



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División del Sistema de Universidad Abierta

**El manejo de la ansiedad con enfoque
Cognitivo Conductual.**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Rocío Ramírez Medina

Directora: Mtra. Margarita Molina Avilés.

Sinodales: Mtra. Araceli Lambarri Rodríguez.
Mtro. Jorge Álvarez Martínez.
Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés.
Mtra. Yolanda Bernal Álvarez.





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.



DEDICATORIA

Señor Jesús, quiero decirte que desde que te conocí robaste mi corazón, mi espíritu
y desde entonces me he puesto en tus manos;
tú como alfarero has moldeado mi ser,
a ti entregue mis proyectos y mi plan de vida.

Tú, me has dado los momentos más hermosos que he tenido
y por ti decidí dar un rumbo diferente a mi vida,
y a través de ésta hermosa carrera
me animas a poder ayudar a aquellos que lo necesitan.
Te agradezco haber confiado en mí tan bella labor.

Te agradezco también que me hayas levantado, motivado y animado
en los momentos difíciles durante estos últimos años de estudio,
como cuando mi pequeño hijo se fue a tu lado,
en donde por algún momento quise desistir en terminar la carrera
y tú con amor infinito y en un gran abrazo secaste mis lágrimas,
aliviaste mi dolor y me consolaste.
Lo mismo con la partida de mi abuelita Bruna.
Así también, cuando fui presa de la ansiedad, allí estabas.

Tú siempre me acompañas en los momentos de gozo y de tristeza.
Te agradezco que le hayas dado vida a mi vida. Y solo me queda decirte:

Te amo

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Ricardo, por ser quién me animó a comenzar este sueño, quien me motivó en todo momento, quien me apoyó constante e incondicionalmente. Gracias por ser mi fuente de sabiduría, calma y consejo. Te amo.

A mi hijo Santiago, por ser esa luz que llegó a mi vida estando en la carrera, porque día con día me expresa que me ama y me ofrece un abrazo puro y noble, motivándome a ser cada vez mejor persona, profesionista y madre.

A mi hijo Juan Pablo, porque sé que desde el cielo me motiva y anima a seguir adelante, buscando el bien propio y de los demás. Y porque me enseñó que a pesar del dolor se puede ver la luz nuevamente.

A mi madre Josefina, esa hermosa mujer que ha sido mi ejemplo en todo momento, mi fortaleza, mi consejera y quién me dio los valores necesarios para ser quien soy. No hay palabras para agradecerte lo que haces por mí.

A mi hermana Vero, por cuidar del tesoro más grande: mi hijo, y por ayudarme cuando más lo necesité, por ser ese apoyo sincero y amoroso. Te quiero.

A mi hermano Toño, por inspirarme a perseverar, porque con su compartir generoso me enseña la fraternidad y hermandad sincera.

A mi familia: Ivón, Andrea, Emilio y Renata, gracias por existir.

A mis abuelitos Toño y Bruna, mi ejemplo de sabiduría y humildad.

Al Padre Guillermo Vázquez, por sus oraciones cuando más lo necesité. Por sus consejos y su amistad.

A mi suegra Bertha, por su entendimiento y apoyo.

A la virgen María, por ser mi intercesora en todo momento.

A mi amiga Tere López, por cuidar de su ahijado en momentos en que más lo necesité.

Y finalmente y no menos importante, a todos mis amigos que me acompañaron, apoyaron, animaron y oraron por mí en éste caminar.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	11
1.1. Objetivos del Programa de Servicio Social.....	12
II. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	14
2.1. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (antecedentes).....	15
2.2. Organigrama.....	16
2.3. Misión, visión, valores, función, política de calidad.....	17
2.4. Proceso de admisión y servicios que ofrece el CSP.....	19
2.5. Servicios que ofrece el CSP.....	19
III. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	21
3.1. Panorama general.....	22
3.2. Atención en recepción.....	22
3.3. Proceso de admisión.....	23
3.3.1. Pre-Consultas.....	23
3.3.2. Historias Clínicas.....	27
3.3.3. Evaluaciones psicológicas.....	30
3.4. Taller Psicoeducativo.....	32
3.5. Tratamiento individual.....	34
IV. OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	36
4.1. La ansiedad, su importancia como problema de salud actual.....	37

4.2. La Técnica Cognitivo Conductual en el manejo de la ansiedad.....	38
V. SOPORTE TÉCNICO METODOLÓGICO.....	41
5.1. Introducción.....	42
5.2. Definiciones.....	43
5.2.1. Taller Psicoeducativo.....	43
5.2.2. La Ansiedad.....	43
5.2.3. Diferencia entre miedo, estrés y ansiedad.....	47
5.2.4. Mecanismo de la ansiedad.....	51
5.2.4.1. Análisis Funcional de la ansiedad.....	52
5.2.4.2.1. Situaciones desencadenantes de la ansiedad.....	53
5.2.4.2.2. El organismo ante la situación.....	54
5.2.4.2.3. La respuesta de ansiedad.....	54
5.2.4.2.4. Consecuencias de la respuesta de ansiedad...	55
5.2.5. Química emocional.....	57
5.2.5.1. Sustancia que la alteran.....	57
5.2.6. Activación Psicofisiológica.....	61
5.2.6.1. Síntomas cognitivos.....	64
5.2.6.2. Síntomas fisiológicos.....	66
5.2.6.3. Síntomas motores.....	69
5.2.7. Trastornos de Ansiedad.....	73
5.2.7.1. Trastorno de pánico.....	74
5.2.7.2. Agorafobia.....	81
5.2.7.3. Fobias específicas.....	86
5.2.7.4. Fobia social.....	90
5.2.7.5. Trastorno obsesivo compulsivo.....	95
5.2.7.6. Trastorno por estrés postraumático.....	101
5.2.7.7. Trastorno por estrés agudo.....	107
5.2.7.8. Trastorno de ansiedad generalizada.....	108
5.2.7.9. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica...	112

5.2.7.10. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias...	113
5.2.7.11. Trastorno de ansiedad no especificado.....	115
5.2.7.12 Otros Trastornos.....	115
5.2.7.12.1. Trastorno adaptativo con ansiedad y Trastorno adaptativo mixto.....	115
5.3. Tratamiento Cognitivo Conductual.....	117
5.3.1. Panorama general.....	119
5.3.2. Reestructuración Cognitiva.....	120
5.3.2.1. Pensamientos automáticos.....	122
5.3.2.2. Situación, pensamiento y emoción.....	123
5.3.2.3. Sistema de Análisis Funcional (ABC-DE).....	126
5.3.2.4. Distorsión Cognitiva.....	131
5.3.2.5. Creencia Irracional.....	136
5.3.3. Entrenamiento en relajación.....	141
5.3.3.1. Tipos y técnicas de respiración.....	142
5.3.3.2. Relajación Muscular Progresiva.....	147
5.3.3.3. Relajación Autógena.....	152
5.3.3.4. Imaginación (visualización).....	164
5.3.4. Entrenamiento en solución de problemas.....	168
5.3.4.1. Método y etapas.....	170
5.3.4.2. Toma de decisiones.....	179
5.3.5. Entrenamiento en habilidades sociales.....	179
5.3.5.1. Clasificación y estrategias de las habilidades sociales... 181	
5.3.5.2. Asertividad.....	187
5.3.5.2.1. Conducta Pasiva.....	189
5.3.5.2.2. Conducta Agresiva.....	191
5.3.5.2.3. Conducta Asertiva.....	193
5.3.5.3. Derechos asertivos.....	199
5.3.5.4. Técnicas asertivas.....	201

5.3.6. Autoestima y valía personal.....	208
5.3.6.1. Autoestima alta y baja.....	213
5.3.6.2. Test autoestima.....	217
5.3.6.3. Mejorar la autoestima con técnicas positivas.....	220
5.3.7. Prevención.....	222
5.4. Programa Desarrollado.....	228
5.4.1. Objetivo general del taller.....	228
5.4.2. Perfil de participantes.....	229
5.4.3. Materiales.....	232
5.4.4. Espacio de trabajo.....	232
5.4.5. Procedimiento.....	233
5.4.6. Formulación de caso.....	234
5.4.7. Mapa Clínico de patogénesis.....	235
5.4.8. Mapa de alcance de metas.....	239
5.4.9. Definición de los objetivos.....	241
5.4.10. Cartas descriptivas.....	243
5.4.10.1. Carta descriptiva general.....	244
5.4.10.2. Cartas descriptivas sesiones.....	246
5.4.11. Evaluaciones iniciales.....	248
5.4.11.1. IDARE (Inventario de ansiedad Estado-Rasgo)....	249
5.4.11.2. Inventario de ansiedad de Beck.....	252
5.4.11.3. Inventario de depresión de Beck.....	254
5.4.11.4. Who- Qol (Calidad de vida).....	257
5.4.11.5. Identificación individual de la ansiedad.....	261
5.4.11.5.1. Valoración previa (cuestionario1).....	261
5.4.11.5.2. Situaciones desencadenantes (Test 1)...	262
5.4.11.5.3. Pensamientos automáticos o	

interpretaciones (Test 2)	263
5.4.11.5.4. Sensaciones corporales de la ansiedad y el Miedo (Test 3).....	264
5.4.11.5.5. Conductas ansiosas: escape, evitación y otras (Test 4).....	264
VI. RESULTADOS OBTENIDOS.....	265
VII. RESULTADOS PERSONALES	278
VIII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	283
IX. CONCLUSIONES.....	289
X. REFERENCIAS.....	293
XI. ANEXOS.....	306
Anexo 1. Preconsulta CSP.	
Anexo 2. Historia Clínica CSP.	
Anexo 3. Tríptico Activación Psicofisiológica de la Ansiedad.	
Anexo 4. Pensamiento-emoción-situación.	
Anexo 5. Autorregistro ABC.	
Anexo 6. Autorregistro AB-C (desglosado).	
Anexo 7. Autorregistro ABCDE.	
Anexo 8. Autorregistro Evidencia Favor-Contra.	
Anexo 9. Folleto Distorsiones Cognitivas.	
Anexo 10. Tríptico Respiración.	
Anexo 11. Autorregistro práctica relajación.	
Anexo 12. Guía relajación muscular progresiva (RMP).	
Anexo 13. Autorregistro práctica relajación semanal.	
Anexo 14. Relajación muscular básica Dr. Moreno.	
Anexo 15. Definición del problema.	
Anexo 16. Valoración de alternativas.	
Anexo 17. Folleto Solución de Problemas.	
Anexo 18. Folleto Habilidades Sociales.	

- Anexo 19. Autorregistro Asertividad.
- Anexo 20. Cuestionario Asertividad.
- Anexo 21. Folleto Asertividad.
- Anexo 22. Cuestionario Autoestima.
- Anexo 23. Guía Administración del Tiempo.
- Anexo 24. Autorregistro Nivel de Ansiedad semanal.
- Anexo 25. Evaluación cierre de sesiones.
- Anexo 26. Evaluación Final del taller.
- Anexo 27. MCP pacientes.
- Anexo 28. Carta Descriptiva General.
- Anexo 29. Inventario de Ansiedad de Beck.
- Anexo 30. Inventario de Depresión de Beck.
- Anexo 31. Calidad de Vida WHO-QOL-Breve.
- Anexo 32. Inventario Estado-Rasgo IDARE.
- Anexo 33. Evaluación Inicial Trastornos de Ansiedad.
- Anexo 34. Calificación WHO-QOL.

RESUMEN.

Sentir ansiedad es un mecanismo adaptativo para sobrevivir y poder actuar ante situaciones peligrosas o difíciles, no obstante, en el vivir cotidiano, es común encontrar gente con niveles de ansiedad que sobrepasan la función adaptativa de la misma.

Así, el taller psicoeducativo de "El manejo de la ansiedad" que fue impartido dentro del programa "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa", en el Centro Comunitario "Dr. Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología de la UNAM, se constituyó de 12 sesiones de 120 minutos cada una, en las que asistieron 10 personas entre 20 y 35 años que solicitaron atención en el centro y presentaron síntomas o trastornos de ansiedad diversos.

El objetivo fue brindar a los participantes conocimientos y entrenamientos específicos con un enfoque cognitivo conductual como: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales y asertividad, así como autoestima. Las primeras sesiones se orientaron hacia la psicoeducación en dos temas importantes como: trastornos de ansiedad y activación psicofisiológica.

Durante la impartición del taller, los temas revisados se abordaron haciendo uso de dinámicas específicas e interactivas a manera de poner en práctica las habilidades ya citadas. La interacción entre los participantes fue muy valiosa ya que la retroalimentación lograda entre ellos ayudó al insight y esclarecimiento de diversas situaciones comunes.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios y se manifestaron a través de la observación y formatos específicos. Se realizaron evaluaciones al inicio y al final del taller con el MMPI-2, IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado), El Inventario de Ansiedad y de Depresión de Beck.

Palabras clave: ansiedad, cognitivo-conductual, distorsión cognitiva.

INTRODUCCION.

El presente trabajo es el Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), realizado en el programa "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa", en el Centro Comunitario "Dr. Guillermo Dávila", perteneciente a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

En este programa se realizan diversas actividades entre las cuales está el desarrollo e impartición de talleres como: "Taller del manejo de ansiedad", el cual tiene como objetivo ofrecer a los participantes conocimientos, habilidades y entrenamientos específicos para disminuir sus síntomas de ansiedad, mejorando su estado de ánimo y se vea reflejado en una mejor calidad de vida.

Este taller se realizó bajo la modalidad de taller psicoeducativo. A partir de aquí, se proporciona este informe cuyo objetivo es presentar los resultados obtenidos de la impartición de dicho taller durante el servicio social, lo que implicó la estructuración de las sesiones, la aplicación del mismo y evaluaciones de la mejora de los participantes.

Así, el marco teórico que sustenta este taller permite el desarrollo de destrezas, conocimientos y habilidades, adquiriendo las aptitudes necesarias para su desarrollo y así poder enfrentar los retos de la vida diaria en forma más efectiva. Además, de comprender las razones y motivos que desencadenan su ansiedad.

De tal manera, en el soporte teórico se definen algunos conceptos importantes para cada una de las temáticas dadas durante el taller, tales como la psicoeducación de los distintos trastornos de ansiedad los cuales ayudan a los pacientes a ubicarse y conocer más detalladamente sus síntomas relativos a la ansiedad. Así mismo, es muy conveniente brindar a los participantes psicoeducación sobre la activación psicofisiológica desencadenada por la ansiedad, para que sean conscientes de la manera en que reacciona su cuerpo ante distintas situaciones.

Un aspecto muy importante y primordial en las sesiones es el tema de reestructuración cognitiva el cual ayuda a los pacientes a identificar su manera de pensar, sus pensamientos negativos, sus distorsiones cognitivas y creencias irracionales que impiden o limitan su actuar ante situaciones que les producen ansiedad, o peor aún, que son en muchos de los casos, éstas las que desencadenan la ansiedad.

Otro tema fundamental es el de entrenamiento en relajación, ya que por el ritmo de vida muchas personas no están acostumbradas a darse un momento para relajar su mente y su cuerpo. La relajación es fundamental para disminuir los síntomas psicofisiológicos y mejorar su pensamiento.

Así mismo, se sabe que en buena medida no saber cómo solucionar los problemas de la vida diaria es un factor importante que influye en la aparición de la ansiedad, por lo que se brindan los puntos esenciales para la solución de problemas.

Por otro lado, en el tema de asertividad se distingue entre una conducta agresiva, pasiva o asertiva, siendo esta última la mejor opción de comportamiento en las relaciones interpersonales. También, se destaca la definición y clasificación de las habilidades sociales y cómo su uso favorece al vínculo familiar, laboral, social, etc. Se sabe que no tener buenas relaciones y no saber o poder expresar lo que se quiere provoca angustia y ansiedad.

Tener un buen concepto de sí mismo, ayuda a las personas a que haya menos situaciones que les desencadene ansiedad, por lo que el tema de autoestima se incorporó al taller y aunque no es una técnica cognitivo conductual, si es un concepto importante que debe mejorarse en los seres humanos para el mejor desenvolvimiento en la sociedad.

Finalmente, si las personas que han manifestado ansiedad en un grado que está fuera de lo normal y necesario para vivir, es importante que aprenda la manera en que puede controlar y manejar los síntomas de la misma. El taller impartido tiene este propósito.

I

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

1.1. Objetivos del Programa de Servicio Social.

El programa denominado "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa" es un programa que ofrece la Universidad nacional Autónoma de México y que tiene como dependencia ejecutora la Facultad de Psicología y se encuentra dentro del área del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila".

La justificación del programa se debe a la necesidad que tienen los alumnos de espacios para aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y desarrollarse en escenarios reales, ofreciendo un lugar para la formación y actualización del estudiante de psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica, siendo esta de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación, proporcionándole al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa para la adquisición de las habilidades necesarias en su formación en el área clínica.

El objetivo del programa es iniciar al estudiante de servicio social en el campo de la atención a adultos y grupos, proporcionándole entrenamiento en habilidades clínicas básicas a través de un modelo de terapia supervisada.

En el centro se cumplen tales objetivos ya que brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación. Se apoya al psicólogo desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología basada en evidencias, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Las actividades de la carrera que los alumnos desempeñan en éste programa son:

- Apoyo en la producción de material bibliográfico.

- Búsqueda bibliográfica.
- Entrenamiento para organizar expediente clínico en toma de registro anecdótico, en la elaboración de nota psicológica, en calificación e interpretación de instrumentos de diagnóstico.
- Organización y actualización de expediente clínico.
- Realización de entrevistas iniciales a pacientes.
- Registro de nota psicológica.
- Formulación de caso.
- Traducción de artículos.
- Propuesta de intervención individual y grupal.
- Análisis y realización de pre-consultas, evaluaciones e historias clínicas para el proceso de admisión al centro.
- Análisis de información de los datos proporcionados por los pacientes.

II

CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (antecedentes).

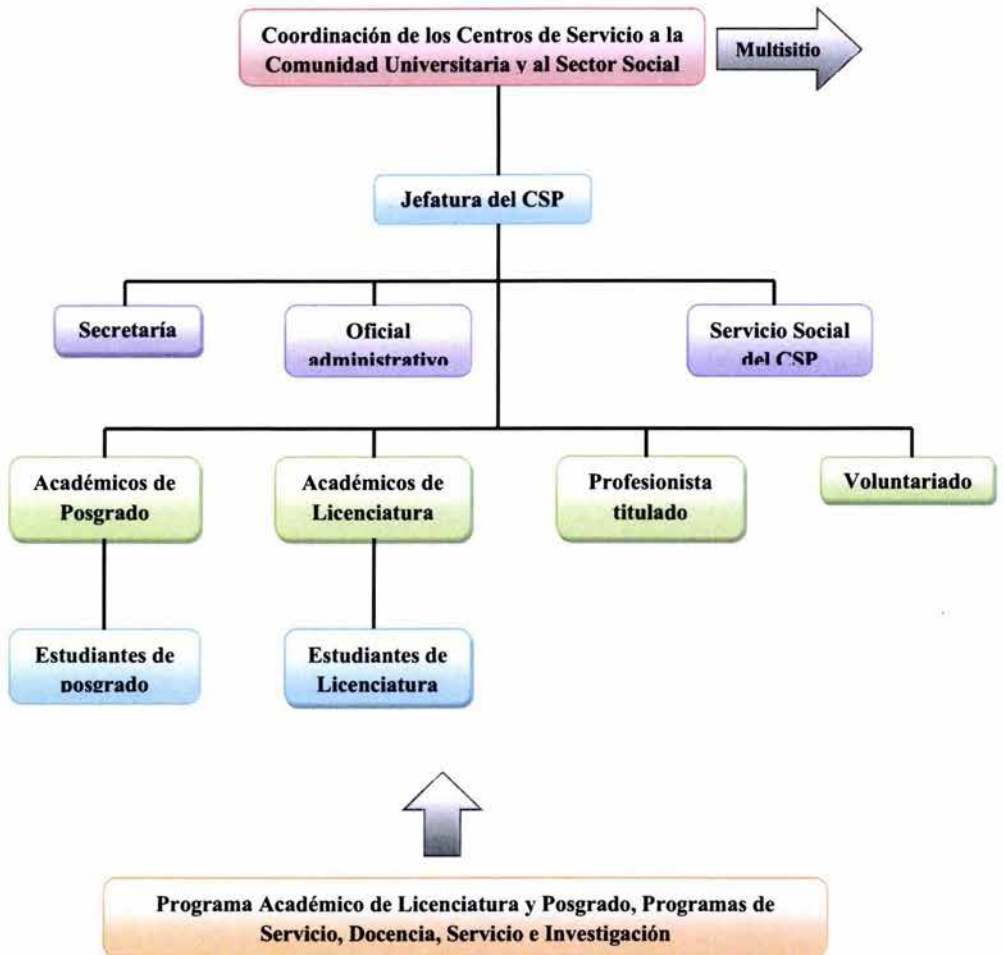
Durante la década de los setenta, en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se comenzó a gestar un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria que permitiera a los estudiantes de psicología del área clínica de posgrado vincular los conocimientos teóricos obtenidos en el aula con la práctica supervisada. En 1977 se inició formalmente la creación de centros de atención a la comunidad.

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” es una entidad académica integrante de la estructura orgánica de la Facultad de Psicología de la UNAM. El Centro fue fundado el 8 de mayo de 1981, y tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación de los alumnos de la Facultad en el área clínica; así mismo, esta tarea de formación profesional permite proporcionar un servicio de apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos en forma individual, grupal y familiar. Se atienden problemas emocionales, de depresión, ansiedad, desempeño escolar, de pareja, estrés, trastornos de alimentación, dolor crónico y estrés, entre otros.

El CSP se encuentra en una etapa de formación y consolidación, por lo que se encuentra ahora implantando un Sistema de gestión de Calidad. En el año 2012 se atendieron a 1600 personas aproximadamente.

La filosofía del CSP está encaminada a fomentar el desarrollo de las habilidades profesionales que debe adquirir el estudiante de psicología, con la finalidad de ofrecer diversos servicios psicológicos de calidad, aplicando los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación académica, para garantizar al usuario un trato estrictamente ético y profesional. En el CSP participan los estudiantes en proceso de formación tanto del programa de Licenciatura como de Posgrado

2.2. Organigrama.



2.3. Misión, visión, valores, función, política de calidad

Misión.

Brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales, al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología basada en evidencias, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Visión.

Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Valores.

- **Confianza.** Que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere seguridad en nuestros clientes internos y externos.
- **Ética.** Mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los fundamentos principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.
- **Honestidad.** Que nuestras actividades reflejen respeto, responsabilidad y confianza para que nuestras acciones sean veraces, congruentes y oportunas.

- **Lealtad.** Generar en nuestros clientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios, que les permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio.
- **Optimismo.** Que los resultados de nuestras actividades y acciones orienten el cumplimiento oportuno de nuestros objetivos y sean el compromiso de una mejora continua en beneficio de nuestros clientes internos y externos.
- **Respeto.** Se refiere al trato amable, atento, gentil, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus clientes internos y externos en forma bidireccional, lo que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas.
- **Responsabilidad.** Realizar las actividades encomendadas de manera eficiente y oportuna, manteniendo un alto compromiso de responsabilidad, para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.

Función.

Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa. Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación. Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

Política de calidad.

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila "tiene como política de calidad enfocar sus esfuerzos a prestar un servicio de calidad para sus clientes internos y externos, contribuyendo así con la formación de los estudiantes que acuden al centro para su

entrenamiento profesional y de los usuarios de nuestros servicios terapéuticos, procurando una mejora continua en nuestros procesos de trabajo.

2.4. Proceso de admisión y servicios que ofrece el CSP

El servicio se da en el sótano del edificio "D" de la Facultad de Psicología de lunes a viernes de 8:30 a 19:00, es para todo público y para ingresar al CSP deben de seguirse los siguientes pasos:

- Agendar cita vía **telefónica** al 56-22-23-09 o acudir al Centro el último día lunes de cada mes a las 7:00 a.m.
- Presentarse en el día y hora de su cita con algunos documentos personales en original y copia.

2.5. Servicios que ofrece el CSP

El CSP ofrece diversos servicios que inician con el proceso de admisión el cual consta de los siguientes pasos:

Proceso de admisión.

1. Preconsulta.
2. Historia Clínica.
3. Evaluación.

Además de lo anterior, en ocasiones es necesario, dependiendo de la situación, lo siguiente:

1. Referencia/Canalización.
2. Prevención primaria.

Una vez que se ha determinado el diagnóstico del paciente se asigna a alguna modalidad de tratamiento como sigue:

Modalidades de tratamiento.

1. Individual.
2. De pareja.
3. Familiar.
4. Grupal.

O bien a algún taller.

Se han impartido algunos talleres como:

1. Habilidades sociales.
2. Desarrollo de emociones.
3. Manejo de crisis.
4. Desarrollo infantil.
5. Habilidades parentales.
6. Manejo de Ansiedad.
7. Adolescentes con diversos problemas.

III

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

3.1. Panorama general

A los prestadores de Servicio Social se les asignan diversas tareas entre las cuales están: atención en ventanilla; proceso de admisión, el cual consta de pre-consulta o consulta inicial, historia clínica y evaluaciones psicológicas; la planeación y puesta en práctica de un taller psicoeducativo; y un tratamiento individual. Además de esto, se realizan otras actividades como elaboración de formatos, registro de los datos proporcionados por los pacientes para un control epidemiológico. En el ciclo que realicé el servicio, el CSP se certificó, por lo que además participé en actividades relativas al proceso de certificación que implicó conocer el sistema de gestión de calidad, los formatos, procedimientos, manuales de calidad, asistir a reuniones y participar en la certificación misma.

3.2. Atención en recepción

Es la recepción el primer contacto que el paciente tiene con el servicio, por ello es de primordial importancia que el prestador de servicio social adquiera y practique la sensibilidad que se requiere tener con los pacientes en su primer contacto. Las actividades realizadas consistieron en: proporcionar a los usuarios que asisten al CSP la información requerida para su admisión y orientarlos en el llenado de la ficha de admisión; asignar la realización de pre consultas, de historias clínicas a los profesores, a los estudiantes de maestría o a los estudiantes de licenciatura y registrar los nuevos ingresos.

Cabe mencionar que estando en recepción me tocó atender a algunas personas que llegaban en crisis, evaluando el grado de riesgo por su situación emocional.

Y aunque pareciera que estar en recepción es un trabajo fácil, no es así, pues siendo pacientes con problemas emocionales, desde aquí se necesita buena preparación y un adecuado trato, pues como menciona Bevilacqua (2012), “el primer contacto con el paciente representa uno de los momentos de mayor importancia, en esta fase, el objetivo principal no es otro que el de crear una relación personal que se caracterice por la cercanía y la confianza que permita llevar a cabo tanto el diagnóstico, como las primeras intervenciones”.

3.3. Proceso de admisión

3.3.1. Pre-Consultas

El tipo de entrevista inicial o pre-consulta que se realiza en el CSP es diagnóstica ya que su objetivo consiste en identificar el problema y determinar el grado de conducta desadaptada mediante la recopilación de datos; individual porque se aplica a una sola persona; y semi-estructurada porque, aunque se realiza siguiendo un formato predeterminado, la entrevista es libre permitiendo al entrevistado determinar hasta cierto punto el ritmo de ésta. El tiempo promedio que se emplea para su realización es de 45 minutos.

La preconsulta (anexo 1) se realiza en un formato que contiene los siguientes apartados:

1. Datos generales del paciente.
2. Familiograma.
3. Descripción del problema. Como lo ve el paciente y el entrevistador.
4. Estrategia de solución. Se refiere a las acciones que el paciente ha realizado en un intento por solucionar su problemática.
5. Áreas afectadas por el problema.
6. Problemas presentados durante la sesión. Se refiere a situaciones específicas que pudieron interferir con la realización de la pre-consulta
7. Soluciones adoptadas. Tiene que ver con lo que hizo el entrevistador para solventar estas situaciones.

La entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico donde se da un encuentro de por lo menos 2, donde uno de ellos da información al otro con un objetivo específico. La entrevista diagnóstica, pretende identificar el problema y determinar la naturaleza y el grado de la conducta desadaptada, trata de encontrar la forma en que el entrevistado describe, entiende e interpreta su problema, por lo que el entrevistador recoge la información y evalúa la conducta del entrevistado (Bleger, 1998).

Según Murueta(2000) la entrevista inicial debe componerse de:

1. Recepción y saludo.
2. Datos básicos y establecimiento de empatía o rapport.
3. Familiograma: ¿Con cuántas personas vive? De cada una tomar los siguientes datos:
 - Nombre propio
 - Parentesco
 - Edad
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Carácter o manera de ser
4. Motivo de la consulta: ¿Qué es lo que le decidió a venir con un psicólogo?
5. Exploración del cuadro clínico (síntomas o preocupaciones: inicio, intensidad, precisión semántica o cualitativa, duración, frecuencia, asociación con acontecimientos o situaciones).

La observación es fundamental en la entrevista, pues partimos de que no es posible comprender la conducta de una persona si ésta no tiene significado para nosotros. La observación debe ser objetiva, registrando lo que ocurre tal cual, con exclusión total de sensaciones, sentimientos y todo estado subjetivo. El observador al formar parte del campo condiciona al fenómeno que observa, ya que no se estudia el fenómeno tal cual, sino en relación con nuestra presencia, modificando las condiciones en las que se da realmente el fenómeno. No obstante, la entrevista es la situación "natural" en que se da el fenómeno que nos interesa. La forma de observar bien es la de ir formulando hipótesis mientras se observa, verificando y rectificando en observaciones subsecuentes (Bleger, 1998).

Es conveniente observar en el paciente:

- Edad.
- Situación sociológica.

Rocío Ramírez Medina

- Como viste (calidad de ropa, combinación, color zapatos, uñas, calidad de accesorios, etc.).
- Lenguaje oral.
- Lenguaje corporal (como se expresa, como se mueve, si duda, si tiembla, tartamudea, si mueve los pies, etc.).

La comunicación y el tipo de comunicación es un fenómeno clave de toda la relación interpersonal, así, en la entrevista la comunicación hace que la conducta de uno actúe como estímulo para la conducta del otro y éste a su vez re actúa según las manifestaciones del primero. La palabra tiene un papel enorme, pero también la comunicación no verbal: gestos, actitudes, timbre y tonalidad de la voz, etc. Es conveniente identificar los momentos de cambio en la comunicación, las inhibiciones, interceptaciones y bloqueos (Bleger, 1998).

La elaboración de preconsultas posibilita que el prestador de servicio social adquiera la habilidad que necesita para identificar el problema que motiva al paciente a solicitar apoyo psicológico.

Durante el servicio social realice un total de 27 preconsultas, las cuales se enlistan a continuación.

No.	EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
1	12-0509	Yanell	29	Depresión
2	12-1032	Dalia	23	Inicio de crisis de ansiedad
3	12-1102	Francisco	29	Ataques ansiedad nocturnos
4	12-1130	Cassandra	23	Cambios bruscos en forma de vida
5	12-1153	Liliana	24	3 intentos de suicidio, la envían del INP
6	12-1176	Blanca E.	59	Ansiedad y ataques de pánico

7	12-1207	Eva del Carmen	35	Pobre control de impulsos, enojo
8	12-1210	Ana Llazet	17	Ansiosa, nerviosa, enojo facil, duelo de pareja
9	12-1233	Verónica	40	Ansiedad y ataques de pánico
10	12-1234	Carlos	10	Ataques terror nocturnos
11	12-1303	Alexis	21	Duelo por muerte de su tío que era como su padre
12	12-1330	Diego	6	Ayuda de neuropsicología por ser inquieto y retraído
13	12-1334	Guillermo	23	Depresión, falta de interés, agresividad, irritabilidad
14	12-1418	Ruth	20	No le gusta su cuerpo, tiende a comer demasiado, desanimada
15	12-1456	Laura	20	Problemas familiares, bajo rendimiento escolar, esta triste, duerme mucho
16	12-1482	Sebastian	9	Estudios neuropsicologicos para confirmar TDAH
17	12-1522	Yessica	34	Superar abuso sexual de infancia, controlar sus emociones y celos
18	12-1523	Natalia	13	Enojo con facilidad, ausente, bulling, problemas conducta
19	12-1577	María	14	Depresión severa, no come, no se baña, no va a la escuela, mielomeningocele.
20	13-0003	Mayra Ivette	30	Intervención crisis, deprimida, pensamientos negativos, ansiedad
21	13-0128	Sergio	19	Tristeza, depresión, ira, enojo, falta seguridad, prob familiares. Homosexual
22	13-0129	Santiago	9	Cambio de conducta, los envían del colegio, platica en clase e interrumpe
23	13-0149	Laura	36	Depresión, angustia, somnolencia, inseguridad, pensamientos negativos
24	13-0202	Regina	10	Problemas de aprendizaje y falta de atención, la envían del Colegio
25	13-0212	Renata	5	Inicio anorexia, no come, dice que quiere ser modelo y camina como modelo.
26	13-0240	Emilse	45	Al traer a su mamá a terapia le dijeron que ella también lo necesitaba. Duelo
27	13-0241	Anibal	15	Maltrato por su padre durante su niñez.

3.3.2. Historias Clínicas

La razón básica para elaborar la historia clínica es recolectar los datos que le permitan al entrevistador conocer de qué manera se fue desarrollando el problema y cuáles fueron los factores médicos, familiares y sociales que influyeron en su aparición.

La Historia Clínica o Entrevista Psicológica es el principal instrumento del que dispone el psicólogo clínico para conocer la historia de vida del paciente y consecuentemente, comprender la problemática específica presente que lo lleva a solicitar la atención; además, es un referente muy útil para la investigación, la estadística, la docencia y la administración. Según Patiño (1990), la historia clínica supone cuatro momentos teóricos distintos: la recolección de material (datos), la selección significativa de los mismos, la interpretación de los datos y su conclusión, que derivará junto con otros instrumentos de evaluación psicológica en el Diagnóstico definitivo que orientará el tratamiento psicoterapéutico a seguir.

La recolección de la información debe estar dirigida hacia la extracción de datos significativos, lo que implica un conocimiento teórico y práctico sobre el tema, la eliminación de datos superfluos, así como una postura crítica del investigador que lo lleve a ir despejando las incógnitas hasta obtener una coherencia en el cuadro individual que está analizando (Menninger, 2007).

En la historia Clínica es indispensable que el entrevistador pueda establecer con el paciente una relación de confianza y empatía que facilite una comunicación adecuada; para ello se dispondrá a una "escucha atenta" de los contenidos verbales y a la observación de aquellos no verbales, así como de las expresiones emocionales y reacciones ante temas significativos para el paciente. Esta acción será determinante no solo para la recolección de información, sino también para el logro del compromiso del paciente con un tratamiento psicoterapéutico (Aragón, 2002).

El formato que se utiliza en el CSP para la historia clínica (anexo 2) se encuentra dividido en siete apartados:

1. Ficha de identificación. Contiene los generales del paciente.
2. Motivo de consulta. Se refiere a las circunstancias y razones que motivaron al paciente a solicitar apoyo psicológico.
3. Antecedentes heredo familiares. En este apartado se describen las condiciones generales, peculiaridades culturales, sociales y familiares que caracterizan el medio en que nació el paciente, debe incluir un relato de las actitudes y características de la familia y sus miembros.
4. Periodo del desarrollo. Se refiere al periodo que abarca desde la gestación hasta la vida adulta.
5. Patrones de ajuste adultos. Se consideran los patrones académicos, de trabajo y de salud; los ajustes afectivos y emocionales; el desarrollo sexual; los ajustes sociales, recreativos y culturales; y la dinámica familiar.
6. Examen mental. Se describen los datos principales sobre la personalidad del paciente, la forma en que se conduce en la vida diaria, y su capacidad de insight.
7. Información del examinador. Se describen los sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente y la información técnica de la entrevista.

La elaboración de historias clínicas posibilita al prestador de servicio social comprender y valorar la importancia de contar con la información suficiente que permita realizar un diagnóstico correcto. Durante el servicio social realice un total de 26 historias clínicas, las cuales se enlistan a continuación.

No.	EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
1	12-0421	Citlalli	35	Problemas de relación
2	12-0509	Yanell	29	Depresión
3	12-0676	Liliana	24	Duelo
4	12-0773	Guadalupe	45	Episodio depresivo. Quiere correr, problemas al tope, ya no puede.
5	12-0988	Daniel	20	Falta de autoestima

Rocío Ramírez Medina

6	12-0999	Alma	18	Encontrar el control y equilibrio emocional.
7	12-1032	Dalia	23	Crisis de ansiedad
8	12-1102	Francisco	29	Ataques ansiedad nocturnos
9	12-1130	Casandra	23	Cambios bruscos en forma de vida
10	12-1153	Liliana	24	3 intentos de suicidio, la envían del INP
11	12-1176	Blanca E.	59	Ansiedad y ataques de pánico
12	12-1210	Ana Llazet	17	Ansiosa, nerviosa, enojo facil, duelo de pareja
13	12-1233	Verónica	40	La envían del CISAME. Ansiedad
14	12-1234	Verónica	40	Ansiedad y ataques de pánico
15	12-1303	Alexis	21	Duelo por muerte de su tío que era como su padre
16	12-1334	Guillermo	23	Depresión, falta de interés, agresividad, irritabilidad
17	12-1418	Ruth	20	No le gusta su cuerpo, tiende a comer demasiado, desanimada
18	12-1456	Laura	20	Problemas familiares, bajo rendimiento escolar, esta triste, duerme mucho
19	12-1577	María	14	Depresión severa, no come, no se baña, no va a la escuela, mielingocele.
20	12-1523	Natalia	13	Enojo con facilidad, ausente, bullying, problemas conducta
21	13-0003	Mayra Ivette	30	Intervención crisis, deprimida, pensamientos negativos, ansiedad
22	13-0128	Sergio	19	Tristeza, depresión, ira, enojo, falta seguridad, prob familiares. Homosexual
23	13-0149	Laura	36	Depresión, angustia, somnolencia, inseguridad, pensamientos negativos
24	13-0174	Josefina	52	Depresión, falta toma decisiones por infidelidad esposo.
25	13-0240	Emilse	45	Al traer a su mamá a terapia le dijeron que ella también lo necesitaba. Duelo
26	13-0241	Anibal	15	Maltrato por su padre durante su niñez.

3.3.3. Evaluaciones psicológicas

En el CSP se aplican el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck a todos los pacientes que ingresan, y el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 se aplica a los pacientes que se considera sea necesario de acuerdo a la situación particular. El prestador de servicio social tiene la responsabilidad de calificar e interpretar los instrumentos que le fueron aplicados a los pacientes que le son asignados y en el caso de que lo considere necesario deberá aplicar los instrumentos adicionales que considere conveniente aplicar para obtener un mejor diagnóstico.

Según Sáenz (1999), el Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) se ha convertido en el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre una depresión. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos. El cuestionario fue creado por el doctor Aarón Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pensilvania.

Los 21 puntos que evalúa el test son:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Sensación de fracaso
4. Insatisfacción
5. Culpa
6. Expectativas de castigo
7. Autodesprecio
8. Autoacusación
9. Ideas suicidas
10. Episodios de llanto
11. Irritabilidad

12. Retirada social
13. Indecisión
14. Cambios en la imagen corporal
15. Enlentecimiento
16. Insomnio
17. Fatigabilidad
18. Pérdida de apetito
19. Pérdida de peso
20. Preocupaciones somáticas
21. Bajo nivel de energía

El inventario de ansiedad de Beck o BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Está basado en los siguientes cuestionarios: Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR), y The Anxiety Checklist (ACL).

