.863	-3.858	-4.165	-3.608
Sig. asintótica(bilateral)	0.022	0.136	0.062	0.000	0.000	0.000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.023 ^b	.151 ^b	.069 ^b	.000 ^b	.000 ^b	.000 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo al que pertenece

b. No corregido para empates.

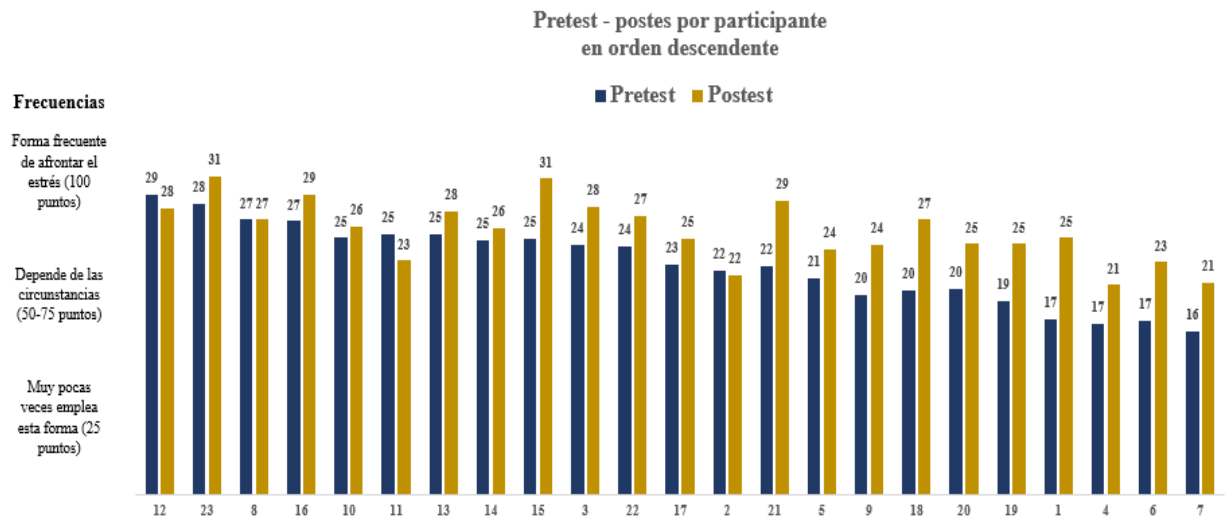
Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 23. Estadísticos de Prueba, Otros Estilos de Afrontamiento de los grupos A y B.

La figura 23 muestra la prueba de **Mann-Whitney** de estilos de afrontamiento enfocados en el problema, esta tabla ofrece el estadístico de U de Mann - Whitney, W de Wilcoxon, y el nivel crítico unilateral en las tres subescalas, negación, conductas inadecuadas y distracción, con estos datos se puede señalar que después de la intervención, el aumento en las estrategias de afrontamiento del grupo A y grupo B presentaron cambios significativos ($\alpha= 0.05$) en negación (pretest) $\alpha= 0.023$ (postest) $\alpha= 0.000$, conductas inadecuadas (pretest) $\alpha= 0.151$ (postest) $\alpha= 0.000$ y distracción (pretest) $\alpha= 0.069$ (postest) $\alpha= 0.000$, puesto que obtuvieron una significación menor a ($\alpha= 0.05$) durante el postest de la aplicación del taller.

En este análisis decidimos incorporar los tres estilos de afrontamiento por separado, con la finalidad de identificar los cambios que se presentaron antes y después de la aplicación del taller y en cuyos resultados se muestran algunas puntuaciones similares en ambos grupos (A y B) con los que las participantes se enfrentan a situaciones difíciles de su vida diaria y que incluso solo hacía falta reafirmar para que les fueran más eficaces, cabe destacar que en estilos de afrontamiento enfocados en el problema se mostró un incremento mayor en afrontamiento activo y planificación, en estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, búsqueda de soporte emocional, reinterpretación positiva y análisis de las emociones y finalmente en otras estrategias de afrontamiento el grupo A pudo disminuir de manera notable sus puntuaciones en este estilo a diferencia del grupo B que se mantuvo estable e incluso tuvo un incremento en distracción.

7.1.3.11 Media de participantes en orden ascendente y porcentajes por estilo.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 24. Pretest y postes de frecuencias de afrontamiento de las 23 participantes.

La figura 24 muestra la comparación de las frecuencias obtenidas con la aplicación de cuestionario COPE, estilos de afrontamiento, en donde destaca el incremento de la frecuencia de afrontamiento de las participantes, se puede apreciar que las participantes 12, 23, 8 y 16 contaban con frecuencia de afrontamiento mayor al iniciar la intervención, pero a pesar de que las participantes 3, 4, 6, 7 mostraban la frecuencia menor, tuvieron mayor incremento en el postest, lo que les permitió reducir sus síntomas de ansiedad.

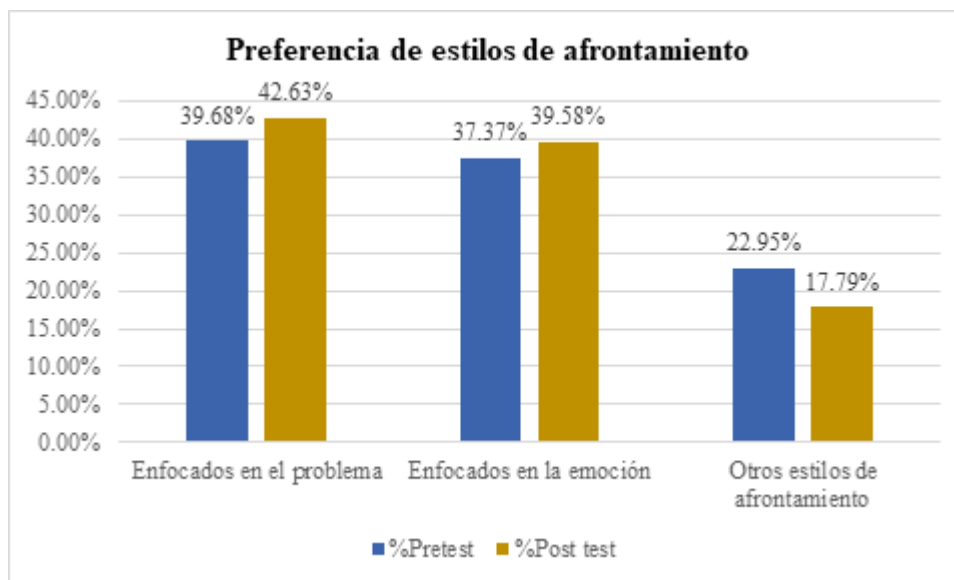
Escalas	% Pretest	% Postest
Estilos de afrontamiento enfocados en el problema	39.68%	42.63%
Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción	37.37%	39.58%
Otros estilos de afrontamiento	22.95%	17.79%

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 25. Preferencia de estilos de afrontamiento agrupados.

La figura 25 muestra las escalas agrupadas de los tres grupos, vemos que las amas de casa prefieren los estilos de afrontamiento centrados en el problema y en último lugar se encuentran

otros estilos de afrontamiento, que corresponden a las formas de hacer frente a sus problemas de manera conductual y de pensamiento principalmente, a pesar de que no se logró pasar de una frecuencia a otra se presentaron puntuaciones suficientes para lograr un cambio en sus síntomas de ansiedad, lo que se puede ver reflejado en el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 26. La figura muestra el estilo en el que se obtuvieron mayores logros, en las estrategias de afrontamiento, destacando el estilo enfocado en el problema.

7.2 Cualitativos

Para hacer un análisis cualitativo, se hizo una encuesta a las participantes del grupo A y B (ver apéndice 1) ellas respondieron a ocho preguntas que se presentan de manera sintetizada (ver tabla 26 y 27).

Participantes	Aprendizajes durante la intervención	Percepción de cambios y mejoras.	Emociones e ideas después de participar en el taller.	Recomendaciones
	3. ¿Qué aprendió durante el taller? 6. ¿Qué técnicas de las que aprendió considera más útiles?	5. ¿Cómo considera que son ahora sus habilidades de afrontamiento? 7. ¿Qué cambios percibe ahora en sus síntomas de ansiedad?	1. ¿Cómo se sintió al trabajar en grupo? 2. ¿Cómo se siente después de participar en el taller? 4. ¿Si pudiera acompañarme a impartir un taller como este ¿qué consejo daría a otras mujeres?	8. ¿Qué recomendaciones tienen para las facilitadoras del taller?
1. Reyna	- Escuchar sin interrumpir. - Identificar ideas que me perturban. - Respiración profunda y e identificar pensamientos distorsionados.	- Aumentaron mis estrategias de afrontamiento. - Logré disminuir mis síntomas de ansiedad.	- Me agrado convivir con otras participantes. - Me siento mejor. - Les diría que uno se siente cambiado.	- Seguir con las sesiones y aumentar el tiempo que duran.
2. Mary	- Comparar experiencias e ideas perturbadoras. - Detener ideas molestas	- Cambió mi manera de solucionar mis problemas. - Ya deje de llorar tanto.	- Me senti incómoda al principio, y después se me quitó la pena. - Tengo más confianza. - Que se quiten la pena.	- Avisar a más mujeres de la comunidad.
3. Ana	- A pedir apoyo a mi esposo. - Quitar la tensión de mi cuerpo.	- Pienso más en lo que quiero hacer. - Me siento mejor.	- Pude intercambiar ideas con otras señoras. - Me siento más contenta. - Que si van al taller se sentirán más relajadas.	- Invitar a las mujeres de otras escuelas.
4. Johana	- Aceptar apoyo de otras personas. - Respiración profunda	- Siento que tengo más seguridad. - Estoy más tranquila.	- Me gustó tener apoyo de otras personas. - Contenta porque aprendí a estar más relajada. - Que vayan, les va a hacer mucho bien.	- Incluir a los esposos.
5. Angela	- Hablar conmigo misma. - Reflexionar mis pensamientos.	- Puedo decir más fácilmente lo que pienso. - Modero mis pensamientos.	- Un poco rara la primera vez, después tuve más confianza. - Menos conflictiva en mi casa. - Si van, se sentirán mejor.	- Que sea para toda la comunidad.
6. Sarita	- Debatar mis ideas. - Detener mis ideas molestas.	- Puedo distinguir cuando pienso en cosas que no son reales. - Ya no duermo para relajarme.	- Me causó bienestar estar con otras personas. - Creo que ahora tengo más conocimiento de mi misma. - Que pueden ser mejores.	- Que sea como una labor social.
7. Sandra	- Cambiar mis ideas negativas - Cambiar ideas negativas por otras más positiva.	- Ya no me niego a hablar de mis problemas. - Ya me sudan tanto las manos.	- Pensaba que se burlarían de mis cosas. - Me senti con más confianza. - Que no piensen que las participantes se pueden burlar.	- Que se brinde el taller en un lugar más pequeño que el auditorio porque está un poco frio.
8. Doria	- Reconocer triunfos propios. - Destensar mi cuerpo.	- Me esmero en encontrar una solución positiva. - Ya no me tenso al imaginar mis problemas.	- Me senti acompañada. - Satisfecha. - Invitar a más mujeres.	- Que haya atención individual.
9. Lourdes	- Encauzar ideas.	- Imagino menos situaciones. - Me dan menos nervios.	- Me gustó convivir con otras señoras. - Muy bien. - Confiar más en la discreción de las participantes.	- Que el taller también se brinde en el horario matutino.
10. Fresyss	- Hablar con la familia acerca de lo que me molesta.	- Puedo pedir más ayuda a personas de mi confianza. - No me preocupa tener errores.	- Estoy feliz de convivir con otras señoras. - Muy contenta. - Que participen.	- Que fuera solo un día a la semana porque por el trabajo se pierden sesiones.
11. Vicenta	- Escuchar a otras personas e identificar que tienen problemas parecidos.	- Trato de ver las cosas de forma menos negativa. - Mis ideas son más claras.	- Me senti muy bien. - Mucho mejor que antes de participar. - Que no se imaginen que se van a burlar de lo que se diga en el taller.	- Que siga el taller.

Fuente: Elaboración propia (2019)

Figura 26 Resumen de las Respuestas de las Amas de Casa del Grupo A.

Con los datos que se obtuvieron en la tabla 26, de las participantes del grupo A, se puede observar lo siguiente:

En cuanto lo que aprendieron durante el taller. lograron identificar sus pensamientos negativos, aprendieron a escuchar a otras personas, además aprendieron a

relajarse, refieren que consideran más útil la respiración profunda y la relajación muscular, lograron identificar sus pensamientos distorsionados, lograron detenerlos y cambiarlos por ideas más positivas.

Acerca de su percepción de cambios y mejoría: consideran que modificaron su manera de solucionar sus problemas, piensan más en lo que desean hacer, discriminan sus pensamientos irreales, pueden hablar de sus problemas, pueden detener sus ideaciones, se preocupan menos, tienen mayor seguridad, pueden expresar lo que piensan y sus ideas son más claras, cabe destacar que esta información coincide con los datos que se muestran en la figura 2, donde se aprecian los cambios que hubo en los estilos de afrontamiento, por lo que se refiere a sus ideas y emociones después de participar en el taller, se tiene que: inicialmente algunas participantes se sintieron incómodas, pero conforme fueron avanzando las sesiones, se sintieron más confiadas, relajadas y disminuyó la pena que sentían de hablar frente a las demás. Mencionaron que se sintieron acompañadas, les agradó convivir con las demás participantes y disminuyeron sus ideas que tenían de que se podían exponer a burlas. También mencionaron que si pudieran dar un consejo a otras mujeres les dirían que acudan al taller ya que se sentirán más relajadas, mejor, y que pueden confiar en la discreción de lo que se habló durante la intervención.

Por último, se tienen algunas recomendaciones: incrementar el tiempo de cada sesión, que siga el taller como un apoyo a la comunidad, que se inviten a las amas de casa de otras escuelas y que se invite también a los esposos de las participantes. Que se individualice en caso necesario la atención a las participantes, que disminuya a una sesión por semana para que puedan programar sus horarios y también se brinde atención por las mañanas (el taller se dio por las tardes).

Participantes	Aprendizajes durante la intervención	Percepción de cambios y mejoría.	Emociones e ideas después de participar en el taller.	Recomendaciones
	3. <u>¿Qué aprendió durante el taller?</u> 5. <u>¿Qué técnica de las que aprendió considera más útiles?</u>	6. <u>¿Cómo considera que son ahora sus habilidades de afrontamiento?</u> 7. <u>¿Qué cambios percibe ahora en sus síntomas de ansiedad?</u>	1. <u>¿Cómo se sintió al trabajar en grupo?</u> 2. <u>¿Cómo se siente después de participar en el taller?</u> 4. <u>Si pudiera acompañarme a impartir un taller como este ¿qué consejo daría a otras mujeres?</u>	8. <u>¿Qué recomendaciones tienen para las facilitadoras del taller?</u>
1. Ana	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar ideas negativas que me afectan. - Dedicarme tiempo a mí misma. - Respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considero que aumentaron. - Me siento más tranquila, creo que puedo ver las cosas mucho mejor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al principio me sentí nerviosa, pero fue muy agradable. - Mucho mejor. - Que se den tiempo para tomarlo completo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me hubiera gustado que durara un poco más.
2. Leticia	<ul style="list-style-type: none"> - Que es la ansiedad, pues desconocía todo lo que provoca. - Me gusta la relajación, pero aún creo que me cuesta realizarla sola. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que aumentaron. - Últimamente me siento nerviosa, con lo que he aprendido en el taller puedo controlarlo un poco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gusto conocer nuevas personas. - Tranquila. - Que aprendieran muchas cosas que les ayudaran a sentirse bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que dieran oportunidad a más personas de participar, no solo a amigas de casa.
3. Brenda	<ul style="list-style-type: none"> - Que el sentirme preocupada e insegura eran síntomas de ansiedad. - Me gusta poner en práctica respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siento que aumentaron, no sabía lo que era, pero es importante pedir apoyo cuando se necesita. - Me siento muy bien, sobre todo cuando respiro profundamente en cosas que me ponen nerviosa o preocupada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me costo trabajo al principio, pero poco a poco me sentí bien. - Me siento bien. - Que se den la oportunidad de conocer cosas nuevas que les pueden ayudar a sentirse bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna, me gusto como realizo el taller.
4. María Luz	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendí que es la ansiedad y cómo podemos identificarla. - La relajación progresiva, sentí mi cuerpo muy relajado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puedo ver de otra manera, la forma en la que se resuelven los problemas, creo que mejoraron. - No siento que tenga ansiedad, pero me siento relajada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gusto. - Mejor porque conocí cosas nuevas. - Que es importante que conozcan cosas nuevas que les pueden ayudar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna, me gusto la forma en la que trabajaste.
5. Margarita	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar si tengo ansiedad y como puedo disminuirla. - Relajación, aunque me preocupaba si la música que utilizaste era la adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentaron, en mi caso la religión me ha ayudado bastante y no sabía que eran parte de esta, también la respiración y relajación me han ayudado mucho últimamente. - Las técnicas que practicamos me han ayudado a estar un poco más tranquila con todos los problemas que tengo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gustó mucho. - Me siento un poco mejor. - Que lo tomen ya que no es muy fácil que lo realicen de manera gratuita y puede servirles de mucho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gustaría que durara más, porque me cuesta menos trabajo realizar las técnicas aquí que en casa.
6. Claudia	<ul style="list-style-type: none"> - A saber, que es la ansiedad para identificar si presento algún síntoma. - La de respiración profunda, porque es más fácil realizarla y me permite tranquilizarme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trato de buscar más apoyo de otras personas cuando siento que lo necesito. - Me siento bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - A gusto y contenta. - Siento que aprendí muchas cosas interesantes. - Que lo tomen porque les va a ayudar mucho a sentirse bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que busque un horario en el que no sea muy complicado asistir, por lo demás, estuvo muy bien.
7. Guadalupe 1	<ul style="list-style-type: none"> - Saber que la ansiedad tiene muchos síntomas que desconocía. - La relajación progresiva me ayudo a sentirme muy bien porque me sentía cansada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendí que debo buscar ayuda de otras personas o ya sea con mis amigas o mi familia. - Trato de tomar las cosas con más calma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me costo trabajo asistir, pero poco a poco sentí confianza. - Me siento más positiva. - Que asistan y se sentirán muy bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que durara un poco más.
8. Flor	<ul style="list-style-type: none"> - Que la ansiedad puede provocar muchas situaciones desagradables. - Respiración profunda porque la podemos utilizar en cualquier parte y a cualquier hora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trato de ver lo bueno de las cosas para poder solucionar más pronto los problemas. - Me costaba un poco dormir y creo que con las técnicas me siento relajada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nerviosa. - Me gusto. - Que no estén solas que pidan ayuda a su familia si sienten que no lo tienen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que asistan con más tiempo para poder invitar a otras personas.
9. Guadalupe 2	<ul style="list-style-type: none"> - A saber, que muchas cosas que a veces imaginamos afectan nuestras emociones y nos enfermamos. - Respiración profunda, porque no es complicada y me ayuda a sentir bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siento que aumentaron. - Me siento menos molesta y trato de tranquilizarme por ejemplo cuando mis hijas se pelean. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un poco incomoda, pero después en confianza. - Creo que puedo controlar la forma en la que actúo en situaciones difíciles. - Que les va a ayudar mucho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna.
10. Rocío	<ul style="list-style-type: none"> - Que debo tener confianza en mí misma y tratar de pedir ayuda a otras personas para no sentirme presionada con tantas actividades en mi casa. - Todas, en especial la de relajación muscular, quitó toda la tensión que sentía en mi cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoraron, entendí que debo de buscar otras alternativas cuando tengo problemas. - Mejoraron mucho, sobre todo porque me sentía muy nerviosa y con la respiración puede controlar momentos que me afectan mucho y no me permitían sentirme bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mucho mejor. - Que asistan que no se van a arrepentir, que todas necesitamos ayuda sobre todo cuando tenemos muchas actividades encima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gusto mucho, pero me gustaría más sesiones para practicar las técnicas que nos enseñaste.
11. Guadalupe 3	<ul style="list-style-type: none"> - Que a veces tenemos pensamientos que nos provocan síntomas de ansiedad y que si no los controlamos nos afectan. - Reflexionar mis pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoraron, pude identificarlas, pero aún me cuesta pedir ayuda a los demás. - Me siento relajada y tranquila. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un poco perdida porque no conocía a nadie. - Tranquila. - Que asistan y pongan en práctica lo que van a ver. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que lo realizaran de manera semanal.
12. Rosario	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar que es importante cuidar de mi salud. - Respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoraron. - Me siento bien y relajada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fue agradable convivir con otras mamás. - Que asistan, que siempre es bueno conocer de otros temas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que nos asistan con más tiempo.