El BAI es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV (Comeche, 1995).

Por lo que respecta al MMPI-2, en el CSP, se aplicaba sólo a aquellos pacientes que por la gravedad o problema se consideraba necesario. Butcher (2001) señala que el MMPI-2 recoge la experiencia de más de 50 años de investigación y aporta una gran riqueza de información sobre la estructura de la personalidad y sus posibles trastornos, siendo este el instrumento de evaluación de la personalidad que se ha investigado en mayor medida y el más ampliamente utilizado en psicología. No obstante, se debe tener en mente que el MMPI-2 no está diseñado para dirigirse a todas las características o conductas que podrían ser de interés

para el psicólogo como cualidades o estados de la inteligencia, la presencia de trastorno cerebral orgánico o la probabilidad de cometer un acto violento.

3.4. Taller Psicoeducativo

El taller psicoeducativo es el centro y motivo de éste trabajo, pues es en la realización de éste donde se aplicaron diversos conocimientos propios de la psicología. La propuesta fue elaborar un taller psicoeducativo cuya función sea la prevención primaria y secundaria de la ansiedad y el manejo de la misma cuando esta ya está presente. Es importante que el trabajo grupal nos parezca un buen camino para contribuir a la prevención en salud mental.

Los talleres psicoeducativos acogen esta necesidad de generar intervenciones que fomenten la prevención primaria, secundaria y terciaria, pero no desde una visión centrada en el trabajo individual, sino grupal, aprovechando los recursos que el desarrollo grupal tiene como herramienta de prevención. Es por esto que resulta importante considerar los aportes que ha realizado la psicología de grupos. Esto se describe a continuación. En este marco algunas características constitutivas de un taller son:

- Una opción por trabajar en pequeños grupos.
- Una valoración por la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de los propios aprendizajes.
- Una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Una intencionalidad operativa, es decir, que los aprendizajes adquiridos tengan una influencia en la acción de los propios sujetos.

Es así como un taller es definido como una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, esto desde un rol protagónico de los participantes en el proceso de aprendizaje que allí se produce.

El taller se convierte en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación. En definitiva, el taller es un camino con alternativas metodológicas diversas que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Es un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización (García, 1997).

Por lo tanto, un taller psicoeducativo, puede ser definido como un tipo específico de intervención psicoeducativa que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje, que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones. Esto considerando los siguientes elementos:

- Parte de la práctica, o sea, de lo que la gente sabe, vive y siente.
- Desarrolla un proceso de teorización sobre esta práctica, como un proceso sistemático, ordenado y progresivo, a partir de la experiencia de los participantes, la cual se va transformando, mejorando y resolviendo a medida que transcurre el taller.
- Permite socializar el conocimiento individual, enriqueciéndolo y potenciando el conocimiento colectivo (CIDE, 1987).

Por otra parte, debe considerarse la diferencia entre un taller psicoeducativo y la psicoterapia grupal, pues lo que define un taller es que sus objetivos tienden a ser específicos, medibles y están especificados antes del inicio del taller.

Los talleres, sin embargo, pueden ser inicialmente igualitarios, en términos de constituirse en un grupo de personas que se unen para hacer frente a un problema común. Se autoproveen de apoyo emocional y social al compartir las experiencias e intercambiar recursos; a estos grupos de los suele llamar también grupos de autoayuda. Sin embargo, sólo podremos hablar

de que constituyen un taller cuando alguien emerge como conductor del grupo, el cual suele ocupar una posición de jerarquía dentro del grupo. Esto no implica que asuma una posición directiva, sino que adquiere la función de conducir el grupo desde un paradigma eminentemente participativo y democrático (Ayestarán, 1996).

3.5. Tratamiento individual

Con objeto de que el prestador de servicio social otorgue un servicio a su comunidad y aplique los conocimientos y habilidades adquiridas en su formación académica, la Jefa del Centro le asigna para su tratamiento a algún paciente conforme a las habilidades del prestador y las necesidades del CSP. Para la atención adecuada de los pacientes el prestador debe elaborar un prediagnóstico basado en la preconsulta, la historia clínica y los instrumentos psicológicos que se le aplicaron al paciente, con base en este prediagnóstico determina el tipo de técnica que considera mejor se adapta a las condiciones y necesidades del paciente y lo consulta con la Jefa del Centro quien le proporciona la asesoría y supervisión necesaria para la aplicación de la terapia.

Al final de mi estancia en el Servicio Social me fue asignado un paciente que presentaba ataques de pánico con agorafobia, misma que a la fecha sigue en tratamiento con el enfoque cognitivo conductual. Para este caso se realizó la formulación de caso señalada por Nezu (2004), el cual consiste en la descripción de quejas y síntomas de ansiedad de un paciente, de manera organizada, para que el terapeuta comprenda cómo se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, estímulos ambientales o intrapersonales que desencadenan estos problemas y por qué persisten los síntomas. Ellis (1997) señala que es un conjunto de hipótesis, respecto a las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales en el individuo. De este modo para la formulación de caso, se requiere primero trazar un mapa clínico de patogénesis (MCP), el cual es una descripción gráfica de las

variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades del paciente, en el que se evalúan las siguientes (Nezu, 2006):

- Variables distantes.
- Variables de antecedentes.
- Variables organísmicas.
- Variables de respuesta.
- Consecuencias.

Y es así como en un inicio se obtienen los elementos indispensables para realizar el tratamiento adecuado al paciente.

IV

OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

4.1. La ansiedad, su importancia como problema de salud actual.

En la sociedad actual son muchas las personas que padecen debido a la ansiedad o el miedo. Algunos expertos afirman que cuatro de cada diez personas pueden experimentar los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, estudios rigurosos indican que dos varones y tres mujeres de cada diez han tenido, tienen o tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

Las repercusiones de padecer un trastorno de ansiedad pueden llegar a ser considerables. Además del malestar que ocasiona la ansiedad, ésta a veces se complica con depresión, con abuso de medicación tranquilizante o con el consumo abusivo de alcohol o drogas. También puede alterar nuestro desempeño laboral o académico, nuestras relaciones sociales e incluso impedirnos una relación de pareja (Moreno, 2011).

El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y la OMS (2003), enfatizan que diversas publicaciones desde hace una década señalan que los trastornos de ansiedad están entre las 10 enfermedades mentales más prevalentes. Así como, que esta situación es frecuente en personas de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas, en donde el 14.3% lo ha experimentado alguna vez en la vida (Medina-Mora, 2003). Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo (Benjet, 2009)

Se sabe que los trastornos mentales tienen un costo social, siendo los más comunes la depresión (25.51%), agorafobia (18.56%), ansiedad generalizada (9.5%), trastorno de pánico (20%) y trastorno por estrés posttraumático (14.21%) (Lara, 2007).

Es indudable que cuando una persona presenta cualquier trastorno relacionado con la ansiedad su bienestar y calidad de vida se ven severamente comprometidos. Esto hace que desde que se levante por la mañana, si ha tenido la suerte de dormir algo, se sienta inquieta, intranquila, aturdida, su corazón lata aceleradamente, sienta mil mariposas en el estómago, ideas negativas o inquietantes bullan en su cabeza, lo que hace que vaya aumentando su

tensión hasta tal punto que sienta que podría estallar en cualquier momento... y el día no ha hecho más que comenzar.

Aun así, la persona con ansiedad tiene que afrontar numerosas situaciones que, en su estado, representan un esfuerzo titánico: salir a la calle, ir al trabajo y rendir en él, hacer gestiones o compras, arreglar la casa, atender a sus hijos, acudir a reuniones sociales que se convierten en obligaciones sin sentido, etc. Esta persona siente que cada día es una batalla imposible de vencer, de salir avante y las fuerzas empiezan a escasear. Un día tras otro la lucha continúa y poco a poco este esfuerzo desmesurado empieza a cobrar su factura. Probablemente comenzará a sentir una fatiga creciente que le interferirá cada día más en sus obligaciones diarias, hasta vivirlas como un peso insoportable, incluso las que antes eran placenteras para él. Además un conjunto de síntomas físicos desagradables harán que piense que podría caer enfermo en cualquier momento.

Tras no poder resolver o controlar este torbellino de dificultades, a pesar de haberlo intentado por todos los medios a su alcance, acaba por sentirse impotente e incapaz de hacer que esta situación mejore. Si tenemos en cuenta todo esto podremos comprender hasta qué punto la ansiedad afecta al bienestar personal e interfiere en todas las actividades habituales del individuo. Ante este desolador panorama es comprensible que toda su vida se vea afectada, en lo personal o familiar, en lo laboral y también en lo social.

4.2. La Técnica Cognitivo Conductual en el manejo de la ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual es una orientación de la terapia cognitiva enfocada en la vinculación del pensamiento, y conductual en relación a la conducta, y que recoge las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una

mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista (García, 1998). Las técnicas conductuales han pasado la prueba con sobrada holgura, al igual que muchos procedimientos cognitivos. En virtud de ello es que hoy el modelo es Cognitivo y Conductual (Minici, 2012)

En los últimos años, el auge, desarrollo y expansión de los modelos cognitivo-conductuales le han dado un lugar central dentro de las psicoterapias. Estos modelos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados que opera sobre las conductas, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Se apoya en cuatro pilares teóricos básicos: los aprendizajes clásico, operante, social y cognitivo. A la fecha se han publicado centenares de estudios que indican la utilidad y efectividad de la TCC para numerosos trastornos psicológicos como: agorafobia, fobias diversas, pánico, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, bulimia, depresión, estrés, trastornos sexuales, etc.

Según Barlow (2002) las personas que padecen estos trastornos no reciben en la medida que lo necesitan un tratamiento especializado que haya demostrado empíricamente su eficacia, como podría ser el tratamiento psicológico cognitivo conductual.

En 2001, Chambless y Ollendick revisaron diversas investigaciones. El estudio mostró que en las investigaciones compiladas, los procedimientos y técnicas cognitivas y conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños.

Para el taller del manejo de ansiedad se decidió aplicar un enfoque cognitivo conductual, ya que como señala Navarro (1994), los índices de eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual

para algunos grupos de síndromes, como los trastornos de ansiedad, rondan el 90 % de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento.

Las intervenciones en Terapia Cognitivo Conductual procuran que el paciente adquiera habilidades que pueda utilizar por sí mismo en el futuro. Vale decir, los procedimientos se van enseñando de modo tal de potenciar recursos de afrontamiento generales en situaciones problemáticas que puedan presentarse en un momento posterior al tratamiento. La idea es fomentar la autoaplicación de algunos procedimientos y con ello, la disminución de la dependencia de la terapia (Rivadeneira, 2009).



SOPORTE TÉORICO
METODOLÓGICO

5.1. Introducción.

La ansiedad y el estrés son experiencias emocionales universales a las que todos hemos estado sometidos en múltiples ocasiones. Las experimentamos cuando surgen cambios en nuestra vida cotidiana, nuestras circunstancias personales, familiares o laborales se ven modificadas, cuando nos presentamos a un examen, a una entrevista de trabajo, ante una cita importante, etc.

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural del ser humano que le previene de peligros reales y por esto no se puede erradicar. Por este motivo, no es conveniente conducir bajo los efectos de tranquilizantes o antidepresivos: la tranquilidad artificial que producen conlleva una pérdida de reflejos que nos puede costar la vida. Por tanto, es fundamental aprender a manejar la ansiedad de modo natural mediante el conocimiento de sus síntomas y de las técnicas que nos permitan afrontarla adecuadamente en el día a día y en cualquier circunstancia (Moreno, 2011).

Generalmente, son las circunstancias de la vida las que van disponiendo de la experiencia que hace aprender a temer situaciones, personas, animales o circunstancias relacionadas con peligros reales. Así, no es de extrañar que nos acerquemos con cautela a una calle transitada cuando hemos sufrido algún percance en otra calle transitada. En otras ocasiones basta con saber que en determinada calle a alguien le sucedió un accidente para transitar dicha calle con cautela y miedo.

Este apartado se divide en dos partes principales, la 1ª parte son diversas definiciones y conceptos importantes que son necesarios saber para conocer la ansiedad, su mecanismo y los distintos trastornos; la 2ª parte se compone de la base teórica del tratamiento cognitivo conductual aplicado en el taller, señalando cada una de los temas utilizados en el mismo.

5.2. Definiciones.

5.2.1. Taller Psicoeducativo.

En el apartado 3.4 ya se habló de éste concepto por lo que aquí sólo se hace referencia al concepto de una manera más general. Es así, que la técnica psico-educativa consiste en una explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos favoreciendo el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico (Martín, 2003).

Los talleres en general se desarrollan en base a una metodología activo-participativa, en la cual se produce una relación educativa facilitadora, se parte del principio de acción-reflexión-acción, se potencia el aprendizaje colectivo y se rescata el principio del aprender haciendo (Martínez, 1991).

Además de que en el CSP la psicoeducación es el modelo con que se ayuda y orienta a pacientes en grupo, se observó que con la realización de un taller psicoeducativo las experiencias particulares enriquecían a los participantes, se llegaba a un insight de su problema más fácilmente y era una manera de evitar que los pacientes esperaran largos periodos de tiempo para ser atendidos.

5.2.2. La Ansiedad.

La ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones. Así, es normal y deseable que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho, nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores. En cierta medida los padres enseñamos a los hijos a sentir miedo o ansiedad ante circunstancias que

pueden llegar a ser peligrosos. Así, por ejemplo, es deseable que los niños teman los enchufes eléctricos para prevenirlos de la experiencia de sentir una descarga que puede ser mortal (Moreno, 2011).

Según la APA (2002), la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprehensión respecto al futuro. Por su parte, Beck (1990) explica que la conceptualización de la ansiedad se enfoca hacia un estado emocional desagradable subjetivo, caracterizado por sensaciones como nerviosismo o tensión, unido por síntomas como el temblor, mareo, náuseas y taquicardia.

La ansiedad es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos y motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta respuesta puede surgir, tanto por situaciones o estímulos externos, como internos, tales como pensamientos, creencias, expectativas, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

La ansiedad se conceptúa como una respuesta subjetiva al estrés y se describe como una sensación de aprensión, incertidumbre o temor como consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido (Isaacs, 2000).

La ansiedad es una reacción normal ante una situación de estrés, pero en extremo puede llevar a problemas psicológicos y de salud reduciendo la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Kohli, Batra & Aggarwal, 2011). Una hipótesis sobre los problemas de ansiedad es que está influida por pensamientos catastróficos; algunas evaluaciones han revelado que entre más catastróficas sean las cogniciones mayor será el nivel de ansiedad (Sutton, Cooper, Pimm & Wallace, 2009).

Cada persona tiene una manera particular de responder frente a un estresor e, independientemente del resultado, la respuesta adaptativa ante el mismo requiere tiempo y esfuerzo (Zavala y Whetsell, 2007).

Los trastornos de ansiedad constituyen una amplia categoría de problemas psicológicos que se encuentran sólidamente representados en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y que tienen una elevada prevalencia en la población general y, en sus distintas variantes, constituyen uno de los problemas psicológicos vistos con mayor frecuencia en la práctica clínica diaria. (Caballo & Mateos, 2000).

Gordon (2003), categoriza la ansiedad en tres niveles: leve, moderado y severo, según el aumento del grado de alerta asociado con la expectativa de amenaza que puede ser hacia el estado de salud, posición socioeconómica, desempeño del rol, autoconcepto, patrones de interacción o entorno. Así mismo, la evidencia muestra que la intensidad de la ansiedad está directamente asociada con manifestaciones clínicas (Olafiranye, Jean-Louis, Magai, Zizi, Brown, Dweck&Borer, 2009).

Por su parte Gándara & Fuertes (1999) señalan las diferencias entre ansiedad normal y patológica.

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
<ul style="list-style-type: none">• Función adaptativa.• Mejora el rendimiento.• Leve.• Menos somática.• Emoción reactiva.	<ul style="list-style-type: none">• Dificulta la adaptación.• Disminuye el rendimiento.• Profunda y persistente.• Más somática.• Sentimiento vital.

Así mismo, señalan la diferencia entre la ansiedad reactiva y la endógena como sigue:

Ansiedad reactiva	Ansiedad endógena
Motivada por un <i>desencadenante</i> , con una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación.	Aparentemente <i>inmotivada</i> , surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Miguel-Tobal (1996) señala que la ansiedad se puede expresar en un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales).

La ansiedad suele aparecer como una forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, otras como un síntoma más de diferentes enfermedades o, por último, como una entidad específica que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad (Mardomingo, 2001). La gente con trastornos por ansiedad siente una aprensión abrumadora aparentemente injustificada y estos suelen diagnosticarse cuando existen sentimientos de ansiedad experimentados de manera subjetiva (Davison, 2005).

Los trastornos de ansiedad comprenden, de acuerdo con las clasificaciones internacionales, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, agorafobia, trastorno de estrés postraumático (TEP) y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Mardomingo, 2001).

5.2.3. Diferencia entre miedo, estrés y ansiedad

El miedo o temor es una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad. Existe miedo real cuando la dimensión del miedo está en correspondencia con la dimensión de la amenaza. Existe miedo neurótico (o ansiedad) cuando la intensidad del ataque de miedo no tiene ninguna relación con el peligro. En el caso de situaciones reales e inmediatas esto produce la sensación subjetiva de miedo y su función es adaptativa, por ejemplo, huir de un incendio o un asaltante, levantar un objeto muy pesado que sepulta a un ser querido, etc. (Rodríguez, 2008).

Desde el punto de vista biológico, el miedo es un esquema adaptativo y constituye un mecanismo de supervivencia y de defensa, surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia. En ese sentido, es normal y beneficioso para el individuo y para su especie. Desde el punto de vista neurológico es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos, y esencialmente consiste en la activación de la amígdala, situada en el lóbulo temporal (Marina, 1999).

Olivares (2005), señala que el miedo es la respuesta automática de un organismo a estímulos percibidos como amenazantes ante los que reacciona modificando su medio biológico interno, a nivel de los sistemas nervioso (central y autónomo), neuroendocrino e inmunitario (anexo 3).

Lo que sucede con una prolongada activación psicofisiológica sin dar salida a la energía suplementaria así producida puede resultar muy perjudicial para la salud, aunque esta respuesta no es en sí misma perjudicial (Olivares, 2005). Una reacción prolongada, que originalmente era adaptativa como el miedo, causa estrés y puede producir cambios intensos y persistentes ocasionando, por ejemplo:

- Cefaleas.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito-
- Fatiga continuada.
- Hipertensión.
- Malestar estomacal.
- Disfunciones sexuales.
- Aumento de la irritación gástrica.
- Supresión de los mecanismos inmunológicos.
- Desarrollo de sentimientos de desesperanza, depresión, indefensión y pérdida de control.

En el estrés esta activación se mantiene durante un largo periodo de tiempo sin recuperar los niveles anteriores a la situación que la originó (estado de equilibrio). Se produce por excesivas demandas o exigencias y amenazas ambientales, que ponen en peligro la integridad física, psicológica y social del individuo (Rodríguez, 2008).

Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc. El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo "pena o aflicción"; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984).

Sin embargo, cuando dicha respuesta aparece de manera muy frecuente, intensa o duradera, ella acarrea consecuencias negativas a causa de que obliga al organismo a mantener una activación por encima de sus posibilidades (Labrador, F. y Crespo, M., 1994).

Por otro lado, la ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxiatus*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Cuando hay una respuesta de alarma ante estímulos (eventos, objetos, personas) nada o débilmente amenazantes, que se presenta con una duración limitada ante peligros indefinidos, confusos o imaginarios, se produce una activación psicofisiológica desproporcionada, mucho más intensa que en la mayoría de las personas y no motivada por la posibilidad real de daño físico. Esto produce la sensación subjetiva de ansiedad (Moreno, 2011). Entonces ¿cómo distinguimos la ansiedad del miedo? Básicamente a través de lo externo: si hay un peligro o una amenaza (toro, perro persiguiéndonos, hombre entrando por la ventana, coche que se nos echa encima...) vemos normal sentir miedo. Si no hay peligro o amenaza, entonces hablamos de ansiedad. Algunos autores hablan de falsa alarma, es decir, se dispara la reacción de miedo intenso cuando no hay motivo (por ejemplo, estando sentado en casa viendo la televisión) (Moreno, 2012)

Esta ansiedad incluso se traslada a otras situaciones que en principio no estaban relacionadas con dicha respuesta. Genera respuestas de evitación o huida a fin de mantenerse al margen de las fuentes de peligro percibido, por ejemplo, evitar salir de casa, rehuir el contacto social, no subir a ascensores, etc. Ante una demanda exclusivamente psicológica las reacciones fisiológicas ya no son útiles ni adaptativas, es inadecuado huir o atacar, dado que no hay posibilidad de daño físico (Moreno, 2011).

La ansiedad en general surge ante cualquier situación que evaluamos como amenazante, que nos genera incertidumbre o que pensamos puede desbordar nuestros recursos para resolverla eficazmente; es decir, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro

indefinido, confuso o imaginario, mientras que el miedo o el temor son respuestas a un peligro inmediato o real (Olivares, 2005). Suarez R. (1995) describe a la ansiedad como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosegante, un peligro impreciso. Sandín y Chorot, (1995), señalan que la ansiedad activa el sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica.

Kaplan & Sadock (2009), señalan que la ansiedad también afecta al pensamiento, a la percepción, al aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción no sólo del tiempo y del espacio, sino también de los individuos y del significado de los acontecimientos.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

El miedo es una señal de alerta análoga, pero debe diferenciarse de la ansiedad: el primero es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la segunda es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. Así, la emoción causada por un coche que se aproxima rápidamente a un individuo que cruza la calle difiere del vago malestar que alguien puede experimentar al encontrarse con individuos en un entorno extraño. La diferencia sería la brusquedad del miedo de la naturaleza gradual de la ansiedad (Kaplan & Sadock, 2009).

La distinción más compleja en la actualidad es entre los términos de ansiedad y estrés se debe al gran solapamiento entre uno y otro. Se puede decir que en el estrés la tensión ante estímulos ambientales es prolongada y en la ansiedad los estímulos son subjetivos ante amenazas percibidas y generalmente es ocasional o temporal.

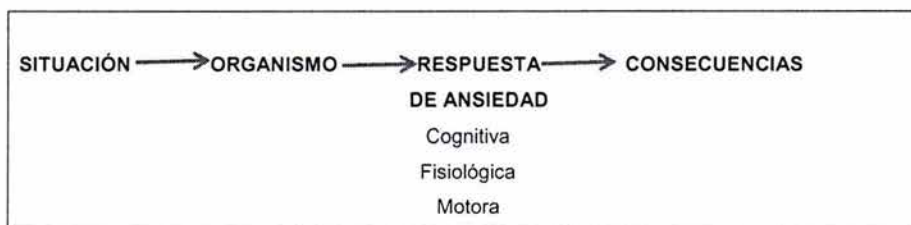
5.2.4. Mecanismo de la ansiedad.

Según Moreno (2007), existen cuatro factores necesarios para comprender el mecanismo de la ansiedad:

1. Las **situaciones** que desencadenan las respuestas de ansiedad.
2. El **organismo** o ser humano que experimenta la ansiedad en una situación determinada.
3. La **respuesta** de ansiedad en sí misma.
4. Las **consecuencias** de la respuesta de ansiedad.

En la tabla 1 se muestra el mecanismo de la ansiedad.

Tabla 1. El mecanismo de la ansiedad



Es así que ante una determinada *situación*, una persona con determinadas características puede experimentar una *respuesta* de ansiedad -que se manifiesta en tres niveles distintos: pensamientos, sensaciones corporales y comportamientos observables- y tiene unas consecuencias que pueden hacer que se perpetúe el problema de ansiedad.

5.2.4.1. Análisis Funcional de la ansiedad

Sirviéndonos del esquema denominado por los psicólogos *análisis funcional de la conducta*, podemos describir desde las situaciones que pueden desencadenar la ansiedad (*estímulos*) hasta las *consecuencias* de nuestro comportamiento ante dicha ansiedad (*respuesta*), pasando por las distintas formas en las que puede manifestarse la respuesta de ansiedad (*respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras*). Dentro de este esquema también debemos dedicar atención a las peculiaridades de cada persona como ser individual ante la ansiedad (*organismo*) (Moreno, 2011). En la Tabla 2 se definen brevemente estos conceptos.

Tabla 2. Unidades del análisis funcional de la ansiedad.

Estímulo: Situaciones que desencadenan la respuesta de ansiedad. También funcionan como estímulo otras respuestas previas como recuerdos, sensaciones o pensamientos que nos producen ansiedad.

Organismo: Es el resumen de nuestra historia como personas: los aprendizajes, habilidades adquiridas, recursos de afrontamiento, herencia genética, etc. También incluimos aquí las sustancias químicas que pueden alterar la química cerebral.

Respuesta: Nuestras respuestas de ansiedad se dividen en tres subtipos: respuestas cognitivas (los pensamientos), respuestas fisiológicas (las sensaciones) y respuestas motoras (las conductas visibles).

Consecuencia: Las consecuencias de nuestras respuestas de ansiedad (por ejemplo, sentir menos ansiedad cuando nos alejamos de la situación temida) pueden contribuir a mantener nuestro problema de ansiedad e incluso empeorarlo.

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

Para que el paciente reconozca cómo funciona su ansiedad y pueda realizar su propio análisis funcional, necesita emplear tiempo y poner atención en sí mismo, en sus pensamientos y conductas.

5.2.4.2.1. Situaciones desencadenantes de la ansiedad

Casi siempre hay alguna situación concreta en la que típicamente se experimenta ansiedad. Estas situaciones suelen variar de unas personas a otras y de unos trastornos de ansiedad a otros (Moreno, 2011). En la tabla 3 se ven algunas situaciones que suelen desencadenar respuestas de ansiedad con frecuencia.

Tabla 3. Algunas situaciones que desencadenan ansiedad

1. Ir a lugares concurridos
2. Subir a ascensores
3. Permanecer en una cola o esperar turno
4. Hablar en público
5. Realizar exámenes
6. Ser observado
7. Recibir críticas
8. Hablar con una persona atractiva o con autoridad
9. Comer o beber delante de otros
10. Viajar en avión
11. Ver sangre o heridas
12. Tocar objetos
13. Tomar decisiones
14. Acudir a entrevistas de trabajo
15. Tomar conciencia de problemas menores de la vida cotidiana.

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

Las situaciones pueden causar temores muy específicos y no son exclusivas de ningún trastorno. Esto significa que tener miedo a una situación no "obliga" a tener miedo a otras situaciones que pueden estar relacionadas. Esto es, una persona puede tener miedo de hablar en público, pero no tener miedo a la hora de abordar a una persona que le resulta atractiva. El criterio para determinar la gravedad de un trastorno de ansiedad no es el número de situaciones temidas de modo aislado, sino la repercusión que tiene en la vida de la

persona el sentir ansiedad, en qué medida le altera la vida cotidiana, laboral, personal o académica, y en qué medida sufre como consecuencia de la ansiedad (Moreno, 2007).

5.2.4.2.2. El organismo ante la situación

No todas las personas somos iguales ante la ansiedad. La tendencia a padecer ansiedad se hereda en cierta medida. No se hereda un trastorno de ansiedad en concreto, pero sí parece heredarse una cierta *reactibilidad fisiológica* o tendencia a padecer con relativa facilidad taquicardias, tensión muscular excesiva o hiperventilación, entre otros de los síntomas ansiosos. Al heredar la facilidad para reaccionar fisiológicamente es más fácil que *aprendamos* reacciones de alarma ante situaciones o circunstancias que otras personas interpretan como inofensivas (Moreno, 2011).

Por otro lado, esta "reactibilidad fisiológica" es insuficiente para que una persona desarrolle un trastorno de ansiedad o problemas derivados de la ansiedad. Los trastornos de ansiedad se aprenden. La facilidad para reaccionar de forma fisiológica facilita que *aprendamos* a sentir ansiedad ante situaciones o estímulos inofensivos. Pero los problemas surgen cuando uno siente ansiedad en determinadas situaciones y posteriormente llega a anticipar que sentirá ansiedad de nuevo en esa situación. Por ejemplo, si una persona tiene una crisis de ansiedad en un supermercado y luego tiene miedo volver al supermercado, *por si* le repite la crisis de ansiedad, entonces hablamos de que ha aprendido a sentir ansiedad (Barlow, 2002).

Afortunadamente, que haya una predisposición genética a sentir ansiedad no significa que nada podamos hacer para superar ésta. Y si el problema de la ansiedad es que se origina a través del aprendizaje, por tanto, en teoría, es posible *aprender* nuevas formas de afrontar la ansiedad cotidiana.

5.2.4.2.3. La respuesta de ansiedad

Es lo que ocurre en nosotros cuando tenemos ansiedad, lo que llamamos los síntomas de ansiedad. Esto incluye los pensamientos y las imágenes mentales atemorizantes (o síntomas

cognitivos), las sensaciones físicas que se producen cuando estamos ansiosos o con miedo (o síntomas fisiológicos) y lo que los demás pueden observar en nosotros cuando estamos nerviosos (o síntomas motores) (Moreno, 2011)

En los apartados 5.2.6.1, 5.2.6.2 y 5.2.6.3 veremos a detalle cada uno de éstos síntomas.

5.2.4.2.4. Consecuencias de la respuesta de ansiedad

Cuando una persona siente ansiedad, es lógico que desee reducir ese malestar. Sin embargo esta conducta puede tener consecuencias para mí, para mi familia o para otras personas, y estas consecuencias pueden ser a corto o largo plazo. Estas consecuencias, además, pueden ser positivas o negativas como se ve en la tabla 4. Las consecuencias de la conducta desempeñan un papel muy importante en el aprendizaje y mantenimiento de los problemas de ansiedad (Moreno, 2007).

Tabla 4. Consecuencias de una conducta.

CONSECUENCIAS	A corto plazo	A largo plazo
Para mí	Positivas Negativas	Positivas Negativas
Para mi familia	Positivas Negativas	Positivas Negativas
Para los demás	Positivas Negativas	Positivas Negativas

Moreno, P. (2007) Superar la ansiedad y el miedo. 7ª Edición.

Moreno (2011) describe algunos ejemplos:

1. Tengo una crisis de pánico en el supermercado y me marcho. Al salir, me siento aliviado.
2. Me piden que hable ante los vecinos de la colonia. Recuerdo que la otra vez me sentí mal y llegué a tartamudear. Un vecino se dio cuenta y lo comentó con su mujer. Digo que no podré asistir porque tengo un compromiso de trabajo.

3. Al tocar la chapa de la puerta de un hospital, siento que podría haberme contagiado de cáncer. No logro quitarme esa idea de la cabeza hasta que me lavo las manos. Siento alivio a partir del tercer lavado.
4. Para ir de vacaciones tenemos que ir en coche, pero me da pánico viajar desde el accidente. "Convenzo" a mi mujer para no salir de vacaciones. Me siento aliviado.
5. No soporto la idea de que mi hijo pudiera tener un accidente, le prohíbo que salga con sus amigos el fin de semana. Disminuye mi sensación de angustia.

Las cosas que hacemos para sentir alivio contienen muchas veces la esencia de nuestro problema de ansiedad. El alivio que sentimos cuando hacemos algo para cortar la ansiedad nos lleva a aprender cómo manejar (erróneamente) la ansiedad.

El bienestar dura poco y sigue el problema. Porque los ejemplos descritos antes nos hacen sentir mejor a *corto plazo*, pero a *largo plazo* resultan inútiles o perjudiciales. Así, por ejemplo, en el caso 1º podríamos decir, si salgo del supermercado en plena crisis de pánico, me sentiré aliviado a corto plazo. A largo plazo, será más fácil que piense que el supermercado me provoca crisis de pánico y que es un lugar peligroso. Es probable que trate de convencer a otros para que vayan por mí a hacer las compras, no obstante puede que los demás no estén dispuestos a *ir siempre* (Moreno, 2011).

La tranquilidad seductora de la evitación o el escape de situaciones que nos producen ansiedad conlleva a menudo problemas a largo plazo. Entre otras cosas, porque llegamos a perder el contacto con la realidad de las amenazas que nos acechan. Acabamos temiendo los estímulos más inofensivos que se pueden imaginar (Beck, 1995).

Definitivamente, enfrentarse a las situaciones temidas es fundamental para superar la ansiedad y el miedo.

5.2.5. Química emocional.

5.2.5.1. Sustancia que la alteran.

El consumo de determinadas drogas, medicamentos o sustancias como la cafeína, puede provocar trastornos de ansiedad. Estas sustancias pueden ser la única causa de los síntomas de ansiedad; en tal caso la ansiedad desaparece cuando nuestro cuerpo elimina (metaboliza) los restos de esa sustancia. Pero estas sustancias también pueden desencadenar un trastorno de ansiedad que se mantenga incluso cuando ya no hay restos de la sustancia en nuestro organismo. Esto ocurre con cierta frecuencia en el trastorno de pánico; a partir del consumo de cafeína en dosis altas llegan a producirse de forma inesperada los primeros síntomas de una crisis de ansiedad. A partir de ahí pueden ocurrir nuevas crisis sin consumo de cafeína previo.

Hay personas que sienten ansiedad y consumen sustancias que agravan o desarrollan esta situación. Así, estas pueden:

- **Provocar** los problemas de ansiedad.
- **Agravar** problemas de ansiedad que ya había.
- **Solucionar** temporalmente los problemas de ansiedad.
- **Cronificar** los problemas de ansiedad.

Existen diversas sustancias como la cafeína, el alcohol, las drogas estimulantes y algunos psicofármacos útiles o perjudiciales para la ansiedad.

Café, cacao y colas

La *cafeína* es la sustancia que relaciona al cacao y las bebidas refrescantes de cola con los síntomas de ansiedad. Cuando se alcanza la dosis suficiente, los síntomas de la cafeína son, entre otros: temblores, nerviosismo, irritabilidad, palpitaciones, náuseas, vértigos, diarreas. La dosis suficiente depende de la sensibilidad a la cafeína.

A determinadas dosis, la cafeína puede producir efectos muy parecidos a la ansiedad. Por lo que sería conveniente que los que padecen ansiedad redujeran al mínimo el consumo de café, colas, té e incluso chocolate, sobre todo el amargo.

Bebidas “energéticas”

Estas bebidas contienen una especie de coctel de vitaminas, azúcares, taurina, cafeína y guaraná. Y hay polémica sobre el uso oportuno del mismo.

Para este tipo de bebidas, en lo referente a su conexión con la ansiedad, vale lo dicho sobre el café y las colas, aunque multiplicado por dos o por tres debido a la elevada cantidad de estimulantes que contienen.

Alcohol, cocaína, anfetaminas

El alcohol es una droga que tiene un efecto desinhibidor a dosis bajas y un efecto depresor a dosis altas. Así, la primera copa suele reducir la ansiedad. La segunda copa ayuda a que comience la diversión. Pero, conforme suceden las copas, es probable que la diversión pase y comience el malestar psicológico o físico.

Las personas con ansiedad problemática se enfrentan a un riesgo especialmente elevado de desarrollar problemas por consumo de alcohol. Así, a *corto plazo*, reduce la ansiedad que experimentamos; a *largo plazo*, podemos acabar tomando alcohol cada vez que nos sentimos ansiosos o que pensamos que vamos a tener que enfrentarnos a una situación que nos pondrá nerviosos.

Así, por ejemplo, un profesor que sufría fobia social, le aterrizaba reunirse con los profesores en sesiones de evaluación y en un inicio tomaba una copa de whisky antes de ir a la sesión. Con el paso del tiempo acabó mezclando el alcohol con cocaína para mejorar su afrontamiento de los temores. Finalmente, terminó mezclando cocaína con heroína cayendo en una espiral de la que no podía escapar.

Cocaína

Ésta mejora la valoración de uno mismo, facilita la concentración mental y el discurso resuelto, disminuye la sensación de fatiga, aumenta la capacidad de alcohol que podemos tomar sin emborracharnos, por lo que vemos que tiene efectos positivos a *corto plazo*; pero el problema viene después, ya que la cantidad necesaria de cocaína para lograr los mismos efectos es cada vez mayor y lo que en un principio era positivo después ya no lo es, pues hay desconexión temporal de la realidad, irritabilidad o tensión muscular, etc. (Baeza, 2008).

Anfetaminas y derivados

Estas sustancias poseen un efecto estimulante que puede ocasionar o agravar los trastornos de ansiedad.

Psicofármacos: ansiolíticos y antidepresivos

Es conveniente preguntarnos en qué medida es útil tomar medicación para superar *definitivamente* la ansiedad. Los fármacos para la ansiedad, pese a la gran cantidad de presentaciones y marcas, se reducen a unos pocos principios activos que se agrupan en dos familias: ansiolíticos y antidepresivos.

Ansiolíticos

Estos fármacos funcionan produciendo sedación mediante su combinación con otras sustancias de nuestro cerebro. La intensidad y duración del efecto sedante depende del tipo

de benzodiacepina y de la dosis tomada. La intensidad de la sedación puede oscilar desde una ligera reducción de la ansiedad hasta una sedación profunda que induce el sueño. La duración de este efecto puede ir desde unas pocas horas hasta unas 24 horas aproximadamente. Es normal que conforme mejora el afrontamiento de las situaciones o las sensaciones que nos producen ansiedad necesitemos menos dosis de medicación. Si hay exceso de medicación podemos sentirnos adormilados o con reflejos demasiado torpes.

Si nuestro objetivo es superar la ansiedad *definitivamente*, la ayuda del ansiolítico casi nunca será suficiente si no se combina con un tratamiento psicológico de tipo cognitivo conductual. Esto porque la medicación produce una relajación artificial (química) que dura solamente mientras quede restos del fármaco en nuestro cerebro. Por tanto, como no se cambia nuestra capacidad para hacer frente a las situaciones, sensaciones, pensamientos y recuerdos temidos, cuando dejamos de tomar la medicación tenemos un riesgo alto de recaída en nuestro problema de ansiedad.

Y en la ansiedad, más que en ningún otro problema psicológico, los ansiolíticos deben emplearse el menor tiempo posible.

Antidepresivos

Este grupo se divide en varios subgrupos; los principales son: tricíclicos, inhibidores de la MAO e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Su aplicación principal ha sido en el tratamiento de la depresión. Pero desde hace un tiempo se ha estudiado su eficacia en los trastornos de ansiedad. Los antidepresivos de uso ansiolítico más habitual son: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, clorimipramina e imipramina.

Su efecto no comienza hasta pasadas dos o tres semanas desde el comienzo del tratamiento, y hace falta llegar a un mes de toma continuada para comenzar a hablar de reducción de la ansiedad. Cuando uno está deprimido es más fácil sentir que se ha perdido el control de la situación y verse más vulnerable a la ansiedad y el miedo. Al mejorar el ánimo es más fácil afrontar situaciones que antes resultaban amenazantes.

Entonces, ¿para qué sirve la medicación?

Moreno (2011) recomienda que se reserve la medicación para los casos más graves de ansiedad. Los ansiolíticos son útiles en algunas personas sobre todo cuando se trata de controlar reacciones de ansiedad agudas. Por su parte, los antidepresivos parecen ayudar en los casos de ansiedad crónica. No obstante, los fármacos no son la solución definitiva para la ansiedad.

Finalmente, la ansiedad es importante para la supervivencia del ser humano, por lo que nunca podrá ser suprimida por medios químicos.