Fuente: Elaboración propia (2019)

Tabla 27 Resumen de las Respuestas de las Amas de Casa del Grupo B.

Con los datos que se obtuvieron en la tabla 27, de las participantes del grupo A, se puede observar lo siguiente:

En cuanto a que aprendieron durante la intervención, las participantes lograron identificar qué es la ansiedad, sus síntomas y consecuencias, cómo afectan los pensamientos e ideas negativas sus emociones, recuperar la confianza en sí mismas y lo importante que es cuidar de su salud.

Acerca de la percepción de cambios y mejoría, lograron identificar que son las estrategias de afrontamiento y cómo utilizarlas, comprendieron la importancia de pedir apoyo cuando lo necesitan, ver que hay formas de resolver sus problemas, identificaron sus emociones y cómo les han ayudado las técnicas aprendidas durante el taller y percibir las cosas de manera positiva, datos que coinciden con los presentados en la figura 3 que destaca, búsqueda de apoyo social, análisis de las emociones y reinterpretación positiva y desarrollo personal.

Respecto a ideas y emociones después de participar en el taller, mencionaron sentirse nerviosas y pérdidas al inicio ya que algunas no se conocían, pero que con el transcurso de las sesiones fueron adquiriendo confianza, destacaron que adquirieron aprendizaje sobre el tema tratado y que recomendarían a otras personas asistir a talleres como este ya que es de mucha ayuda para su salud.

Finalmente, en las recomendaciones sugieren que el tiempo del taller sea más prolongado para que puedan dominar mejor las técnicas que se trabajaron, así como llevarlo a cabo en un horario más flexible para que pudieran disponer de un poco más de tiempo.

Folio	Participante	Grado de Ansiedad Pretest	Grado de ansiedad posttest	Edad	Escolaridad	Cuenta con actividades que generan ingresos extras al del esposo.	¿Actualmente estudia?	¿Retira alguna actividad recreativa?	¿Cuida de alguien en especial? (niños, enfermos, suegra, etc.).
1	Reyna (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad Moderada	50	Bachillerato	no	no	no	no
2	Mary (Grupo A)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	48	Universidad	si	no	si	no
3	Ana L. (Grupo A)	Ansiedad Moderada	Ansiedad leve	28	Secundaria	si	no	no	si
4	Johana (Grupo A)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	18	Bachillerato	si	si	si	no
5	Angela (Grupo A)	Ansiedad Moderada	Ansiedad leve	22	Bachillerato	si	si	si	no
6	Sacita (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad Moderada	36	Secundaria	si	no	si	si
7	Sandra (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad Moderada	43	Secundaria	no	no	no	si
8	Doria (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad Moderada	29	Bachillerato	si	no	no	si
9	Lourdes (Grupo A)	Ansiedad leve	Ansiedad leve	50	Universidad	si	no	si	si
10	Bresys (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad Moderada	44	Secundaria	si	no	no	si
11	Vicenia (Grupo A)	Ansiedad severa	Ansiedad leve	65	Primaria	no	no	no	si
12	Ana S (Grupo B)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	57	Primaria	si	no	si	no
13	Leticia (Grupo B)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	30	Bachillerato	si	no	si	no
14	Brenda (Grupo B)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	31	Bachillerato	si	si	si	no
15	Maria L. (Grupo B)	Ansiedad leve	Ansiedad Moderada	44	Bachillerato	si	no	si	no
16	Mayra (Grupo B)	Ansiedad severa	Ansiedad severa	31	Universidad	si	no	si	si
17	Claudia (Grupo B)	Ansiedad leve	Ansiedad leve	37	Universidad	si	no	si	si
18	Guadalupe F (Grupo B)	Ansiedad Moderada	Ansiedad Moderada	28	Bachillerato	si	no	si	si
19	Elor Isela (Grupo B)	Ansiedad severa	Ansiedad severa	26	Bachillerato	si	no	si	si
20	Guadalupe H (Grupo B)	Ansiedad leve	Ansiedad leve	36	Bachillerato	si	si	si	si
21	Rocio (Grupo B)	Ansiedad severa	Ansiedad severa	36	Bachillerato	si	no	si	si
22	Guadalupe P (Grupo B)	Ansiedad severa	Ansiedad severa	37	Secundaria	si	no	si	si
23	Maria R (Grupo B)	Ansiedad severa	Ansiedad severa	43	Secundaria	si	no	no	si

Fuente: Elaboración propia (2019)

Tabla 28 Comparativo de las Características y el Grado de los Síntomas de Ansiedad de las Participantes de los Grupos A y B.

En la tabla 28, se puede apreciar que las amas de casa pueden presentar síntomas de ansiedad indistintamente de su edad, grado de estudios u ocupación. En el caso de la ansiedad severa, de las 23 participantes, el 48% la presentó, cinco del grupo A y seis del grupo B. En cuanto a su carga de trabajo cabe resaltar que la mayoría tiene doble o hasta triple jornada, se puede notar que además de su trabajo en casa, cuidan de alguien de manera adicional, y tienen actividades con las cuales generan ingresos extras al de su esposo. Con respecto a las participantes que presentaron síntomas de ansiedad moderada,

de las 23 participantes, el 23% se compone de cuatro señoras del grupo A y cuatro del grupo B. En lo que se refiere a su carga de trabajo, ellas también cumplen con doble o triple jornada, Por último, se puede observar que sólo se identificaron al iniciar el tratamiento, a 4 participantes con síntomas de ansiedad leve, una del grupo A y tres del grupo B, sin embargo, al igual que el resto, tienen también una carga doble o triple de trabajo.