5.2.6. Activación Psicofisiológica

La activación psicofisiológica es definida como la reacción global, automática e inespecífica del organismo ante situaciones que son percibidas como estresoras. Una sobreactivación psicofisiológica intensa o sostenida puede ser la responsable de la aparición de diversos trastornos a nivel psicológico o físico. En respuesta a ello, el organismo modifica su funcionamiento a varios niveles (sistema nervioso, tanto central como neurovegetativo, sistema neuroendocrino, sistema inmunitario y sistema conductual) a fin de disponer de un conjunto de recursos excepcionales para responder física y rápidamente a las demandas situacionales.

Siguiendo el modelo propuesto por Valdés y de Flores (1986) podemos señalar que el proceso de respuesta al estrés se desarrolla en una secuencia que incluye:

1. Procesamiento de la información proveniente del medio a nivel del Sistema Nervioso Central. Esto implica funciones mentales superiores que, cuando interpretan la situación como amenazante, desencadenan la activación diferencial de dos sistemas a fin de disponer de los recursos necesarios para afrontar eficazmente la situación.

2. Activación de un sistema de respuesta rápida a nivel de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo.
3. Activación de un sistema de respuesta lenta, mediante la actividad del Sistema Neuroendocrino.
4. Retroalimentación entre los tres sistemas mencionados, lo que se traduce en el incremento, mantenimiento o disminución de la respuesta de estrés.

A su vez, en la respuesta de estrés se ven involucrados otros sistemas como reacción a la activación de los antes mencionados.

Activación del Sistema Nervioso Central.

Este proceso se inicia en los receptores sensoriales, encargados de captar la estimulación proveniente del entorno. Esta información es enviada al cerebro en forma de impulso nervioso, haciendo relevo en los núcleos asociativos del tálamo, donde es proyectada hacia la corteza cerebral. Esta se encargará de integrar la información, interpretarla y decidir si se trata de una situación amenazante. Si la información es interpretada como amenazante, el sistema nervioso central activa diversas áreas (sobre todo el sistema límbico -donde se regulan funciones esenciales como la ingesta, el sueño/vigilia, la temperatura y el metabolismo- y la rama simpática del sistema nervioso autónomo) a fin de facilitar los recursos necesarios para afrontar la situación.

Activación del Sistema Nervioso Autónomo.

El sistema nervioso autónomo regula el equilibrio interno del organismo, manteniendo los valores fisiológicos dentro de unos parámetros que son considerados como normales (homeostasis), pudiendo, a su vez, modificar estos parámetros en función de las necesidades

específicas de cada situación. Este sistema posee dos grandes ramas: la simpática y parasimpática.

La activación de la rama *simpática* representa un mecanismo de respuesta rápida para afrontar las situaciones de peligro o amenaza. Esta rama controla diversos sistemas u órganos preparando al organismo para la acción. Durante la etapa de alerta, el sistema simpático se encarga de incrementar la actividad somática, modificando, entre otros, el funcionamiento del sistema respiratorio (aumentando la movilización de glucosa y ácidos grasos en el hígado), el sistema musculo-esquelético (incrementando el nivel de actividad metabólica en los músculos) y el sistema digestivo (disminuyendo la afluencia circulatoria al estómago e intestinos). Estas modificaciones aportarían al sujeto un plus de recursos para afrontar rápidamente las contingencias del entorno. La actividad constante del sistema simpático puede ser detrimental para los órganos del cuerpo, con un resultado final de sobrecarga, lo que altera o afecta al funcionamiento de dichos órganos, generando entonces diversas enfermedades (anexo 3).

Por el contrario, el sistema nervioso *parasimpático* controlaría de forma inversa los mismos órganos y sistemas, interviniendo en procesos de recuperación, relajación y asimilación. La actividad del sistema autónomo es regulada por el hipotálamo mediante la liberación de catecolaminas, a saber, noradrenalina y adrenalina.

Finalmente, Moreno (2007) señala que los síntomas de ansiedad incluyen 3 aspectos importantes: 1) pensamientos e imágenes aterrizantes (o *síntomas cognitivos*), las sensaciones físicas que se producen cuando estamos ansiosos o con miedo (o *síntomas fisiológicos*) y lo que los demás pueden observar en nosotros cuando estamos nerviosos (o *síntomas motores*).

5.2.6.1. Síntomas cognitivos.

Moreno (2007) señala a los *síntomas cognitivos* como vida interior y dice que son los pensamientos y las imágenes mentales que vienen a nuestra cabeza cuando estamos ansiosos. Son los *pensamientos automáticos* que típicamente nos vienen a la mente cuando estamos ante una situación atemorizante. Esa especie de *diálogo interior* que tenemos con nosotros mismos justo antes de que comiencen otros síntomas de la ansiedad de tipo fisiológico o motor.

Así, por ejemplo, cuando Teresa, la chica que no “soportaba” los exámenes, comenzaba a “hablar mentalmente” consigo misma, no se decía precisamente “guapa”, sino más bien: hoy es el examen, *seguro* me preguntará la poesía que no estudié, *debería* haber estudiado más, *nunca* estudio lo suficiente, soy una *vaga*, *no valgo* para estudiar, la verdad es que *siempre* he sido y seré una *inútil*; la gente se dará cuenta de que soy un *fraude*. Como se puede observar, es difícil no ponerse nervioso pensando todo esto sobre uno mismo. Así, Teresa se atacaba a sí misma de tal modo que era lógico que cada vez se sintiera más angustiada y convencida de que iba a reprobar.

Cuando estamos en una situación determinada o recordamos o sentimos o imaginamos algo, *los pensamientos o imágenes mentales que nos ayudaran a interpretar lo que pasa* y que tienen lugar *justo antes* de sentirnos mal, son los que contienen la clave de nuestra ansiedad. Entonces, no nos sentimos ansiosos por las cosas que nos pasan sino por la interpretación que hacemos de esas situaciones, sensaciones, recuerdos o imágenes mentales.

Así también, una persona que sufre una crisis de ansiedad, sus pensamientos comunes son: “Me va a dar un infarto”, “Me estoy ahogando”, “Me estoy volviendo loco”... Todas estas interpretaciones catastróficas llevan a la ansiedad: ¡Nadie puede quedarse tranquilo si piensa que se está muriendo, ahogando o volviendo loco!

Puchol (2003) señala los siguientes síntomas cognitivos:

- Preocupación injustificada, intensa y constante.

- Inseguridad y pérdida de la confianza en uno mismo.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Anticipación excesiva y desadaptativa de potenciales peligros o amenazas.
- Miedo o temor desproporcionado, injustificado e irracional.
- Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- Aprensión generalizada.
- Pensamientos distorsionados y creencias negativas e irracionales.
- Problemas de concentración.
- Sensación general de desorganización y desestructuración.
- Indefensión o sensación de pérdida de control sobre el ambiente y los sucesos

Moreno (2011) nos muestra una tabla en donde se aprecian los síntomas cognitivos característicos de cada trastorno de ansiedad.

Tabla. Síntomas cognitivos de la ansiedad

Trastorno de ansiedad	Síntomas cognitivos
Trastorno de pánico (con o sin agorafobia)	Notar que la calle de tu domicilio de siempre no es la misma. Verte distinto, raro, como separado de ti mismo. Pensar: <ul style="list-style-type: none"> • Estoy teniendo un infarto. • Me estoy volviendo loco. • Me desmayaré.
Agorafobia (sin trastorno de pánico)	Pensar: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Y si no tengo dónde orinar? • ¿Y si me da diarrea en el cine?
Fobia Social	Pensar: <ul style="list-style-type: none"> • Lo estoy haciendo fatal. • Están viendo que me pongo rojo. • Notará que estoy nervioso cuando toque mi mano fría y pegajosa.

<p>Fobias específicas</p>	<p>Pensar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me hará daño la aguja. • El ascensor podría estropearse • ¿Y si cae un rayo en mi casa?
<p>Trastorno obsesivo-compulsivo</p>	<p>Pensamientos e imágenes no deseados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me voy a contaminar. • ¿Habré cerrado la llave de la puerta? • ¿Soy homosexual? • Rezar, contar o repetir palabras en silencio.
<p>Trastorno por estrés postraumático</p>	<p>Recuerdos recurrentes del acontecimiento que vienen de forma involuntaria. Pesadillas. Creer que "todo" (el acontecimiento traumático) está sucediendo de nuevo. Pensar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca podré llevar una vida normal. • ¿Y si me violan de nuevo?
<p>Trastorno de ansiedad generalizada</p>	<p>Preocupación excesiva y difícil de controlar sobre muchos temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Y si suspendo? • ¿Y si tiene un accidente? • ¿Y si me abandona? • ¿Y si nos roban? • ¿Y si me da una enfermedad terminal?

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

5.2.6.2. Síntomas fisiológicos.

Los *síntomas fisiológicos* o *manifestaciones corporales* son frecuentes en la ansiedad y el miedo entre ellos hay: tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, elevada tasa de

respiración, mareo, náuseas, sequedad en la boca, oleadas de calor, etc. Afortunadamente todos estos síntomas no se presentan simultáneamente (Moreno, 2007).

Puchol (2003) señala los siguientes síntomas fisiológicos:

1. **Sistema nervioso.** Cefaleas, migrañas, mareo, vértigo, alteraciones visuales, dificultades en la concentración y la memoria, alteraciones del sueño.
2. **Sistema autónomo simpático.** Sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
3. **Sistema cardiovascular.** Taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica, dolor en el pecho.
4. **Sistema respiratorio.** Dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía, dificultades para hablar.
5. **Sistema digestivo.** Dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, gases (aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento).
6. **Aparato locomotor.** Tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, parestesias (sensación de adormecimiento), dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.
7. **Sistema genitourinario.** Disuria (necesidad imperiosa y recurrente de orinar), alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia (dolor al realizar el coito), disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada e impotencia (disfunción eréctil).

La tasa elevada de respiración o hiperventilación, tienen un papel importante en el origen y mantenimiento del trastorno de pánico. Como consecuencia de la tensión emocional

mantenida, en ocasiones se produce un aumento leve del número de inspiraciones por minuto que provoca una elevación del nivel de oxígeno en la sangre. Esto se puede traducir en algunas personas, en diversos síntomas como la taquicardia, el mareo, el vértigo, la sensación de extrañeza o separación de uno mismo (Moreno, 2011).

En la tabla 6 se muestran algunos síntomas fisiológicos por tipo de trastorno.

Tabla 6. Síntomas fisiológicos de la ansiedad

Trastorno de ansiedad	Síntomas Fisiológicos
Trastorno de pánico (con o sin agorafobia)	Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar en el pecho, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo, desmayo, sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos, sofoco.
Agorafobia (sin trastorno de pánico)	Urgencia urinaria o defecatoria y, en general, todo malestar corporal que no esté relacionado con los síntomas del trastorno de pánico.
Fobia Social	Enrojecimiento de la cara y, en determinadas situaciones, todos los síntomas fisiológicos del trastorno de pánico.
Fobias específicas	Todos o cualquiera de los síntomas fisiológicos del trastorno de pánico.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Inquietud, irritabilidad, tensión muscular.
Trastorno por estrés postraumático	Dificultades para conciliar o mantener el sueño. Irritabilidad. Respuestas exageradas de sobresalto.

Trastorno de ansiedad generalizada	Inquietud, fatigabilidad fácil, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.
---	--

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

5.2.6.3. Síntomas motores.

En 2011, Moreno indica a los sistemas motores como lo que observan los demás. Cuando estamos ansiosos los demás notan mucho menos síntomas en nosotros de lo que pensamos. Los demás pueden ver que tartamudeamos un poco, que nos tiemblan la manos, que nos movemos de un lado para otro con cierta inquietud, que discutimos o estamos irritables, que nos lavamos o comprobamos la puerta más de la cuenta. Pero si hay un síntoma motor que está presente en la mayoría de las personas que padecen ansiedad, este no es otro que la evitación o el escape de las situaciones que les ponen ansiosos o que les recuerdan sus preocupaciones, obsesiones o traumas, actitud que en lugar de ayudarlos mantiene el problema.

Afrontar en la vida cotidiana las situaciones que tendemos a evitar o de las que solemos escapar es el último paso que debemos dar para superar definitivamente la ansiedad.

Puchol (2003) señala los siguientes síntomas motores:

1. Enlentecimiento motor, torpeza del movimiento.
2. Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas).
3. Reacciones de sobresalto.
4. Irritabilidad, escasa tolerancia a la frustración y agresividad.
5. Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.
6. Dificultades para la conciliación y mantenimiento del sueño.
7. Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.
8. Retraimiento y aislamiento social.
9. Rituales y comportamientos compulsivos.

10. Conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia, etc.

En la tabla 7, se señalan algunos síntomas motores.

Tabla 7. Síntomas motores de la ansiedad

Trastorno de ansiedad	Síntomas Fisiológicos
Trastorno de pánico (con o sin agorafobia)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones en las que piensas que podrías tener una crisis de ansiedad. • Evitar o dejar de hacer las actividades que te provocan síntomas fisiológicos temidos (taquicardias, ahogos, opresión en el pecho, etc.), por ejemplo: hacer deporte o mantener relaciones sexuales.
Agorafobia (sin trastorno de pánico)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones temidas.
Fobia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones temidas. • Tartamudeo o dificultad para hablar. • Temblores visibles de manos u otras zonas del cuerpo.
Fobias específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones temidas.
Trastorno obsesivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones temidas. • Lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones.
Trastorno por estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o escapar de las situaciones, personas u objetos que recuerden el acontecimiento traumático.

Trastorno de ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none">• La inquietud puede mostrarse como tocamientos repetitivos del cabello, tamborileo de dedos, dificultad para permanecer sentado.• Irritabilidad que puede expresarse de forma visible a los demás (discusiones, quejas, etc.)
---	---

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

En la tabla 8 podemos observar un resumen del análisis funcional de la ansiedad de acuerdo con Moreno (2011).

Tabla 8. Análisis Funcional de la ansiedad

ESTÍMULO	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>Situaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ir a supermercados * Utilizar ascensores * Esperar cola en el banco * Hablar en público * Realizar exámenes * Ser observado * Recibir críticas * Hablar con una persona atractiva o con autoridad * Comer o beber delante de otros * Volar en avión * Ver sangre o heridas * Tomar decisiones * Asistir a entrevistas de trabajo <p>Otras respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fisiológicas * Cognitivas * Motoras 	<ul style="list-style-type: none"> * Aprendizajes previos * Asetividad y otras habilidades * Enfermedades físicas * Fármacos y drogas * Antecedentes familiares 	<p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Taquicardia, palpitaciones * Temblores, nauseas * Molestias estomacales * Sensación de ahogo * Opresión en el pecho * Mareos, vértigo * Sudor, escalofríos * Sequedad en la boca <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pensamientos automáticos * Imágenes intrusas * Rumiaciones, obsesiones * Preocupaciones <p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Evitar o escapar de situaciones o estímulos en general * Movimientos repetitivos sin finalidad * Fumar, beber, comer * Movimientos torpes * Dificultad para hablar 	<p>Consecuencias Positivas</p> <p>1. A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para mí * Para mi familia * Para otras personas <p>2. A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para mí * Para mi familia * Para otras personas * Para otras personas <p>Consecuencias Negativas</p> <p>1. A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para mí * Para mi familia * Para otras personas <p>2. A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para mí * Para mi familia * Para otras personas

5.2.7. Trastornos de Ansiedad.

La ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Es normal, y deseable, que un ser humano tenga miedo cuando se acerca un peligro real. Sin embargo, a veces ocurre que toda esta preciosa maquinaria de prevención de accidentes y demás desastres no funciona como debiera, produciendo falsas alarmas: se dispara entonces la reacción de alarma ante estímulos inofensivos. En este caso nos adentramos en el amplio campo de los trastornos de ansiedad (Moreno, 2011).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona.

Según el DSM-IV, los principales trastornos de ansiedad son:

1. Crisis de angustia (*panic attack*)
2. Agorafobia
3. Fobia específica
4. Fobia social
5. Trastorno obsesivo compulsivo
6. Trastorno por estrés postraumático
7. Trastorno por estrés agudo
8. Trastorno de ansiedad generalizada.
9. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
10. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
11. Trastorno de ansiedad no especificado.

Prácticamente cualquier problema de ansiedad se puede incluir en alguno de los apartados precedentes, si bien, a veces, los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad. En otros casos, las reacciones de ansiedad se

deben a acontecimientos estresantes como por ejemplo una separación de pareja o un despido laboral, que crean una dificultad puntual para desarrollar nuestra vida cotidiana y que denominamos *trastorno adaptativo* —cuando no alcanza la intensidad para ser un trastorno de ansiedad—. También puede ocurrir que los síntomas de ansiedad puedan estar provocados por enfermedades físicas o por el consumo de fármacos, drogas o sustancias dietéticas. En estos casos puede haber un trastorno de ansiedad o no, dependiendo de cada persona y de las circunstancias que concurran (Moreno, 2007).

En 2011, Moreno señala que generalmente los pacientes, al saber que “lo suyo” tiene un nombre se sienten aliviados. Es cierto que muchas personas que sufren ansiedad creen que son los únicos con ese problema y eso les hace sentirse aún más infelices y raros. Por lo que creemos que es muy importante que el paciente vaya localizando y clasificando los síntomas de ansiedad.

En muchas ocasiones la ansiedad y el miedo se manifiestan de modo evidente, pero son estos mismos síntomas los que pueden enmascarar detalles sutiles que requieren ser manejados adecuadamente para mejorar definitivamente. Por lo que es importante brindarles una breve descripción de las características principales de cada trastorno y sus variantes, así como un apartado denominado “La clave del trastorno” en el que se presenta el elemento principal a tener en cuenta para superar cada trastorno de ansiedad. No significa que sólo haya que actuar sobre ese elemento, sino que es difícil superar ese trastorno de ansiedad si no abordamos adecuadamente lo que podríamos considerar la clave del trastorno.

5.2.7.1. Trastorno de pánico.

Cía (2006), señala que el Trastorno de Pánico (TP), es un problema neurobiológico, además de existir una tendencia familiar, tanto genético- hereditaria como debida a influencias del aprendizaje infantil. Así también, el *estrés físico* —por accidentes, cirugías o enfermedades—

y el *estrés mental* – por frustraciones, desgracias o pérdidas emocionales- suelen ser antecedentes frecuentes en la aparición de una primera crisis de pánico.

El Trastorno de Pánico, se caracteriza por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar muy intenso, acompañada de una serie de síntomas característicos de inicio brusco, que alcanzan su máxima intensidad en cuestión de dos o tres minutos, diez minutos como máximo. Bilbao (2010), señala que casi ninguna crisis llega a durar más de 30 minutos. Entre estos síntomas se incluyen: palpitaciones, sacudidas del corazón y elevación del ritmo cardiaco, sudoración intensa, temblores involuntarios, sensación de ahogo o falta de oxígeno, sensación de atragantamiento, opresión torácica intensa, malestar gastrointestinal y abdominal, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones, inestabilidad (mareo, vértigo o desmayo), desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir (DSM-IV).

Por su parte, Herbert (2006), señala que la aprensión genera sensaciones corporales, las que son interpretadas catastróficamente, generando aún más aprensión, que renueva e intensifica las sensaciones corporales, y así en un círculo vicioso que culmina en una crisis de pánico. Así también Nardone (2005), dice que nuestra mente tiene la capacidad de construir un miedo patológico basándose en cualquier realidad y, empujado con ésta realidad inventada produce los efectos del ataque de pánico.

Sassaroli & Lorenzini (2000) señalan además que está presente el temor a perder la conciencia, de perder la cabeza, de enloquecer, de desmayarse y no poder levantarse más, de encontrarse inconsciente e indefenso a merced de acontecimientos y personas que pueden constituir una amenaza mortal. Herbert (2006), dice que en estas personas hay temor a distintas consecuencias como:

- Daño somático (muerte);

- Daño psicológico (locura);
- Daño social (vergüenza pública, rechazo).

En la tabla 9 se muestra según Moreno (2011) y el DSM-IV, los criterios de diagnóstico para una crisis de angustia o ataque de pánico.

Tabla 9. Síntomas de una crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atagantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.; *De Asociación Americana de Psiquiatría (2000)*.

Cuando no se alcanzan los cuatro síntomas requeridos de la tabla anterior, pero hay malestar suficiente, hablamos de *crisis de síntomas limitados o minicrisis* (Moreno, 2007). Herbert (2006), dice que las llamadas *crisis espontáneas* no parecen presentar como antecedente inmediato un estímulo o situación desencadenante. Las sensaciones corporales parecen surgir sin un activador identificable. El carácter espontáneo de las crisis podría resultar de la

misma disfunción cognitiva que no le permite al paciente asociar su presentación con desencadenantes circunstanciales o con contenidos de pensamiento.

Kaplan & Sadock (2011), especifican dos grados diferenciados de ansiedad como sigue:

- **Trastorno de pánico moderado.** Al menos cuatro ataques de pánico en un periodo de 4 semanas.
- **Trastorno de pánico severo.** Al menos cuatro ataques de pánico por semana en un periodo de 4 semanas.

Cía (2007), señala por su parte que las crisis de pánico (CP) se pueden dividir en cuanto a las *circunstancias determinantes* de su aparición como sigue:

- **Inesperadas o espontáneas:** Son aquellas crisis en las que no puede detectarse un factor causal y ocurren típicamente al comienzo del Trastorno de Pánico.
- **Situacionales:** Se desencadenan por la exposición a un estímulo atemorizante y aun por la anticipación al mismo.
- **Más o menos relacionadas a situaciones determinadas:** Ocurren a veces, al exponer a la persona a estímulos potencialmente fobígenos.

Cuando las crisis de ansiedad se presentan de forma inesperada y ocasionan miedo a la repetición de dichas crisis estamos ante un trastorno de ansiedad denominado trastorno de pánico (Moreno, 2009). En un trastorno de angustia de inicio habitual, la persona se encuentra realizando alguna actividad cotidiana, cuando de repente el corazón empieza a latirle con fuerza y no consigue respirar, al tiempo que siente mareo, vahído o "atontado" con sensación de muerte inminente. (Hollander & Simeon, 2004).

Lo habitual es que la persona suponga que su primera crisis ha ocurrido sin un factor desencadenante, sin embargo, generalmente la primera crisis, tiene lugar cuando los hechos ya han pasado y está todo en calma aparente; por lo que es necesario explorar qué ha sucedido en la vida del paciente los meses anteriores (Cía, 2006).

En las crisis de ansiedad suele darse lo que denominamos hiperventilación y consiste en un aumento de la frecuencia de la respiración que hace acumular más oxígeno del necesario en la sangre, disminuyendo a su vez la cantidad de anhídrido carbónico en ésta. Ese cambio sanguíneo se registra en un lugar del cerebro y entonces produce los síntomas (Moreno, 2011).

Y como para muestra un botón, enseguida se muestra un ejemplo:

EL CASO DE ANTONIO: “Tengo un infarto. Me muero.”

Antonio es un profesor universitario joven que padece crisis de ansiedad desde hace un par de años. La primera vez que tuvo una “crisis de ansiedad” fue a urgencias porque pensaba que estaba sufriendo un infarto. No pensaba que tuviese ansiedad, ni podía creerse que los médicos no le hicieran mucho caso a su supuesto infarto. De hecho le comentaron que “sólo” tenía ansiedad y le mandaron algunas pastillas. Estas pastillas le suprimían las sensaciones de ansiedad, sobre todo al principio, e incluso le dejaban a veces un tanto adormilado, pero pronto comenzó a notar que “eso seguía ahí”. Se notaba muy pendiente de su corazón, de si se aceleraba o palpitaba con fuerza, sentía oleadas de calor, en ocasiones le faltaba la respiración e incluso le sucedía que llegaba a sentir extrañeza ante lo que veía y no reconociese a su alrededor. Él era deportista, pero a partir de las crisis de ansiedad cada vez le apetecía menos el deporte. En realidad le producía miedo, porque en cuanto montaba en la bicicleta le resultaba inevitable notar cómo se aceleraba su corazón y tenía que dejarlo “porque podía ocurrir lo peor”. No obstante, sus crisis aparecían de modo inesperado. Nunca sabía a ciencia cierta si iba a tener una crisis o no, pero era cierto que había determinados sitios o situaciones que prefería evitar: grandes almacenes, colas en supermercados, viajar en avión, etc. Antonio veía que su vida se limitaba. Últimamente no soportaba ver películas de intriga o acción y —lo que era peor para él— se estaba distanciando de su pareja porque

habían comenzado a evitar los encuentros sexuales con ella. De nuevo estaba el miedo al infarto campando a sus anchas: cuando hacía el amor notaba que el corazón se aceleraba y no podía evitar pensar en el infarto. Tenía que detenerse. Su mujer ya no tenía claro si realmente "sólo" era ansiedad lo de Antonio.

La crisis de ansiedad suele ser un "síntoma" de otros problemas no resueltos. ¿Qué problemas "no resueltos" son esos? Hay personas con dificultades para manejar sus relaciones con los demás. Otras personas se involucran en el trabajo en un nivel agotador, más allá de lo justificado. Algunas personas se mantienen en situaciones personales que internamente viven como insufribles... En realidad, son muchos y variados los problemas sin resolver que pueden dar la cara como una crisis de ansiedad. El elemento común que presentan todas estas personas es la vivencia de un estrés personal elevado. Ese estrés personal, unido a una cierta predisposición familiar, es la causa de las crisis de ansiedad. Generalmente las personas que experimentan crisis de ansiedad cuentan con antecedentes familiares de ansiedad en padres, tíos, abuelos o hermanos (Moreno, 2009).

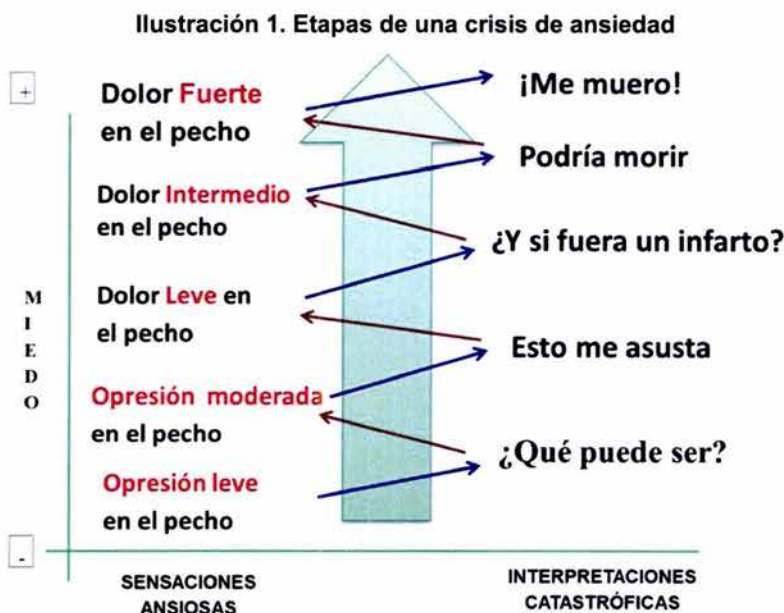
Según Gándara & Fuertes (1999), el trastorno por angustia con crisis de pánico puede presentarse de dos formas:

1º. Asociado a agorafobia: es decir, asociado a un miedo a encontrarse sólo o desprotegido en lugares o situaciones en los cuales sea difícil recibir ayuda o escapar en caso de sufrir una crisis, lo que genera una evitación de dichos lugares o situaciones o hace precisa la compañía de alguna persona protectora, lo que en definitiva supone una restricción para el sujeto y su vida.

2º. Sin agorafobia: es decir, solo se manifiesta con crisis de angustia, generalmente son pocas y limitadas en gravedad o incluso puede ser el caso de una sola crisis que remitió y apenas dejó secuelas.

El trastorno de angustia o ataque de pánico puede darse con o sin agorafobia y se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes, que generan una inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, una preocupación intensa por las implicaciones o consecuencias de las crisis (ej. Perder el control, volverse loco, sufrir un infarto o un desmayo, etc.), y cambios significativos en el comportamiento personal, social o laboral relacionados con las crisis. Este trastorno puede darse con la presencia o ausencia de agorafobia (DSM-IV).

En la ilustración 1 se observa como la sensación de miedo crece debido a la interpretación catastrófica de las sensaciones de miedo.



Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

La clave del trastorno.

El trastorno de pánico se ha definido como el miedo al miedo. La esencia de este trastorno es que el paciente teme que los síntomas inofensivos sean la señal de un peligro real. Entonces, la interpretación catastrófica de esos síntomas inofensivos genera un estado de miedo que produce, de modo natural, que dichos síntomas aumenten en intensidad y se produce una espiral de ansiedad rápidamente creciente que desemboca en la crisis de ansiedad (Moreno, 2011).

Nardone (2005), señala que la prevención de los trastornos de pánico se da por la capacidad de "reorientar" las reacciones usuales al miedo o a la peligrosidad de ciertas situaciones. Es así que el miedo no puede evitarse y, aceptándolo y utilizándolo, nos convertimos en valientes. Así una vez aceptados nuestros miedos se transforman de debilidad en puntos de fuerza. Pero, si por el contrario, queremos negarlos o reprimirlos, nos toman desprevenidos y abriendo la vía del pánico. Y así poco a poco se demuestra a uno mismo que se es capaz de superar esta dificultad.

5.2.7.2. Agorafobia.

La persona que padece agorafobia muestra ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde, en caso de aparecer una crisis de angustia, escapar pueda resultar difícil o embarazoso, o donde pueda no disponer de la ayuda o apoyo que considera imprescindible. Los temores de la agorafobia suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones y escenarios muy típicos, como:

- Estar sólo fuera de casa
- Mezclarse en una multitud o hacer cola
- Atravesar un puente o un túnel
- Viajar en algún medio de transporte (autobús, tren o automóvil)

- Salir a la calle
- Ir al supermercado o grandes almacenes
- Sentarse en el sillón del dentista o del peluquero
- Utilizar ascensores
- Hablar en público
- Hacer deporte o mantener relaciones sexuales.

Ante estas situaciones, la persona desarrollará patrones sistemáticos de evitación, por temor a que aparezca una crisis de angustia, o necesitará, para poder afrontarlas, la presencia de una persona de confianza (Moreno, 2007). Así también, Cía (2006) señala que la agorafobia es el miedo a sentirse solo, desamparado, sin escape e imposibilitado de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico. Davison (2005) dice que la agorafobia es el conjunto de temores en torno a lugares públicos y a la incapacidad de escapar o encontrar ayuda.

Moreno (2009), señala que con el tiempo, sufrir crisis de ansiedad inesperadas en determinados lugares, puede dar lugar a una evitación fóbica de ese tipo de lugares, es lo que denominamos agorafobia.

La agorafobia también puede desarrollarse sin que previamente haya existido algún episodio de crisis de angustia, surgiendo, en este caso, por temor a que se presenten en determinadas situaciones síntomas similares a la angustia: mareos, diarrea, etc. (Moreno, 2011). En realidad, para el agorafóbico que ha tenido o tiene crisis de pánico, cualquier situación en la que pueda ser difícil escapar o conseguir ayuda si tiene una crisis se vuelve potencialmente peligrosa ante sus ojos. (Moreno, 2007). Un temor muy común es el miedo a desmayarse, aunque es muy raro que el desmayo real suceda. Estas personas generalmente se desalientan, deprimen y desmoralizan porque piensan que sus vidas están limitadas (Bilbao, 2010). La conducta puede provocar discusiones conyugales, que pueden diagnosticarse erróneamente como el problema principal (Kaplan & Sadock, 2009).

Según Herbert (2006), la agorafobia fue diferenciada del resto de las fobias como *fobia de alejamiento*, ya que la mayoría de los pacientes fóbicos sienten mayor temor cuanto más cerca está de aquello que temen. En cambio, en el agorafóbico el temor aumenta cuanto mayor es la distancia de un lugar seguro para él. Por lo que es común decir "cuando camino hacia mi casa no siento nada, pero si *me alejo* me invade un malestar que es mayor cuanto más lejos estoy". Por otro lado el mismo Herbert señala que la agorafobia también puede presentarse en lugares cerrados, cuando la posibilidad de salida rápida puede verse dificultada por razones físicas, o por razones sociales, como sentirse obligado a permanecer en una cena o una reunión.

Así, si me da una crisis de ansiedad en un supermercado, es muy fácil desarrollar cierta predisposición a sufrir nuevas crisis en el supermercado. Posteriormente es probable sentir miedo ante la sola idea de ir al supermercado. En mi cabeza se forma una conexión "supermercado - crisis de ansiedad" que difícilmente se rompe por sí sola. De hecho lo normal es que, si no hacemos nada para solucionarlo, con el tiempo esa conexión incluso se fortalezca, aunque no se vaya al supermercado (Moreno, 2009).

En 2011, Moreno dijo que el paciente que evita ir al supermercado tiende a pensar: "No me ha dado la crisis porque no he ido; eso me ha librado esta vez". Y así se fortalece su miedo al supermercado. Gándara & Fuertes (1999) dicen que la agorafobia es el más incapacitante de todos los trastornos de ansiedad y que afecta notablemente a la actividad y relación de la persona.

Un componente necesario para que ocurra la crisis de ansiedad es algún contacto con información que facilita la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales. Muchos han oído que un vecino dijo, se "volvió loco y lo encerraron", o que "le dio un dolor de cabeza fuerte y resultó ser un derrame cerebral". Cuando una persona sufre estrés y tiene antecedentes familiares de ansiedad, tan sólo es necesario que surja una interpretación catastrófica de las sensaciones de la ansiedad para que salte la chispa de la crisis de ansiedad y por ende la agorafobia a determinado lugar o situación (Moreno, 2009).

En 2006, Cía señala que las conductas u objetos de reaseguro de la persona que padece agorafobia son:

- Buscar un acompañante considerado seguro.
- Llevar en caso de salir: medicamentos, botella de agua, números telefónicos de emergencia, fetiches, etc.
- Manejar por el carril de la derecha, por si tiene que detenerse o desviarse.
- Saber dónde está la salida y los baños.
- Sentarse cerca de la salida.

Así también nos señala que la **severidad de la agorafobia** puede ser:

1. **Leve:** El sujeto presenta algún tipo de evitación o resistencia a las situaciones que le producen malestar, llevando una vida relativamente normal. Por ejemplo, puede ir al trabajo o de compras si es necesario sin compañía, aunque por lo general evita desplazarse sólo.
2. **Moderada:** La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida. El individuo es capaz de salir solo de su casa, pero no puede desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.
3. **Grave:** La evitación obliga a estar casi por completo dentro de casa, o hace al individuo capaz de quedarse sólo en su hogar o de salir, si no es acompañado.

Un ejemplo de éste trastorno es el siguiente:

EL CASO DE PEPA: “No puedo ir sola. ¡Me desmayaré!”

Pepa comenzó a tener crisis de pánico cuando tenía 22 años. Sus crisis solían comenzar con cierta opresión en el pecho que luego daba lugar a una sensación de vértigo creciente. Todo le daba vueltas y su gran miedo era llegar a desmayarse y golpearse la cabeza al caer, muriendo desangrada. Conforme se hicieron más frecuentes la crisis, notó que parecía que

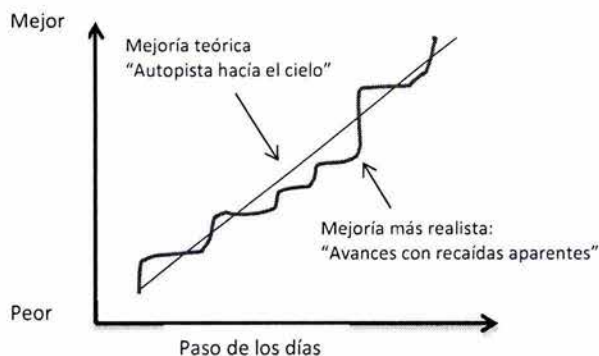
había lugares en los que era más fácil que le diera la crisis. Sus lugares temidos eran aquellos donde había grandes aglomeraciones de gente, como ocurría en los grandes almacenes y en el supermercado. Al principio, comenzó evitando las horas punta, pues de ese modo se sentía más tranquila y parecía prevenir la aparición de nuevas crisis. Posteriormente tuvo que convencer a su marido para que se las arreglará solo con la compra, pues ella se veía incapaz de acudir al supermercado (sola o acompañada). Pepa perdió la oportunidad de consolidar su plaza como profesora debido a que no pudo ir a realizar un curso que necesitaba por el mero hecho de impartirse en una ciudad cercana y tener que desplazarse sola en autobús.

La clave del trastorno.

La agorafobia se mantiene principalmente por evitar los lugares temidos. Es importante subrayar que las crisis de ansiedad no se producen por ir a esos lugares. Lo que ocurre es que en esos lugares se dan las circunstancias propicias para que se produzcan los síntomas que disparan la crisis. Síntomas que, por otro lado, son completamente inofensivos. A partir de ellos, comienza la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, pero ahí comienza otro problema: el trastorno de pánico. El hecho de evitar esas situaciones hace que el agorafóbico se vaya recluyendo más y más en un falso círculo de seguridad, llegando a quedarse aislado en casa (a veces por más de 20 años), (Moreno,2011).

Si el paciente pone de su parte sí se cura pero la mejoría no es una autopista hacia el cielo. La mejoría no es lineal, sino más bien como una especie de baile con pequeños y grandes avances que van salpicándose con algún que otro retroceso. Esto es normal. Por otro lado, nadie está anímicamente igual todos los días: unos días se está más contento, más optimista, más tranquilo y relajado, y otros días te puedes sentir un poco abatido, cansado o más irritable. Un mal día lo tiene cualquiera, también una persona que sufre crisis de ansiedad. Muchas veces los pacientes se olvidan de que son personas como las demás, con sus días buenos y sus días malos. Lo que ocurre es que el paciente que sufre crisis de ansiedad tiende a hacer una montaña de cualquier pequeño retroceso, sin pensar que tan sólo puede ser un día malo que cualquiera puede tener (Moreno, 2009).

MEJORÍA QUE DEBEMOS ESPERAR



5.2.7.3. Fobias específicas

En este trastorno, la manifestación de la ansiedad se refiere a un temor intenso, persistente e irracional ante la presencia o la anticipación de un objeto o situación específica (animales, precipicios, volar, administración de inyecciones, ver sangre, etc.). La exposición a estos estímulos fóbicos provoca casi invariablemente un malestar severo, similar a una crisis de angustia situacional, la persona afectada reconoce el carácter excesivo o irracional de su miedo, pero es incapaz de controlarlo. Por ello, tenderá a evitar sistemáticamente dichos estímulos fóbicos. En consecuencia, los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el intenso malestar provocado por estas situaciones interferirán significativamente en las actividades habituales del individuo (DSM-IV).

La palabra "fobia" deriva del griego y significa "temor". No es un miedo normal: es un terror irresistible, invencible por quien lo padece. Afecta significativamente la vida de una persona, así por ejemplo, una persona no podrá volar pese a tener que desplazarse a largas distancias (Gándara & Fuertes, 1999).

El DSM-IV; Moreno (2011) clasifican las fobias específicas en las siguientes categorías:

1. **Tipo animal:** Temor a diferentes tipos de animales, desde animales domésticos como: perros, gatos, pájaros; hasta insectos, arácnidos y otros animales, como las serpientes

y los sapos. En el caso de las aves, a veces el estímulo específico no son éstas sino sus plumas.

2. **Tipo ambiental:** Temor a los estímulos relacionados con los fenómenos naturales como: las tormentas, las alturas, las aguas profundas, los vientos, la oscuridad etc., en circunstancias no peligrosas.
3. **Tipo sangre-inyecciones-daño:** Temor a la sangre, a las heridas o a ser objeto de intervenciones quirúrgicas, dentales o inyecciones, o sufrir daño, en general. Este temor resulta desproporcionado. Se ha observado una fuerte tendencia familiar a padecer ésta enfermedad.
4. **Tipo situacional:** Temor a situaciones o lugares específicos como miedo a los ascensores, a los espacios cerrados o a viajar en aviones, barcos, trenes, subterráneos, etc.
5. **Otros tipos:** Cualquier otro tipo de temores, como por ejemplo situaciones que podrían provocar atragantamientos (como un botón), vómitos, la adquisición de una enfermedad, a los ruidos fuertes o a las explosiones, etc.

Kaplan & Sadock (2009), señalan que la edad de inicio más frecuente de la fobia de tipo ambiental natural y de tipo sangre-inyecciones-heridas oscila entre los 5 y los 9 años, mientras que la fobia de tipo situacional es más frecuente después de los 15 años.

Para que los menores de 18 años sean considerados fóbicos, los síntomas tienen que persistir por lo menos durante seis meses.

Las fobias se definen en el DSM-IV-TR (2000) como un temor significativo y duradero, excesivo o irracional ante la presencia o anticipación real de un objeto o situación específica. La persona que padece alguna fobia reconoce que el temor es excesivo o irracional. La fobia específica se encuentra entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y tratables. Sin embargo, las personas que sufren este trastorno no buscan tratamiento, debido al grado

relativamente pequeño de malestar y deterioro funcional experimentado, y, quizá, al desconocimiento de que existe un tratamiento eficaz (Caballo & Mateos, 2000).

Factores predisponentes

Por un lado, está la existencia de una vulnerabilidad o predisposición genético-hereditaria. El *temperamento* de una persona influye en la vulnerabilidad específica que se puede tener a las fobias (Cía, 2006). Bilbao, (2010) señala que las fobias que generalmente surgen primero son las fobias "naturales" (serpientes, arañas), llamadas así porque es como si estuvieran impregnadas en nuestro ADN psicológico y son las más difíciles de erradicar.

Por otro lado, hay un *aprendizaje infantil*, donde la información que transmiten los padres a los hijos, las actitudes que asumen para afrontar o no determinadas situaciones, afectan notoriamente los posibles comportamientos futuros del niño. Los infantes que son prevenidos acerca de los riesgos del mundo externo y los peligros, reciben permanentes "no hagas esto" o "cuidado con aquello", van restringiendo su repertorio de posibles respuestas ante situaciones nuevas. Así, los cuentos, las historias de monstruos o terror, la televisión calan hondo en niños vulnerables (Cía, 2006).

Factores precipitantes

La vivencia de un hecho de carácter aversivo tiene mucha importancia. Haber quedado de niño encerrado dentro de un armario, durante un juego o castigo; haber estado a punto de ahogarse, cuando aún no había aprendido a nadar; o haber presenciado cómo otra persona sufría una situación dolorosa o traumática, son circunstancias que pueden contribuir para la aparición de una fobia (Cía, 2006).

El otro tipo de fobias son las "preparadas" (volar, armas) ya que son relacionadas con el desarrollo del individuo (ontogenéticas), requiriendo aprendizaje y son las más fáciles de erradicar (Bilbao, 2010).

Moreno (2007) nos menciona el siguiente ejemplo:

EL CASO DE MARÍA JOSÉ: “¡Me dan pánico las agujas!”

María José siempre tuvo miedo a todo lo relacionado con la sangre, las heridas, y, por extensión, dentistas y médicos. Era superior a sus fuerzas, como ella decía. Ver una aguja le producía pánico y sus piernas sólo le pedían correr y escapar de allí, tuviera ella 5, 15 ó 25 años —con 25 años ya le daba bastante vergüenza, pero aun así no podía evitarlo—. Siempre le había resultado muy costoso estar al día en sus vacunas y llevar un control aceptable de su salud, si para ello era necesaria la más mínima extracción sanguínea. Acudía a consulta porque ya no podía demorar más la concepción de su primer hijo. Le producía pánico tan sólo pensar en la posibilidad de recibir la inyección de anestesia. No quería ni hablar de que pudiese necesitar cesárea.

Gándara & Fuertes (1999), resumen así las fobias:

- Temor excesivo e irracional ante objetos o situaciones específicos.
- La exposición al estímulo fóbico provoca ansiedad.
- Reconocimiento del miedo como excesivo e irracional.
- Existe ansiedad anticipatoria al imaginar la situación fóbica.
- Conductas de evitación.

Gándara, M. J. & Fuertes, R. C. (1999). *Angustia y ansiedad: Causas, síntomas y tratamiento*.

La clave del trastorno.

Moreno (2011), nos dice que del mismo modo que ocurre en la fobia social o en el trastorno de pánico, la persona que sufre una fobia puede evitar o escapar de las situaciones que teme. Y entonces no viaja, si tiene que ir en avión o atravesar túneles en coche; no visita al médico cuando está enfermo, porque teme que le prescriba alguna inyección o análisis; no visita al dentista cuando siente molestias en la boca, porque teme el pinchazo de la anestesia y el daño que le podría causar la intervención (aunque ya esté anestesiado).

Evitar o escapar de estas situaciones es el elemento que mantiene el miedo, y a veces incluso lo incrementa. La lógica del asunto es relativamente sencilla: si temo mucho una situación y no la afronto, siento alivio quedándome tranquilo en casa; pero no compruebo que realmente

no voy a sufrir tanto como me imagino, ni va a ser tan doloroso, ni tan desagradable, ni tan peligroso. Por otro lado, si voy a tener la sensación de haberme librado de algo realmente doloroso, desagradable o peligroso, y eso hará que en el futuro pueda sentir aún más miedo ante la misma situación (Moreno, 2009).

5.2.7.4. Fobia social

Su característica principal es la presencia de un miedo y temor intenso, persistente y desproporcionado ante situaciones sociales o actuaciones en público. En ellas el sujeto teme verse expuesto a una posible evaluación negativa por parte de terceros (personas no pertenecientes al ámbito familiar o su círculo social más cercano). Esto le genera, casi de forma invariable, una respuesta de ansiedad fóbica que puede, en ocasiones, tomar la forma de una crisis de angustia. Al igual que en la fobia específica, el sujeto reconoce que se trata de un miedo excesivo e irracional, se muestra incapaz de dominarlo y tiende a evitar exponerse a este conjunto de situaciones (DSM-IV).

Las experiencias sociales negativas, particularmente durante los años formativos de la infancia y la adolescencia, contribuyen probablemente al desarrollo de la fobia social. Es también probable que los individuos tímidos y socialmente ansiosos experimenten más acontecimientos sociales negativos que los individuos socialmente menos ansiosos, porque su estilo interpersonal provoca una respuesta menos positiva de los demás (Alden & Taylor, 2004).

A veces, simplemente nos catalogamos de tímidos y pensamos que “como siempre hemos sido así es que debemos ser así”. Sin embargo, la fobia social no es lo mismo que la timidez. La persona tímida puede sentir ansiedad en algunas o muchas situaciones sociales pero dicha ansiedad no llega a convertirse en incapacitante, invalidante o insufrible. La persona tímida no sufre en exceso por su timidez. Se reconoce menos abierta que los demás pero eso no le supone un problema, ni le impide desarrollar su trabajo. Tal vez no prefiera como

trabajo el cargo de relaciones públicas de una discoteca, pero puede desempeñarse bien y ser feliz (razonablemente) trabajando como bibliotecario u oficinista.

El DSM-IV señala los siguientes criterios para el diagnóstico de Fobia Social.

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

De Asociación Americana de Psiquiatría (2000).

La persona que tiene fobia social ve que la vida social se le presenta de modo amenazante en un tipo concreto de situaciones (hablar en público o "ligar", por ejemplo) o en muchas y variadas situaciones (iniciar o mantener conversaciones, comer, beber o firmar cheques en público o defender sus derechos ante abusos cotidianos de vendedores, etc.). Estas situaciones le producen una ansiedad que no cesa hasta que la situación ha pasado o bien ha escapado de ella. Es relativamente frecuente que las personas que sufren fobia social teman que los demás se den cuenta de su ansiedad y por eso evitan con todas sus fuerzas sudar, enrojecer o temblar en público (Moreno, 2011). Manifiestan temor a presentar temblor en la mano al escribir o firmar en presencia de otros, o ante exámenes orales. Temor a decir tonterías, a contestar cuestiones simples a desconocidos (cía, 2007). Así como, hablar o

comer en público, usar baños públicos o asistir a alguna entrevista (Hollander & Simeon, 2004).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas afectadas ha mostrado en la infancia signos de timidez excesiva experimentando situaciones traumáticas intensas, llegando a ser crónica la fobia social, sobre todo si la propia fobia impide al sujeto recurrir a los medios terapéuticos disponibles por miedo a ser visto. Así no es raro que lleguen a convertirse en verdaderos misántropos y que vivan aisladas, encerradas en sus domicilios y con grave incapacidad (Gándara & Fuertes, 1999).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas afectadas ha mostrado en la infancia signos de timidez excesiva experimentando situaciones traumáticas intensas, llegando a ser crónica la fobia social, sobre todo si la propia fobia impide al sujeto recurrir a los medios terapéuticos disponibles por miedo a ser visto. Así no es raro que lleguen a convertirse en verdaderos misántropos y que vivan aisladas, encerradas en sus domicilios y con grave incapacidad (Gándara & Fuertes, 1999).

EL CASO DE VICENTE: “Soy incapaz de hablar en público.”

Vicente era un señor con muchos años de carrera política a sus espaldas. Había desempeñado diversos cargos públicos en la administración local y autonómica. Realmente era una persona con don de gentes. Sin embargo, últimamente se veía incapaz de hablar en el pleno del ayuntamiento. Cada vez que se acercaba la fecha de un debate en el que tenía que participar, notaba una cierta intranquilidad o ansiedad anticipatoria. El día señalado lo pasaba francamente mal y le costaba mucho trabajo hilar su discurso (aunque su asesor le indicaba que no se le notaba nada). Sentía que se quedaba en blanco y la boca se le ponía reseca, sin saliva. No terminaba de entender muy bien porqué todo esto era así ahora. Indagando, acabamos situando el inicio de su problema el día en el que sin saber por qué se quedó en blanco en una intervención ante la asamblea. Obtuvo de todos los presentes una gran carcajada y diversas bromas en los días posteriores. Aquellos días lo pasó francamente mal, llegando a pensar que estaba ante el principio del fin de su carrera política. Su ánimo

mejoró posteriormente, pero quedó el miedo a volver a quedarse en blanco en ese tipo de actos públicos.

Miedo a la evaluación negativa

El miedo a la evaluación negativa de los demás es una característica esencial de la fobia social (Clark, D.M., 2001), y es la base del miedo acusado y persistente a las situaciones sociales (Hofmann, S.G., & Barlow, D.H. 2002). Creen que captan la atención de los demás en situaciones sociales y viven con miedo a que en el contexto social evaluativo se vean humillados o apareciendo como tontos, poco inteligentes o visiblemente ansiosos (Beidel & Turner, 2007).

En la tabla 10, se muestra según Clark & Beck (2012), creencias sociales maladaptativas en la fobia social.

Tabla 10. Auto-esquemas sociales maladaptativos en la fobia social

Contenido del esquema	Ejemplos
Creencias sociales de un self social inútil, débil o inferior.	"Soy aburrido", "No soy una persona amigable", "No tiendo a gustar a las personas", "Soy socialmente raro", "No encajo".
Creencias sobre los demás	"Las personas son críticas con los demás", "En las situaciones sociales las personas siempre están evaluándose entre sí", "Los individuos", "Las personas solo ven los errores y defectos de los demás".
Creencias sobre la desaprobación	"Es horrible recibir la crítica de los demás", "Sería horrible que los otros pensarán que soy débil e incompetente", "Sería insoportable una catástrofe personal, avergonzarse frente a los demás".
Creencias sobre los estándares de actuación social	"Es importante no mostrar ninguna señal de debilidad o pérdida de control frente a los demás", "Debo mostrarme seguro y competente en sociedad", "Debo parecer inteligente e interesante ante los demás".

Creencias sobre la ansiedad y sus efectos.	"La ansiedad es una señal de debilidad emocional y pérdida de control", "Si las personas ven que me ruborizo, sudo o tiemblo, etc., me preguntarán qué me ocurre", "No puedo soportar sentirme ansioso ante los demás".
---	---

Clark & Beck (2012), *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*,

La clave del trastorno.

Un dato fundamental que debemos tener en cuenta es que todos los seres humanos, absolutamente todos, padecemos ansiedad en bastantes situaciones sociales, al menos al principio. Quienes padecen fobia social creen que, cuando experimentan ansiedad normal, en realidad es sólo el principio de otro episodio de malestar intenso en una situación social. En ese momento, en lugar de esperar "tranquilamente" a que pase el mal trago, que es absolutamente normal, comienzan con la preocupación sobre su ansiedad, sus síntomas, su sudor, su temblor de mano o su voz quebrada. Comienza la preocupación sobre la visibilidad pública de su malestar interno, expresada en pensamientos del tipo: "Lo estoy haciendo fatal, TODOS se van a dar cuenta" o "Soy patético".

Generalmente, esta preocupación hace que aumenten más los síntomas que son expresión de la ansiedad que se está sintiendo (más sudor, más rubor facial, más tartamudeo...), lo que lleva a un mayor convencimiento de nuestra sensación de ridículo público (Moreno, 2011).

5.2.7.5. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

El rasgo distintivo de este trastorno es la presencia recurrente e intensa de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas e indeseados (*obsesiones*) y de conductas repetitivas (*compulsiones*) que se ejecutan a fin de aliviar la ansiedad que dichas ideas obsesivas provocan en el sujeto (Moreno, 2007). Por lo general los pensamientos obsesivos van primero y los rituales le siguen. Estos incluso pueden llegar a consumir todo el día (Bilbao, 2010).

Generalmente el TOC comienza en la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque también hay casos en niños pequeños. Su aparición suele ser gradual y puede estar relacionada con periodos de estrés o con la toma de nuevas responsabilidades en personas vulnerables a padecerlo. En las mujeres, es bastante frecuente que el TOC aparezca tras el nacimiento del primer hijo. (Moreno, P.; Martín, J.; García, J. & Viñas, R., 2008).

Moreno, P. (2008) señalan que hay factores que contribuyen a la aparición y desarrollo del TOC.

- **Genes “obsesivógenos”:** Diversos estudios indican que algunas personas tienen más vulnerabilidad que otras para desarrollar un TOC debido a sus genes. Hay zonas del cerebro que tienen que ver con el TOC como la corteza orbitofrontal, relacionada con la capacidad de frenar los pensamientos.
- **Experiencias psicológicas “obsesivógena”:** Hay personas que con frecuencia les dicen que son personas muy responsables y una de las características principales de personas que padecen TOC es que tienen un elevado sentido de responsabilidad y una elevada sensibilidad al cometer errores. Existen ciertas experiencias de la infancia que pueden facilitar que un niño desarrolle este alto sentido de responsabilidad.
 - *Toma prematura de la responsabilidad.*
 - *Exceso de protección familiar.*
 - *Educación en la familia:* hay familias que valoran en exceso comportamientos como el aseo, la limpieza, el orden, o el no cometer errores.
 - *Educación fuera de la familia:* algunos centros escolares, deportivos o religiosos fomentan y valoran normas rígidas de comportamiento.
 - *Errores con consecuencias negativas:* si un niño comete algún error con consecuencias negativas causando un daño a sí mismo o a otras personas, puede

haber sido castigado y culpado reiteradamente haciéndole sentir responsable, aún sin haber sido intencional o culpable.

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo se obsesionan con sus temores y adoptan comportamientos compulsivos como medio de aliviar su ansiedad (Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, 2006).

Las *obsesiones* van más allá de las simples preocupaciones en torno a problemas de la vida cotidiana y, a pesar de que la persona reconoce su irracionalidad e intenta suprimirlos o neutralizarlos, se muestra incapaz de controlar el malestar y la ansiedad que le generan. Las obsesiones son como abejas que te agujerean sin cesar, una tras otra o varias al mismo tiempo. "Cuanto más luchas por espantar las abejas, más te atacan" (Moreno, 2011).

Los tipos de obsesiones que se pueden padecer son muy variados:

- **Obsesiones de tipo agresivo:** Miedo a dañar a otras personas, a uno mismo, a proferir insultos, blasfemias u obscenidades, miedo a cometer crímenes o aparecer como responsable de errores, fracasos o catástrofes, imágenes horribles o violentas, etc. (Moreno, 2011).
- **Obsesiones de enfermedad o contaminación:** Preocupación por los gérmenes, la suciedad o los productos químicos, preocupación por las secreciones corporales (orina, heces, saliva), preocupación por contraer enfermedades, etc. (Moreno, 2011). Se puede pensar o imaginar que nosotros mismos, nuestros seres queridos u otras personas pueden ensuciarse, contagiarse, lo que podría provocar la enfermedad o muerte (Moreno, P.; Martín, J.; García, J. & Viñas, R., 2008)
- **Obsesiones de contenido sexual:** Miedo a ser homosexual, pedófilo o a cometer incesto, tener pensamientos sexuales considerados perversos o prohibidos y vivirlos con angustia (Moreno, 2011). Impulsos a desnudarse en público o de besar a alguien en contra de su voluntad (Moreno, P.; Martín, J.; García, J. & Viñas, R., 2008)

- **Obsesiones de estar en peligro:** Los que piensan o se imaginan que uno mismo u otra persona puede estar en peligro. Se teme ser imprudente como dejar abierto el gas, puertas o ventanas (Moreno, P.; Martín, J.; García, J. & Viñas, R., 2008).
- **Obsesiones de asuntos abstractos:** Más que un pensamiento concreto es una cadena de pensamientos sobre un tema. Por ejemplo, si de chico alguien se pasaba horas dudando sobre si su vida era real o ficticia. Puede ser sobre filosofía, religión o sobre la manera de ser o comportarse (ejemplo, cómo ser el mejor padre, esposo o profesional, etc.) (Moreno, P.; Martín, J.; García, J. & Viñas, R., 2008).
- **Otros tipos:** Miedo a no hablar, recordar o pensar correctamente, necesidad de orden, exactitud o simetría, necesidad de coleccionar cosas inútiles, etc. (Moreno, 2011).

No obstante, Moreno (2008) señala que hay resultados sorprendentes como el de Paul Salkovski en el que su estudio demostró que el 90% de las personas sin trastornos mentales experimentaba pensamientos intrusos que les provocaban malestar y que trataban de eliminar de su cabeza, sin llegar a ser obsesiones. Señala que son pensamientos que cualquier persona puede tener alguna vez, sobre todo cuando se está bajo de ánimo o con mucho estrés.

Las *compulsiones* son acciones o pensamientos que realizamos para neutralizar o anular las obsesiones, con el objeto de sentirnos menos angustiados. Al no tener las compulsiones una lógica razonable para erradicar las obsesiones, los actos compulsivos sólo alivian la ansiedad de forma transitoria (Moreno, 2007).

Las compulsiones serían aquellos comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas pautas de actuación que debe seguir estrictamente. Su objetivo final es la reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Pero

la ejecución de estos rituales o bien no está conectada de forma realista con aquello que pretenden neutralizar, o bien resultan claramente excesivos y desproporcionados (DSM-IV).

La frecuencia y duración de estas repeticiones hacen que los actos compulsivos se consideren repugnantes, inconvenientes e incapacitantes (Bilbao, 2010).

Según Moreno, (2008) las compulsiones más frecuentes pueden ser:

- **Lavado, limpieza y desinfección:** el lavado puede ser del cuerpo, del cuerpo de la casa, de la ropa, de las mascotas, o incluso de los propios hijos. Lavan una y otra vez cuando les asalta la duda de contaminación o suciedad.
- **Comprobación:** comprueban o se aseguran de que algo negativo no está sucediendo o de que no se ha cometido ningún error o imprudencia. Comprueban varias veces las llaves del gas. Pueden pasarse horas comprobando que sus gafas o coche no tienen ningún arañazo. A veces las comprobaciones pueden ser mentales.
- **Orden y simetría:** Invierten tiempo ordenando todo tipo de objetos. Para poder trabajar tranquilos necesitan papeles, muebles u objetos en su lugar. Si no es así se angustian pensando que algo malo puede suceder.
- **Repetición o contar:** Repiten siguiendo normas fijas o número determinado de veces. Como dar tres vueltas a la llave en absoluto silencio y si algo los interrumpe empiezan de nuevo. Repiten mentalmente palabras, frases, matrículas de carros, canciones, etc.
- **Acumulación:** coleccionan o guardan objetos que realmente no son útiles y que ocupan un espacio innecesario en casa o en el lugar de trabajo. Con fuerte necesidad de seguir comprándolas y guardándolas.

EL CASO DE MARÍA DOLORES: “Podría contaminarme.”

María Dolores es una señora de 36 años que trabaja como jefa de laboratorio en una empresa química. Desde hace un tiempo nota que se ha vuelto “más escrupulosa”. Siente a menudo

que se puede contaminar y que puede contaminar a otros. Esto le obliga a lavarse las manos cada vez con más frecuencia, llegando a los 30 lavados diarios. En su trabajo manipula sustancias químicas peligrosas que justifican adoptar ciertas medidas de precaución. No obstante, reconoce que su cautela va más allá de lo razonable y acude a consulta psicológica precisamente porque teme que los demás puedan "notar algo" y considerar que ella es "rara", lo que le impediría —según sus palabras— la promoción en su empresa. Cuando indagamos en su vida privada encontramos que esa "cautela" también se presentaba en casa: necesitaba lavarse las manos casi tantas veces como en el trabajo, la ducha duraba unos 30-40 minutos y debía seguir un orden concreto de modo estricto, cada lavado debía realizarse de un modo determinado para prevenir el contagio de gérmenes que podían quedar en el lavabo. En ocasiones los lavados debían repetirse más de lo habitual, hasta lograr una sensación de descontaminación completa. Lo que más le angustiaba era verse encerrada en una situación absurda: sabía que no se estaba contaminada con nada, pero le producía tanta ansiedad no lavarse que se veía obligada a ello, una y otra vez.

La clave del trastorno.

Todas las personas podemos experimentar, en un momento u otro de nuestra vida, imágenes o pensamientos absurdos y que nos vienen de forma involuntaria. Ése no es el problema. La clave está en cómo nos sentimos y qué hacemos cuando nos vienen esos pensamientos y esas imágenes. En la medida en la que me creo esos pensamientos, me siento de un modo distinto que si los descarto como absurdos y transitorios. Me explico: si me viene a la mente la imagen violenta de apuñalar a mi hijo, yo puedo pensar que eso es absurdo, porque yo quiero a mi hijo y no soy ningún homicida. Puedo pensar, que ese tipo de imágenes vienen de forma involuntaria, generalmente en situaciones de cierta tensión, pero que no revelan nada sobre mi forma de ser o mis instintos reales. En ese caso, no llegará a convertirse ese pensamiento en obsesión, ni se hará repetitivo, ni generará malestar. Cuanto más piensas en algo, más inevitable se hace seguir pensando en eso y tenerlo más presente. (Moreno, 2011).

5.2.7.6. Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Esta categoría es muy similar al trastorno por estrés agudo, pero se aplica cuando el sujeto, tras haber transcurrido un mes del acontecimiento traumático, mantiene una sintomatología significativa. Los síntomas más frecuentes son las dificultades para conciliar y mantener el sueño, la hipervigilancia constante, el aumento general y desproporcionado del nivel de activación, sensación permanente de irritabilidad, dificultades de concentración y una persistente re-experimentación del acontecimiento traumático a través de recuerdos, sueños o pensamientos recurrentes (DSM-IV).

Los seres humanos a veces tenemos que hacer frente a hechos trágicos como los accidentes de tráfico, los atracos, las violaciones sexuales o los maltratos físicos de otras personas. Con menos frecuencia, afortunadamente —pero más de la que debiera—, también tenemos que afrontar ser secuestrados, o sobrevivir a la sinrazón de la guerra (con sus combates violentos, torturas, campos de prisioneros, etc.) (Moreno, 2007).

La exposición a hechos de esta naturaleza, en los que uno ha visto peligrar su vida, puede provocar lo que denominamos el *trastorno por estrés postraumático*. Cualquier cosa que nos recuerda el trauma sufrido, de forma directa o por asociación de ideas, suele desencadenar un estado de ansiedad intensa (por ejemplo, pasar por una calle que nos recuerda al lugar donde nos violaron). Por otro lado, las tragedias en las que percibimos que son responsables otras personas (atracos, violaciones, maltratos) pueden dar lugar a trastornos aún más graves y duraderos (Moreno, 2011).

Tabla 11. Criterios para el diagnóstico del TEP según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

- | |
|--|
| <p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. |
|--|

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es **reexperimentado** persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. **Recuerdos** del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. **Sueños** de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la **sensación** de que el acontecimiento traumático está **ocurriendo** (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. **Malestar psicológico** intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. **Respuestas fisiológicas** al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de **aumento de la activación** (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

De Asociación Americana de Psiquiatría (2000).

EL CASO DE JUAN: “Aquello fue un infierno.”

Juan es camionero de profesión. Nunca había tenido ningún accidente de consideración hasta el verano pasado. Conducía su camión en un trayecto habitual cuando una rueda se reventó en mitad de una curva. El camión perdió su estabilidad y cuando quiso darse cuenta, Juan estaba dando vueltas de campana envuelto en llamas. Afortunadamente fue rescatado a tiempo y le trasladaron a un hospital cercano. Tras varias horas de operación, lograron salvarle las piernas, aunque debería hacer rehabilitación durante muchos meses. No estaba claro si volvería a poder conducir. En un primer momento no parecía que le fueran a quedar secuelas psicológicas del accidente, pero pasados unos meses comenzó a tener una serie de sueños angustiosos en los que recordaba las vueltas de campana y el fuego. Luego también le venían estas imágenes estando despierto y, pese a que intentaba no centrar la atención en ellas, le resultaba imposible apartar esas imágenes de su mente. Por otro lado, Juan evitaba cualquier conversación relacionada con los accidentes, no deseaba volver a montar en coche e incluso le resultaba penoso venir a la clínica en taxi. Cualquier cosa que le recordara el accidente le hacía sentirse realmente mal.

Tabla 12. Acontecimientos traumáticos que suelen relacionarse con el Trastorno por estrés postraumático según Sosa, D. & Capafóns, J. (2008).

- Catástrofes causadas por la naturaleza:
 - Terremotos
 - Inundaciones
 - Tornados
 - Erupciones Volcánicas

- Catástrofes causadas por el hombre:
 - Explosiones
 - Incendios
 - Accidentes nucleares

- Accidentes en medios de transporte:
 - Descarrilamiento de trenes
 - Accidentes marítimos
 - Accidentes aéreos
 - Accidentes de tráfico

- Guerras y atentados terroristas.

- Tortura.
- Violación y agresión sexual.
- Violencia doméstica.
- Violencia criminal.
- Otros delitos (robo, atraco, etc.)

Sosa, C. D. & Capafóns, J. (2005). Estrés Postraumático. 1º Edición

Las intrusiones de recuerdos traumáticos pueden adoptar diferentes modos de manifestarse: emociones intensas, pánico rabia incontenible, reminiscencias, pesadillas, sensaciones somáticas, etc. Las *pesadillas* son un modo común de reexperimentar el acontecimiento estresante. Presentándose como meras repeticiones del evento traumático o referido a él simbólicamente. Los *flashbacks* son otra forma de reexperimentar el trauma. Se caracterizan por expresarse visualmente, aunque suelen incluir emociones, sensaciones y conductas (Cía., A., 2007).

Tabla 13. Reacciones postraumáticas más comunes según Sosa, D. & Capafóns, J. (2008).

Emocionales	Shock; incredulidad; terror; ira; rabia; irritabilidad; reproches; sentimientos de culpa, vulnerabilidad y desamparo; aflicción o pesar; anestesia emocional; dificultad para disfrutar de las actividades agradables y para experimentar sentimientos positivos.
Cognitivos	Problemas de concentración y memoria; confusión y desorientación; autorreproches; baja autoestima; dificultad para tomar decisiones; pensamientos repetitivos e invasores; preocupación; disociación y despersonalización.
Físicos	Fatiga; insomnio; pesadillas; hiperactividad autonómica; dolores de cabeza; pérdida del apetito; respuesta de sobresalto; molestias abdominales; pérdida del deseo sexual; respuesta inmune reducida.
Interpersonales	Alienación; retraimiento social; deterioro laboral y escolar; externalización de la culpa; aumento de conflictos interpersonales; sensación de rechazo y abandono; incapacidad para relaciones íntimas; abuso de sustancias.

Sosa, C. D. & Capafóns, J. (2005). Estrés Postraumático. 1º Edición

Según Cía. A. (2007), hay otros síntomas que deben tenerse en cuenta en el TEP:

- a) **Alteraciones en la vida social y/o ocupacional:** interferencia significativa, introversión, hostilidad, ira, fatiga, falta de concentración, etc.
- b) **Actos autodestructivos:** Común en personas que han sufrido abuso sexual. Se manifiesta en actos suicidas, automutilaciones.
- c) **Daños a terceros:** Numerosos estudios documentan que algunos criminales fueron abusados física o sexualmente cuando eran niños (Groth, 1979).
- d) **Ansiedad y disociación:** Normalmente cuando el cerebro percibe una amenaza, se disparan cambios físicos que preparan al cuerpo para la huida; la mente se vuelve más sensitiva y reacciona con mayor rapidez.
- e) **Exposición compulsiva al trauma:** Se reexponen compulsivamente a situaciones similares al trauma; como mujeres que se sienten atraídas por hombres que las maltratan, o niños abusados sexualmente que de adultos se vuelven promiscuos.

La clave del trastorno.

Lo ideal sería no tener accidentes, ni sufrir malos tratos, violaciones u otros acontecimientos en los que podamos ver nuestra vida en peligro. Pero, eso no depende completamente de nosotros.

Una vez que se ha producido el trauma, lo importante es tener en cuenta que la vida tiene que seguir y que hay que mirar de frente a los recuerdos y a las pesadillas y a todo cuanto nos pueda recordar el trauma. Intentar no recordar, no pensar o evitar lo relacionado con el trauma sufrido complica las cosas. Necesitamos un tiempo para recuperarnos físicamente y emocionalmente, por lo que es conveniente exponerse adecuadamente a los recuerdos perturbadores hasta llegar a no sentir la necesidad de evitarlos. La negación de los hechos solo empeora las cosas (Moreno, 2011).

5.2.7.7. Trastorno por estrés agudo (TEA)

Este trastorno es exactamente igual que el trastorno por estrés postraumático salvo en una característica: la duración de los síntomas. En el Trastorno por estrés postraumático la duración del cuadro de ansiedad es superior a un mes, mientras que en el TEA su duración es inferior (Moreno, 2007). El TEA debe durar como mínimo 2 días y como máximo 4 semanas siguientes al acontecimiento traumático. Es así, que el TEP no puede ser diagnosticado hasta, por lo menos, 4 semanas después de ocurrida la experiencia traumática (Cía, 2007).

Este trastorno se produce cuando la persona se ha visto expuesta a un acontecimiento traumático, en el que ha sufrido o presenciado muertes, amenazas o graves riesgos para su integridad física o la de los demás. Durante dicho suceso, o después del mismo, la persona experimenta, además de un temor, desesperanza u horror intenso, síntomas disociativos (sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, sensaciones de desrealización, despersonalización o amnesia disociativa) (DSM-IV). Así, al establecer el diagnóstico de TEA, Cía (2007), señala que implica determinar la presencia de por lo menos 3 de los siguientes síntomas disociativos:

- a) **Numbing o anestesia emocional:** Embotamiento, desapego o ausencia de respuestas emocionales o anestesia afectiva.
- b) **Amnesia disociativa:** Inhabilidad para recordar una parte importante del trauma.
- c) **Desrealización:** Sensación de estar desconectado del mundo y tener la sensación de que el entorno es irreal.
- d) **Despersonalización:** Percepción distorsionada del propio cuerpo y de la propia identidad como unidad coherente. Sensación de estar "fuera" de sí mismo.
- e) **Reducción de la atención:** Pérdida o disminución de la capacidad atencional y aturdimiento.

Recurrentemente, el acontecimiento traumático es re-experimentado a través de imágenes, sueños, pensamientos, ilusiones o episodios de flashback, lo que provoca en el sujeto un malestar intenso, asociándose también a objetos, estímulos o situaciones que recuerden o se asemejen a la situación estresora. Producto de todo ello surgen respuestas de evitación y toda una serie de síntomas relacionados con la ansiedad o la sobreactivación psicofisiológica (DSM-IV).

5.2.7.8. Trastorno de ansiedad generalizada

La persona afectada por este trastorno presenta un patrón de ansiedad, aprehensión y preocupación excesiva y no justificada en una amplia gama de actividades o situaciones. Este estado de constante preocupación y desasosiego es incontrolable para el individuo y se manifiesta con síntomas característicos como la inquietud o impaciencia, sensación de fatiga no justificable, tensión o rigidez muscular, estado de ánimo irritable, dificultades de concentración o para mantener la mente en blanco y alteraciones en los patrones habituales de sueño (DSM-IV). Podría decirse que las personas que presentan este trastorno no están siempre ansiosas porque en sí son ansiosas hablando de personalidad (Gándara & Fuertes, 1999).

El trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV; Hollander & Simeon, (2004) señalan que dura al menos 6 meses. Los síntomas se incluyen en dos grandes categorías:

- 1) Expectativas y preocupación aprensivas.
- 2) Síntomas físicos diversos.

La ansiedad generalizada, se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro; las personas con este padecimiento atienden de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores, se anticipa a resultados negativos a pesar de que exista escasa probabilidad de que eso ocurra. Mencionar que es improbable la ocurrencia del acontecimiento temido, por lo general, no altera la idea de la persona (Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, 2006). Hay distorsiones sobre el entorno y una visión excesivamente negativa de

la propia capacidad de afrontamiento. Este trastorno puede ser incapacitante y puede durar toda la vida (Kaplan & Sadock, 2009).

Cía, A. (2007), señala que el TAG presenta desde el punto de vista de la sintomatología como, diferentes componentes:

- Cognitivos
- Comportamentales
- Fisiológicos

El **componente cognitivo**, es la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo. Por ejemplo, se preocupan acerca del dinero, cuando sus finanzas están bien, o se preocupan por eventos catastróficos de baja posibilidad.

El **componente conductual**, es la incapacidad de control de la ansiedad, provocando distrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales.

El **componente fisiológico**, expresando síntomas como el aumento de la vigilia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad de descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica, palpitaciones, disnea, irritación y un estado de cansancio crónico.

En el trastorno de ansiedad generalizada no se teme nada en particular pero se teme todo al mismo tiempo. La persona que sufre este trastorno de ansiedad tiene una gran facilidad para preocuparse por muchas cosas y mucha dificultad para controlar las preocupaciones. No se limita la ansiedad a una o varias situaciones con cierta similitud entre sí, como ocurre en el resto de trastornos de ansiedad. Es como si siempre hubiera algo de lo que preocuparse: pequeños problemas en los estudios, el trabajo, o la relación de pareja, tener un accidente al salir de casa. En cualquier momento algo puede ir mal o puede pasar algo o no se está haciendo lo suficiente para asegurar la economía familiar, etc. (Moreno, 2007). Parecen estar

ansiosos ante casi todo; este trastorno es el que coexiste más frecuentemente con otros trastornos (Kaplan & Sadock, 2009).

Naturaleza y función de la preocupación.

Los seres humanos somos capaces de generar representaciones internas de eventos aversivos futuros que causan ansiedad, en ausencia de una amenaza existente. La preocupación se deriva de la producción de pensamientos e imágenes sobre la anticipación exagerada de posibles resultados negativos. La preocupación es natural en el ser humano pero esta puede ser patológica cuando es: 1) más generalizada, 2) consume tiempo, 3) es incontrolable, 4) se centra más en los problemas menores y más remotos que en situaciones orientadas hacia el futuro, 5) está selectivamente sesgada por la amenaza. Así, la preocupación puede ser constructiva (que conduce a la resolución de problemas) o puede convertirse en excesiva y maladaptativa si la amenaza percibida es considerada como altamente probable (Clark, D. A. & Beck, A. T. ,2012).

Y además resulta imposible dejar de preocuparse por las pequeñas cosas de la vida. Esta ansiedad constante se manifiesta, lógicamente, en síntomas como: dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir (Moreno, 2011).

EL CASO DE MARINA: “*¿Podría pasar cualquier cosa!*”

Marina, de 52 años, es ama de casa y madre de cinco hijos ya adultos. La relación con su marido ha perdido mucho con los años pero se resiste a iniciar la separación. Marina se ha preocupado en exceso por muchos motivos: sus hijos, su madre, sus nietos... Algunas frases típicas suyas son: “¿Ha llegado Joaquín?”, “¿Están bien los niños?”, “Lleven cuidado con el coche”; “No salgan hasta muy tarde, que nunca se sabe qué puede pasar en la noche”. El menor de sus hijos tiene ya 20 años y se ha acostumbrado a las continuas advertencias y sugerencias para prevenir males posibles. También se ha acostumbrado a llamarla por teléfono en mitad de la noche cuando sale con los amigos para informarle de que no pasa nada, que todo va bien. Marina reconoce que le resulta difícil dejar de preocuparse tanto por

todos y por todo. Le resulta muy difícil concentrarse en otra cosa que no sean los peligros que acechan a los suyos, confundiendo con frecuencia el hecho de que un peligro sea *posible* con el hecho de que sea *probable*. Tiene dificultades para dormir y mucha tensión muscular acumulada. Se resistía a reconocer que lo suyo era un problema de ansiedad "porque los peligros son reales".

Finalmente, es importante diferenciar al TAG con el TOC, como se muestra a continuación en la tabla 14.

Tabla 14. Cía. A. (2007) muestra las diferencias entre Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

TAG	TOC
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones y rumiaciones autoiniciadas. • Egosintónicas. • Conjunto indefinido de temas que van surgiendo de lo cotidiano: familia, finanzas, trabajo, enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos, imágenes o conductas intrusivas. • Egodistónicas. • Conjunto específico o definido de ideas referidas a contaminación, violencia, blasfemias, simetrías, etc. (absurdas o contrarias al ser habitual).

Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Manual Diagnóstico y Terapéutico. 2ª. Edición.

La clave del trastorno.

Las personas con ansiedad generalizada parecen poseer un radar muy sensible para detectar los problemas que pueden aparecer en cualquier momento. Es como si les costase adaptarse a la vida cotidiana, a sus cambios y a sus amenazas —continuas, pero poco probables—. Es cierto que existen los accidentes, las violaciones, las catástrofes económicas y el paro, pero eso no significa que debamos permanecer siempre en casa y no salir nunca por la noche a cenar o al cine.

La solución que adopta la persona con este trastorno es la preocupación intensiva. De hecho, esto le funciona en cierta medida debido a que la preocupación excesiva provoca un funcionamiento intensivo del hemisferio cerebral izquierdo (que soporta el pensamiento

lógico y racional), y una cierta inhibición del hemisferio derecho, que se encarga de la formación de imágenes y que tiene más poder para causar alteración emocional. Es como si preocupándonos en exceso evitásemos en cierta medida imaginarnos las consecuencias de los temores básicos que vienen a nuestra mente. Pero esta solución sólo funciona en parte porque la preocupación intensiva genera síntomas físicos de ansiedad como tensión muscular, irritabilidad o problemas con el sueño.