8. Conclusiones

8.1 Aspectos teóricos

Las amas de casa como ya se ha revisado, tienen constantes presiones derivadas de la carga de trabajo que tienen en el hogar, situación que puede generarles ansiedad. La finalidad de esta intervención consistió en reducir los síntomas ansiosos de dos grupos de mujeres, A y B a través de un tratamiento con enfoque cognitivo conductual con el que lograron incrementar sus estrategias de afrontación.

Con los resultados que se obtuvieron se puede confirmar que se cumplió el objetivo general de este proyecto “Diseñar, aplicar y evaluar una intervención con orientación Cognitivo-Conductual para incrementar las estrategias de afrontamiento con las que las amas de casa disminuyan sus síntomas de ansiedad”, así como también la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, ya que se produjo el efecto deseado que era incrementar las estrategias de afrontamiento y disminuir los síntomas ansiosos de las participantes, con lo cual se afirma lo que menciona Ruiz, Díaz, y Villalobos (2012) que explica que el TCC es efectivo y eficaz para disminuir o incrementar el comportamiento de una persona.

En relación con la aplicación de los instrumentos, se pudo apreciar con el Cuestionario de modos de Afrontamiento al estrés COPE (pre-posttest) diferencias estadísticamente significativas en el grupo A en las subescalas de afrontamiento activo, planificación, postergación del afrontamiento, búsqueda de soporte personal, reinterpretación positiva y desarrollo personal, acudir a la religión, negación, y conductas inadecuadas, a diferencia de

las subescalas: supresión de otras actividades, búsqueda de apoyo social, aceptación, análisis de las emociones y distracción, y en el grupo B, se logró obtener diferencias (pre-postest) estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, análisis de las emociones y reinterpretación positiva y desarrollo personal de las participantes. Estos datos apoyan lo que dice Caballo, Salazar, y Carrobles (2004) y Orozco et al. (2015) con respecto a que después de un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, se pueden incrementar las estrategias de afrontamiento de las personas que llegan a manifestar síntomas de ansiedad. Con estos resultados se puede decir que se cumplió con el objetivo específico “Incrementar las estrategias de afrontamiento de las amas de casa del grupo A y B” y al mismo tiempo hacer una breve reflexión sobre la importancia de dirigir la atención hacia ella para dar una alternativa a lo que plantea García, Pérez y Nogueras, (2013) con relación a que las amas de casa pueden tener estrategias y habilidades negativas o deficientes para hacerle frente a la ansiedad.

Por otra parte, con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (pre-postest) se comprobó en el grupo A, las amas de casa tuvieron resultados estadísticamente significativos en las dimensiones: cognitiva, fisiológica y motora (pre-postest) tras haber participado en la intervención. En el grupo B, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (pre-postest), en las dimensiones antes mencionadas. Con estos resultados se puede decir que se cumplió con el objetivo específico “Disminuir los síntomas de ansiedad de las amas de casa del grupo A y B. Con lo que se espera que sean menos afectadas por la presión que les genera la carga de trabajo a la que están expuestas día a día y las prácticas de atención con las que mantienen la fuerza, la unión, el equilibrio emocional y afectivo de los miembros de la familia.

Con los datos anteriores se puede dar una respuesta afirmativa a la pregunta que orientó este proyecto: ¿Una intervención cognitivo conductual puede influir en la disminución

de los síntomas de ansiedad, e incrementar las estrategias de afrontamiento de las amas de casa?

Finalmente, cabe mencionar que, de acuerdo con los datos sociodemográficos de las participantes, es posible confirmar lo que plantea Sesento (2015) cuando se refiere a que las mujeres mexicanas ahora, buscan abrirse espacios, estudiar, trabajar y tener un desarrollo personal fuera del hogar, es decir, van más allá de la asignación que se les ha dado como amas de casa tradicionales. Estos mismos datos, sugieren que, como menciona Castillo (2012) la mujer sigue siendo la principal responsable del cuidado de la familia y de las tareas del hogar, pero si bien tienen un papel muy importante en la vida doméstica, también se ven obligadas a salir del hogar y contribuir al ingreso familiar, teniendo así, cargas de trabajo adicionales a las que de manera tradicional le son asignadas Matamoros y Soria (2003). De hecho, esta incursión en el trabajo ya no se percibe como un mal menor, como menciona Lipovetski (1999) actualmente el trabajo en la mujer es una exigencia individual, que le permite autoafirmarse, o considerarlo como un logro personal.

8.2 Aspectos prácticos

Al finalizar la intervención la mayoría de las participantes lograron resultados satisfactorios con respecto a las estrategias de afrontamiento, se encontró que ambos grupos incrementaron sus puntuaciones, por lo que fue funcional trabajar tal como mencionan, Ruiz, Díaz, y Villalobos (2012), para tener un cambio cognitivo, emocional o conductual, son de gran utilidad técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, meditación entre otras. Con la psicoeducación las participantes lograron identificar el rol que desempeñan en su hogar y cómo éste puede influir en el desarrollo en algunos casos, de síntomas de ansiedad, lograron identificar si presentaban algunos síntomas, qué factores pueden provocarla, cómo afrontarlos y lo importante que es buscar ayuda cuando lo crean

necesario, ya que nuestro objetivo era lograr un cambio conductual, cognitivo y emocional, modificando o eliminando la conducta desadaptativa que llegaron a presentar.

Es importante resaltar que en el transcurso de las sesiones del taller las asistentes se mostraron entusiasmadas y participativas e incluso atentas cuando se trabajó reestructuración cognitiva ya que lograron identificar distorsiones en su procesamiento de información que permitió incrementar su reinterpretación positiva e incluso la búsqueda de apoyo social.

Por otra parte, con los resultados del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, después de la intervención, se pudo identificar con que las amas de casa pueden presentar síntomas de ansiedad indistintamente de su edad, grado de estudios u ocupación aunque cabe destacar que Reyna, Sandra y Vicenta del grupo B y Rosario del grupo A, que no realizan actividades que les generen ingresos extras al de su esposo presentaron en el pretest puntuaciones altas de ansiedad tal como mencionan Herranz y Simón (1990) que plantean que las mujeres que tienen ingresos por actividades remuneradas, cuentan con cierto apoyo social y mayor variedad de recursos que las amas de casa sin ingresos, también tienen una vida más activa y compleja, fuera de la rutina y esto puede interferir en la percepción que tienen ante diferentes circunstancias, afortunadamente con las técnicas de relajación las participantes mencionaron sentirse muy bien ya que la respiración profunda les dio excelentes resultados puesto que podían realizarla prácticamente en cualquier momento, a diferencia del entrenamiento autógeno de Schultz que les permitió relajarse pero se les complicaba realizarlo en casa, al igual que la relajación muscular progresiva de Jacobson, de la que mencionaron sentir una sensación muy agradable al realizarla y obtener resultados casi inmediatos e incluso controlar sus pensamientos (hijos, pareja, ocupaciones) ya que mencionan que al principio a algunas les costaba concentrarse, pero en el transcurso de las sesiones fue menos recurrente.

Como pudo observarse la contribución de este trabajo consistió en otorgar a las amas de casa herramientas que les permitieran incrementar sus estrategias de afrontamiento a síntomas de ansiedad que presentarán, sin importar el nivel en el que se ubicaran, afortunadamente se contó con el apoyo de dos instituciones que permitieron aplicar el taller de acuerdo al diseño de intervención que presentamos, y el apoyo de las participantes que concluyeron las sesiones en tiempo y forma con la finalidad de adquirir un mayor dominio de las técnicas que presentamos.

8.3 Limitaciones metodológicas y prácticas.

8.3.1 Aspectos metodológicos

En cuanto a la presencia de las amas de casa, se formaron dos grupos: en el municipio de Naucalpan de Juárez y en el de Nextlalpan. Se considera que las muestras fueron pequeñas, once y doce participantes respectivamente, lo cual sugiere que, en futuros proyectos, la intervención se debe promover con mayor tiempo de anticipación para incrementar su asistencia. Respecto a la aplicación del taller, se tuvieron algunas complicaciones debido a que hubo dos participantes invidentes y una tercera que, aunque tenía estudios de primaria, tenía poca comprensión de lo que leía, por lo que, en ciertos momentos, se tuvo que trabajar de forma individual con ellas.

En cuanto a la aplicación y llenado de los instrumentos, se asistió a tres de las participantes, lo que implicó dedicar un poco más del tiempo planeado con ellas. A pesar de que las condiciones no fueron las óptimas para ellas, las escuelas que otorgaron los permisos no tuvieron objeción en que permaneciéramos más tiempo del acordado previamente. Al término del taller, se tuvo la oportunidad de hablar con las autoridades de las escuelas para recomendar que, en lo sucesivo, los talleres se realicen en instalaciones donde las instalaciones sean aptas para cualquier persona.

La muestra de participantes como ya se mencionó, fue pequeña para un proyecto

como este, sin embargo, un aspecto favorable fue que al tener pocas participantes se pudo dar una mejor atención a cada una de las amas de casa, por lo que se recomienda grupos no mayores a 20 mujeres.

Finalmente, algunas limitantes que pudieron intervenir en las participantes en el momento de responder a los instrumentos son las emociones y estado de ánimo de las participantes, es decir pudo influir en los resultados su estado de ánimo, por ejemplo, si estaban tristes, molestas, con sueño, distraídas, alegres, el desconocimiento de algunos términos, en el momento de la evaluación. Una sugerencia es que durante la evaluación se pregunte si hay alguna duda respecto a los instrumentos o algo que en ese momento las inquiete.

8.3.2 Aspectos Prácticos

Este tipo de intervenciones resultan ser de gran apoyo para las amas de casa que se brindan la oportunidad de concurrir a espacios donde pueden participar en grupo para compartir sus experiencias y aprendizajes, los cuales son de gran importancia para que comprendan y afronten de mejor manera las situaciones a las que diariamente son sometidas ya sea voluntaria o involuntariamente.

Pensando en lo anterior, este proyecto se enfocó en los síntomas de ansiedad y estrategias de afrontamiento de amas de casa con y sin ingresos económicos extras a los de su esposo, de entre 18 y 65 años de dos localidades del Estado de México, pero probablemente también sería conveniente llevar a cabo este estudio con amas de casa jefas de familia, puesto que actualmente como menciona Gaytán (1991) la doble o incluso triple jornada de trabajo que realiza la mujer implica efectos en su salud mental ya que además de tener la actividad remunerada implica un doble desgaste con dos sistemas de opresión distintos.

Al explorar los resultados de los instrumentos, se identificó que se lograron

resultados satisfactorios para ambas muestras (A y B). Con respecto a las estrategias de afrontamiento se encontró que ambos grupos lograron variaciones favorables en sus puntuaciones, un factor que influyó fue que todas se mostraron dispuestas a participar y observar los cambios que podrían presentar, tal como mencionan Solís y Vidal (2006) quienes resaltan que las predisposiciones personales van a determinar las estrategias de afrontamiento, éstas son procesos específicos que se adaptan a un contexto y suelen cambiar de acuerdo a diferentes estímulos.

En el caso del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, aun cuando la disminución del grado de ansiedad de las participantes de los grupos A y B, no difiere forma significativa, si se logró disminuir la puntuación de ansiedad de las participantes en los tres sistemas de respuesta, destacando la dimensión cognitiva, por lo que se comprobó que la reestructuración cognitiva permitió que las participantes identificarán y cuestionaran sus pensamientos desadaptativos e incluso con el entrenamiento en detención del pensamiento pudieron identificar pensamientos negativos o estresantes y sustituirlos por otros más adecuados y positivos que impactaran en sus puntuaciones finales del instrumento.

Finalmente se puede afirmar que se incrementaron las estrategias de afrontamiento de las participantes y se lograron disminuir la gran mayoría de sus síntomas de ansiedad que presentaban, por lo que el programa de intervención permitió que las amas de casa le dieran importancia a su salud mental, puesto que son uno de los sectores sociales más vulnerables y olvidados actualmente.

8.3.3 Competencias desarrolladas

Mayores habilidades en investigación.

Capacidad de observación.

Habilidades en comunicación.

Mayor empatía.

Capacidad de escuchar.

Habilidades para calificar e interpretar los instrumentos que se aplicaron.

Capacidad de entrenar a las participantes con técnicas de relajamiento en respiración profunda, muscular y reestructuración cognitiva.

8.3.4 Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.

Enfatizar en el conocimiento de sí mismas para que identifiquen de manera más sencilla lo que esté sucediendo en su mente y cuerpo.

Sugerir a las participantes que no falten al taller, que sean constantes, puntuales y que consideren lo relevante que es participar en todas las sesiones.

Hacer mención de lo importante que es que practiquen en casa las técnicas que aprendieron para que logren los resultados que esperan.

8.3.5 Responsabilidad social de su quehacer profesional.

Dentro de la psicología es importante destacar la participación que se puede realizar dentro de la comunidad, ya que se pueden reforzar cualidades que incrementen su bienestar a través de pequeños cambios en diversas problemáticas de conducta que afecten la calidad de vida de sus integrantes.

Es importante incentivar la incursión de la psicología en todos los ámbitos, ya que su aporte incluye el uso de herramientas que pueden provocar un impacto en el afrontamiento de problemas a los que se enfrentan las personas, y como psicólogos debemos saber identificar en qué momentos y espacios nuestra participación puede ayudar a contrarrestar dificultades ya sea de manera individual o grupal, siempre de manera empática, respetuosa y conforme al código ético que nos dirige.

8.3.6 Limitaciones de la práctica realizada

Falta de tiempo de algunas participantes para poder asistir a todas las sesiones debido a sus trabajos.

Ausencia de espacios con características adecuadas para realizar la intervención, por ejemplo, no se contaba con equipo de audio en una de las instituciones, ni proyector.

Falta de disposición de amas de casa que solo asistieron a la primera sesión.

El periodo de seguimiento en el que se realizó la práctica, que en nuestro caso fue solo de un mes, lo que limitó que las participantes tuvieran mayor oportunidad de practicar lo que aprendieron y ver un cambio más notorio en sus síntomas de ansiedad.

8.3.7 Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio

Se debe contemplar mayor tiempo para promover el taller, así como pláticas sobre el tema para motivarlas e inducirlas al tema.

También se considera que es necesario aumentar el tiempo de las sesiones para que las amas de casa puedan practicar las técnicas aprendidas ante diversas situaciones de su vida cotidiana.

Se recomienda prever que todas las señoras puedan participar y hacer acuerdos anticipados con las autoridades pertinentes para contar con tiempo suficiente y un espacio en el que se pueda trabajar ante todo tipo de circunstancias, por ejemplo, las instalaciones no eran del todo adecuadas para las amas de casa que son invidentes.

Referencias

- Abuín, M. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud*, 27, 133-145. Recuperada de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S113052741630041X?token=12D297AD57C136E5E979A5B73B58C01F0C85B1F690CF7DD028F3D4A465F81D071D410947F06ECB5A070DAE6A4A13A2A9>
- Álvarez, J (2008). *Programa auto aplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes*. España. Recuperado de: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- Bados, A. (2015). *Trastornos de Ansiedad Generalizada*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>
- Bados, A. García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Butcher, J; Mineka, S y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. España: Pearson. Recuperado de: [:http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROPsicologiaClinica.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROPsicologiaClinica.pdf)
- Campos, A. (2015). Burnout en amas de casa: El cuidado de familiares enfermos de Alzheimer. Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/41030/Tesis_Alina_Campos_con_informe_directoras.pdf;sequence=1
- Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2004). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Ed. Pirámide: Madrid.

- Campos, D. (2015). Abordaje psicoterapéutico grupal de ansiedad ante la muerte en el adulto mayor institucionalizado desde el modelo integrativo. (Tesis para obtener el grado de Magister en Psicoterapia Integral), Recuperado de: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_d3b05eaa9fb105f891d567067074b97a
- Campos, M., Cano, J., Cardenal, V., Cerezo, M., Checa, M., Ferragut, M., Loinaz, Moreno, B., Ortiz, M., Ramos, N. y Rando, M. (2013). Psicopatología clínica. Málaga: Pirámide. Recuperado de: <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2018/04/Psicopatolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-basada-en-DSM5-Margarita-Ortiz-Tallo.pdf>
- Camuñas N; Ojeda, J; Prieto, L; Cano, A; Iruarrizaga, I y Miguel, J. (2009, noviembre). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas: implantación de un programa para la reducción de la ansiedad y depresión. *Revista lusófona de ciencias da mente do comportamento*, 1, 239-250. Recuperado de: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rlmente/article/view/972>
- Carreño, M y Rabazas, T. (2010). Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de economía doméstica. *Revista Complutense de educación*, 21. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820682.pdf>
- Cano, A., Dongil, E., Salguero, J. y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información psicológica*, (102), 4-27. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/230577051_Intervencion_cognitivo-conductual_en_los_trastornos_de_ansiedad_una_actualizacion_Cognitive-behavioral_intervention_for_anxiety_disorders_An_update
- Cantoni-Rabolini, N. M. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y*

Ciencias Sociales, 7(2). Recuperado de
http://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2.htm.

Caro, I. (2009). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclée de Brouwer.