El problema real al que se enfrenta una persona con ansiedad generalizada es distinguir lo que es *posible* de lo que es *probable*. En realidad, todo es posible. Podemos perder el trabajo, suspender un examen que llevamos bien estudiado, salir a la calle y ser atropellados en la puerta de casa... Todo es posible. Pero, ¿es probable? Ésa es la cuestión. No todo es probable. Muchas personas salen a la calle todos los días y muy pocas son atropelladas. Y no digamos el número de los que son atropellados ¡en la puerta del propio domicilio! Generalmente, los exámenes los aprueban los alumnos que los llevan mejor preparados y los suspenden los que no los llevan lo suficientemente bien preparados.

Es cierto que algunos alumnos se ponen nerviosos y no pueden demostrar su conocimiento, pero muy pocos reprueban cuando deberían haber sacado la máxima nota. También podemos perder el trabajo e ir al paro pero, analizado en frío, ¿es eso realmente probable? Aquí puede que sea más difícil dar una respuesta; depende de la estabilidad laboral que nos otorgue nuestro contrato, de las condiciones laborales de nuestro sector, de la situación económica actual, etc., (Moreno, 2011).

5.2.7.9. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Muchas enfermedades médicas se asocian a la ansiedad. Los síntomas pueden consistir en crisis de angustia, ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones y otros síntomas de malestar o angustia. En todos los casos, los signos y los síntomas se deberán a los efectos directos de la enfermedad médica (Kaplan & Sadock, 2009).

Algunas enfermedades médicas como el hipotiroidismo, o la enfermedad de Parkinson, pueden producir síntomas parecidos a los trastornos de ansiedad. En unos casos la enfermedad médica será la causa única de esos síntomas y en otros el trastorno de ansiedad se presentará simultáneamente con la enfermedad médica (Moreno, 2011). Algunas lesiones cerebrales y los estados postencefálicos producen síntomas idénticos observados en el TOC (Kaplan & Sadock, 2009). Así también, la hipoglucemia, arritmias, trombo embolismo pulmonar, hiperventilación, asma, trastornos gastrointestinales, etc. (Cía., A., 2007).

5.2.7.10. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

El trastorno inducido por sustancias es el resultado directo de una sustancia tóxica, incluidas las sustancias de abuso, los fármacos, los tóxicos y el alcohol, entre otros (Kaplan & Sadock, 2009).

En la tabla 15 se muestra según el DSM-IV, los criterios de diagnóstico para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Tabla 15. Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- | |
|---|
| <p>A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.</p> <p>B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración. |
|---|

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Se considera un trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica) como: Alcohol, alucinógenos, amfetamina (o sustancias similares), cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (o derivados), inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; otras sustancias desconocidas.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

De Asociación Americana de Psiquiatría (2000).

Los trastornos de ansiedad y los trastornos adictivos son dos grupos de patologías que se presentan frecuentemente en comorbilidad. Tanto las adicciones como los trastornos de

ansiedad muchas veces son considerados equivocadamente como defectos de carácter o de la voluntad. La relación entre un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y un Trastorno de Ansiedad (TA) es compleja. Los pacientes con algunos TA pueden usar sustancias de abuso para automedicarse y como resultado volverse adictos. También el uso de sustancias puede empeorar o desenmascarar un cuadro ansioso (Cía., A., 2007).

5.2.7.11. Trastorno de ansiedad no especificado

Algunos pacientes presentan síntomas de trastornos de ansiedad que no cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos especificados en el DSM-IV, como el trastorno de ansiedad o el trastorno de adaptación con ansiedad o el estado de ánimo mixto ansioso-depresivo. A tales pacientes se les diagnosticará un trastorno de ansiedad no especificado (Kaplan & Sadock, 2009).

Así por ejemplo, los síntomas de ansiedad también pueden parecer en otros trastornos psicológicos como la tartamudez, la anorexia y bulimia, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, el trastorno esquizotípico de la personalidad, un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico, entre otros (Cía., A., 2007).

5.2.7.12. Otros Trastornos

5.2.7.12.1. Trastorno adaptativo con ansiedad y Trastorno adaptativo mixto.

En el trastorno adaptativo con ansiedad se observan síntomas de ansiedad, como palpitaciones, nerviosismo y agitación. Este cuadro tiene que diferenciarse de los trastornos de ansiedad (Kaplan & Sadock, 2009).

A veces los síntomas de ansiedad se producen como consecuencia de agentes estresantes tales como un despido laboral, la ruptura de una relación sentimental o problemas familiares

de reciente aparición. En este caso los síntomas de ansiedad dan lugar al trastorno adaptativo con ansiedad. Para realizar ese diagnóstico es necesario que la ansiedad constituya una fuente de malestar importante sin que alcance la intensidad para convertirse en un trastorno de ansiedad de los descritos anteriormente. Cuando además de síntomas de ansiedad también se dan síntomas depresivos, como la tristeza o la apatía acusada ante las actividades que antes resultaban placenteras, entonces hablamos de *trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo* (Moreno, 2011).

5.3. Tratamiento Cognitivo Conductual

Hace ya más de 30 años que los aportes realizados desde las Terapias Racionales, principalmente los modelos de Albert Ellis y Aaron Beck, se han integrado perfectamente bien con las tradiciones conductuales como la Terapia del Comportamiento o el Análisis Conductual Aplicado. Hoy el modelo puede llamarse sin lugar a dudas Cognitivo y Conductual, resaltando el aporte de ambas líneas de investigación y aplicación (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.;2012).

Por lo que respecta a la Teoría Cognitivo Conductual de la Ansiedad, Beck (1990), señala que las personas que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro, o la probabilidad de daño de una situación determinada y a minimizar sus habilidades para manejar amenazas percibidas a su bienestar físico y psicológico. La información sobre sí mismo, el mundo o el futuro confirman un triángulo cognitivo, donde los datos o eventos son procesados y evaluados como peligrosos y distorsionados.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es muy útil en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que apoyan sus temores, y la parte conductual ayuda a las personas a cambiar su forma de reaccionar ante situaciones que provocan ansiedad (National Institute of Mental Health, 2008). Dada la abundancia de respuestas de huida y evitación en la mayoría de las formas de ansiedad, no es de sorprender que el cambio conductual constituya un aspecto crítico de la terapia (Clark & Beck, 2012).

La Terapia Cognitivo Conductual se diferencia de otras formas de intervención clínica por el hecho de no constituir una teoría propuesta por uno o varios autores; contrariamente, su característica más definitoria es ser un marco metodológico científico donde se conjuga el aporte de varias disciplinas avocadas al estudio del comportamiento y se congrega el trabajo

de miles de investigadores que en los cinco continentes conforman la comunidad científica internacional (Dahab, 2004).

Los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual son: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. El modelo cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas (Navarro, 1994).

La TCC intenta disminuir la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo entrenando a la rama parasimpática para que reestablezca la homeostasis en las respuestas del organismo (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010)

Por ejemplo, la terapia cognitivo - conductual puede ayudar a las personas con trastorno de pánico a saber que sus ataques de pánico no son realmente ataques al corazón y ayudar a las personas con fobia social a aprender a superar la creencia de que otros están siempre viéndolos y juzgándolos. Cuando las personas están dispuestas a enfrentar sus miedos, se les muestra cómo utilizar técnicas de exposición para desensibilizarse ante las situaciones que desencadenan su ansiedad (National Institute of Mental Health, 2008).

A las personas con trastorno obsesivo compulsivo que temen a la suciedad y a los gérmenes, se les alienta a tener sus manos sucias y esperar cada vez mayor cantidad de tiempo antes de lavarlas. El terapeuta ayuda a la persona a hacer frente a la ansiedad que produce la espera y después de que el ejercicio se ha repetido varias veces, la ansiedad disminuye; las personas con fobia social pueden ser alentadas a pasar tiempo en temidas situaciones sociales, sin ceder a la tentación de huir, así como cometer pequeños errores sociales y observar cómo las personas responden ante ellos. Dado que la respuesta suele ser mucho menos dura que los miedos de la persona, la ansiedad disminuye; las personas con trastorno de estrés postraumático pueden ser apoyadas recordando su evento traumático en una situación segura, lo cual ayuda a reducir el miedo que produce.

La exposición a base de terapia cognitivo conductual se ha utilizado durante muchos años para el tratamiento de fobias específicas. La persona gradualmente se encuentra con el

objeto o situación a la que teme, al principio sólo a través de fotografías o cintas o imágenes mentales, y al final cara a cara. A menudo el terapeuta acompaña a la persona ante la situación temida para proporcionarle apoyo y orientación (National Institute of Mental Health, 2008). El terapeuta presenta siempre una intervención conductual como medio para alcanzar el cambio cognitivo (Clark & Beck, 2012).

La terapia cognitivo conductual a menudo dura aproximadamente 12 semanas. Puede ser realizada individualmente o con un grupo de personas con problemas similares. A menudo, se asignan "tareas" a los participantes para realizar entre períodos de sesiones. Si se presenta una recaída, la misma terapia puede ser utilizada con éxito por segunda vez (National Institute of Mental Health, 2008).

La medicación puede ser combinada con psicoterapia para los trastornos de ansiedad específicos, y para muchas personas, éste es el mejor enfoque de tratamiento (National Institute of Mental Health, 2008).

5.3.1. Panorama general

Por lo que respecta al taller impartido, y como lo señalan Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, (2006) una sola medida no les queda a todos por lo que el terapeuta de TCC a menudo debe dedicar su mejor juicio clínico a cada paciente.

Así es como para el taller el manejo de la ansiedad se definió usar el modelo Cognitivo-Conductual incorporando temas como: Reestructuración Cognitiva, entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, adicionando además temas necesarios de acuerdo a las problemáticas específicas de los pacientes como: autoestima, valía personal, química emocional y psicoeducación (trastornos de ansiedad y activación psicofisiológica).

Si bien se tratan de manera separada, es importante destacar que en la mayoría de los casos, los procedimientos se combinan de maneras diversas, conformando un programa desarrollado de acuerdo con las necesidades particulares de cada caso individual (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010). Algunas técnicas importantes para el manejo de la ansiedad se describen brevemente a continuación.

5.3.2. Reestructuración Cognitiva

La Reestructuración Cognitiva (RC) consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Clark D.M., 1989). La Reestructuración Cognitiva constituye sin duda uno de los pilares del trabajo del terapeuta cognitivo conductual en la actualidad (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2012).

La reestructuración cognitiva abarca varias estrategias específicas de terapia, terapia racional emotiva, cognitiva y el entrenamiento auto-instruccional. Con esta, los pacientes aprenden a elaborar interpretaciones alternas que ayuden a disminuir el temor y angustia presentados (Beck, Emery & Greenberg, 2005).

La TRE emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales y discutirlos, mostrando que sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede (Ellis & Abrahms, 2005).

Moreno (2011), dice que la reestructuración cognitiva es un término amplio para diversos planteamientos de índole cognitivo que pretenden reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. La suposición básica de la que parten estas perspectivas es que los factores *cognitivos* (p. ej., ideas, actitudes, percepciones)

influyen en las emociones y el comportamiento de la gente. En otras palabras, **no es un suceso por sí mismo el que determina lo que sienten los individuos, sino su percepción de la situación**. Así, la psicopatología -como depresión y ansiedad- es el resultado de las distorsiones en estos factores cognitivos.

A menudo se describen tres grados de disfunciones cognitivas en los modelos cognitivos; *pensamientos automáticos distorsionados o negativos* (p. ej., "soy aburrido", "soy un fracaso"), *suposiciones desadaptativas o principios rectores erróneos* (p. ej., "debo tener la aprobación de todos", "debo caerles bien a todos"), y *esquemas disfuncionales o conjuntos de ideas básicas* (p. ej., "soy un inadaptable", "soy un estúpido").

Si bien existen diversos modelos de reestructuración cognitiva, todos pretenden ayudar a que los pacientes identifiquen estos tipos de patrones de pensamiento negativos: comprendan cómo influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes, y cambien esta mentalidad al sustituir las ideas negativas con otras más adaptativas y saludables.

Así, por ejemplo si unos amigos deciden ir al cine pero no se ponen de acuerdo sobre la película que van a ver y al final cada uno entró en una función distinta y al salir se reúnen y después de tomar un helado, y ya de noche se van juntos a su casa, en eso uno de ellos oye un ruido y su corazón late aceleradamente, y empieza a *interpretar* cada sonido como algo amenazante, sintiendo que los persiguen y que los van a asaltar, por el contrario los otros compañeros se muestran tranquilos y *no malinterpretaban* los sonidos; la diferencia radica en que el joven que teme vio una película de terror cuyo argumento se trataba de una banda de delincuentes que asaltaba. Y lo que ocurre es que *sobreestima la probabilidad*. Este error consiste precisamente en confundir lo **posible** con lo **probable**. Que sea posible que me puedan atracar en un parque no significa que sea probable que me atraquen en el parque X, del que se sabe es bastante seguro.

5.3.2.1. Pensamientos automáticos

Moreno (2011) dice que los pensamientos automáticos son de rápida evaluación, veloces y breves, es decir, no provienen de razonamientos. Muchas veces estos pensamientos son considerados como correctos y normalmente no son sometidos a crítica.

Los pensamientos automáticos suelen ser irracionales y negativos con frases como:

- ¡Eres estúpido!, ¡nunca aprobarás!
- ¡Ya no puedo más!
- ¡He hecho el más grande de los ridículos!
- ¡Me quieren ver hundido!
- ¿y si repruebo?, ¿y si le ocurrió un accidente?
- ¡Seguro que no le gusto!
- ¡Mi vida ya no tiene sentido!
- ¡Debería ser más...inteligente, simpático, divertido!

Hay pensamientos que para el sujeto le parecen importantes y que *aparecen justo antes* de ponerse ansiosos o temerosos.

Ellis (2006) señala que los pensamientos automáticos son:

- Irracionales
- Automáticos
- Exagerados o dramáticos.

Al cabo de un día podemos tener algunos pensamientos de este tipo, pero una mente asediada por varios de ellos con tanta presión negativa se viene abajo, igual que un organismo inundado de virus enferma.

Según Moreno (2007), algunos pacientes desean saber el origen de esos pensamientos. ¿Por qué pienso eso y no otra cosa? –preguntan-. Cada persona a lo largo de su vida, va teniendo una serie de experiencias (directas a través de lo que ocurre a los conocidos o

familiares), y a partir de esa experiencia vital desarrolla unos *esquemas básicos* sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas son creencias, valores, actitudes y reglas que no se cuestionan, y que se asumen como verdades desde el principio de nuestra vida.

De acuerdo a Moreno (2011), algunos esquemas básicos que facilitan la ansiedad son:

- Lo desconocido es peligroso.
- La crítica significa rechazo personal.
- No soy nada si nadie me quiere.
- Tengo que agradar a los demás.
- Cometer errores es el principio del fin.
- Soy débil.

Una persona que no se cuestiona que la crítica pueda ser distinta del rechazo personal tenderá a interpretar *cualquier* crítica como rechazo personal.

Pensar con claridad es aprender a tomar distancia de nuestros propios pensamientos. No tomarlos como verdaderos necesariamente, sino como interpretaciones de la realidad que pueden ser *verdaderas, falsas o incompletas*. Pensar con claridad es desarrollar el hábito de *cuestionarse* la validez de los pensamientos automáticos que vienen a nuestra mente cuando nos sentimos mal, cuestionarse qué evidencia existe a favor o en contra de la interpretación que estamos haciendo de la realidad. Para pensar con claridad es necesario detectar los pensamientos automáticos y una vez que tenemos claro cuáles son estos pensamientos, el siguiente paso es cuestionarnos la evidencia que apoya, o no, esos pensamientos (Ellis, 2006).

5.3.2.2. Situación, pensamiento y emoción

Ellis, (2013) señala que estamos tan acostumbrados a estos pensamientos que no los cuestionamos.

Ante una SITUACIÓN:	Surge un PENSAMIENTO:	Y como consecuencia una EMOCIÓN:
"reprobé mi examen"	"soy un tonto" "no doy una"	"tristeza" "esperanza"

Ellis, A. (2013) Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted.

No es que tengamos estos pensamientos negativos, más bien ellos nos tienen a nosotros. O como dice Moreno (2011) no son los hechos los que nos generan diferentes emociones sino la *forma* en que interpretamos los hechos (anexo 4).

Tabla 16. Relación entre pensamiento, sentimiento y acción



Ellis, A. (2006) Usted puede ser feliz.

Ellis (2006) señala que es muy común escuchar decir:

- El auto se descompuso y "eso" me causa ansiedad.
- Obtuve una "mala nota" en matemáticas y "eso" me deprime.
- El hablar en público "me causa" mucho temor.
- La conducta de mis padres me pone "muy enfadado".

Tabla 17. Experimentación ante un mismo acontecimiento

Ante un mismo acontecimiento varias personas pueden experimentarlo de forma totalmente diferente.

Por ejemplo: Nos presentan a una persona desconocida

ALTA AUTOESTIMA "seguro que le gusto y le caigo bien"
Satisfacción

BAJA AUTOESTIMA "se dará cuenta de lo tonto que soy y me rechazará"
miedo

SUSCEPTIBLE "es mejor desconfiar de alguien de quien no conoces nada"
rechazo

Ellis, A. (2006) Usted puede ser feliz.

Es así que como señala Moreno (2011) lo que pensamos interfiere con lo que sentimos.

Lo que pensamos	Cómo nos sentimos	Emoción
No entiendo la tarea	Me siento muy angustiada	Enojo
Nadie me quiere	Me siento decepcionada	Tristeza

Así por ejemplo cuando pienso en cosas tristes me pongo triste. Cuando pienso en cosas alegres me siento mejor. Cuando pienso en peligros que pueden suceder me pongo ansioso. El pensamiento tiene un papel fundamental en las emociones que sentimos cada día. Y no me refiero al pensamiento entendido como razonamiento lógico. Tampoco al pensamiento profundo del filósofo que trata de averiguar la esencia de las cosas. Me refiero al diálogo que mantenemos con nosotros mismos cada día, a veces casi sin darnos cuenta. Otras veces, incluso hablándonos a nosotros mismos en voz alta. ¿Quién no se ha visto alguna vez ensayando mentalmente repetidas veces cómo se iba a declarar a la chica o al chico de sus sueños? ¿Quién no se ha sentido angustiado sólo de imaginar que esa chica o ese chico pudieran declinar nuestra oferta amorosa? Ése es el poder del pensamiento. El amplio mundo de imágenes, historias y diálogos que pueden aparecer en la mente (Moreno, 2012).

5.3.2.3. Sistema de Análisis Funcional (ABC-DE)

En la teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales (Ellis, 2003).

Moreno (2011) señala que es importante que el paciente practique ejercicios de auto-observación como se muestra en el (anexo 5), donde se realiza un autoregistro que ayuda a conocer las **situaciones desencadenantes (A)**, los **pensamientos o las imágenes** que se forman en nuestra mente y que nos hacen ponerle una etiqueta de "peligro" a la situación **(B)** y las **emociones** propiamente dichas **(C)**.

Veamos el siguiente esquema:



Ellis, A., (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Editorial Pax.

Así al decir, obtuve una "mala nota" en matemáticas (A) y "eso" me deprime (C).

Ante esto pensamos que (A) causa (C)

Pensamos que la situación causa nuestra emoción y no es así, es (B) nuestro *pensamiento*, creencias acerca de (A) lo que causa (C).

Para un mejor ejemplo, veamos el siguiente esquema en la **tabla 18**.

Tabla 18. Autorregistro ABC

Situación (A)	Obtuve una mala nota en matemáticas
Pensamiento (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Eso es terrible • Jamás podré ser un buen estudiante • No lo puedo soportar
Emoción o conducta (C)	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Enojo • Dejo la universidad

Moreno, P. (2007) Superar la ansiedad y el miedo. 7ª Edición.

Así considerando que la situación genera un pensamiento y esta una emoción tenemos lo siguiente:

Tabla 19. Autoregistro Situación- Pensamiento-Emoción (ABC)

A. Situación	B. ¿Qué has pensado?	C. ¿Cómo te sientes?
¿Dónde estabas, con quién, qué estabas haciendo?	¿Qué pensamientos venían a tu mente de forma automática <i>justo antes</i> de sentirte mal? ¿Ha venido alguna imagen en ese momento? ¿Te creías lo que pensabas o imaginabas?	Resume en una palabra tu malestar: ansioso, deprimido, triste, con miedo, avergonzado, desesperanzado...
En una discoteca, con los amigos. Mis amigos quieren que hablemos con un grupo de chicas.	Espero que no hablen en serio. La verdad es que es muy guapa. Seguro que no puedo mirarla a la cara. No sé de qué hablar, estoy bloqueado. Pensaré que soy raro y que no valgo la pena.	Tembor de piernas. Con calor y las manos frías. Mi corazón late fuerte.

Llamé a Juan, no estaba y no me devolvió la llamada	Juan es un mal amigo	Enojo Decepción
---	----------------------	--------------------

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el mico. 9ª Edición

A lo largo del tiempo y de acuerdo a las necesidades del terapeuta el esquema puede ir teniendo algunas modificaciones como el siguiente esquema (anexo 6) que se utiliza en el CSP "Dr. Guillermo Dávila", donde la reacción de la persona se evalúa en su emoción, en lo que siente fisiológicamente y en su conducta en la **tabla 20**.

Tabla 20. ABC del CSP "Dr. Guillermo Dávila"

A	B	C			Nivel de Ansiedad (1-10)
Situación	Pensamiento	Emoción	Fisiológico	Conductual	
Respondo mal ante una situación en clase y mis compañeros se ríen.	* Es terrible * Soy un imbécil * Son malas Personas	* Tristeza * Ira * Hostilidad	* Me ruborizo * Sudoración	* Me alejo de ellos. * Evito participar.	(8)

Valencia, A. (2007) Juego del optimismo.

Generalmente, las personas suelen pensar que se ponen mal *directamente* porque tal o cual situación *les* da miedo. La realidad es más complicada. Yo no me pongo ansioso porque estoy hablando delante de la gente o porque los supermercados pueden conmigo. La realidad es que me pongo ansioso cuando hablo delante de la gente *porque pienso*, de forma automática, que se van a reír o que o que me podría poner rojo como un tomate. Me pongo ansioso en el supermercado por que viene a mi mente el recuerdo de la última crisis de pánico que tuve y en la que pensaba que podría morir asfixiado, entonces pienso que si volviera no lo resistiría. Esos pensamientos "negros" como algunos los llaman, nos hacen ver la situación de forma humillante o catastrófica. Un paso muy importante para lograr superar

la ansiedad- definitivamente- es aprender a detectar los pensamientos o imágenes mentales que vienen justo antes de ponerse ansioso (Moreno, 2007).

Una vez que se tiene cierta práctica en detectar los pensamientos automáticos, podemos modificar el Autoregistro ABC, añadiéndole un par de columnas más para analizar la evidencia que apoya nuestros pensamientos y explorar interpretaciones alternativas (Columna D). En la última columna (E) anotamos cómo nos sentimos tras cambiar nuestra interpretación de la situación o de las sensaciones (anexo 7) así se muestra en la **tabla 21**.

Tabla 21. Autoregistro ABCDE

(A) Situación	(B) ¿Qué has pensado?	(C) ¿Cómo te sientes?	(D) ¿Qué evidencia tengo?	(E) ¿Cómo te sientes?
¿Dónde estabas, con quién, qué estabas haciendo?	¿Qué pensamientos venían a tu mente de forma automática <i>justo antes</i> de sentirte mal? ¿Ha venido alguna imagen en ese momento? ¿Te creías lo que pensabas o imaginabas?	Resume en una palabra tu malestar: ansioso, deprimido, triste, con miedo, avergonzado, desesperanza do...	¿Se ajustan a la realidad tus pensamientos? ¿Qué evidencia tienen a favor? ¿Y en contra? ¿Te crees los nuevos pensamientos?	Vuelve a valorar tu malestar y anota si ha habido algún cambio al pensar de forma más realista.
Respondo mal ante una situación en clase y mis compañeros se ríen.	<ul style="list-style-type: none"> •Es terrible •Soy un imbécil. •Son malas personas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Ansiedad. •Ira. •Tristeza. •Me alejo de ellos. •Temor a que vuelvan a preguntarme. 	<p>*Prefiero hacer las cosas bien pero tengo derecho a equivocarme.</p> <p>*Es normal que me moleste porque se rían de mí, pero eso</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Me quedo tranquilo •Les pregunto que les causó gracia y quizá también me ría. •Aprendo tranquilo cual era la

		•Baja autoestima.	no las hace malas personas, tal vez se les hizo gracioso.	respuesta correcta y me siento bien.
--	--	-------------------	---	--------------------------------------

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición

Para evaluar el aspecto (D) de este registro podemos apoyarnos del anexo 8 para facilitarle al paciente analizar la racionalidad y evidencia de su pensamiento.

Es fundamental que nos preguntemos qué evidencia apoya a nuestras imágenes y pensamientos automáticos. Que yo piense de forma automática que me estoy muriendo porque tengo un pinchazo en el pecho, no significa que eso sea real. Pues ¿Qué evidencia tengo de que ese pinchazo sea la señal de un infarto? Si los síntomas se me pasan al tomar un ansiolítico en el hospital. Que yo piense que se pueden reír de mí si voy a una reunión con los amigos, no significa que ellos se vayan a reír y ¿Qué pasaría si se ríe uno? Que sea desagradable o molesta la intervención del dentista, ¿La convierte en insoportable? ¿Que evidencia tengo de que no podré soportarla? (Moreno, 2011).

Puedo pensar que mi hijo podría tener un accidente si va al campamento un fin de semana, pero ¿qué evidencia tengo de que ocurra el accidente? Posible es, porque alguna vez hemos visto en las noticias que han ocurrido accidentes similares, pero ¿es probable? ¿Cuántos accidentes de autobuses han ocurrido en el último año? Estas son las ideas que a veces son tan fugaces como influyentes (Moreno, 2007).

El problema suele deberse a que nos creemos más los pensamientos automáticos negativos que los pensamientos alternativos generados. Si no nos creemos la nueva interpretación de la realidad, difícilmente podremos llegar a sentirnos mejor.

A veces para llegar a creernos los nuevos pensamientos puede ser útil hacer *experimentos* que nos permitan comprobar la realidad de nuestros pensamientos. Así la idea de "No soportaré la revisión del dentista" Ve a la revisión del dentista y comprueba si es cierta tu predicción. Si no te caes desmayado al suelo será señal de que si la has soportado.

5.3.2.4. Distorsión Cognitiva

La realidad tiene muchos matices. ¿Qué significa una sonrisa? Puede significar cariño, ironía, compañerismo, atracción sexual, desprecio, amistad, etc. Nuestra experiencia personal, es lo que nos permite interpretar esa sonrisa de una u otra forma y como se trata de una interpretación podemos acertar o no (Moreno, 2011).

Cuando no acertamos a interpretar correctamente una situación o una sensación corporal, es probable que estemos cometiendo algunos *errores lógicos* o *distorsiones cognitivas*. Algunos de ellos se muestran en la **tabla 18**.

Tabla 22. Distorsiones cognitivas

Error	Definición
Inferencia arbitraria	Sacar <i>conclusiones</i> sin <i>analizar</i> la información de manera objetiva, interpretando la situación de forma arbitraria. Ejemplo: "Al verme fallar como no debí hacerlo, ahora me verán como un idiota incompetente".
Pensamiento Catastrófico	Es una inferencia arbitraria particular. También llamado "error del adivino". Consiste en concluir sin tener evidencia suficiente, que va a ocurrir algo terrible. Ejemplo: "Reprobé un examen, Seguro repruebo la prepa, no tengo remedio".
Lector de mentes	Es una inferencia arbitraria particular. Consiste en concluir sin tener evidencia, sin tener evidencia suficiente, que se sabe lo que está pensando otra persona). Ejemplo: "Al expresar mis sentimientos, pensó que estoy loca, me tendrá lástima, se reirán de mí".
Personalización	Pensar que los demás tienen una actitud negativa hacia uno mismo (cuando no disponemos de evidencia suficiente para

	<p>pensar así). Pensar que el mundo gira alrededor de mí y que la gente me trata de mala manera o de forma diferente. Ejemplo:</p> <p>“Mis padres están peleando, seguro que es por mi culpa, seguro es porque ayer llegue tarde”.</p>
Abstracción selectiva	<p>Quedarnos solo con una parte de la información (la negativa) sobre una situación. Consiste en no tomar en cuenta uno o más aspectos importantes de una situación; de esta forma, la persona enfoca ciertos detalles de una situación multifacética, mientras hace caso omiso de otros detalles relevantes. Ejemplos:</p> <p>“Persona que interpreta su actuación al hablar en público como fatal porque sólo se da cuenta de sus errores y pasa por alto progresos reales; paciente deprimido que sólo se fija en sus experiencias negativas, mientras ignora las positivas”.</p>
Sobregeneralización	<p>Generalizar en exceso las conclusiones negativas debidas a un hecho concreto. Basándose solo en una mala experiencia o hecho. Ejemplo:</p> <p>“En nuevo curso escolar algo salió mal, pienso, no tiene caso cambiar, todo va a salir mal”.</p> <p>“Cuando un padre reprende a su hijo y piensa que es un mal padre y que no tiene remedio”</p>
Magnificación	<p>Dar mucha importancia a los aspectos negativos de una experiencia. Ejemplo:</p> <p>“Discutes con tu madre, piensas que esto es de todos los días, que siempre te grita”</p>
Minimización	<p>Quitar importancia o subestimar los aspectos positivos de una experiencia. Minimiza los logros o capacidades propias o de otros. Ejemplo:</p> <p>“Tu madre, con quien discutiste hace algo amable y bueno por ti, piensas que seguro algo quiere”.</p> <p>No valorar los pequeños cambios que va haciendo su cónyuge. Personas que cuando les alaban algo que ha hecho piensa que lo hacen sólo por cumplir. Persona que atribuye algo fruto de su esfuerzo a la suerte.</p>

Pensamiento dicotómico	Ver la realidad en blanco y negro. Bueno/ malo, listo/ tonto, mortal/ inofensivo. En vez de reconocer un continuo, la persona razona en términos de "todo o nada". Ejemplo: "Las cosas se hacen bien y perfectas o no se hacen" "Todos me tratan mal, nada me sale bien, soy un mal hijo".
Razonamiento emocional	Tomar nuestras emociones como evidencia para interpretar la realidad. Ejemplo: "Si me da miedo debe ser peligroso" "Me siento culpable, por tanto he hecho algo malo" "Me siento abrumado y desesperanzado, por tanto mis problemas no tienen solución"
Afirmaciones "debería"	Aplicar de <i>modo rígido</i> reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás. "Debería ser mejor padre" "Debería tener mejores calificaciones" "Debería hacerlo mejor" "Debería ser más inteligente".
Externalización de la propia valía	Quitarnos importancia cuando hay evidencia suficiente de nuestro valor.

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

En la **tabla 23** se presentan algunos otros ejemplos de situaciones con sus interpretaciones y errores lógicos o distorsiones cometidas.

Tabla 23. Ejemplos de errores o distorsiones cognitivas típicos.

Error	Situación e interpretación.	Realidad
Pensamiento catastrófico	Un paciente con crisis de pánico en numerosas ocasiones pensaba: "Me va a dar un ataque al corazón". Esto lo pensaba cada que notaba cualquier sensación "extraña" en su corazón.	Esas sensaciones eran taquicardias, dolores de pecho, etc., sintomatología típica producida por la ansiedad, como se lo habían asegurado en varias ocasiones en el hospital.

Lector de mentes	Cuando estaba exponiendo un trabajo ante sus compañeros, un ejecutivo observó que algunos hablaban entre ellos y pensó: "No les gusta cómo he expuesto el tema".	El fin de semana estaba próximo y esos compañeros estaban planeando salir a cenar con sus esposas.
Personalización	Un paciente con fobia social que participaba en una sesión de un grupo terapéutico se sintió abatido. Mientras hablaba observó signos de que dejaban de prestarle atención y pensó: "Se están aburriendo porque no les interesa mi vida"	No tuvo en cuenta que las personas pueden encontrarse cansadas por motivos diversos y que, cuando eso ocurre, pueden prestar menos atención a los demás independientemente de lo interesante que sea el tema.

Moreno, P. (2007) Superar la ansiedad y el miedo. 7ª Edición.

Con estos datos se realizó un folleto de apoyo para los pacientes participantes (anexo 9).

En 2012, Moreno señala estas principales ideas a tener en mente:

1) Tu ansiedad depende de cómo interpreta tu mente las situaciones o sensaciones temidas. Por ejemplo, si una leve taquicardia la interpreto como el resultado de haber tenido una discusión acalorada o de haber subido unas escaleras, no tendré miedo, pero si la interpreto como la señal de que estoy a punto de tener un infarto es fácil que me asusté mucho. La interpretación a veces se realiza en décimas de segundo.

2) A veces asumimos como verdaderos los pensamientos que vienen a nuestra mente sin cuestionar si se ajustan a la realidad o no. Cuando sentimos ansiedad o miedo es habitual que nuestra mente distorsione la realidad, lo que hace que sintamos más ansiedad o miedo. Por ejemplo, estás nervioso y al darte cuenta de cómo tu corazón late más de prisa de lo normal valoras el pensamiento me va a dar un infarto como si fuera una predicción exacta de lo que va a suceder, lo que aumenta aún más tu ansiedad y tu miedo. Pero, ¿dónde está la prueba de que realmente te vaya dar un infarto?

3) El pensamiento distorsionado es una consecuencia natural del estado de ansiedad, ya que frente a un peligro potencial es más ventajoso para la supervivencia exagerar dicho peligro, y que luego resulte ser inofensivo, que minimizar su importancia, y que ello conlleve un daño o perjuicio. Por tanto, sirviendo al imperativo de la supervivencia, siempre es mejor asustarse y luego comprobar que era una falsa alarma.

4) Cada uno vive la ansiedad a su manera. Por ejemplo, una persona puede interpretar las palpitaciones como peligrosas si está nadando en la piscina (—puedo ahogarme si tengo un infarto-) y no si va paseando sola por el campo (—puedo pararme tranquilamente y respirar-). Otra en cambio, puede temer más pasear sola (—nadie puede ayudarme si tengo un infarto-) que si está nadando en la piscina (—el socorrista puede ayudarme si tengo un infarto-).

5) A veces nuestra forma de comportarnos impide comprobar que los pensamientos catastróficos están distorsionados. Esto tiene su lógica: si pienso que algo es peligroso lo evito, pero, precisamente, por evitarlo no puedo comprobar que era una falsa alarma. Y, lo más triste, es que en mí queda la sensación de que me libré de un peligro, reforzando de esa manera mis miedos. Por esto, enfrentarse a las situaciones temidas de forma gradual es la mejor forma de comprobar que nuestros miedos no se basan en el peligro real de lo temido.

6) La probabilidad de que suceda un acontecimiento es independiente del grado de ansiedad o miedo que tengas en un momento concreto. Por ejemplo, el riesgo de que una persona particular tenga un infarto cardíaco es el mismo si esa persona está relajada o ansiosa, ya que su riesgo depende de su herencia genética y de los hábitos de alimentación y consumo de tabaco y alcohol. Pero en estados de ansiedad, sobre todo si es intensa, es fácil pensar que llevamos todos los números del sorteo de un infarto, lo que a su vez aumenta nuestra ansiedad.

7) Las distorsiones del pensamiento nos hacen ver la realidad de forma distorsionada. Cuando noto las sensaciones de mi cuerpo que me asustan o al estar presente en determinados lugares o situaciones que temo, es frecuente que mi mente distorsione la

realidad para favorecer la auto-protección que supone escapar de o evitar esas sensaciones o situaciones. Las distorsiones más típicas son saltar a conclusiones negativas sin tener pruebas suficientes del peligro (*sobreestimación del riesgo*) y exagerar las consecuencias de algo relativamente inofensivo, pensando que se hará insufrible e intolerable (*dramatización*).

8) La dramatización o exageración de las consecuencias es adecuada cuando existe un peligro o amenaza real. Ya que esto nos permite escapar antes del peligro o evitarlo si ya estamos en contacto con la situación amenazante. Pero, cuando la amenaza no es real, dramatizar o exagerar las consecuencias nos limita la vida. Es comprensible que prefieras no pasar un mal rato mareándote en un supermercado por miedo a desmayarse y hacer el ridículo, pero evitar el supermercado o escapar de él en cuanto notes una leve sensación de mareo es una reacción exagerada (de acuerdo con el peligro real). Realmente, ¿qué es lo peor que podría pasar?, ¿qué te hace pensar que no podrías tolerarlo?

5.3.2.5. Creencia Irracional

Las creencias Irracionales (Ci) es un término usado en la terapia racional emotiva conductual, cuyo acrónimo es TREC (REBT, por sus siglas en inglés derivadas de Rational Emotive Behavior Therapy), es una psicoterapia de la terapia racional y la terapia racional-emotiva creadas, modificadas y ampliadas por el psicólogo estadounidense Albert Ellis desde el año 1955 hasta su muerte en 2007. Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directiva, representado por la secuencia A-B-C, encaminada a la reestructuración cognitiva (Ellis, 2005). Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la terapia cognitivo-conductual (TCC) creada por Aaron T. Beck, otro teórico importante de la terapia cognitiva (Riso, 2006).

Ellis (2003), decía que las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según sus valores y creencias que tienen. Donde las personas no reaccionan según los acontecimientos, sino según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos.

Señalaba que las creencias irracionales surgían de la tendencia humana a ver el mundo algo deformado y de afirmaciones exigentes e imperativas acerca de lo que "debería" ocurrir. Convirtiendo los deseos en horribles necesidades. Por ejemplo, al decir, "a mi edad, debería tener una casa grande con jardín y alberca", convirtiendo un deseo en una necesidad llamada "perturbadora"

En base a esto Ellis (2006) señalaba 11 creencias irracionales, en donde su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados. Ellis parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (D) seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.

En la Terapia relacional emotiva, Ellis distingue claramente las ideas racionales de las irracionales.

Creencias racionales: están sujetas a la probabilidad, son relativas, es decir pueden ocurrir o no pero tienen una base cierta. Se expresan en forma de preferencias y deseos.

- Ejemplo, **me gustaría** aprobar el examen, **quisiera** poder comprarme un coche. O **preferiría** no tener que ir a esa conferencia.
- Si los deseos no se logran puede surgir tristeza o decepción pero esto no impide o limitan a la persona el logro de nuevas metas o deseos.

Creencias irracionales:

- Este tipo de creencias o pensamientos, son de carácter absoluto y dogmático (Todo/nada, Siempre/nunca). Las expresamos en forma de exigencia. **Debería de....**,

estoy obligado a..., tengo que... Si no logramos nuestros deseos, las emociones generadas pueden ser muy negativas, cólera, depresión, sentido de culpa, ansiedad.

- Estas emociones a raíz de esas creencias emocionales si pueden influir en el logro de otras metas a corto medio y largo plazo. La frustración de no lograr lo que mentalmente "*estoy obligado a*" puede generar sufrimiento, culpabilidad, conductas de aislamiento y patologías como ansiedad, depresión, abuso de sustancias tóxicas u otros comportamientos de riesgo. Las creencias irracionales obnubilan, como cuando alguien se enoja dice muchas cosas y no entiende razones porque está segado.