Carver y colaboradores. (2006). Cuestionario de modos de afrontamiento del stress
 Recuperado de:
https://www.academia.edu/36239108/CUESTIONARIO_DE_MODOS_DE_AFRONTAMIENTO_DEL_STRESS_COPE_FORMA_DISPOSICIONAL

Caseras, X. (2009). Trastornos de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia. El miedo a la ansiedad desbordada. Barcelona: Amat. Recuperado de:
[https://books.google.com.mx/books?id=5RSYLZy8Z1kC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=\(Caseras;+2009\)+ansiedad&source=bl&ots=YPDJ9Ub-1i&sig=ACfU3U3jZPBIFuBH19lzRTrmsjEid1yfp&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewiGpK__24bkAhVGM6wKHa73BeoQ6AEwEnoECAkQAQ#v=onepage&q=\(Caseras%3B%202009\)%20ansiedad&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=5RSYLZy8Z1kC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=(Caseras;+2009)+ansiedad&source=bl&ots=YPDJ9Ub-1i&sig=ACfU3U3jZPBIFuBH19lzRTrmsjEid1yfp&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewiGpK__24bkAhVGM6wKHa73BeoQ6AEwEnoECAkQAQ#v=onepage&q=(Caseras%3B%202009)%20ansiedad&f=false)

Castillo, N. (2012). La mujer en la publicidad, un objeto de consumo. *Revista del consumidor*. Recuperado de:
https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/revista_d_el_consumid_0ee2ee9e.pdf

Clark, D. y Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. *Ciencia y práctica*. Ed. Desclée de Brouwer: Bilbao.

Cuesta, T. y Mas, B. (2004). Intervención psicológica en un caso de ansiedad ante exámenes. *Acción psicológica*. 3 (2), 137-144. Recuperado de:
revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/download/508/445

- Cuevas, K. (2016). Diferencias en el nivel de autoestima de mujeres amas de casa y mujeres que trabajan (tesis). Michoacán: Universidad Don Vasco.
Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2016/octubre/0751419/Index.html>
- Dos Santos, M; Guimaraes, M; Félix, L; Barrichello, E; da Silva, P & Barbosa, M (2018, octubre) Terapia de relajación con imagen guiada en relación con la ansiedad preoperatoria: ensayo clínico aleatorizado. *Rev. latinoamericana de enferm.*
Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3101.pdf
- Elorza, H. (2008). Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud. México: Cengage Learning Editores
- Espinosa, M; Orozco, L e Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, 38 (3), pp. 201-208. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60140>
- Fernández, O; Jiménez, B; Alfonso, R; Sabina, D y Cruz, J. (2012, septiembre 21). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*, 10. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Fernández, E. y Orduña, A. (1995). Ansiedad en la mujer, su influencia en la percepción del ambiente familiar. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología.
Recuperada de: <http://132.248.9.195/pmig2016/0229493/Index.html>
- Gantiva, C. Luna, A., Dávila, A. y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychología. Avances de la disciplina*, 4 (1), 62-72.
Recuperada en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>

- García-Grau, E; Fusté, A y Bados, A (2008) Manual de entrenamiento en respiración. Barcelona: Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>
- García, B y Oliveira, O (1994) Trabajo femenino y vida familiar en México. México: El colegio de México.
- García, T. (2016). Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado y programa de intervención en Técnicas de relajación. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Recuperada de: <http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/0745060/Index.html>
- Gaytán, A(1991) El trabajo visible e invisible de las mujeres. En Sayavedra, G y Flores, E (compiladoras) Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?. México. Editorial Red.
- Gómez, C; Hernández, G; Rojas, A; Santacruz, H y Uribe , M. (2002). Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Colombia: Editorial medica internacional. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=LSKfF9f7xF4C&pg=PA681&dq=definici%C3%B3n+de+psicoeducacion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjLzZ2Qu-nWAhXJ4yYKHSKNA50Q6AEIJzAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20psicoeducacion&f=false>
- Guías distinguidas. (2016, abril). Trastornos de ansiedad. Buenos Aires, Argentina: Roemmers. Recuperado de: https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de ansiedad. (2010). México: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMS_S_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Hernández, M. y Riva, D. (1995) El éxito también es para las mujeres. México: McGraw Hill

Hernández & Sánchez. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Primera edición digital. Libros en red. Pág. 81. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&lpg=PA71&dq=investigacion%20cognitiva%20de%20esquizofrenia%20terapia&pg=PA81#v=onepage&q=investigacion%20cognitiva%20de%20esquizofrenia%20terapia&f=false

Herranz, J. y Simón, C. (1990). Patrón A de conducta y estrategias de enfrentamiento en mujeres amas de casa y con trabajo remunerado: un estudio exploratorio. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/1990/vol1/arti3.htm>

Herrero, V y Cano, A. (2010). 1. Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento. Anuario de psicología clínica y de la salud, 6, 53-59. Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_53-59.pdf

Ibáñez, C. y Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semergen*, 38 (6), 377-387. Recuperada de: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/11/Tecnicas-cognitivo-conductuales-de-facil-aplicacion-en-atencion-primaria-parte-1.pdf>

INEGI (2018). Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México, 2017. Recuperado de:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/StmaCntaNa/CSTNRH2017.pdf>

Katzman, M. Bleau, P. Ameringen, V. y colaboradores (2014). *Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad*, 14 (51), 4. Recuperado de: https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf

Labrador, F. (2008), *Técnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Pirámide.

Lazarus, R y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/265221612/Lazarus-y-Folkman-1986>

León, M. (2013). Proyecto de Investigación-acción: trabajo doméstico y servicio doméstico en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 45. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n45/n45a16.pdf>

Lipovetsky, G (1999) *La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino*: Barcelona. Editorial Anagrama.

Macías, A (1985) *Felipe Carrillo Puerto y la liberación de las mujeres en México*. México: Históricas. Asunción Lavrin (compiladora).

Martínez, M. y López, N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología y Psiquiatría*, 44(5), 101-107. Recuperada de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>

Matud, M. y Bethecourt, J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532105.pdf>

Matamoros, V y Soria, L. (2003). *Autoestima en mujeres (amas de casa y trabajadoras)*. México: UNAM. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ppt2002/0317577/Index.html>

- Minici, A; Rivadeneira, C y Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Revista de terapia cognitivo conductual, 1. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Miguel, J. y Cano, A. (2002). ISRA- Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad. Madrid: Editorial TEA. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577099_Inventario_de_situaciones_y_respuestas_de_a nsiedad_ISRA_Manual_Inventory_of_Situations_and_Responses_of_Anxiety _ISRA_Manual/links/54770f8b0cf2778985b0a1d6/Inventario-de-situaciones-y-respuestas-de-ansiedad-ISRA-Manual-Inventory-of-Situations-and-Responses-of-Anxiety-ISRA-Manual.pdf
- Moreno, M (1994). Mujer y desarrollo social en México. En la mujer del México de la transición. UNAM. Recuperado de: <http://femumex.org/docs/Libros/laMujerEnElMexicoDeLaTransicion.pdf>
- Moreyra, J. L. (2019). Consentimiento informado. Material de apoyo didáctico para la asignatura Práctica Supervisada III. Terapia cognitiva conductual: Aplicaciones. Recuperado de: <https://enlinea.iztacala.unam.mx/2020-1/course/view.php?id=292#section-6>
- Murguialday, B y Bosque, A. (1994). Riesgos en salud en el trabajo de ama de casa. Lejona, España: Estudios Emakunde. Recuperado de: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/externa.02.riesgos.salud.trabajo.ama.casa.cas.pdf
- Muñoz, R; Aguilar, S y Guzmán, J. (1995). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de depresión*. California: Universidad de California. Recuperado de:

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.5.pdf

- Navarro, A. (2010). ¿Mujeres proveedoras y jefas de familia? Nuevas realidades rurales en localidades de la región zamorana. *La ventana. Revista de estudios de género*, (31). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362010000100007
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX (604). Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Negromonte, K; Da Silva, J; Tavares, E; Lopes de Sousa, L; Remigio, T y Muniz, S (2016, abril) Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm.* 69 (2) 397-403. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200397&script=sci_arttext&tlng=en
- Obando, M. (2011). Determinantes de la salud/enfermedad de las mujeres que realizan trabajo doméstico no remunerado en el Ecuador, 2004. (Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociales. 2007-2009). Recuperado de: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5437/2/TFLACSO-2011MIOR.pdf>
- Oblitas, L. (2004). ¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia. Colombia: Psicom editores.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el congreso de la Unión (FCCyT). (2018). NOTA-INCyTU, (7), 16. Recuperado de:

https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Orozco, K; Rosales, A y Rosales, I. (2017). Afrontamiento de las mujeres entre 40 y 50 años frente al climaterio en un asentamiento humano [tesis] Distrito de Pachacámac-2016. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de:

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1016/Afrontamiento_OrozcoEspinoza_Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Psicología clínica y psiquiatría.(2003). Papeles del Psicólogo, 24(85), Recuperada de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77808501>Pérez, J. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13 (2). Recuperado de: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/167/16713207/1

Ramírez, A., Espinosa, C. Herrera, A., Montenegro, E. y Ramírez, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista enfermería docente*, (102), 6-12. Recuperada de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-04.pdf>

Ramírez, G. (1997). Nivel de ansiedad en un grupo de mujeres solteras y casadas que trabajan. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Recuperada de: <http://132.248.9.195/pmig2018/0252702/Index.html>

Rodríguez, E. (abril, 2018). Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad. *Interpsiquis*. XIX Congreso virtual internacional de psiquiatría. España. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>

- Ruíz, Cristina. (2011). Introducción a la terapia cognitiva conductual (TCC). Recuperada de: <https://www.academia.cat/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Shnaas, F. (2017). Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45 (1). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171e.pdf>
- Secretaria de Salud. (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México: Gobierno Federal. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2016). Gallardo El trabajo doméstico en México
- La gran deuda social. (2016). Recuperado de: http://www.idwfed.org/es/recursos/el-trabajo-domestico-en-mexico-la-gran-deuda-social/@@display-file/attachment_1
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017). Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia_Trastornos_de_Ansiedad.pdf
- Sesento, G. (2015): El papel de la mujer en el desarrollo de México. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 27. Recuperada de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/mujer.html>

- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividades*, 3 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Soria, R. y Mayen, A. (2017). Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (1). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/58925/52027>
- Uriarte, V. (2013). Funciones cerebrales y psicopatología. México: Solar, Servicios Editoriales
- Vander, C., Quiles J. y Quiles, Y. (2008). Aprenda a relajarse fácilmente. Recuperado de: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2016/01/Relajacion-progresiva.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



“Consentimiento Informado”

Usted ha sido invitado/a a participar en un Taller que corresponde al Seminario de Titulación En Procesos en Psicología Clínica que se llevará a cabo en la Escuela Primaria _____ fecha: 01-10-2019 al 07-11-2019 _____ por estudiante/s de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM; bajo la supervisión de profesores que pertenecen a la carrera de Psicología. El motivo de esta carta es para informarle acerca de los objetivos de esta actividad antes que usted otorgue su permiso y disposición para su participación en ella.

El propósito de esta práctica consiste en aplicar dos instrumentos de evaluación con la finalidad de identificar "síntomas de ansiedad y estrategias de afrontamiento", así como también se pretende proporcionar un entrenamiento con el que las amas de casa puedan desarrollar habilidades y estrategias para disminuir sus síntomas de ansiedad. La duración total del taller es de 8 sesiones de entre 60 y 75 minutos.

Es importante que usted sepa que su identidad será resguardada bajo **estricto anonimato**. Se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en esta práctica, ya que su nombre no apareciera en ningún documento. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para fines académicos de la estudiante de Psicología que realizará la evaluación y el taller.

Su participación es voluntaria por lo que puede dejar de participar en el momento que lo desee.

Su participación **no conlleva ningún riesgo**. Pero si tiene alguna pregunta antes o después de la práctica puede consultarla.

DECLARACIÓN DE ACUERDO

"Yo (Iniciales) he leído este consentimiento y he comprendido todas las explicaciones relativas a la APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA, y estoy de acuerdo en participar en la práctica escolar que se me ha descrito con todos los detalles, comprendo que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presento. He sido informado(a) que mis datos personales serán protegidos y utilizados únicamente con fines de formación académica y desarrollo profesional."

Estado de México, a ____ de _____ de 2019 Firma: _____

Fuente: Moreyra (2019).

Anexo 2. ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel (1988).

ISRA

Nombre e iniciales de sus apellidos

Cuál es su Escolaridad? ¿Actualmente estudia? Sí No

Edad: Estado civil: Fecha:

¿Realiza alguna actividad por la cual tenga alguna remuneración económica? Sí No ¿Realiza alguna actividad recreativa? Sí No

¿Cuida de alguien en especial? (nietos, enfermos, suegra, etc.). Sí No

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
1 Si un problema me preocupa mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (nº 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Me precipito fácilmente.
 2. Tengo pensamientos o sentimientos como inferior a los demás, torpe, etc.
 3. Me siento inseguro de mí mismo.
 4. Voy demorándome muchas veces a las cosas sin llegar a decidirme.
 5. Siento miedo.
 6. Me cuesta concentrarme.
 7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

	SITUACIONES													OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.														
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.														
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.														
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.														
5	En mi trabajo o cuando estudio.														
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.														
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.														
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.														
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.														
10	Si tengo que hablar en público.														
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.														
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.														
13	Después de haber cometido algún error.														
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.														
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.														
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.														
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.														
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.														
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.														
20	Al observar escenas violentas.														
21	Por nada en concreto.														
22	A la hora de dormir.														
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:														
	ΣR													TOTAL	

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

F

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estómago.
 2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
 3. Me tiemblan las manos o las piernas.
 4. Me duele la cabeza.
 5. Mi cuerpo está en tensión.
 6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy despacio.
 7. Me falta el aliento y mi respiración es agitada.
 8. Siento náuseas o mareos.
 9. Se me taca la boca y tengo dificultades para tragar.
 10. Tengo escalofríos y frío aunque no haga mucho frío.

SITUACIONES		RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5	En mi trabajo o cuando estudio.												
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10	Si tengo que hablar en público.												
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13	Después de haber cometido algún error.												
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20	Al observar escenas violentas.												
21	Por nada en concreto.												
22	A la hora de dormir.												
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:												
<p>ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO</p>		ΣR											
												TOTAL : 2 =	

M

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

RESPUESTAS

1. Lloro con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (resaca, boqueo, nerviosismo, rítmica con pies o manos, etc.)
3. Fumo, como o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o rehuir la situación.
5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
7. Tardamos o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES		RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20	Al observar escenas violentas.									
21	Por nada en concreto.									
22	A la hora de dormir.									
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:									
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL	

Anexo 3. Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, autor: Carver, et al (1989)
(Carver y colaboradores 2006).

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO (COPE)

Nombre (e iniciales de sus apellidos): _____

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo con lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago esto 2 = A veces hago esto
3 = Usualmente hago esto 4 = Hago esto con mucha frecuencia

Afirmaciones	1 = nunca esto	Casi hago	2 = A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 = Hago esto con mucha frecuencia
1. Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema					
2. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema					
3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema					
4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.					
5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron					
6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos					
7. Busco algo bueno de lo que está pasando.					
8. Aprendo a convivir con el problema.					
9. Busco la ayuda de Dios.					
10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones					
11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.					
12. Dejo de lado mis metas					
13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente					
14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema					
15. Elaboro un plan de acción					
16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades					
17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita					
18. Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema					
19. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares					
20. Trato de ver el problema en forma positiva					
21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado					
22. Deposito mi confianza en Dios					
23. Libero mis emociones					
24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.					
25. Dejo de perseguir mis metas					
26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema					
27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse					
28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema					
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema					
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.					
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema					
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.					
33. Aprendo algo de la experiencia					
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido					
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión					
36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros					
37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema					
38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado					
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema					
40. Actúo directamente para controlar el problema					
41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema					
42. Trato de que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema					
43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto					
44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema					
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.					
46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia					
47. Acepto que el problema ha sucedido					
48. Rezo más de lo usual					
49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema					
50. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"					
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema					
52. Duermo más de lo usual.					

Anexo 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 SECRETARÍA GENERAL ACADÉMICA
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN A DISTANCIA



RAFAEL VILLA CHÁVEZ
DIRECTOR DEL PLANTEL
ESCUELA PRIMARIA MIGUEL HIDALGO

Oficio: FESI/AAE/Prácticas/12778

Presente

Por este conducto permito solicitarle de la manera más atenta, su apoyo y autorización para que los alumnos enlistados:

Nombre: MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ MORALES

Numero de cuenta: 416011612

Pertenecientes a la Licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM; tengan acceso a la institución a su digno cargo para realizar:

Taller cognitivo conductual: influencia de las creencias de rol de género y estrategias de afrontamiento en los síntomas de ansiedad de amas de casa.

Durante el plazo que comprende del martes 01 de octubre del 2019 al jueves 07 de noviembre del 2019.

Esto con el fin de cubrir actividades correspondientes a la asignatura: Seminario de Titulación En Procesos en Psicología Clínica

A cargo del profesor-tutor: MTRA. HELENE JUDIT LOPEZ RODRIGUEZ

Agradezco el apoyo que le pueda proporcionar a nuestros alumnos, no solo con su autorización sino también con su amable asesoría, de la cual esperamos pueda ratificarnos mediante la emisión de una constancia; siempre y cuando los alumnos tengan apego a todas las actividades específicamente profesionales que les sean encomendadas con responsabilidad y ética.

Sin otro particular por el momento, reciba usted mi más alta consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

Los Reyes Iztacala a martes 01 de octubre del 2019.



UNAM
 SUAyED
 FES Iztacala

Dra. Anabel de la Rosa Gómez
 Coordinador
 Psicología SUAyED UNAM Iztacala.

c.c.p MTRA. HELENE JUDIT LOPEZ RODRIGUEZ - Tutor Académico
 c.c.p. Archivo.