A raíz de esto, Ellis (2005) agrupó las Ci en 11 creencias como sigue:

1. Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
3. Las personas que no actúan como "deberían" son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
4. Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.

10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.

11. Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Analicemos una de ellas:

Tabla 24. Análisis de creencias irracionales

Creencia	Por qué es irracional	Alternativa racional
<p>1. Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.</p>	<p>El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable.</p> <p>Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán a uno.</p> <p>Es imposible que uno sea siempre simpático o agradable cara a los demás.</p> <p>Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía.</p> <p>El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendría que abandonar las propias necesidades.</p>	<p>El individuo no debería intentar erradicar todos sus deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación o amor.</p> <p>El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico.</p> <p>El individuo debería preguntarse: "¿Qué quiero hacer en el curso de mi relativamente corta vida?, más que ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?"</p> <p>Para conseguir el amor de los demás, una de las mejores formas es darlo.</p> <p>El se debe concentrar más en el disfrutar del proceso más que del resultado.</p> <p>Cuando intenta actuar bien es más para su propia satisfacción, que para agradar o ser mejor que los demás.</p>

Ellis, A., (2009) Razón y emoción en psicoterapia. 7ª Edición.

Estas 11 ideas irracionales fueron sintetizadas después en 3 ideas irracionales básicas, como exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de "deberías"; "es necesario que", con respecto a:

1. **Uno mismo:** "debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actos".
2. **Los demás:** "ellos deben actuar de forma agradable, considerada y justa".
3. **La vida y el mundo:** "debe ofrecerme condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad".

Ellis (2003), dice que cuando esas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) derivados de esas exigencias absolutistas, que son:

- **Tremendismo:** "es terrible"
- **No- soportantis:** "no puedo soportarlo"
- **Condena:** "es un gusano" o autocondena "soy un inútil"

Una creencia irracional suele basarse en una distorsión cognitiva así por ejemplo, tenemos lo siguiente:

Distorsión Cognitiva	Creencia Irracional
Si hago algo mal como no debo....	...soy un fracaso total e indeseable
Cómo no puedo soportar que algo suceda mal...	...entonces creo que nada bueno pasa en mi vida.
Mis logros son resultado de la suerte, pero mis errores son culpa mía...	...entonces soy un fracaso total. ...debo hacer siempre las cosas bien.

En 2003 Ellis señala que las posiciones de vida que toma el individuo son dicotómicos y la persona suele situarse en uno de los polos, así tenemos:

- **Exigencia-Preferencia.** Con la actitud de preferencia la persona acepta sus limitaciones de todo tipo y se centra en disfrutar y/o conseguir sus posibilidades. Lo contrario pasa en la exigencia.
- **Yo como objeto.** Me pongo etiquetas "soy un...", "es un..."; a diferencia del yo como contexto o como potencial.
- **Vivir en función de lo que te apetece** (dejándote llevar por tu estado psicológico del momento), frente a vivir en función de lo que te conviene (de tus metas a largo plazo) también denominado hedonismo a largo plazo.

Finalmente el objetivo es detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad (fruto de las distorsiones) como las creencias irracionales y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan (Ellis, 2005).

5.3.3. Entrenamiento en relajación

Las técnicas de relajación tienen sus orígenes formales a finales del siglo pasado y en los primeros años de nuestro siglo. Las primeras publicaciones sobre la relajación progresiva de Jacobson y la relajación autógena de Schultz son de 1929 y 1932, respectivamente. La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX – XXI y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de conducta (Caballo, 2008).

Una técnica de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias de los programas de control del estrés y están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal. La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud (Goleman, 2006).

La práctica diaria de la relajación te ayuda a prevenir la aparición de nuevas crisis de ansiedad. La relajación es de poca ayuda cuando ya estás sufriendo una crisis de ansiedad, pero su efecto se va acumulando en el cuerpo y se nota a partir de tres o cuatro semanas de práctica diaria, reduciendo muchos de los síntomas de la ansiedad (Moreno, 2011). Las estrategias de control físico, relajación muscular y respiración profunda potencian el control de las emociones negativas como la ansiedad, el enfado, el dolor o la ira (Ibáñez, 2012).

Tabla 25. Algunas técnicas de relajación.

Técnica	Método
Técnicas Mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Método jackobson (muscular) • Método schultz (Autógena) • Práctica imaginada
Técnicas Asistidas	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación por parejas • Fisioterapeuta • Ambientalista. • Etc,

Para el taller realizado se utilizaron los 3 métodos de las técnicas mentales, ya que son las que mejor resultado tienen en la mejora de la ansiedad.

5.3.3.1. Técnicas de respiración

Los terapeutas cognitivo conductuales también enseñan a realizar respiración profunda y otros tipos de ejercicios para aliviar la ansiedad y fomentar la relajación (National Institute of Mental Health, 2008).

Moreno (2011), dice que la respiración tiene un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las crisis de ansiedad inesperadas. Cuando se está en estado de ansiedad elevada o de pánico, los sujetos suelen hiperventilar, es decir, respirar en forma rápida y entrecortada (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010). La respiración está muy relacionada con las emociones, por eso se acelera o se calma en función de nuestro estado emocional (Moreno, 2007). Esta respiración agitada es poco eficiente pues la premura con la cual la persona inhala y exhala impide un adecuado intercambio gaseoso (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010). Cuando estamos nerviosos la respiración tiende a aumentar su ritmo, cuando estamos tranquilos la respiración se hace tranquila y relajada, casi imperceptible. Moreno (2011) señala que cuando dormimos la respiración se hace profunda y abdominal. En los estados de estrés y ansiedad es típico que la respiración se haga rápida, superficial y torácica (con la parte superior del pecho). Como resultado aparece sensación de ahogo, taquicardia, calor y otros síntomas característicos de la activación autonómica que la persona con ansiedad elevada típicamente interpreta de manera catastrófica (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; Jul 2010).

Respirar es un mecanismo fisiológico involuntario y automático que se modifica ante ciertos cambios conductuales o emocionales. Aunque es un proceso involuntario, se puede aprender a ejercer control sobre la respiración, con el propósito de adoptar ciclos de respiración más largos para disminuir nuestras emociones como el enojo o el miedo (Casado, 2009).

Vivas, et al. (2007), indica que:

“una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. La respiración nos proporciona una mejor oxigenación optimizando la vida, cuanto más oxigenado tengamos el cerebro, seremos más claros, más lúcidos y más eficaces. (...), la respiración es una función vital que se produce de forma automática; sin embargo, de todos los sistemas vitales del cuerpo, el respiratorio es el más fácilmente controlable y modificable.” (p. 34)

Necesitamos respirar, pero un exceso de inspiraciones aumenta el nivel de oxígeno en la sangre y disminuye el nivel de anhídrido carbónico. Nuestro cerebro utiliza el nivel de anhídrido carbónico para regularse, por lo que cuando disminuye ese nivel, disminuye ligeramente el nivel de oxígeno en el cerebro —lo que produce los síntomas centrales— y disminuye el volumen de sangre en algunas partes del cuerpo —lo que produce los síntomas periféricos—. Si en ese momento saliéramos corriendo, como hacían los humanos primitivos ante los depredadores, todo el exceso de oxígeno sería muy útil para la fisiología del cuerpo, facilitando la máxima capacidad de huida (Moreno, 2007).

La opresión o dolor del pecho se produce por fatiga de los músculos de la respiración. Es importante aclarar que todos estos síntomas de la hiperventilación son completamente inofensivos y que, en cierto modo, tienen un valor adaptativo cuando estamos ante un peligro real.

Según Rodríguez (2008) existen 4 tipos de respiración en función del lugar de los pulmones a donde dirigamos el aire (anexo 10) y son:

1. Respiración diafragmática (zona baja). Esta respiración es regulada por el diafragma y corresponde al llenado de la parte inferior de los pulmones. Al tomar aire, desplazamos el diafragma hacia abajo, hasta 4 cm., siendo los órganos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente la barriga. Es la zona de mayor capacidad respiratoria. (Sería necesario respirar 3 veces con el pecho para absorber la misma cantidad de oxígeno que llega a los pulmones con una sola respiración diafragmática).

La respiración abdominal activa al sistema nervioso parasimpático a través del "sinus arritmia", que se define como la cantidad de latidos cardíacos que hay entre la inspiración y la expiración. Tan pronto se realiza la respiración abdominal, el ritmo cardíaco disminuye. Esta técnica constituye una potente herramienta para el tratamiento del trastorno de ansiedad: es un hecho comprobado que entre dos y tres respiraciones abdominales bien realizadas ponen fin a las crisis de pánico. Se sugiere al paciente que practique la técnica

cuando sienta ansiedad de manera que la automatice y pueda utilizarla rápidamente ante una situación de pánico. (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010).

La respiración diafragmática es más fácil de describir si la llamamos abdominal o del estómago, dado que todas las pautas respiratorias involucran al diafragma (Kabat-Zinn, 2006). "La respiración abdominal es una forma de respiración mediante la cual aumenta la capacidad vital de los pulmones, es decir, aumenta la capacidad de aire puro que los pulmones pueden retener" (Hernández y Sánchez, 2007).

2. Respiración torácica o pectoral (zona media). Es la respiración que usamos automáticamente, de forma más habitual, pero no la más adecuada. Está regulada por los músculos intercostales, situados entre las costillas. Al tomar aire, estos músculos se expanden, empujando las costillas hacia afuera y ensanchando la caja torácica.

3. Respiración clavicular (zona alta). Se utiliza la zona superior de los pulmones, la de menor capacidad. Este acto se puede observar, cuando al respirar, se suben los hombros y las clavículas se alzan. Este tipo de respiración está asociado a estados de ansiedad, puesto que automáticamente, tendemos a respirar con esta zona ante situaciones amenazantes. Al tener los lóbulos superiores poca capacidad, necesitamos respirar muchas veces, volviéndose así la respiración entrecortada y jadeante dando lugar a la hiperventilación pudiendo acabar en una crisis de angustia.

4. Respiración profunda o completa. Este tipo de respiración es el más eficaz y beneficioso. Utiliza toda la capacidad de los pulmones, pudiendo absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración. Realizamos una respiración completa cuando llenamos sucesivamente y en una misma inspiración, en primer lugar la zona baja, después la zona media, y por último, la zona alta.

Estableciendo una respiración apropiada según Moreno (2011).

La meta es sencilla: tomar el nivel justo de oxígeno y no expulsar el anhídrido carbónico demasiado rápido. La vía para conseguir la meta no es tan sencilla, pues es necesario

reeducar la respiración para lograr el objetivo. También es necesario evitar conductas que pueden hacer descender demasiado rápidamente los niveles de anhídrido carbónico:

- Suspirar
- Bostezar
- Hablar alto
- Hablar rápido
- Gritar
- Comer rápido

Para controlar la respiración cuando no hablamos, comemos, bostezamos o suspiramos, el primer paso es comenzar centrando la atención en cómo respiramos. Al principio no se trata de controlar la respiración, ni tratar de hacerla más lenta. Es mejor comenzar concentrando toda la atención en cómo respiramos durante unos diez minutos, dos veces al día. Concentrarse y contar las inspiraciones. Con cada expiración, decir mentalmente una palabra que les tranquilice, por ejemplo "tranquilo" o "calmado".

Si nos vienen otros pensamientos, tratar de no prestarles atención y concentrarse en cómo respiras. Si no logran concentrarse en la respiración por los pensamientos que les vienen, no luchar contra ellos, aceptarlos y dirigir la atención en la medida de lo posible a cómo respiran.

Cuando ya les resulte sencillo concentrar su atención en la respiración podemos dar un paso más. Bourne y Garano (2004), explican cómo llevar a cabo la respiración diafragmática o abdominal:

- Colocar una mano en el abdomen, justo debajo de las costillas.
- Inhalar lenta y profundamente a través de la nariz y hacer llegar el aire hasta el fondo de los pulmones; en otras palabras, enviar el aire lo más hacia abajo que se pueda. La

mano deberá levantarse al inhalar. El pecho se mueve ligeramente cuando el abdomen se expande.

- Cuando se haya inhalado todo el aire, detenerse unos segundos, y después soltar lentamente a través de la nariz o de la boca. Mientras exhala dejar que todo el cuerpo se relaje.
- Cuando se haya logrado un nivel de concentración y una facilidad de respiración suficiente, se puede dar un paso más hacia el control del ritmo de la respiración.
- El objetivo es hacer unos 10 ciclos de inspiración expiración cada minuto. Esto significa inspirar durante aproximadamente 3 segundos y expirar durante otros 3 segundos. La reeducación de la respiración debe realizarse de forma gradual y permisiva para no sentir molestias.

Rodríguez (2008) refiere que una respiración consciente, profunda y pausada actúa en nuestro organismo de forma similar a los tranquilizantes o ansiolíticos, activando sustancias y sistemas opuestos a los de la respuesta de activación psicofisiológica, produciendo una sensación agradable de relajación y tranquilidad. Para saber el grado de avance en la buena práctica de relajación nos apoyamos en el anexo 11.

5.3.3.2. Relajación Muscular Progresiva (Método Jacobson).

Moreno (2007) dice que existe una relación importante entre los músculos del cuerpo humano y la tensión emocional que vive una persona que sufre crisis de ansiedad. Al fin y al cabo, debe haber una buena conexión entre el sistema de alarma que representa la ansiedad y los músculos de las piernas, sobre todo si es necesario salir corriendo ante algún peligro inminente.

Cuando estamos preocupados o anticipamos peligros (sean reales o imaginarios) nuestro cuerpo se carga de tensión de forma automática. Es una especie de reflejo que nos queda desde la era cavernícola. En realidad, nosotros somos los descendientes directos de quienes sobrevivieron a los depredadores y demás peligros reales de aquellos tiempos remotos. Para nuestros ancestros fue una ventaja evolutiva que tuvieran la capacidad de preocuparse, pues esto les preparaba para luchar, huir o desmayarse ante los peligros, pero hoy en día ya no es tanta ventaja reaccionar así ante peligros que no son reales.

La preocupación continua se transforma en tensión muscular y el resto de síntomas físicos de la ansiedad. Esa tensión no se libera porque no luchamos, ni huimos ni nos desmayamos. Afortunadamente, aprendiendo a reconocer la tensión muscular podemos relajar los músculos a voluntad. Mediante la relajación muscular es posible reducir o eliminar los síntomas físicos de la ansiedad que se presentan a diario.

Al principio, el objetivo que perseguimos con estos ejercicios no es tanto lograr la relajación muscular sino aprender a diferenciar los estados de tensión muscular de los estados de relajación. Generalmente no somos muy conscientes de qué zonas de nuestro cuerpo están crónicamente tensas, y es precisamente esa tensión crónica la que crea la sensación de malestar (Moreno, 2011). Método Jacobson, es esencialmente muscular y se trabaja el cuerpo de forma analítica o progresiva, parte por parte. A partir de la contracción y relajación muscular se pretende disminuir las tensiones corporales y evitar gastos inútiles de energía que luego necesitaríamos más adelante. Con este ejercicio se pretende que el individuo alcance el máximo control psicológico y corporal, que controle su cuerpo y su mente. Se podrá subdividir cada parte para obtener un mayor rendimiento del ejercicio (Goleman, 2006).

La Relajación Muscular Progresiva (RMP) Consiste en entrenar al paciente a distender los músculos al tiempo que se realiza la respiración abdominal y se orienta la atención a cada uno de los grupos musculares que se van aflojando. La disminución del tono muscular "se informa" al cerebro a través de vías aferentes que provienen de los músculos estriados y alcanzan la formación reticular con proyecciones sobre la corteza y el sistema límbico. De

este modo, la relajación pone en funcionamiento a la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo contrarrestando los efectos de la rama simpática. Es por ello que la relajación inhibe a la ansiedad lentamente, logrando que el cuerpo reduzca su grado de activación, la cual se puede medir, entre otras cosas, observando como el ritmo cardíaco disminuye. Esta técnica es fácil de aplicar y casi no posee contraindicaciones. Es muy bien aceptada por los pacientes quienes suelen manifestar haber experimentado mucha calma y tranquilidad mientras se hallaban en estado de relajación (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010).

La meta de la RMP es reducir la tensión muscular y la activación fisiológica. Se trata de una técnica adaptativa de afrontamiento para disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente (Moreno, 2007). En el proceso de aplicación debemos estar muy cómodos al principio, por lo que la mejor postura será estar tumbado, después se hará en cualquier posición. Se trata de trabajar el contraste tensión-relajación de los diferentes músculos del cuerpo (Goleman, 2006).

Caballo (2008) señala que este enfoque de manejo del estrés implica tres pasos, al inicio de los cuales el terapeuta debe ejercer supervisión. Sin embargo, el paciente practicará los dos primeros por su cuenta conforme adquiera dominio y, más adelante, el tercero.

Durante la *primera etapa* de la inducción se instruye a los pacientes para que contraigan (tensen) y relajen varios grupos musculares de todo el cuerpo. Las áreas específicas varían según las principales regiones de tensión, pero por lo común son rostro, cuello, hombros, brazos, manos, estómago, espalda, piernas y pies (Anexo 12). Los pacientes mantienen una contracción isométrica más o menos de tres a cinco segundos antes de relajar la parte específica del cuerpo.

Después de la etapa de contracción-relajación, se instruye a los pacientes para que se concentren en el mismo orden de regiones de grupos musculares. No obstante, en esta *segunda fase* sólo se emplea la relajación. Así, se indica a los pacientes que se enfoquen y

relajen en cada grupo muscular. Por último, el *tercer paso* implica relajar todo el cuerpo. En este momento se indica a los pacientes que se enfoquen y relajen en cada grupo muscular. Por último se indica a los participantes que revisen su cuerpo, identifiquen cualquier área de tensión y descansen los músculos tensos.

Moreno (2007) señala que aproximadamente se debe dejar unos cinco segundos para producir la tensión y unos 20 o 30 segundos para que se produzca la relajación de esos músculos. Es recomendable que lo practiques, siempre que sea posible, en el mismo lugar y sin interrupciones. No es necesario producir mucha tensión. Es suficiente con notar la sensación de tensión y poco más. Lo realmente importante es dejar de tensar los músculos de forma abrupta, sin soltar poco a poco. Cuanto más rápido liberamos la tensión muscular, más fácil resulta notar el cambio de tensión y aprender a relajarnos. Algunas personas no logran un nivel de relajación suficiente porque les cuesta trabajo "desconectar" de los problemas cotidianos. Si éste fuera el caso, hay que tratar de no controlar el pensamiento. No intentar dejar la mente en blanco a la fuerza. Permitir que vengan esos pensamientos pero centrar la atención en el ejercicio. De ese modo interferirán menos.

Ibáñez (2012), nos muestra un protocolo de RMP completa para 15 grupos musculares:

Tabla 26. Protocolo RMP

1. er Grupo: manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden tus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión.

2. ° Grupo: bíceps. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.

3. er Grupo: tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Nota la diferencia.

4. ° Grupo: hombros-trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas.

5. ° grupo: cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que estás notando en la parte posterior del cuello. Nota la distensión.

6. ° grupo: cuello II. Empuja, con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el sofá hacia atrás. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Céntrate en ella y mantenla. Suelta lentamente, elimina la tensión y ve notando la diferencia.

7. ° grupo: frente. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta tu frente y deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.

8. ° grupo: ojos. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.

9. ° grupo: labios y mejillas. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Céntrate en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen.

10. ° grupo: pecho-espalda. Haz este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original destensando. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia.

11. ° grupo: abdominales I. Mete la zona del estómago hacia adentro. Nota la tensión. Suelta y deja que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimina las sensaciones.

12. ° grupo: abdominales II. Saca la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrate en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimina las nuevas sensaciones.

13. ° grupo: muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.

14. ° grupo: gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión de tus gemelos. Suelta. Observa las diferentes sensaciones.

15. ° grupo: pies. Lleva tus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que notas.

-Duración aproximada: 20 min.

Es muy importante tener presente que necesitamos practicar al menos dos veces al día por dos semanas (anexo 13) para comenzar a sentir cierta relajación muscular. Esto puede parecer un inconveniente, especialmente cuando las píldoras para la ansiedad producen una relajación muscular en pocos minutos. En cierto modo sí es un inconveniente, pero el principal inconveniente es que muchas personas —que podrían lograr una relajación profunda— no tienen la paciencia para esperar ese tiempo. Los beneficios son muchos. Aprender a relajarse es algo que nunca se olvida, como el montar en bicicleta. Por tanto, una vez que sabemos relajarnos no dependemos de tomar ninguna pastilla para sentirnos bien. El gran inconveniente de las pastillas para la ansiedad es que cuanto más se toman, menos efecto hacen, porque el cuerpo se acostumbra a ellas (Moreno, 2011).

Existe una guía elaborada por el Dr. Moreno (2007) para realizar la relajación muscular a nivel básico (anexo 14).

5.3.3.3. Relajación Autógena

Si la RMP era un método que se destinaba de la mente al cuerpo, ahora la relajación autógena se producirá desde sensaciones corporales a la mente (Goleman, 2006).

De Rivera (2000), señala que esta técnica tiene sus orígenes en los trabajos del psicólogo alemán Oskar Vogt y cristalizó en la combinación de ejercicios que posteriormente realizó el psiquiatra J. H. Schultz, y que publicó en 1932 bajo el nombre de entrenamiento autógeno. Este método y sus variaciones han demostrado ser muy eficientes en la práctica clínica.

El Entrenamiento Autógeno ayuda a desconectarnos de las presiones cotidianas, ayudando a conectar el sistema de descanso y relajación, permitiendo de este modo que el cuerpo se regenere a sí mismo. Conectarnos día a día con este sistema nos permite alcanzar un estado de calma y tranquilidad. Esta calma emocional no tiene que ver con un "apagamiento" de las emociones, sino con una disminución de su intensidad, intensidad emocional que está

acompañada habitualmente con contracciones musculares innecesarias y perjudiciales (De Rivera, 2000).

Schultz señala que el entrenamiento autógeno se compone de seis ejercicios independientes, lo que aporta la ventaja de poder practicarlo por partes. Cada uno de ellos va dirigido a controlar una respuesta física diferente, pero todas directamente relacionadas con la disminución de la ansiedad y la consecución de un intenso estado de relajación.

Se resumen en los conocidos seis ejercicios autógenos:

1. Ejercicio de pesadez (relajación muscular)
2. Ejercicio de calor (relajación vascular)
3. Ejercicio de pulsación (regulación cardíaca)
4. Ejercicio respiratorio (regulación respiratoria)
5. Regulación abdominal (plexo solar)
6. Ejercicio de la cabeza (regulación cefálica)

Schultz (1973), perfeccionó notablemente el método, al que denominó "entrenamiento autógeno", por dos razones:

a) El estado especial de conciencia es autogenerado por el propio sujeto mediante la práctica personal de una técnica de concentración específica, de donde le viene el nombre de "estado autógeno"

b) La eficacia terapéutica depende de la inducción regular y repetida (aproximadamente tres veces al día) del estado autógeno de manera sistemática durante un periodo de tiempo (entre tres y doce meses), de donde viene el término de "entrenamiento".

Schultz observó que la concentración sobre sensaciones de peso y calor en las extremidades llegaba a inducir un estado de relajación profunda de manera automática y espontánea, sin ningún esfuerzo ni intención consciente al respecto. La práctica repetida de los ejercicios

aumentaba la habilidad del paciente para inducir por sí mismo este estado peculiar, alcanzando niveles cada vez más profundos de relajación y acumulando beneficios terapéuticos.

Con esta técnica se consigue un estado parecido al trance hipnótico. Para lograrlo, lo que tiene que hacer es concentrarse en sentir ciertas sensaciones corporales al tiempo que repite mentalmente, de forma rítmica y continuada, las frases indicadas en cada ejercicio y actúan como sugerencias verbales.

Estos ejercicios requieren ser realizados con un alto grado de atención para que pueda sentir con claridad cualquier sensación que aparezca durante la práctica de los mismos, por leve que sea. Por eso es recomendable que se realicen los ejercicios en el orden que se presentan y no pase de uno a otro hasta que sienta con nitidez las sensaciones indicadas en cada uno de ellos. Si no experimenta ninguna de estas sensaciones. No se preocupe y siga practicando, pues la asimilación de algunos ejercicios de este método puede ser lenta.

No debe realizarse sesiones de entrenamiento demasiado largas ya que puede cansarse innecesariamente. Si notan síntomas de fatiga, apague el grabador no hay que forzarse, hay que practicarlo por partes y solo cuando domine uno de ellos pasar al siguiente. No tener prisa, y recordar que dominar esta técnica le puede costar cierto tiempo.

Bases del entrenamiento

De la Rivera (2000), menciona que se tarda unas pocas semanas en aprender esta técnica, lo que normalmente se hace en grupo, aunque algunas veces puede trabajarse de forma individual bajo la supervisión de un psicólogo, un médico u otro experto.

Para comenzar el entrenamiento el principiante debe adoptar una postura cómoda, normalmente sentado. En la «postura de cochero», por ejemplo, se sentaría con el cuerpo y la cabeza inclinados hacia delante y con los brazos apoyados sobre el regazo dejando caer las manos entre las piernas. A menudo el principiante se siente más cómodo acostado,

aunque puede practicar en cualquier postura en la que logre relajar por completo todos los músculos.

Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar, dentro de lo posible, de forma intensa lo que sugieren. El estado de relajación del cuerpo viene acompañado por determinadas sensaciones. Así, por ejemplo, la relajación muscular de las extremidades da sensación de pesadez y la buena circulación, sensación de calor. Sin embargo, imaginar primero de forma intensa el efecto puede provocar lo que «normalmente» sería la causa: imaginar que aumenta el calor en la extremidad, también mejoraría la circulación y, en consecuencia, se alcanzaría una sensación de relax (Gonzalez de la Rivera, 2010). Goleman (2006) señala que se trabajará en el siguiente orden: sensación de pesadez en los brazos y las piernas, sensación de calor en los brazos y en las piernas, control de los latidos del corazón, sensación de calor y ardor en el abdomen y por ultimo sensación de frescor en la frente.

La llamada retirada es un «despertar» consciente con el que concluimos los ejercicios y consiste en la activación de las terminaciones nerviosas mediante tres pasos muy sencillos:

1. Inspiración profunda
2. Se estiran y encogen las extremidades (brazos y piernas)
3. Finalmente, se abren los ojos.

Aplicación

El entrenamiento autógeno se aplica por motivos muy diferentes, como técnica de relajación puede utilizarse, por ejemplo, en caso de estrés, trastornos del sueño, ansiedad, cuadros depresivos, etc. También puede servir para combatir trastornos psicósomáticos, problemas digestivos, dolores de cabeza o hipertensión. Sin embargo, se debería consultar antes a un médico para confirmar que no existe ninguna causa física grave que origine dicha enfermedad.

En el estado de relajación causado por el entrenamiento autógeno se está sensible a la autosugestión; esto puede usarse, mediante las fórmulas adecuadas, para dejar de fumar, beber u otras adicciones similares. También puede utilizarse para mejorar el rendimiento físico y mental o la confianza en uno mismo tanto en público como en el entorno personal. La capacidad para aprender esta técnica se reduce considerablemente en caso de neurosis o psicosis (De la Rivera 2010).

Lugar para realizar la relajación

En general las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tiene que cumplir unos requisitos mínimos:

- *Ambiente tranquilo*, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbadores.
- *Temperatura adecuada*; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- *Luz moderada*; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

La posición para la relajación

Según Schultz, para el entrenamiento autógeno podemos utilizar tres tipos de posiciones:

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": "Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorso- lumbar relajada.

Durante la práctica del entrenamiento autógeno hay que esforzarse en repetir las diferentes fórmulas propuestas, no como algo ajeno, sino como algo que tiene sentido dándoles un sentido; intentando que nuestra mente este completamente centrada en la frase propuesta. Por otro lado tenemos que entregarnos a los diferentes ejercicios sin una gran presión, asumiendo que se está en período de aprendizaje (González de la Rivera, 2010).

La técnica

Regulación del sistema respiratorio

De la Rivera, (2000) señala que el *primer* ejercicio va dirigido a regular el *sistema respiratorio*. Para realizarlo, respire lenta y fluidamente con el abdomen, haciendo consciente el acto de respirar y repitiéndose mentalmente las sugerencias verbales que se le indican,

El *segundo* ejercicio, trata de que tome conciencia de las sensaciones de *peso* de su cuerpo. La pesadez muscular es un síntoma de relajación. Cuando se distienden los músculos, se produce una sensación de peso que aumenta proporcionalmente a la relajación muscular. Si se concentra en estas sensaciones, e intenta incrementarlas voluntariamente, provocara una reducción en el tono muscular y por consiguiente la aparición de la relajación.

Una de las respuestas fisiológicas que acompaña a la relajación, es un aumento de la vasodilatación periférica. Esto supone un aumento en el riego sanguíneo en la superficie de la piel que lleva asociada una sensación de calor.

El *tercer* ejercicio trata de que sienta con claridad y que incremente de forma *voluntaria* estas sensaciones de calor en su cuerpo. Esto le indicara una respuesta general de relajación.

Cierro los ojos y me concentro en efectuar correctamente los ejercicios y en disfrutar las sensaciones que voy a ir haciendo aparecer en mi cuerpo.

En seguida se muestra un fragmento de cómo ir relajando cada parte del cuerpo como sigue De Rivera (2010):

- Dirijo la atención a la respiración.
- Comienzo a respirar con el abdomen despacio, muy despacio, sin prisa, profundamente, permitiendo que el aire circule con fluidez hasta el fondo de los pulmones.
- Mantengo la atención concentrada en mi respiración, siento las sensaciones que produce el aire al penetrar y salir por mi nariz, lo noto descender hasta el fondo de los pulmones dilatando suavemente el abdomen.
- Sigo con mi atención concentrada en percibir todas las sensaciones que se desprenden del acto de respirar.
- Compruebo que cada vez que expulso despacio el aire de mis pulmones, me siento un poco más tranquilo.
- Ahora mientras mantengo la atención concentrada, en experimentar todas las sensaciones que se desprenden de la respiración, me repito mentalmente cada vez que inspiro.
- Respiro tranquilo... respiro tranquilo.
- Sigo repitiéndome mentalmente estas frases mientras respiro profunda y fluidamente con el abdomen despacio.
- Ahora con cada inspiración me digo mentalmente: respiro tranquilo y con cada expiración estoy tranquilo... inspiro y me repito... respiro tranquilo expiro y me repito.... estoy tranquilo.

Dejo de repetirme las frases y llevo la atención a mi **brazo derecho**. Tomo conciencia de todas las sensaciones que emanan de él.

- Ahora dirijo mi atención a hacerme consciente del peso de mi brazo derecho.
- Me concentro en sentir esta sensación con nitidez.
- Cada vez que expulso el aire de mis pulmones siento que el brazo derecho se vuelve pesado cada vez más y más pesado.

- Mientras mantengo la atención concentrada en sentir las sensaciones de peso del brazo derecho me repito mentalmente cada vez que expulso el aire.
- Mi brazo derecho pesa, mi brazo derecho pesa.

Dejo de repetirme las frases y llevo mi atención al **brazo izquierdo** (*repetiendo el esquema anterior*), luego **pierna derecha** y **pierna izquierda**. Tomo conciencia de todas las sensaciones que emanan de él.

- Siento como si estuvieran pegados a la superficie donde se apoyan.
- Me concentro en sentir esas sensaciones al tiempo que me repito mentalmente cada vez que expulso el aire, los brazos y las piernas pesan, los brazos y las piernas pesan.
- Siento mi cuerpo pesado muy pesado como si fuera atraído por una gran fuerza hacia abajo.

"Tomo conciencia del peso de todo el cuerpo mientras me repito mentalmente, mi cuerpo pesa, mi cuerpo pesa"

Dejo de repetirme estas frases y llevo la atención a mi **mano derecha**.

- Me concentro en sentir el **calor** que se desprende de ella aunque en un primer instante no lo perciba la mano está caliente, irradia calor. Si me concentro con atención lograré sentir la temperatura de la mano con nitidez.
- Respiro profundamente despacio muy tranquilo, siento el calor de mi mano derecha, me hago consciente de él.
- Mantengo la atención concentrada en percibir el calor que irradia de la mano derecha. Cada vez que expulso el aire muy despacio aumenta la sensación de calor de la mano derecha.
- Siento su calor, tomo conciencia de él cada vez que expulso despacio el aire de los pulmones, siento que la temperatura del brazo derecho aumenta.

Rocío Ramírez Medina

- Tomo conciencia de esta sensación al mismo tiempo que me repito mentalmente, mi brazo derecho está caliente, mi brazo derecho está caliente.

Dejo de repetirme estas frases y llevo la atención a mi **mano izquierda** (*repetiendo el esquema anterior*), luego el **brazo derecho, brazo izquierdo, pierna derecha y pierna izquierda**.

- Ahora tomo conciencia de las sensaciones de peso y calor que se desprenden de mis brazos y me repito mentalmente, mis brazos están pesados y calientes, mis brazos están pesados y calientes.
- Dirijo mi atención a tomar conciencia de las sensaciones de peso y calor de mis piernas y me repito mentalmente.
- Mis piernas están pesadas y calientes, mis piernas están pesadas y calientes.

Ahora voy a contar de 5 a 1, cuando llegue a 1 me recuperaré. 5.... 4....3....2....1

Respiro profundamente 2 o 3 veces me muevo libremente poco a poco, despacio. Abro los ojos y me recupero.

Control de la frecuencia cardíaca

El *cuarto* ejercicio trata de controlar la *frecuencia cardíaca*. Esta se regulara por medio de la vivencia de sus pulsaciones; para ello debe dirigir toda su atención a tomar conciencia de los latidos de su corazón, ya sea en el pecho o en otra parte de su cuerpo, concentrándose en sentirlos y observarlos de forma objetiva, y repitiéndose mentalmente, al mismo tiempo, las sugerencias verbales que se le indican. De esta forma, tras un periodo de ejercitación podrá regular su corazón directamente, lo que le proporcionara agradables sensaciones de tranquilidad.

Nota. Si tiene algún tipo de problema cardíaco, este ejercicio debe realizarse bajo control médico.

El *quinto* ejercicio, dirija la atención a su *abdomen*. Concéntrese en un punto de mismo y sienta que de ese punto fluye calor. Puede que al principio le resulte difícil conseguirlo; en este caso, puede ayudarse de la imaginación, visualizando un punto candente dentro de su abdomen, el calor se expande por todo el cuerpo. Déjese llevar por estas sensaciones y conseguirá una agradable sensación de tranquilidad y relajación.

El *sexto y último* ejercicio trata de conseguir que sienta en la zona de los *ojos* y la *frente* sensaciones de frescor. Esto le producirá agradables vivencias de relajación, bienestar y descanso, las mismas sensaciones que se producen al poner un paño o una compresa de agua fría de la frente y la zona de los ojos.

- Compruebo que al respirar lentamente con el abdomen disminuye la **frecuencia cardiaca**, me concentro en tomar conciencia de esta vivencia al tiempo que me repito mentalmente: mi corazón late fuerte y tranquilo, mi corazón late fuerte y tranquilo.
- Observo los latidos de mi corazón con tranquilidad, objetivamente sin hacer interpretaciones, me repito mentalmente cada vez que inspiro: respiro tranquilo, respiro tranquilo.
- Siento que mi corazón late más tranquilo, más despacio y una sensación de relajación interior me recorre.
- Imagino que en el centro de mi cuerpo hay una luz roja, un punto de calor que comienza a extenderse por todo el abdomen haciéndose cada vez más grande, más caliente.

Dejo de repetirme estas frases, y dirijo mi atención a la imaginación.

- Imagino que me encuentro tumbado cómodamente en la arena de una playa. Respiro profundamente la brisa del mar, es un día espléndido, el sol brilla con fuerza, hace calor, mucho calor, siento mi cuerpo caliente y pesado, muy pesado, tanto que noto

Rocío Ramírez Medina

como se hunde en la arena de la playa, una agradable sensación de serenidad me invade, me siento tranquilo, muy tranquilo.

- Cada vez más y más relajado. Respiro con el abdomen muy despacio.

Dejo de repetirme estas frases y centro ahora la atención ahora en mi **frente**.

- Imagino que tengo un paño mojado con agua muy fría sobre ella, lo que me produce agradables sensaciones de frescor y bienestar.
- Mientras me concentro en sentir estas sensaciones me repito mentalmente: mi frente está fresca, mi frente está fresca.

Voy a contar de 5 a 1. Cuando llegue a 1 abriré los ojos y me recuperaré.

Método de entrenamiento breve

Huber (1980), propone dos métodos de acortamiento del entrenamiento autógeno. Uno para cuando ya dominemos de una forma automática los diferentes ejercicios que componen el entrenamiento global (en este caso hay una disminución en la longitud de las diferentes fórmulas, pero no en el tiempo de práctica), y otro para cuando no se dispone de suficiente tiempo para la práctica de todos los ejercicios (por ejemplo, en situaciones reales); en este caso hay una reducción del número de fórmulas a utilizar.

A continuación exponemos los dos esquemas de los métodos abreviados:

1. Acortamiento de las fórmulas del entrenamiento:

El esquema del entrenamiento general quedaría de la siguiente manera.

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Terminar con las frases:

"Brazos firmes" "Respirar hondo" "Abrir los ojos".

2. Entrenamiento de tiempo limitado: el objetivo de este entrenamiento breve es poder relajarse en un espacio de tiempo muy limitado, 2-3 minutos, en una situación natural. En estos casos será suficiente con el esquema siguiente.

"pesadez"

"tranquilidad"

"calor"

"tranquilidad"

"cabeza despejada y clara"

"brazos firmes"

"respirar hondo"

"abrir los ojos".

Inducir una "desconexión" general del organismo que suponga un determinado cambio de actitud, y en general, un cambio en la forma de afrontar las demandas del medio.

Así, podemos decir finalmente que la relajación autógena consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre pesadez y calor en sus extremidades, regulación de los latidos de su corazón, sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo y concentración pasiva en su respiración (Caballo, 2000).

Los anteriores ejercicios se consideran de **grado inferior**. También se tienen los de grado superior. En el **grado superior** se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o, al menos, mitigarlos. Para muchos propósitos los ejercicios del grado inferior son suficientes, pero con el grado superior se profundiza en el conocimiento de uno mismo y el desarrollo del carácter. Los ejercicios son:

1. Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.
2. Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.
3. Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.
4. Ejercicios para moldear el carácter y profundizar en el conocimiento de uno mismo: preguntarse ¿quién soy? o ¿qué debo hacer? y utilizar fórmulas de autosugestión como "me acepto", "tengo seguridad en mí mismo".
5. Imaginar que se va por el fondo del mar.
6. Imaginar que se sube a la cima de una montaña.
7. Imaginarse a uno mismo con determinados propósitos.

5.3.3.4. Imaginación (visualización).

Todo ese mundo mental posee un poder tremendo para hacernos sentir emociones. ¿Quién no se siente triste con una película triste? ¿Quién no se ríe con una película cómica? ¿Quién no siente miedo con una película de terror? Los espectadores que se dejan llevar por las imágenes de la película, que se dejan envolver por la trama y el ambiente creado,

inevitablemente se ven abocados a sentir las emociones planeadas por el director (Moreno, 2012).

Las personas solemos utilizar la imaginación como una forma de sufrimiento añadida, pensamos que podemos perder el empleo, a la persona que amamos, que ocurrirá un accidente, que sucederá una determinada enfermedad, que suspenderemos el examen y así un sinnúmero de situaciones desgraciadas que en el momento de visualizarlas nos afectan orgánicamente ya que como hemos experimentado solo imaginar la experiencia ya nos produce ansiedad y desazón, en suma dolor y sufrimiento previo absolutamente innecesarios. Se cree tan firmemente que sucede tal como sin darnos cuenta hemos planeado tan concienzudamente. Bien podríamos utilizar la imaginación al contrario y experimentar el poder de la visualización positiva (Barrios, 2013).

La práctica imaginada es de las más básicas y más aceptadas hoy, consiste básicamente en la reproducción mentalmente. Tratamos de imaginar los mismos elementos, gestos y vivencias que ocurren en determinada situación o momento. El deportista se imagina a si mismo compitiendo con éxito y observa su ejecución correcta, junto con los factores que intervienen, como los ruidos, olores, sensaciones que conllevan dichos ruidos. Esta técnica es muy positiva y para una mejor consecución debemos realizar una regresión que agilice la imaginación antes de mentalizarse sobre cómo se ha de hacer el ejercicio (Goleman, 2006).

Barrios (2013) muestra algunos ejercicios prácticos:

Visualización camino de la playa.

Estoy tumbado con los ojos cerrados..... Me voy alejando de los ruidos y exigencias cotidianas, comienzo a visualizarme con todo tipo de detalles descendiendo por un camino que desemboca en la playa..... Me veo recorriendo el camino..... Hace un día cálido, el sol me calienta y la sensación es agradable..... Una fresca brisa en mi frente me refresca.....

Siento como los pies se hunden levemente en la arena caliente y me gusta, es una sensación agradable, muy agradable..... Desde aquí puedo mirar al horizonte, veo el azul del mar..... Veo el azul del cielo..... Tengo la sensación de estar rodeado de azul un azul que me relaja y me llena, me invade y me sosiega..... Percibo los olores salobres del mar, de la arena, escucho el sonido del viento al filtrarse entre las hojas de unos árboles cercanos..... Me tumbo en la arena caliente y me relaja, los granos de arena comunican su calor a mi espalda y disuelven la tensión como un azucarillo se disuelve en agua caliente..... El cielo azul, el mar azul me relajan..... El sonido del viento entre las hojas me relaja..... El sonido de las olas me relaja..... Siento la relajación y la calma..... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio..... Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a esta playa interior a relajarme cuando lo desee, sé que mi imaginación es una fuente de calma y de paz.

Visualización tensión – distensión.

Estoy tumbado con los ojos cerrados..... Me voy alejando de los ruidos y prisas cotidianas..... Visualizo mi cuerpo como si lo estuviera mirando frente a un espejo..... Hago un recorrido por el explorando las zonas en que hay más tensión..... Hago un mapa de la tensión corporal..... Y también de las zonas que siento con claridad y aquellas que apenas percibo, estas últimas coincidirán casi siempre con zonas tensas..... Le otorgo el color rojo a las zonas de tensión y un color azul a las zonas que siento relajadas, confecciono así un mapa en color que muestra los territorios tensos y relajados de mi cuerpo..... A partir de este instante comienzo a visualizar que con cada respiración entra un aire azul, limpio, puro, relajante..... Conforme el aire azul penetra en mi organismo relaja mi cuerpo, la tensión comienza a disolverse..... Con cada espiración sale un aire rojo, la tensión se va, se disuelve..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con él se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con él se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Siento la relajación y la calma..... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio.....

Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a este ejercicio para relajarme cuando lo desee, sé que mi imaginación es una fuente de calma de tranquilidad y de paz.

Visualización de un paisaje (Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación)

- Imagínate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas.
- Fijate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y ves como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.
- La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara.
- Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.
- Vas muy despacio deleitándote de todo lo que ves y sientes a tu alrededor.
- Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz.
- Oyes el canto de los pájaros y los ves volar a tu alrededor.
- Fijate ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a tu alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules... acércate a olerlas. Corta una flor y acércatela a la nariz. Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus pétalos.

- Sigue caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo.
- Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrate hasta que escuches el murmullo de las aguas...
- Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el frescor del agua en tus manos. Dirígela a tu boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar.
- Sigue tu paseo y fíjate en una pequeña planta de menta, acércate, y corta algunas hojas. Mastícalas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar. Concéntrate hasta notarlo con total nitidez.
- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbarte cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descansa profundamente, muy profundamente...

La práctica cotidiana de la visualización hará que cada vez podamos ver mejor las imágenes, no importa si al principio apenas podemos ver detalles o todo aparece en blanco y negro, con la practica la relajación es más intensa y la calidad de las visualizaciones mejor.

5.3.4. Entrenamiento en solución de problemas

En 2011, Moreno señala que muchas personas tienen la sensación de verse atrapadas en situaciones que no saben muy bien cómo resolver. Y no es raro que esa sensación de estar "atrapado" pueda convertirse en fuente de ansiedad. En algunos casos, puede llegar a crear

incluso una fuente de estrés cotidiano que da lugar a trastornos de ansiedad (como el trastorno de pánico, por ejemplo). Las personas que se ven atrapadas en esas situaciones suelen sentirse bloqueadas para tomar decisiones y mantenerse firmes en la decisión adoptada. La indecisión puede ser continua y perturbadora.

La capacidad de resolver problemas y tomar decisiones responsablemente son habilidades que proporcionan autonomía personal (García y López, 2005).

D'Zurrilla y Goldfried (1971), definieron la resolución de problemas como "un proceso conductual (...) que hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación y que aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas alternativas" (citado en García y López, 2005).

Cada uno de nosotros está obligado a encarar algunos problemas insignificantes y otros muy importantes. Algunos problemas son rutinarios como decidir la ropa que nos vamos a poner o qué película vamos a ver. Otros problemas son más estresantes como es el caso de manejar una relación difícil. Una forma de lograr la responsabilidad y el autocontrol consiste en aprender técnicas para resolver dichos problemas. Dedicar el tiempo, la energía y el compromiso necesarios para resolver o manejar los problemas puede aliviar frustraciones o molestias futuras creadas por los problemas presentes (Caballo, 2008).

Diversos autores han descrito la técnica solución de problemas, como D'Zurrilla y Goldfried (1971); Spivack y Shure (1974); Allen y cols. (1976). Estos autores coincidían en que la solución de problemas se debe llevar a cabo a través de fases o pasos. Distinguieron así cinco fases distintas, las cuales se han ido redefiniendo a medida que los trabajos clínicos y de investigación van aportando mayores datos (Bornas, 1994).

5.3.4.1. Método y etapas

Afortunadamente es posible aprender a tomar decisiones difíciles haciendo muy pequeña la probabilidad de equivocarse, aunque también es cierto que hay problemas con pocas alternativas convincentes.

(Moreno, 2011; Caballo, 2008; Bornas, 1994) señalan un método general muy eficaz para solucionar problemas consiste en seguir 5 pasos:

1. Orientación general hacia el problema (Reconocer la existencia del problema).
2. Definición del problema (comprender y especificar la naturaleza del problema y los objetivos que garantizan su solución).
3. Generación de alternativas (generar alternativas factibles y adecuadas).
4. Valoración de alternativas (determinar cuál es la mejor solución posible).
5. Evaluación de la decisión adoptada (verificación).

Caballo (2001), por su parte, describe seis pasos para la solución de problemas:

- a) Definir el problema.
- b) Generar una lista de posibles soluciones.
- c) Evaluar las ventajas y desventajas de cada solución.
- d) Escoger una "mejor" solución o una combinación de soluciones.
- e) Formular un plan para llevar a cabo la solución seleccionada.
- f) Repasar en un momento posterior los progresos realizados para solucionar el problema y buscar más soluciones si es necesario.

Otra variante respecto al método de solución de problemas es (García, s. f.):

Pasos para la solución de problemas	
Paso	Procedimiento
1. Reconocer la existencia de un problema, es	* Buscar señales emocionales, es decir, que siento ante este problema, me genera miedo, enojo, tristeza.

<p>decir, ¿tengo un problema?</p>	<p>* ¿Realmente es un problema mío? ¿Está en mis manos solucionarlo? ¿O es de otra persona y no está en mis manos resolverlo?</p> <p>* Si es un problema viejo: ¿Qué tiene de malo la solución anterior?</p> <p>* ¿Necesita una solución inmediata o puede esperar?</p> <p>NOTA: Si mis respuestas me conducen a determinar que el problema es realmente mío y es necesario buscarle una solución, continuar con los pasos siguientes</p>
<p>2. Parar y pensar.</p>	<p>Este paso consiste en preguntarse: ¿en qué radica el problema? Es decir, recabar información, por ejemplo quién está implicado, qué, cuándo, dónde y por qué sucede; cómo respondo, etc. Si no se tiene claro cuál es el problema, difícilmente se obtendrán soluciones.</p>
<p>3. Decidir una meta.</p>	<p>Preguntarse: ¿qué es lo que quiero o deseo?</p>
<p>4. Pensar en las posibles soluciones.</p>	<p>Sugerir todas las soluciones que se nos ocurran, es decir, mientras más alternativas se tengan más posibilidades tenemos de elegir la mejor. Se puede aplicar la técnica “Tormenta de ideas”, la cual consiste en expresar lo primero que se venga a la cabeza, sin valor emocional añadido. Sin considerar si es difícil o no de aplicar la solución. Aquí lo importante es la cantidad, siendo indicado el mayor número de soluciones posibles.</p> <p>✓ _____</p> <p>✓ _____</p>
<p>5. Pensar en las posibles consecuencias de cada solución.</p>	<p>En esta fase se debe tomar en cuenta las consecuencias positivas y negativas a corto, mediano y largo plazo para todas y cada una de las soluciones que se plantearon. Se ha de razonar críticamente cada una de las soluciones poniéndoles un puntaje, lo cual va a determinar para seleccionar posteriormente aquella que obtenga el mayor puntaje para así ponerla en práctica.</p>
<p>6. Seleccionar la mejor solución, la más realista.</p>	<p>Elegir la mejor opción posible, por lo tanto se debe considerar aquella solución positiva que puntúe más alto, por lo que ya no vale la pena darle vueltas al asunto. Es importante no descartar las otras dos siguientes soluciones de mayor puntaje, ya que ello nos permite tener un plan b y hasta c, por si falla la primera opción.</p>

<p>7. Elaborar un plan de acción detallado.</p>	<p>Esta fase se trata de ejecutar la solución, por lo que es necesario hacer un plan que indique paso por paso como se va a llevar a cabo la solución elegida.</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
<p>8 Aprender</p>	<p>Práctica, mucha práctica.</p>

Para la puesta en práctica de este trabajo se utilizó el método de Moreno (2011).

Orientación General hacia el problema.

Moreno, (2007) señala que nadie ve menos que quien no quiere ver. Si nos encontramos mal pero no estamos dispuestos a cuestionarnos la situación en la que vivimos, difícilmente lograremos encontrar una solución. Por otro lado, ¿una solución a qué si no tenemos conciencia de que haya un problema concreto?

Caballo, (2008) señala que muchos dirigen sus intentos en la solución de problemas por la situación misma o bien por sus reacciones (incomodas) hacia él. Define a los problemas como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo.

Para resolver problemas con eficacia, el primer paso es estar atento a la vida cotidiana, a nuestras relaciones personales, al clima en el trabajo o en la escuela y a las relaciones con la familia de origen. Estar atento a los cambios que se introducen en el día a día y con el paso del tiempo. Tomar conciencia de los cambios que conllevan las nuevas etapas vitales, como el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, el nacimiento de otros hijos, el crecimiento de los hijos y su paulatina pero inexorable independización, la muerte de familiares, la muerte de los padres, la muerte de los amigos y del cónyuge....La vida no es estática. En ocasiones parece que se detiene, pero su fluir es continuo. Y todos los cambios pueden conllevar

dificultades de adaptación. Siendo esa dificultad de adaptación lo que puede transformarse en ansiedad (Moreno, 2007).

No obstante, no solo los grandes cambios pueden afectarnos, es posible tener perturbaciones del ánimo por problemas puntuales, como el uso del tiempo libre en vacaciones u otros conflictos menores de la vida cotidiana.

Lo importante es estar atento a los cambios "positivos" o "negativos", y a la falta de cambios. Tan estresante puede ser un cambio "a mejor" en el trabajo, que conlleva más responsabilidad, como un descenso laboral que da lugar a pérdida económica y de autoestima. Y tan estresante puede ser no llegar a tener pareja cuando "se supone" que hay que tenerla, como tener pareja y que la relación no resulte, sin tener fuerzas para finalizarla (Moreno, 2011).

Definición del problema.

Moreno, (2011) señala que para hacer un guiso de conejo, primero hay que cazar al conejo. Para resolver un problema con éxito, primero tenemos que tener definido dicho problema de la forma más clara y concreta posible.

De poco sirve decir "No estoy bien en mi trabajo" o "No soporto a mi suegra" si realmente queremos llegar a estar mejor en el trabajo o con la suegra. Un problema debe definirse de la forma más concreta y precisa que sea posible, si queremos avanzar en la tarea de encontrar una solución. Como se suele decir, definir un problema es resolver la mitad del problema, por tanto, es mejor decir "No me llevo bien con el compañero X" o "Me molesta que el jefe me presione cuando se compromete con más clientes de lo razonable", o "Mi suegra no respeta mi derecho a opinar como persona", o "Mi suegra toma decisiones que me corresponden a mí". Una forma válida de encontrar detalles y concretar el problema puede ser a través del esquema situación-pensamiento-emoción o bien conocido como ABC (anexo 5).

Generación de alternativas.

Una vez que tenemos claro cuál es el problema, la tarea consiste en pensar alternativas para solucionarlo. Al principio no importa tanto la calidad como la cantidad de alternativas que nos planteamos. Es conveniente dejar la crítica de las alternativas para más adelante y centrarse en conseguir el mayor número posible de alternativas para solucionar el problema. Lo importante es no limitarse, pues si nos limitamos podemos dejar fuera soluciones que podrían ser válidas aunque no convencionales (anexo 15).

En la tabla 27 podemos ver algunos problemas y alternativas a estos problemas como sigue:

Tabla 27. Algunos problemas y alternativas de solución

Definición del problema	Alternativas de solución
No me llevo con Pepe, mi compañero del trabajo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomarme unas vacaciones 2. Pedir un cambio de departamento 3. Lograr que lo despidan 4. Decirle no a las peticiones absurdas.
Mi suegra toma decisiones que me corresponden a mí.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gritarle cuando se entrometa 2. Pedir a mi pareja que "haga algo" 3. Reducir las visitas a su casa 4. Explicarle suavemente pero con firmeza que respete mis decisiones.

Moreno, P. (2011) *Superar la ansiedad y el miedo*. 9ª Edición

Es importante respetar los tres principios que permiten la generación o creación de posibles soluciones (Bornas, 1994):

- **El de la cantidad** (cuantas más alternativas se generen mayor es la probabilidad de acertar con la más adecuada).
- **El de aplazamiento de juicio** (no se admiten críticas negativas para ninguna alternativa).

- **El de la variedad** (ampliar el rango de soluciones no centrándose sólo en una o dos estrategias concretas expuestas de diferente manera).

Valoración de alternativas

Tras generar un número suficiente de alternativas, llega el momento de valorar si son alternativas efectivas para solucionar el problema. Un primer paso necesario es eliminar aquellas alternativas que resultan a simple vista descabelladas o poco realistas. De los ejemplos anteriores descartamos lograr que despidan al compañero y gritarle a la suegra de modo brusco (no son soluciones éticas).

Para valorar el resto de las alternativas podemos emplear la tabla 28 como la siguiente:

Tabla 28. Hoja para valorar las alternativas

	Alternativa	Importancia
Ventajas		
Inconvenientes		

Moreno, P. (2007) Superar la ansiedad y el miedo. 7ª Edición

Utiliza tu sentido común para clasificar esas ventajas e inconvenientes en transitorios o duraderos. Por ejemplo, fumar es agradable a corto plazo (para los fumadores), pero a largo plazo puede producir problemas respiratorios, cáncer y la muerte. También es conveniente tener presente si esas ventajas e inconvenientes realmente lo son para mí o para otras personas (familias, amigos, conocidos, etc.). Por último, puesto que no todas las ventajas e inconvenientes tendrán la misma importancia para mí, debo valorar cada una en la columna de la derecha. Para ello puedo emplear una escala de 0 a 10, donde 0 es "nada importante" y 10 significa que es "esencial o muy importante". Una vez puntuada cada ventaja y cada inconveniente, se suman los números dados a todas las ventajas por un lado y a todos los inconvenientes por otro. Así, esta tabla puede ser compleja para algunos. Otra alternativa es

sólo considerar el número de ventajas e inconvenientes otorgándoles un punto (+) a las ventajas y uno (-) a los inconvenientes sin señalar escala en cada uno, como se ve en él.

¿Qué alternativa seleccionar finalmente? Como norma general, aquella que tenga más ventajas que inconvenientes, o si usamos el procedimiento matemático, aquella alternativa con el número más grande. Pero veamos un ejemplo.

Una paciente tenía graves problemas de ansiedad que manifestaba mediante vómitos y un nudo en el estómago que le impedía comer. En un comentario que hizo al vomitar fue “No soporto a mi suegra; no respeta mis decisiones ni me tiene en cuenta”. Finalmente concretó el problema como “Mi suegra toma decisiones que me corresponden a mí”. Y genero algunas alternativas como se ve en la tabla 29 y (anexo 16). Se descartó la alternativa de gritarle cuando se entrometiera por ser poco asertiva y por reconocer que esas no son maneras de tratar a la madre de su esposo.

Tabla 29. Ejemplo de valoración de alternativas

Alternativa 1	Pedir a mi pareja que “haga algo”	Importancia
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Dejo de ponerme nerviosa, ya que él me defiende. • No tengo que hacer nada. • Siento que mi marido me valora. 	8 6 6
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Si no está mi marido, no me puede defender. • Dependier me hace débil. • Mi suegra puede convencerlo de que su conducta es razonable. 	10
Alternativa 2	Reducir las visitas a su casa	Importancia
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • No viéndola dejo de ponerme nerviosa. • Tengo más tiempo para mí y mi hijo. • Es una solución cómoda. 	8 5 6
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mi marido se niega a reducir las visitas. 	9

	<ul style="list-style-type: none"> • Mi hijo no tiene relación con su abuela. • Proponerlo me lleva a discutir con mi marido. 	9 10
Alternativa 3	Explicarle suavemente pero con firmeza que respete mis decisiones	Importancia
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento menos débil y dependiente. • Al final puedo controlar mi ansiedad mejor. • Discuto menos con mi marido. • Mi hijo tiene relación con su abuela. 	8 9 8 9
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Supone esfuerzo aprender a tratarla de este modo • Al principio me pondré nerviosa también. 	7 6

Cálculos	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Ventajas	20	19	34
Inconvenientes	25	28	13
Resultado Total	-5	-9	21

En la parte baja de la tabla se presentan los cálculos realizados para tomar la decisión. El resultado es muy sencillo de interpretar: si es cero esa alternativa tiene tantas ventajas como inconvenientes; si es menor que cero, la alternativa tiene más inconvenientes o de más importancia; si es mayor que cero, la alternativa tiene más ventajas o de más importancia. Es aconsejable que antes de aplicar esta técnica en el tema que preocupa, es bueno tratar de solucionar otros problemas menores para adquirir práctica en la misma.

Evaluación de la decisión adoptada.

Una vez que hemos aplicado la decisión al problema, y que hemos dado tiempo suficiente para que surta efecto, llega el momento de evaluar los resultados. ¿Se ha resuelto el problema al aplicar la alternativa que seleccionamos en el paso anterior?

Si se ha resuelto enhorabuena, si no se ha resuelto, es necesario revisar todas las etapas previas. ¿Hemos definido adecuadamente el problema? ¿Hemos generado suficientes alternativas? ¿Eran realistas? ¿Se han buscado todas las ventajas e inconvenientes a corto y largo plazo, para mí y para otras personas? ¿Las puntuaciones dadas a cada alternativa son correctas? ¿Crees que la alternativa la has aplicado correctamente y durante el tiempo suficiente para que surta efecto?

Cuando el problema no era la falta de asertividad, lo más frecuente era la falta de objetividad para valorar todos los elementos implicados en el problema. Tal vez te ayude hablar con alguna persona de confianza sobre el problema. Cuando intentamos explicar un problema a otra persona es fácil caer en la cuenta de determinados fallos o deficiencias en nuestra forma de plantearnos ese problema (Caballo, 2008).

En cuanto a la fase de verificación, cuando el problema no se ha solucionado como se había planificado, es necesario regresar a la fase de generación de alternativas y escoger otra posible solución (Bornas, 1994).

Cournier & Cournier (1996), señalan que evaluar la mejor solución para resolver el problema supone aquella que maximice los beneficios y minimice los costos. Para ello establece cuatro criterios:

1. ¿Se solucionará el problema?
2. ¿Cuál será el estado de bienestar emocional del paciente?
3. ¿Cuánto tiempo y esfuerzo se necesitará para resolver el problema?
4. ¿Qué efecto producirá sobre el bienestar general, social y personal del paciente?

Finalmente hay que estar al pendiente a lo largo del tiempo si la solución o alternativa adoptada brinda el objetivo deseado.

5.3.4.2. Toma de decisiones

Muñoz, Crespi y Angrehs (2011), especifican que "la toma de decisiones implica una acción libre, que no ha de estar sujeta a presiones o circunstancias externas y ajenas. Cuando tomamos una decisión, hemos de hacerlo libremente, con un compromiso y responsabilidad sobre lo que conlleva e implica dicha toma de decisiones."

Como especifican Peña, Cañoto y Santalla (2006), el pensamiento es el proceso psicológico encargado del procesamiento mental de la información, lo cual permite el razonamiento, que sirve para extraer conclusiones para tomar decisiones. Sin embargo, "es necesario escoger el momento y el lugar de nuestra toma de decisiones. Habrá algunas decisiones que podemos tomar de camino a trabajo y otras requieren tiempo con uno mismo, en un lugar tranquilo donde poder analizar, sin interrupciones." (Muñoz, Crespi y Angrehs, 2011).

Moreno y Moreno (s. f.), exponen que existen diversas formas de afrontar los problemas:

- **Actitud impulsiva:** actuar sin pararse a pensar.
- **Actitud catastrófica:** exagerar la importancia de los problemas.
- **Actitud pasiva:** dejarse llevar por lo que dice la mayoría o por la influencia de la publicidad.
- **Actitud rumiante:** dar vueltas y vueltas y no tomar decisiones por miedo a equivocarse.

En base a los datos más relevantes se realizó un folleto de apoyo para los pacientes participantes (anexo 17).

5.3.5. Entrenamiento en habilidades sociales

Peña y Serrano (2010), definen que "las habilidades sociales son las conductas o destrezas sociales específicas, requeridas para ejecutar competentemente una tarea de

índole interpersonal (por ejemplo, hacer amigos). El término habilidad se utiliza aquí para indicar que nos referimos a un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no a un rasgo de la personalidad."

Las "habilidades sociales" son un concepto amplio que abarca una gran variedad de habilidades y competencias necesarias para interactuar bien con los demás. Aquí entran las habilidades de asertividad, comunicación, no verbales (p. ej., evitar el contacto visual versus mantenerlo), de conversación, para salir en una cita, etc. Las habilidades sociales se aprenden, por lo general, de manera indirecta, e influyen cuando se solicita reforzamiento por parte del ambiente social del individuo. Si son eficaces, es probable que las habilidades sociales sean las responsables del éxito académico, laboral y social del individuo; por otra parte, cuando son deficientes llegan a ser causa de una amplia variedad de problemas de angustia y psicológicos.

Monjas, González y Pascual (2000), precisan que "las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, nos referimos a un conjunto de conductas aprendidas."

Cuando la ansiedad aparece en situaciones interpersonales, se hace necesario evaluar si ella se debe a un déficit en comportamientos asertivos. La aserción o asertividad es la capacidad de expresar lo que se siente y se piensa de manera socialmente adecuada, sin experimentar ansiedad o agresión (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010).

Caballo (2008), afirma que:

"La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas."

5.3.5.1. Clasificación y estrategias de las habilidades sociales.

Goldtein y colaboradores (1980) clasificaron las habilidades sociales en seis rubros (citado en Muñoz, et al., 2011).

Tabla 30. Clasificación habilidades sociales

<p>1) <i>Habilidades sociales básicas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar. • Iniciar una conversación. • Mantener una conversación. • Formular una pregunta. • Dar las gracias. • Presentarse. • Presentar a otras personas. • Hacer un cumplido. 	<p>2) <i>Habilidades sociales avanzadas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir ayuda. • Participar. • Dar instrucciones. • Seguir instrucciones. • Disculparse. • Convencer a los demás.
<p>3) <i>Habilidades relacionadas con los sentimientos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los sentimientos propios. • Expresar los sentimientos. • Comprender los sentimientos de los demás. • Enfrentarse al enfado del otro. • Expresar afecto. • Resolver el miedo. • Recompensarse por lo realizado (autopremiarse). 	<p>4) <i>Habilidades alternativas a la agresión.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir permiso. • Compartir algo. • Ayudar a los otros. • Negociar. • Utilizar el autocontrol. • Defender los propios derechos. • Responder a las bromas. • Evitar problemas con los demás. • No entrar en peleas.

<p>5) Habilidades para hacer frente al estrés.</p> <ul style="list-style-type: none">• Formular una queja.• Responder a una queja.• Resolver la vergüenza.• Ayudar a un amigo.• Responder a la persuasión.• Responder al fracaso.• Enfrentarse a los mensajes contradictorios.• Responder a una acusación.• Prepararse para una conversación difícil.• Hacer frente a las presiones del grupo.	<p>6) Habilidades de planificación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar decisiones realistas.• Decir qué causó un problema.• Establecer una meta.• Determinar las propias habilidades.• Recoger información.• Resolver los problemas según su importancia.• Tomar una decisión eficaz.• Concentrarse en la tarea.
--	---

De esta manera, se considera incorporar algunas habilidades sociales propuestas por Caballo (2008), como:

- ψ **Hacer cumplidos y recibir cumplidos.** "Los cumplidos son conductas verbales específicas que resaltan características positivas de una persona." (Caballo, 1993).

También, Güell (2005) agrega que "los cumplidos refuerzan las relaciones entre personas, ayudan a aumentar la autoestima y refuerzan también nuestro propio modelo de conducta. (...) es una situación bidireccional, puesto que el hacer cumplidos a los demás facilita y refuerza que en otro momento nos los hagan a nosotros."

Es preferible expresarlos en términos de nuestros propios sentimientos. Por ejemplo: *me gusta tu casa, te felicito, te admiro, etc.* También, la persona asertiva acepta los cumplidos: "La aceptación de los cumplidos implica agradecer de modo claro el elogio y no quitarle importancia. (...) El no manifestar de modo claro la aceptación del cumplido puede conllevar que, a la larga, no le hagan más elogios." (Güell, 2005)

Caballo (1993) resalta que al recibir cumplidos se debe evitar:

- Negar los cumplidos (¿quién? ¿Yo? ¿Cómo crees?).
- Cambiar de tema (¿Qué bonito saco?; ¡Ah, sí! A mí también me gusta tu saco).
- Rechazarlo (¿Cómo crees? ¿De verdad te ha gustado mi saco?)

Ante un cumplido con un simple gracias, es más que suficiente.

Ejemplo: ¡Gracias, eres muy amable!

ψ **Hacer peticiones.** Caballo (1993) indica que una petición no es sinónimo de exigencia, ya que en esto último implicaría una violación a los derechos de la otra persona, por ello es importante tener en cuenta que el otro está en su derecho a rechazar la petición. Tampoco se trata de que este acto sea constante pues terminaríamos fastidiando a los demás. Hacer peticiones incluye: pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su conducta.

De igual forma, Caballo (1993), concretiza que para hacer peticiones es importante considerar los siguientes aspectos:

- a) Ser directo;
- b) No es necesario ninguna justificación, aunque las explicaciones ayudan;
- c) No es necesaria una disculpa;
- d) No hay que tomar una respuesta negativa de modo personal;
- e) Hay que estar preparado para oír un NO como un SI, ello da muestra que respetamos los derechos del otro.

ψ **Rechazar peticiones (saber decir NO).** Van-der, Gómez y Alarcón (2006) precisan que “para rechazar peticiones de forma asertiva, lo primero que hay que hacer es creer que tenemos derecho a decir que “no” cuando nos hacen peticiones poco razonables o cuando nos piden algo que no deseamos llevar a cabo por otros motivos.” Caballo (2008) indica que el rechazo de peticiones permite tomar decisiones propias para no vernos involucrados en situaciones poco favorables y evitar situaciones donde nos podamos sentir que se aprovechan de nosotros o que nos manipulan para hacer algo que no

queremos hacer. Agrega que los rechazos apropiados deben ir acompañados por razones y nunca por excusas, recomendando lo siguiente para rechazar alguna petición:

- Decir simplemente no. Se puede dar una explicación, pero tampoco es necesaria.
- Pedir tiempo, si es necesario, para pensar sobre la petición.
- Pedir más información o clarificación.
- Si uno es presionado, se puede repetir el NO, o llevar a cabo técnicas asertivas como el banco de niebla o disco rayado.

ψ **Expresar molestia y desagrado por la conducta del otro, por lo tanto, cómo solicitar un cambio de conducta.** Podemos estar molestos por la conducta de los otros y tenemos derecho de expresar estos sentimientos de una manera asertiva, es decir, sin humillar ni maltratar a la otra persona para que no se acumulen las molestias y se manifiesten a través de una explosión de ira o enfermedades psicosomáticas (Caballo, 2008).

ψ **Afrontar críticas.** Caballo (1993) indica "que no importa lo buenas que sean nuestras relaciones, seremos criticados de vez en cuando. La manera que tengamos de afrontar las observaciones críticas juega un papel importante en la determinación de la calidad de nuestras relaciones."

La crítica puede ir acompañada por un lenguaje generalizador (siempre, nunca, todos, ninguno) o bien utilizar etiquetas que no critican la conducta sino nuestra persona (eres un inútil, eres un tonto). Caballo (1993), especifica que la gente normalmente reacciona a la defensiva, actuando de la siguiente manera:

- a) **Evitamos la crítica ignorándola**, por lo que cambiamos de tema o nos retiramos;
- b) **Negamos la crítica** por lo que también se puede cambiar de tema o nos retiramos y podemos tratar a la otra persona como mentirosa;

c) **Nos disculpamos**, explicando a detalle y rebajando su importancia, por lo que no ponemos atención en los sentimientos y razones de nuestro crítico, lo cual puede generar en el crítico sentimientos de coraje e impotencia (es como decir así soy y qué);

d) **Responder con otra crítica**. Ello sólo generará momentos agresivos y las personas se pierden el respeto (Luis. Estás muy gorda. Liliana: ¿Y tú no te ves? ¡Eres un tonto!).

Caballo (2008) resalta que algunos autores, como Booraem y Flowers, recomiendan que ante la crítica, la conducta más adecuada es dejar que la crítica siga su curso y cuando el otro termine de expresarse podemos solicitar más información respecto a la crítica para despejar cuestionamientos como cuándo, por qué, quién, dónde, cómo (Ejemplo. Ana: Siempre eres un flojo. Juan: Me podrías explicar en qué momento soy flojo o cuándo soy flojo o por qué dices que soy flojo). Otra forma de afrontar la crítica sin caer en la discusión es estar de acuerdo con la verdad, ya que efectivamente parte de lo que nos dicen nuestros críticos es verdad, pero podemos rechazar las conclusiones de nuestro crítico (Ejemplo: puede que tengas razón que soy un flojo porque no recojo mi ropa, pero lo que pasa es que frecuentemente salgo de prisa) y expresar nuestro sentir. Ante la crítica se utilizan técnicas como el banco de niebla o la aserción negativa, sobretodo, cuando nuestro crítico tiene algo de razón.

Caballo (2008), sugiere los siguientes pasos para solicitar un cambio de conducta:

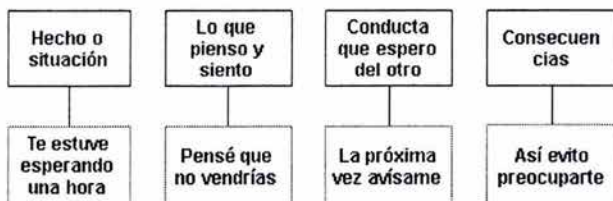
- Paso 1. **Describir**. Este paso se refiere a describir la conducta que molesta de la otra persona en términos objetivos, es decir, sin acusaciones ni críticas, dirigiéndonos a la conducta y no a la persona. Se tiene que ser breve y específico, es decir, no solicitar muchos cambios de conductas a la vez. Buscar el momento oportuno para que se logre la comunicación, manteniendo un tono de voz claro y firme, y emocionalmente debemos estar calmados, no enojados o molestos. Se puede iniciar la frase con la palabra "cuándo..." *"no ayudas en la casa, llegas tarde, etc."*

- Paso 2. **Expresar.** Se refiere a que expresemos nuestros pensamientos y sentimientos que nos genera la conducta descrita de manera tranquila, sin alterarnos emocionalmente y en primera persona: "*me siento..., pienso....*"
- Paso 3. **Especificar.** En este paso tenemos que ser concretos y especificar el cambio de conducta que uno desea que lleve a cabo la otra persona. Es importante estar también dispuesto a escuchar el punto de vista de los otros. En caso de que la otra persona no esté dispuesto al diálogo, es mejor terminar la conversación para evitar las discusiones. Se pueden usar frases como: "*me gustaría...;*" "*preferiría...;*" "*quisiera...*" Incluso, podríamos especificar el cómo nos sentiríamos si se diera el cambio solicitado. En este caso, podemos empezar y finalizar en términos positivos, por ejemplo: "**Reconozco que eres un excelente esposo, me gustaría que me ayudaras a limpiar la casa, sé que te es difícil para ti porque no tienes tiempo, pero tú puedes hacerlo si te lo propones**".
- Paso 4. **Consecuencias.** Este último paso se refiere a que señalemos las **consecuencias positivas o negativas** que se pueden suscitar si se da o no el cambio de conducta que se especificó. Estas se pueden negociar para que no se vean como una imposición. Algunas frases a usar son: "*Si haces....;*" "*Si no haces...*"

EJEMPLO:

*Cuando no me ayudas en la limpieza de la casa (**describir**), me siento enojada, pues pienso que no te importa que la casa esté limpia (**expresar**); reconozco que eres un excelente esposo, me gustaría recogieras tu ropa, sé que te es difícil para ti porque no tienes tiempo, pero tú puedes hacerlo si te lo propones (**especificar**); si yo veo que te acomides recogiendo tu ropa en esta semana tal vez tengamos tiempo libre para los dos el fin de semana, si yo veo que no cooperas, no podremos negociar poder salir de paseo (**consecuencias**). ¿Quiero saber qué piensas para llegar a un acuerdo?*

Así, podemos resumir lo anterior en cuatro puntos claves y fundamentales:



Finalmente es importante considerar lo siguiente:

- **Escuchar** (hay quienes oyen, pero no escuchan).
- **Pedir un favor** (hay quienes tienen miedo a pedirlo y hay quienes exigen al otro que les haga ese servicio).
- **Disculpase** por algo mal hecho (hay quien no se disculpa, por timidez; hay quien no se disculpa, por orgullo; hay quien se disculpa agresivamente y forma una nueva discusión).
- **Mostrar desacuerdo** (hay quien no está de acuerdo con una crítica, pero se calla. Hay quien no está de acuerdo con el aspecto de otro y le dice que está elegantísimo, para reírse detrás).
- **Negociar** o ponerse de acuerdo con quien o con quienes se estaba en desacuerdo (es la habilidad social más difícil).

Como material de apoyo se elaboró un folleto para los pacientes (anexo 18).

5.3.5.2. Asertividad

Caballo (2008), afirma que la asertividad no es un "rasgo" de las personas, es decir, el individuo no es "asertivo" o "no-asertivo", sino que un individuo se comporta asertivamente o no asertivamente en diversas situaciones, lo que implica que en ciertos contextos su conducta puede ser asertiva mientras que en otros su comportamiento puede ser calificado como no-asertivo o agresivo.

Flores M. (1994), en investigaciones respecto al constructo de la asertividad, determinó que se trataba de un constructo global, que implica la defensa de los derechos; la habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones en las relaciones interpersonales. También, propuso que la asertividad era una habilidad verbal que permite expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones, tanto positivas como negativas, además, la asertividad propicia el establecimiento de límites de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a uno mismo como persona y a los demás durante la interacción social.

Moreno (2011), señala que es conveniente hacerse las siguientes preguntas: ¿sientes que abusan de ti, que no respetan tus derechos? ¿Tienes la impresión de que a los demás les resulta más fácil decir lo que piensan y hacer lo que quieren realmente? O ¿Llegas a explotar y dices todo lo que piensas, pese a quién le pese? Si resolvemos a alguna pregunta afirmativamente posiblemente haya un déficit de asertividad.

Aguilar (1987) indica que la educación que los mexicanos normalmente recibimos no nos adiestra para comunicarnos positivamente con los demás, por el contrario, aprendemos a sentirnos inseguros, a ocultar, reprimir o tergiversar nuestros mensajes (conducta pasiva) o a convertir nuestra expresión en francas agresiones que humilla o lastiman (conducta agresiva). Así, Moreno (2007), distingue tres estilos a la hora de relacionarnos con los demás: estilo sumiso (pasivo), estilo agresivo y estilo asertivo.

El entrenamiento asertivo constituye un procedimiento técnico mediante el cual se pretende generar habilidades comunicacionales que ayuden a disminuir el grado de ansiedad experimentado en situaciones sociales.

Consta de varios pasos que van desde la generación y práctica de conductas elementales tan sencillas como saber mirar a los ojos o mantener un tono de voz audible, hasta el ensayo conductual que recibe un feedback del terapeuta u otros pacientes en el caso de que se

realice una terapia en forma grupal. El entrenamiento asertivo es un capítulo obligado en los programas de habilidades sociales (Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A.; 2010).

5.3.5.2.1. Conducta pasiva.

Muñoz, Crespi y Angrehs (2011), afirman que las personas con comportamiento pasivo suelen tener la perspectiva «yo pierdo, tú ganas», no permitiéndose a sí mismos afirmar sus necesidades, deseos u opiniones, por lo tanto, cuando se reacciona bajo esta conducta se trasgreden los derechos propios al no ser capaces de expresar abiertamente y de la manera adecuada lo que necesitamos, sentimos o queremos, es decir, considerar que las necesidades y deseos del otro son más importantes que los propios.

Caballo (2008), ha distinguido a la conducta pasiva como **no asertiva**, la cual implica que se trata de un individuo que tiene una falta de expresión o que se expresa de manera indirecta. Agrega que los efectos que propicia una conducta pasiva son: relaciones interpersonales conflictivas; experimentar emociones que giran en torno a la tristeza, lo que puede propiciar un trastorno mayor como una depresión; suelen no gustarse a sí mismos pues tienen una imagen pobre de sí; pierden oportunidades; viven tensos y suelen hacer daño a su persona.