Oficina de Asuntos Estudiantiles
 Coordinación de Educación a Distancia
 Tel: (0155) 5623 1119
 asuntos.estudiantiles@red.unam.mx

Anexo 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SECRETARÍA GENERAL ACADÉMICA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN A DISTANCIA



JOSÉ MARTÍN LEÓN BARRERA
DIRECTOR ESCOLAR
ESCUELA PRIMARIA FELIPE SÁNCHEZ SOLÍS

Oficio: FESI/AAE/Prácticas/12907

Presente

Por este conducto permito solicitarle de la manera más atenta, su apoyo y autorización para que los alumnos enlistados:

Nombre: ROSA MARIA GUTIERREZ SANCHEZ

Numero de cuenta: 416046568

Pertencientes a la Licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM; tengan acceso a la institución a su digno cargo para realizar:

Taller cognitivo conductual: Influencia de las creencias de rol de género y estrategias de afrontamiento en los síntomas de ansiedad de amas de casa

Durante el plazo que comprende del martes 01 de octubre del 2019 al jueves 07 de noviembre del 2019.

Esto con el fin de cubrir actividades correspondientes a la asignatura: Seminario de Titulación En Procesos en Psicología Clínica

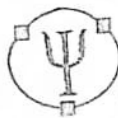
A cargo del profesor-tutor: MTRA. HELENE JUDIT LOPEZ RODRIGUEZ

Agradezco el apoyo que le pueda proporcionar a nuestros alumnos, no solo con su autorización sino también con su amable asesoría, de la cual esperamos pueda ratificarnos mediante la emisión de una constancia; siempre y cuando los alumnos tengan apego a todas las actividades específicamente profesionales que les sean encomendadas con responsabilidad y ética.

Sin otro particular por el momento, reciba usted mi más alta consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

Los Reyes Iztacala a viernes 04 de octubre del 2019.



UNAM
SUAYED
FES Iztacala



ORIGINAL.

07/Oct/19

Jose Martin Leon Barrera
ROSA MARIA GUTIERREZ SANCHEZ SOLÍS
CCT15EPR10921

Dra. Anabel de la Rosa Gómez
Coordinador
Psicología SUAYED UNAM Iztacala.

c.c.p. MTRA. HELENE JUDIT LOPEZ RODRIGUEZ - Tutor Académico
c.r.p. Archivo.

Oficina de Asuntos Estudiantiles
Coordinación de Educación a Distancia
Tel: (0155) 5623 1119
asuntos_estudiantiles@ired.unam.mx

Anexo 6



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar, EL caudillo del Sur".

EDOMÉX
ESTADO DE MÉXICO

Naucalpan, Méx., a 05 de Noviembre del 2019

ASUNTO: Constancia Prácticas Escolares

MTRA. HELENE JUDIT LÓPEZ RODRÍGUEZ
TUTORA ACADÉMICA
PSICOLOGÍA SUAYED UNAM IZTACALA

PRESENTE:

El que suscribe **C. PROFR. RAFAEL VILLA CHAVEZ**, Director de la Escuela Primaria "Miguel Hidalgo" C.C.T. 15EPR0849I, Calle 24 Esquina Calle 25 S/N, Colonia independencia. Naucalpan de Juárez, Estado de México por medio de la presente se dirige a usted para:

HACER CONSTAR

Que la **C. María de los Ángeles Sánchez Morales** asistió a esta institución a realizar el taller "Taller cognitivo conductual: influencia de las estrategias de afrontamiento en la disminución de síntomas de ansiedad de las amas de casa"

Se extiende la presente para los fines que convengan a la interesada.



ATENTAMENTE

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
ESCUELA PRIMARIA "MIGUEL HIDALGO"
C.C.T. 15EPR0849I
TURING VERPERTINO

PROFR. RAFAEL VILLA CHAVEZ
DIRECTOR ESCOLAR

ESCUELA PRIMARIA "MIGUEL HIDALGO" CALLE 24 ESQ. 25 S/N COL INDEPENDENCIA C.C.T.15EPR0849I
NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MEXICO TEL 55 89 27 44 15EPR0849I@DGEB.GOB.MX

Anexo 7

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Caudillo del Sur".

ESCUELA PRIMARIA "FELIPE SANCHEZ SOLIS"

C.C.T. 15EPR1092L

TURNO MATUTINO

Santa Ana, Nextlalpan, México a 11 de noviembre de 2019.

CONSTANCIA


Por la presente se hace constar que la alumna:

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

Pertenciente a la licenciatura en psicología del sistema de universidad abierta y educación a distancia de la **UNAM**, realizó su actividad: Taller cognitivo conductual: Influencia de las creencias de rol de género y estrategias de afrontamiento en los síntomas de ansiedad de amas de casa, durante el mes de octubre-noviembre de 2019, para el módulo: Seminario de titulación en procesos en psicología clínica, a cargo del profesor-tutor: MTRA. HELENE JUDITH LÓPEZ RODRÍGUEZ.


Durante el taller demostró interés y disciplina en las actividades relacionadas al tema, síntomas de ansiedad en amas de casa dentro de la **Escuela primaria Felipe Sánchez Solís, C.C.T 15EPR1092L**, ubicada en calle Ayuntamiento, Barrio Central, Nextlalpan, Estado de México, participando activamente en la temática a tratar.

Se extiende la presente solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.



PROFESOR JOSÉ MARTÍN LEÓN BARRERA

DIRECTOR ESCOLAR



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA Y NORMAL
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
SUBDIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA ZUMIPANGO
SUPERVISIÓN ESCOLAR No. P032 DE EDUCACIÓN PRIMARIA
ESCUELA PRIMARIA FELIPE SANCHEZ SOLIS C. C. T. 15EPR1092L

Ayuntamiento Sur No. 102, Col. Barrio Central, Nextlalpan, México, C. P. 55790. Tel. 5549116116
 Correo Electrónico 15ep1092@gob.gob.mx

Anexo 8

Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo**Rangos**

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Grado de ansiedad (pos test) - Grado de ansiedad (pre test)	Rangos negativos	14 ^a	8.04	112.50
	Rangos positivos	1 ^b	7.50	7.50
	Empates	8 ^c		
	Total	23		

a. Grado de ansiedad (pos test) < Grado de ansiedad (pre test)

b. Grado de ansiedad (pos test) > Grado de ansiedad (pre test)

c. Grado de ansiedad (pos test) = Grado de ansiedad (pre test)

Estadísticos de prueba^a

	Grado de ansiedad (pos test) - Grado de ansiedad (pre test)
Z	-2.995 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.003

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Apéndices

Apéndice 1. Evaluación del taller.

1. ¿Cómo se sintió al trabajar en grupo?
2. ¿Cómo se siente después de participar en el taller?
3. ¿Qué aprendió durante el taller?
4. Si pudiera acompañarme a impartir un taller como este ¿qué consejo daría a otras mujeres?
5. ¿Cómo considera que son ahora sus habilidades de afrontamiento?
6. ¿Qué técnicas de las que aprendió considera más útiles?
7. ¿Qué cambios percibe ahora en sus síntomas de ansiedad?
8. ¿Qué recomendaciones tienen para las facilitadoras del taller?

Apéndice 2

Responsable: María de los Ángeles	Grupo A Del 08-octubre-2019 al 31 de octubre-2019				
	De 13:40 a 14.55	De 13:40 a 14.55	De 13:40 a 14.55	De 13:40 a 14.55	De 13:40 a 14.55
Sesión 1. Preevaluación, encuadre del taller y entrenamiento de respiración profunda. Sesión 2. Psicoeducación		Sesión 1 Martes 08- octubre		Sesión 2 Jueves 10- octubre	
Sesión 3. Reestructuración cognitiva (identificar pensamientos distorsionados). Sesión 4. Reestructuración cognitiva (detención del pensamiento).		Sesión 3 Martes 15- octubre		Sesión 4 Jueves 17- octubre	
Sesión 5. Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno.) Sesión 6. Técnicas de relajación (de Jacobson).		Sesión 5 martes 22- octubre		Sesión 6 Jueves 24- octubre	
Sesión 7. Técnicas de relajación (imagen guiada). Sesión 8. Cierre y post evaluación.		Sesión 7 martes 29- octubre		Sesión 8 Jueves 31- octubre	

Responsable: Rosa María Gutiérrez Sánchez	Grupo B Del 08-octubre-2019 al 05 de noviembre-2019				
	De 8.30 a 09.45	De 8.30 a 09.45	De 8.30 a 09.45	De 8.30 a 09.45	De 8.30 a 09.45
Sesión 1. Preevaluación, encuadre del taller y entrenamiento de respiración profunda. Sesión 2. Psicoeducación		Sesión 1 Martes 08- octubre			Sesión 2 Viernes 10- octubre
Sesión 3. Reestructuración cognitiva (identificar pensamientos distorsionados). Sesión 4. Reestructuración cognitiva (detención del pensamiento).		Sesión 3 Martes 15- octubre			Sesión 4 Viernes 17- octubre
Sesión 5. Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno.) Sesión 6. Técnicas de relajación (de Jacobson).		Sesión 5 martes 22- octubre			Sesión 6 Viernes 24- octubre
Sesión 7. Técnicas de relajación (imagen guiada). Sesión 8. Cierre y post evaluación.		Sesión 7 martes 29- octubre			Sesión 8 Martes 05-noviembre