Además, la conducta pasiva tiene lenguaje no verbal. Muñoz, et al. (2011), consideran que se suele "utilizar un tono de voz bajo y dubitativo. Además, se caracteriza por una ausencia de contacto tanto físico como visual, y por una excesiva rigidez en los movimientos corporales"

Por su parte, Moreno (2011) señala que el sumiso o pasivo no acepta sus derechos asertivos fundamentales del ser humano y claudica ante la conducta manipulativa de los demás. Concede a los demás el derecho de juzgarles y se siente obligada a justificar su comportamiento, a ayudar a los demás aun no deseando hacerlo o sintiendo que le piden una ayuda abusiva o fuera de lugar. Esta, puede experimentar una gran tensión interior. Esa

tensión puede manifestarse con síntomas de ansiedad como: palpitaciones, sensación de ahogo, náuseas, etc.

Güell (2005), propone el siguiente cuadro a manera de que se puedan observar de forma concreta tres aspectos importantes de la conducta pasiva:

Tabla 31. Conducta Pasiva

Elementos no verbales	Emociones y sentimientos	Elementos cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mirada baja. • Voz débil. • Vacilaciones. • Postura corporal hundida. • Tensión en la cara y los labios. • Falsas risas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Ansiedad. • Depresión. • Sentimientos de culpa. • Sensación de desamparo. • Soledad. • Sentimiento de enfado. • Sensación de pérdida de control. • Falta de respeto a sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los otros son más importantes que yo. • Tengo que sacrificarme por los demás. • Si digo que no, si no ayudo a los demás, nunca más me tendrán en cuenta. • Pienso que los otros se aprovechan de mí. • No quiero molestar a los demás con mis cosas.

Por su parte, Peñafiel y Serrano (2010), identifican tres niveles de respuesta pasiva:

- **Pasividad cognitiva:** falta de seguridad en sí mismo/a, ideas de escasa valía, incapacidad para lograr objetivos, etc.
- **Pasividad emocional:** sentimientos de culpabilidad, vergüenza, temor, ansiedad, hipersensibilidad, etc.
- **Pasividad instrumental:** escasa comunicación verbal, baja intensidad de habla, ritmo lento, ausencia de verbalizaciones de autoafirmación, quejas, exceso de sumisión,

aislamiento, rechazo o reducción de las interacciones con los demás, timidez, déficits a la hora de iniciar o mantener conversaciones, etc.

Aguilar (1987) establece que existen cinco criterios que originan que una persona se comporte de forma pasiva:

1. Falta de control emocional, predominando el temor y la ansiedad.
2. Mensajes sociales que expresan que no seamos egoístas.
3. Mensajes de "no vales lo suficiente".
4. Falta de habilidad por no considerar que existen otras formas de conducirnos con los demás.
5. Ignorar los derechos como personas.

5.3.5.2.2. Conducta agresiva.

Muñoz, et al. (2011), proponen que las personas con comportamiento agresivo suelen tener la perspectiva "yo gano, tú pierdes", actuando de manera amenazadora y dominante, pues se busca que se cumplan nuestros deseos, sin importar violar los derechos y deseos de los otros, pues son vistos como menos importantes, es decir, lo que importa es lo mío, no lo de los demás, no importando si se es grosero e inapropiado, al grado de lastimar los sentimientos de los otros. Por lo tanto, son capaces de defender sus opiniones, pensamientos o derechos propios a toda costa, incluso de manera impositiva y manipuladora, llegando incluso a ignorar, ridiculizar, rechazar o transgredir a los demás.

Moreno (2011), señala que estas personas tienden a interpretar las peticiones como abusos, desconsideraciones, falta de tacto o insensibilidad. Es una persona que se niega a aceptar la responsabilidad de sus actos y puede mostrarse autoritaria. Este estilo incluye a las personas que tienen grandes dificultades para ponerse en el lugar del otro, para empatizar con alguien.

Caballo (2000), enfatiza que la conducta agresiva se puede expresar de manera directa o indirecta, la primera incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes, incluso, el componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazadores, como el esgrimir el puño o miradas intensas y ataques físicos. En tanto, la agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas, viene acompañado de una conducta no verbal como gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos.

La conducta agresiva viene acompañada de ciertas características: "Suele utilizar un tono de voz alto y grave. En el aspecto no verbal, son habituales los movimientos corporales bruscos y amenazantes, como por ejemplo, la mirada fija durante un largo periodo de tiempo" (Muñoz, et al., 2011).

Güell distingue lo no verbal, los sentimientos y cogniciones a manera de que se puedan observar de forma concreta tres aspectos importantes de la conducta agresiva:

Tabla 32. Conducta Agresiva

Elementos no verbales	Emociones y sentimientos	Elementos cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mirada fija. • Voz alta. • Habla rápido. • Gestos de amenaza. • Postura intimidatoria, invadiendo el espacio del otro. • Tensión en el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Sentimientos de culpa. • Sensación de pérdida de control. • Nota que los demás lo dejan solo (a) cada vez que es agresivo. • Frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo la necesidad de respetar a los demás. • Sólo me respetan si soy agresivo (a). • No puedo soportar que las cosas no sean como yo quiero. • Las cosas son blancas o negras: o yo o tú.

Quien se muestra coléricamente, los efectos que se propician son el rompimiento de la comunicación y de las relaciones interpersonales, se provoca que los otros también actúen de manera agresiva, se promueve el deterioro de la salud física, psicológica y moral de las personas que se agreden y se bloquea la creatividad (Aguilar, 1987).

En este mismo sentido, Peñafiel y Serrano (2010), consideran tres niveles de agresividad:

- ψ **Agresividad cognitiva:** se pretende molestar, dañar o perjudicar a otros.
- ψ **Agresividad emocional:** cuando hay sentimientos de ira, rabia, rencor, frustración, etc.
- ψ **Agresividad instrumental:** se profieren insultos, calumnias, ofensas, gritos, burlas, ironía, golpes, daños materiales, etc.

Aguilar (1987) reporta cinco criterios que se manifiestan en personas que se comportan de forma agresiva:

1. Falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación.
2. No reconocer los derechos de los demás o los propios.
3. Previa conducta pasiva, es decir, cuando la persona se calla, no expresa lo que piensa y siente, acumula resentimiento, lo cual se convierte en una bomba de tiempo que posiblemente estallará en una conducta agresiva probablemente sin control.
4. Errores en la forma de expresión, es decir, a veces se confunde el ser sincero y directo con tener libertad para decir todo lo que uno piensa en forma cruda, inoportuna e inapropiada.
5. Intolerancia a la frustración, lo cual suele ser autoprovocada por las expectativas rígidas y falsas respecto a cómo los demás o la realidad "debe" funcionar o ser.

Conducta pasivo-agresiva: Se les nombra así a las personas que directamente no muestran actitudes agresivas físicamente, pero que con otras actitudes como desprecio, ignorar al otro o no tomarlo en cuenta, manifiesta agresión sin manifestarlo de forma directa.

5.3.5.2.3. Conducta asertiva.

Moreno (2011), especifica que el estilo asertivo es una forma de manejar la relación con los demás de modo que sean respetados los derechos fundamentales de uno y al mismo tiempo

se conserve la relación con el otro dentro de límites aceptables. Por lo tanto, una persona asertiva:

- No se siente obligada a justificar ni a excusar su comportamiento.
- Sabe y acepta que no puede gustar a todos, en todo momento.
- Puede ayudar a los demás cuando lo cree oportuno, pero no se ve *obligado* a ello.
- Se siente con derecho a pedir explicaciones a los demás, aunque acepta que los demás pueden negárselas.
- Se siente libre de cambiar de opinión cuando lo cree conveniente.
- Ve la felicidad como algo deseable pero no se siente obligado a buscarla como los demás suponen que sea la forma más lógica de hallarla. Sabe que hay trampas de supuestas vías para ser feliz –tener una casa más grande, un mejor coche, un mejor aspecto físico, etc.- y se mantiene independiente de lo que la sociedad acepta como lógico.
- Acepta que tiene derecho a equivocarse y a ser imperfecto.
- Se siente con derecho a tomar decisiones absurdas e irracionales, aunque también sabe que sólo él es responsable de sus consecuencias.

Permite reducir el estrés que se produce en las interacciones con los demás, enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido (Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, 2006).

Cabe señalar que los expertos en la conducta muestran estrategias alternas funcionales sin el uso de la agresión como es la asertividad. Güell (2005) en la tabla 33 diferencia lo que es asertividad y lo que no es asertividad.

Tabla 33. Diferencia de lo que es y no es la asertividad.

¿QUÉ ES ASERTIVIDAD?	¿QUÉ NO ES ASERTIVIDAD?
Es una conducta.	No es un rasgo de personalidad.
Se puede aprender.	No es hereditaria ni genética.

Es respetuosa con uno mismo y con los demás.	No es una conducta manipulativa.
Permite resolver mejor los conflictos.	No es la solución mágica para los conflictos.
Tiene como objetivo conseguir lo que una persona considera mejor para ella y más justo para las demás.	No es una conducta que sirva para conseguir siempre lo que uno desea.
Facilita la comunicación y tiene como objetivo una relación eficaz con los demás.	No es un método para convencer a los demás de lo que uno piensa.
Obliga a la persona a ser responsables de su conducta.	No es una conducta que permita ser cínico o irresponsable.
Tiene consecuencias favorables para las dos partes de un conflicto.	No es una conducta que favorezca únicamente a la persona que es asertiva.

Aguilar (1987) bajo esta dirección enfatiza que ser asertivo tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria. Es triunfar en el respeto mutuo. Muñoz, et al. (2011), también asevera que las personas que ponen en práctica la conducta asertiva saben expresar de manera adecuada lo que quieren, desean o sienten, respetando los derechos del otro y siendo flexible a la hora de negociar intereses. La asertividad se basa en el criterio «yo gano, tú ganas», lo que permite expresar creencias, opiniones o sentimientos de forma directa, honesta, positiva y apropiada, considerando que las necesidades y deseos del otro son igual de importantes que los propios y con la disposición de escuchar activamente las opiniones de los otros, aunque no coincidan con nuestra propia opinión.

Otro experto como Caballo (1993) define que la conducta asertiva implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. Agrega que el mensaje básico de la asertividad es: *“Esto es lo que yo pienso. Esto es lo que yo siento. Así*

es como veo la situación". Por lo tanto, la asertividad tiene como objetivo principal abrir la comunicación, la cual tiene que ser clara, directa y no ofensiva.

Güell (2005), en la tabla 34, diferencia el comportamiento asertivo, con elementos no verbales, emocionales y cognitivos:

Tabla 34. Elementos no verbales, cognitivos y emociones de la asertividad.

Elementos no verbales	Emociones y sentimientos	Elementos cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular directo. • Nivel de voz adecuado a la conversación. • Habla fluida. • Gestos firmes. • Postura erecta. • Cuerpo relajado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Honestidad emocional, dice lo que siente de manera apropiada. • Se siente a gusto consigo mismo/a y con los demás. • Sensación de control. • Se respeta a sí mismo/a y a los demás. • Buena autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que tiene derechos y los ejercita. • Cree que las personas tienen derecho a ser respetados. • Piensa que no es superior ni inferior a los demás. • Se expresa en primera persona.

Aguilar (1987), considera que la opción asertiva es efectivamente una alternativa de comunicación más efectiva y satisfactoria, como mecanismo para alentar relaciones constructivas, respetuosas y como vehículo para ganar un bienestar personal sin ser insensible a los demás. Así, los componentes de la asertividad que especifica este autor son:

- **Respetarse a sí mismo.** Significa valorarnos como personas, entendiendo que cometemos errores, los cuales nos favorecen para crecer, teniendo un vínculo amoroso hacia nuestra persona, lo cual nos permite cuidar nuestra salud y disfrutar la vida con alegría y satisfacción, generando pensamientos de autoconfianza y seguridad, y no pensamientos negativos que nos conducen a la autocrítica y autodesvalorizarnos.

- **Respetar a los demás.** Entender que los otros no piensan como nosotros. No prejuizar, no menospreciar, no etiquetar. Entender que los otros tienen también derecho de elegir y equivocarse.
- **Ser directo.** Lo que implica ser claro, no tratar de adivinar lo que piensan los demás o que los otros adivinen lo que queremos.
- **Ser honesto.** Se debe mostrar de forma apropiada, sin sarcasmos ni críticas.
- **Ser oportuno.** Lo cual implica que para comunicar algo, es importante considerar:
1) el lugar, lo que significa que se debe buscar un espacio donde no se evidencie a la otra persona y donde las condiciones favorezcan la comunicación. *2) el momento*, es darnos cuenta que si la otra persona no está en disposición para el diálogo, es preferible buscar otro momento o si el tiempo es limitado para hablar, sin duda, provocará tensión.
- **Control emocional.** Lograr un adecuado control emocional no implica olvidar o negar los sentimientos, simplemente implica encauzar las emociones para que éstas no lleguen a niveles de intensidad que nos provoquen reacciones ineficientes ante los demás.
- **Saber decir.** Está implicado el lenguaje verbal y no verbal, por lo tanto, es importante no ser sarcástico, humillar ni devaluar a los demás. Hablar en buen tono y con cortesía. No culpabilizar. No hablar con nuestras emociones a flor de piel. Reconocer los aspectos positivos de los demás, por lo que es importante aprender a elogiar con sinceridad.
- **Ser positivo.** Ello implica no sólo ver lo "negativo" sino que también mirar lo positivo de las situaciones o las personas.

- **La expresión no verbal de los mensajes.** Involucra el contacto visual, la expresión de la voz y los gestos.
- **Saber escuchar.** Al respecto, Muñoz, et al. (2011), explican que no sólo es importante saber escuchar sino escuchar activamente, lo cual implica mayor atención, para poder entender lo que el otro quiere expresarnos.

Caballo (1993) afirma que los efectos de una conducta asertiva son:

- Resolver problemas.
- Sentirnos a gusto con nosotros mismos y con los demás.
- Sentirnos satisfechos.
- Estar relajados.
- No perder el control de nuestras emociones.
- Propiciarnos oportunidades.

Por lo tanto, las personas asertivas pueden hablar de sí mismas sin sentirse cohibidas, pueden aceptar los cumplidos sin sentirse incómodas, pueden discrepar con la gente abiertamente, pueden pedir aclaraciones de las cosas, y pueden decir «no» sin miedo al rechazo. En definitiva, cuando se es una persona asertiva hay una mayor relajación en las relaciones interpersonales (Muñoz, et al., 2011).

Indicar los puntos débiles.

Como refiere Moreno (2011), las personas no son siempre sumisas, agresivas o asertivas. La expresión de las conductas asertivas depende mucho de *qué* tengamos que hacer y *con quién* para conseguir nuestras metas. No resulta igual de sencillo mostrarse asertivo cuando nos queremos negar a un favor de un jefe, que si nos pide el favor nuestro amigo de toda la vida y con quien es habitual hablar con sinceridad.

Por tanto, para ser más asertivos es fundamental identificar claramente con quién y en qué circunstancias tenemos dificultades. No es lo mismo pedir un favor a nuestra pareja que a un desconocido. Para facilitar la tarea podemos emplear el (anexo 19). A través de éste ejercicio se puede explorar a fondo qué dificultades se experimenta y con quién. Así, una vez identificado lo anterior y sabiendo que la asertividad es una habilidad que puede aprenderse se puede establecer un programa de entrenamiento que conste de los siguientes pasos:

- Observar las conductas asertivas de los de los demás.
- Ensayar las conductas asertivas con una persona distinta de con quién nos cuesta mostrarnos asertivos.
- Practicar la conducta asertiva con las personas con quien nos resulta difícil mostrarnos asertivos.

Es importante observarnos en situaciones poco asertivas y la conducta que manifestamos, y por otro lado, seguir atendiendo a nuestra forma de actuar con los demás (anexo 20) reconociendo nuestra conducta con los seres con que convivimos normalmente.

5.3.5.3. Derechos Asertivos.

La conducta asertiva presupone la existencia de unos derechos asertivos que justifican y dan argumentos racionales para manifestar esta conducta. Los teóricos de la asertividad han definido diversos derechos asertivos que, en muchas ocasiones, contradicen creencias interiorizadas en las personas desde su infancia y aceptadas socialmente (anexo 21). La asimilación de estos derechos puede representar cambios de creencias que están profundamente enraizadas en una persona y que son un freno para que su conducta pueda ser asertiva (Güell, 2005).

Romero (2006) especifica que los derechos asertivos evitan la manipulación de otras personas y situaciones, lo que favorece la madurez emocional, el respeto hacia sí mismo y

hacia los demás. Éstos se encuentran en la base de las habilidades sociales, y todo ser humano que tenga la capacidad de convivir con otros tiene derecho a ejercerlos. Los derechos son una guía para la toma de decisiones sobre una base de respeto por uno mismo y por los demás.

Bajo el mismo rubro, Castanyer (2000) & Moreno (2011) citan la siguiente lista de Derechos Asertivos:

1. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
3. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
4. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
5. El derecho a decir "NO" sin sentirse culpable.
6. El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también la persona con la que dialogo tiene el mismo derecho.
7. El derecho a cambiar.
8. El derecho a poder cometer errores.
9. El derecho a pedir información y poder ser informado.
10. El derecho a obtener aquello por lo que he pagado.
11. El derecho a decidir no ser asertivo.
12. El derecho a ser independiente.
13. El derecho a tomar decisiones sobre mis propiedades, mi cuerpo,... mientras no viole los derechos de otras personas.
14. El derecho a tener éxito.
15. El derecho a gozar y a disfrutar.

16. El derecho a mi descanso, al aislamiento, no dejando de ser asertivo.
17. El derecho a superarme aunque supere a otros al hacerlo.

5.3.5.4. Técnicas Asertivas.

Güell (2005) enfatiza que la asertividad es una conducta que se puede aprender. Propone el siguiente método de tres fases con el cual se puede adquirir una conducta asertiva:

- ψ **Primera fase:** reconocer si la conducta que realizamos es asertiva, pasiva o agresiva.
- ψ **Segunda fase:** si la conducta es agresiva o pasiva, decidir que es conveniente cambiarla.
- ψ **Tercera fase:** aplicar y practicar una de las técnicas asertivas para modificar la conducta agresiva o pasiva y convertirla en asertiva.

Peñafiel y Serrano (2010), consideran que se puede realizar un plan de entrenamiento asertivo a partir de las siguientes seis etapas:

1. **Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal estilo agresivo o pasivo.** La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo que la mejor forma de actuar es el estilo asertivo.
2. **Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos.** Se trata de identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro, analizando el grado en que nuestra respuesta a las situaciones problemáticas puede dar como consecuencia un resultado positivo o negativo.

3. **Describir las situaciones problemáticas.** Se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuándo, qué y cómo intervenimos en ese acontecimiento, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.
4. **Escribir un guion para el cambio de nuestra conducta.** Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir.
5. **Desarrollo del lenguaje corporal adecuado.** Se proporciona una serie de pautas de comportamiento en cuanto al lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.), y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo.
6. **Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás.** Las demás personas utilizan estrategias para manipular, haciéndole sentir culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose.

Van-der (2005) considera que las técnicas asertivas se refieren a una serie de opciones de comportamiento que se emplean a la hora de hacer valer nuestros derechos. A continuación se describen algunas de esas técnicas asertivas:

- ψ **Formas de decir NO.** Una conducta muy bien interiorizada en nuestra cultura es decir que sí, mostrarse siempre dispuesto a aceptar lo que no nos agrada. La conducta asertiva discrimina siempre si hay que decir que sí o que no ante cualquier situación (Güell, 2005). Una vez que hemos decidido que lo mejor para nosotros es decir que no, se puede emplear la técnica de decir que no, la cual consiste en repetir de modo tranquilo y respetuoso lo que deseamos. Para practicar esta técnica es importante, como expone Güell, considerar los siguiente criterios:

1. Responder de modo tranquilo y con voz moderada.
2. Mirar a nuestro interlocutor.
3. Mantener una posición corporal relajada.
4. Ser constante en la negativa.
5. Decidir exactamente cuál es el mensaje que se quiere transmitir y mantenerlo.
6. Si no se cree conveniente, no hay que dar explicaciones por la negativa.

Marcuello (s. f.), especifica cuatro formas de decir NO:

- **Decir NO de manera NATURAL.** Es la manera individual y espontánea de decir NO. *Ejemplo: Lo siento hijo NO puedo comprarte lo que me solicitas, tengo que hacer pagos esta semana.*
- **Escuchar activamente y después decir NO.** Se repite lo que dijo la otra persona reflejando que si se entendió la petición y después se responde NO. *Ejemplo: "Lo que tú quieres decir es que te deje ir a la fiesta, ¿correcto? No puedo dejarte, recuerda que reprobaste una materia."*
- **Decir un NO razonado.** Se dice NO y se da una explicación sincera. *Ejemplo: "Gracias por invitarme a tu reunión, pero prefiero NO ir; en realidad, el sábado lo tengo destinado para hacer otras actividades."*
- **Decir un NO temporal.** Se dice un NO, por el momento, lo que significa que en otro momento el NO se puede convertir en un SI. No se trata de dar largas al asunto, por lo tanto, si se tiene en mente un NO definitivo, es preferible no usar este tipo de NO. *Ejemplo: "Hoy no puedo quedarme después de clases, pero mañana, si podré ayudarles con la decoración".*

ψ **Disco rayado.** Dale (2001), considera que esta técnica permite tratar con personas difíciles, es decir, persistentes o manipuladores, que no aceptan los argumentos dados. Moreno (2011), refiere que esta técnica consiste en *repetir lo mismo una y otra vez, como un disco rayado pero serenamente, sin entrar en justificaciones, argumentos, ni excusas.* Es una forma de no entrar en el juego manipulador del otro.

Caballo (2008), considera que este procedimiento es útil para hacer peticiones y/o rechazar una petición poco razonable o a la que no queremos acceder, sin dar largas explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o pedir algo. Muñoz, Crespi y Angrehs (2011), enfatizan que esta técnica consiste en repetir, una y otra vez, lo que se quiere o se opina, como si fuéramos un «disco rayado» y sin dejarnos convencer por los argumentos ofrecidos por la otra persona, utilizando frases como «*Entiendo que... pero...*», «*Sí lo sé, pero mi punto de vista sigue siendo...*», «*Comprendo la situación, pero yo decía...*», o «*Bien, pero sigo pensando como antes*». Con ello se fortalece y se recalca la parte principal de nuestro mensaje, dando a entender a los demás que no estamos dispuestos a abandonar nuestra opinión y evitando que la otra persona cambie de tema o desvíe la atención hacia otro aspecto. Veamos en la tabla 35, algunos ejemplos:

Tabla 35. Ejemplos de técnica Disco Rayado

Ejemplo 1	Ejemplo 2
<p>Supongamos que un adolescente quiere ir a una fiesta, pero reprobó un examen. El joven sabe que ello le ocasionó una sanción, pero insiste en ir a la fiesta. Los padres a manera de no enojarse o caer en la manipulación pueden elegir la siguiente frase:</p> <p>-“No te dejaré ir a la fiesta...”,</p>	<p><i>Un adolescente está en una fiesta insisten en que consuma drogas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Toma, prueba esto con nosotros” -“Lo siento. NO me interesa...” • “¡Ven, pruébalo! -“Lo siento. NO me interesa...”

<p>-¡pero mamá, te juro que voy a pasar el semestre”</p> <p>-Lo siento, “no te dejaré ir a la fiesta...”,</p> <p>Así, cada vez que el adolescente insista se repetirá la frase, lo importante es no engancharnos en una discusión sin sentido</p>	<ul style="list-style-type: none">• “¡Pero si lo vamos a pasar bien!”-“Lo siento. NO me interesa....” <p>ψ “Todo el mundo las toma, pruébalo!”</p> <ul style="list-style-type: none">-“Lo siento. NO me interesa....”• “Pero si no pasa nada, ¡anímate!”-“Lo siento. NO me interesa....”
---	--

ψ **Banco de niebla.** Moreno (2011), refiere que ésta técnica consiste en aceptar con tranquilidad que puede haber parte de verdad en las críticas manipulativas que recibimos, pero que no por ello renunciamos a ser los jueces últimos de nuestros actos, pensamientos y sentimientos.

Saracibar (1993), enfatiza que esta técnica se utiliza cuando alguien nos critica por algo y no estamos de acuerdo, pero no se puede demostrar que lo que creemos o pensamos es lo correcto. Se puede usar cuando el que hace la crítica tiene la intención de manipularnos y funciona bien porque hace tres cosas:

1. Reduce el sentimiento de culpa o ansiedad que se produce cuando nos critican.
2. Reduce la cantidad de críticas, ya que el que las realiza se da cuenta de que no son efectivas.
3. Reduce el conflicto porque no se produce un enfrentamiento, ya que no se pretende demostrar que el otro está equivocado.

Caballo (2008), afirma que el individuo que utiliza esta técnica parece estar de acuerdo con el otro individuo “*puede tener razón*” o que “*probablemente esté en lo cierto*”, pero no dice que tenga razón. Además, el sujeto permanece inamovible en su posición.

Muñoz, et al. (2011), no se busca defendernos ni contra criticar, simplemente se escucha lo que nos dicen, reconocemos que pueden tener razón y exponemos nuestro punto de vista, creando una especie de «banco de niebla» que difumine las dos visiones. Agregan que se puede utilizar esta técnica siempre que se crea oportuno, pero sin usar tonos de ironía o sarcasmos cuando se ponga en marcha, puesto que se puede interpretar como un ataque o una burla hacia la otra persona, por lo que no lograríamos nuestro objetivo: tener conocimiento de la crítica, sin contradecir a la otra persona.

En este procedimiento, el sujeto refleja o parafrasea lo que acaba de decir la otra persona, añadiendo luego: « (...) pero lo siento, no puedo hacer eso». De igual forma, para esta técnica se pueden usar frases como: «es posible», «seguramente tienes razón», «es cierto, podría ser más...», «posiblemente es así, pero...», «seguramente a ti te lo parece».

Ejemplo: Cuando a un compañero de trabajo invita a otro a un table dance, puede utilizar la técnica de esta manera:

- "¡Pero sí lo vamos a pasar genial!"
- **"Puede ser que tengas razón, pero prefiero no ir"**
- "¡Ven no seas cobarde!"
- **"Sí, puede ser que yo sea un cobarde, pero no iré"**
- "Todo el mundo va, ¡ven prueba!"
- **"Es posible que todo el mundo vaya, pero yo no"**
- "Pero sí no pasa nada, ¡anímate!"
- **"Es posible que tengas razón y no pase nada, pero no, gracias"**

ψ **Aserción negativa.** Moreno (2011), señala que es aceptar nuestros errores y faltas cuando nos critican por ellos, sin excusarnos por tener esos defectos.

Saracibar (1993), indica que esta técnica tiene como objetivo enfrentarse a los propios errores y a las críticas derivadas de esos errores cometidos. Se usa en situaciones en que está claro que nos hemos equivocado y reconocer los propios errores es una parte importante de la conducta asertiva. De igual forma, Muñoz, et al. (2011), agregan que la asertividad nos enseña a mostrarnos tal y como somos, y precisamente uno de nuestros derechos es el derecho a poder cometer errores y ser responsables de ellos. Con esta técnica lo que hacemos es reconocer nuestros errores, y haciendo uso de nuestro derecho asertivo a equivocarnos, aceptamos nuestro error de manera abierta, cómoda, clara y sin tener necesariamente que pedir disculpas por ello, ni adoptar actitudes defensivas ni negando un error real, es decir, sin sentirnos culpables, pero sí tomándolo como una oportunidad de mejorar y de prevenir futuros errores. Algunas frases que nos pueden ayudar son: «ha sido una tontería por mi parte», «no habría de haber dicho/hecho...», «tienes toda la razón...»

Ejemplo: *“Hijo, tienes razón, quedé de llevarte al cine, déjame organizarme y vamos por la tarde a las cinco.”*

ψ **Autorevelación.** Favorece la revelación de los aspectos positivos y negativos de uno mismo (personalidad, estilo de vida, inteligencia...) para estimular la comunicación con los otros y reducir la manipulación (Moreno, 2011).

Nos permite revelar aspectos negativos de nosotros mismos que suelen generar sentimientos ansiedad o culpabilidad, con el objeto de fomentar y favorecer la comunicación así como de reducir la manipulación. Nos permite ser propositivos y negociar. Muñoz, et al. (2011), proponen que si se quiere lograr niveles de comunicación más sinceros y directos con las personas con las que nos interrelacionamos, es importante que ambas partes aporten algún tipo de información más personal, por lo tanto, la técnica nos invita a incluir algún tipo de revelación de nosotros mismos en nuestros procesos comunicativos, como un modo de mostrarnos

Rocío Ramírez Medina

como somos. Por lo tanto, debemos ser capaces de expresar cómo pensamos, sentimos y reaccionamos ante lo que nuestro interlocutor nos dice, eso permitirá a la otra persona, si bien no aceptar, al menos comprender nuestras opiniones y decisiones y respetarlas.

***Ejemplo:** Amor, sé que he sido poco paciente. ¿Qué te parece si te platico porque he estado así?*

ψ **Compromiso Viable.** Si estamos discutiendo sobre cuestiones en las que es posible negociar una solución pactada, nada impide “regatear” hasta alcanzar un compromiso que sea viable para ambos. Si hablamos sobre cuestiones trascendentes y no negociables, no debe pretenderse un compromiso viable (Moreno, 2007).

***Ejemplo:** Ante una persona que no quiere devolverme hoy un libro que le presté. Bueno hoy no lo utilizaré, pero te parece bien me lo devuelvas en tres días?*

5.3.6. Autoestima y valía personal

¿Cuánto vale una barra de pan? Depende. Pues no es lo mismo valor que precio. Y, ¿Cuánto vale una puesta de sol, o la sonrisa de un niño? Para un padre amoroso puede que no tenga precio; para un hombre soltero y de grandes negocios puede que sea algo sin valor o insignificante.

Pero, ¿cuál es el valor de una persona?, ¿cómo nos valoramos nosotros mismos?, ¿qué es el ser humano y que tiene que tener para valer?

Moreno (2011) refiere que la autoestima es el valor que damos a nosotros mismos como personas. Generalmente nos valoramos en función de lo que somos frente a lo que deberíamos ser. Cómo sigue:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{Lo que soy}}{\text{Lo que debería ser}}$$

Así, una persona tendrá *alta autoestima* cuando es más de lo que debería ser. Y *baja autoestima* cuando es menos de lo que debería ser.

Sin embargo, las cosas no afectan por lo que son, sino por cómo yo reacciono ante ellas. La realidad no la puedo conocer directamente. La realidad siempre es interpretada por nosotros y podemos acertar (o no) en esa interpretación personal. Así se podría transformar la expresión anterior como sigue:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{Lo que **creo** que soy}}{\text{Lo que **creo** que debería ser}}$$

El aprecio que siento por mí mismo tiene mucho que ver con cómo *creo que soy* y cómo *creo que debería ser*. Las personas con baja autoestima frecuentemente tienen una **visión muy distorsionada** de lo que **son** realmente al mismo tiempo que mantienen **exigencias extraordinariamente perfeccionistas** sobre lo que deberían ser o lograr.

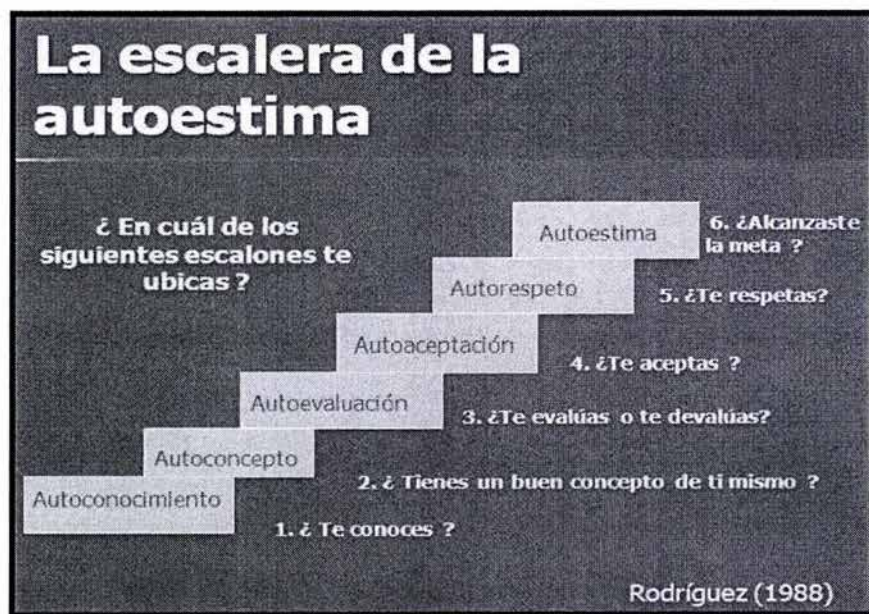
Branden (2001), explica que la autoestima proporciona un poder que permite sentirnos competentes, valiosos, confiados en nosotros mismos para enfrentar los retos de la vida, de igual forma, permite creer firmemente que somos merecedores del éxito y la felicidad, además, que propicia sentimientos de respeto y dignidad hacia nuestra persona, reconociendo nuestras habilidades y deficiencias.

Satir (1991), afirma que la autoestima es una actitud, un sentimiento, una imagen, es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con amor y dignidad, es decir, cuando una persona se siente bien consigo misma y se agrada, hay mayores posibilidades de que pueda enfrentar

la vida desde esa postura de dignidad, fortaleza, amor y realidad. En cambio, si una persona no se quiere, se muestra limitada, con una actitud negativa al grado de debilitar su yo, por lo tanto, se devalúa, se castiga, se victimiza, se vive atemorizado y sin responsabilizarse de sus propios actos.

Ellis (2009) determina que la valía personal no radica en lo que los demás opinen de nosotros, sino de lo que nosotros pensemos de sí mismos. De igual forma, la valía personal no radica en nuestros logros ni reconocimientos, radica en el hecho de estar vivos y tener la oportunidad de ser mejores, porque sólo estando vivos se puede "llegar a ser" lo que uno decida ser, sobre todo, se puede decidir cambiar a un estado mejor o más satisfactorio o simplemente quedarse en un estado de queja y anomalía emocional. De esta manera, nuestra valía personal tiene que venir de adentro hacia afuera, no al revés, es decir, no porque tengamos una familia, amigos, éxito, trabajo, etc., somos valiosos. Es valioso quien es feliz y quien no lo es. Por lo tanto, si hacemos nuestra, la idea de que valemos por la dicha de estar vivos, emocionalmente nos sentiremos más estables, más capaces y auténticos, y aunque es satisfactorio ser aprobado por los demás, tampoco es necesario e indispensable. Por ende, la falta de valía personal genera sufrimientos innecesarios e ineficacia.

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), proponen la "escalera de autoestima", la cual refiere que para poder conocer y desarrollar la autoestima se tienen que seguir ciertos pasos, que van desde el primer escalón denominado autoconocimiento; el segundo escalón, el autoconcepto; el tercero, autoevaluación; el cuarto, autoaceptación; el quinto, autorespeto, para así llegar al último peldaño: la autoestima.



Así, Rodríguez, et al. (1988), describen cada escalón de la siguiente manera:

- **Autoconocimiento.** Se refiere a la importancia que se tiene de conocer las partes que componen nuestro yo. De igual forma, es conocer los papeles que desempeñamos como individuo, identificando el por qué y cómo actuamos y sentimos. Conociendo todos estos elementos, que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada, de lo contrario, la personalidad se verá afectada y debilitada, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración.
- **Autoconcepto.** Hace referencia al conjunto de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta, por lo tanto, si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree apto, actuará como tal. Branden (1995), afirma que el autoconcepto es un conjunto de ideas, actitudes y cogniciones que mantenemos sobre los distintos aspectos de nuestra personalidad y de nuestras aptitudes, así como la forma en que

desempeñamos nuestros roles sociales. Güell (2005), concretiza que la definición de autoconcepto gira en torno al pensamiento sobre nosotros mismos y al pensamiento sobre lo que creemos que los otros piensan de nosotros, por lo tanto, agrega que detrás de una autoestima baja se esconde un autoconcepto erróneo o distorsionado.

- **Autoevaluación.** Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si así lo considera la persona, pues con ello se siente satisfecho, aprende y crece como ser humano pues enriquece su ser interior. O considerarlas negativas, si ello no le satisfacen, carecen de interés, dañan su ser interior y no le permiten crecer.
- **Autoaceptación.** Nos permite admitir y reconocer todo lo que somos, examinando lo positivo de nuestro ser, pero también lo negativo, lo cual es susceptible de cambio sólo si lo aceptamos.
- **Autorespeto.** Permite atender y satisfacer nuestras necesidades y valores, lo cual nos hace sentir orgullosos de nosotros mismos, expresando y manejando en forma conveniente nuestros sentimientos y emociones, sin dañarnos ni sentirnos culpables.
- **Autoestima.** Finalmente, el último escalón, la cumbre de la escalera, la autoestima, que representa la síntesis de todos los peldaños anteriores. Es decir, si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, aceptándose y respetándose, con ello potencializa su autoestima. Por el contrario, si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí, no se acepta ni se respeta, entonces su autoestima se verá minada.

Branden (1995), puntualiza lo siguiente:

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entiendo por factores «**internos**», los que radican o están creados por el individuo – ideas o creencias, prácticas o conductas –. Entiendo por factores «**externos**», los factores del entorno: los

mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas «significativas para nosotros», las organizaciones y la cultura.

La vida en familia ofrece el escenario más valioso y fundamental para el cultivo y fortalecimiento de la autoestima en cada uno de sus miembros. Gómez (2003), indica:

El origen de la autoestima se da en la familia. Si los hijos son educados con afecto y respeto, será más probable que crezcan sintiéndose amados e importantes, pero si los insultan, humillan, ridiculizan o los tratan con agresiones, será más probable que tengan baja autoestima, porque sentirán que no son importantes ni hábiles sino torpes e inútiles.

5.3.6.1. Autoestima alta y baja

Alta autoestima

Verduzco y Moreno (2001) exponen que una persona con autoestima alta tienen las siguientes características:

- Reconoce y acepta sus habilidades y debilidades.
- Al solucionar problemas se guía por sus propias ideas.
- Toma en cuenta las opiniones de los otros pero finalmente toma la decisión que considera adecuada.
- Acepta la crítica como una opinión externa sin sentirse herido en lo más profundo de su ser.
- Sabe decir sí o no y acepta que los demás también hagan lo mismo.
- Es considerado consigo mismo y si se equivoca no se lo reprocha constantemente.
- Aprende de sus errores y remedia las fallas.
- Se siente capaz de enfrentar los obstáculos que se le presentan en la vida.
- Los retos lo estimulan a trabajar más para lograr sus objetivos.
- Sus metas están de acuerdo a lo que considera puede hacer.

- Se enfrenta a los problemas con decisión.
- Acepta la responsabilidad de sus actos, tanto positivos como negativos.
- Cuando tiene problemas los enfrenta en vez de estarse lamentando.

González (2005), explica que en la etapa de la adolescencia, los jóvenes construyen un concepto más amplio de su identidad. Es frecuente que se pregunten: ¿Quién soy?, ¿A dónde voy?, ¿Qué quiero? Una autoestima alta puede ser una buena aliada en este proceso, no sólo para afrontar los momentos difíciles de esta etapa, sino también para disfrutar los momentos placenteros (...). Una persona con autoestima alta puede y aprende a adaptarse a la vida, porque tiene confianza en sí misma, es honesta, responsable, se siente importante por su propia competencia y tiene fe en tomar decisiones. El tener una autoestima alta no implica siempre tener éxito, sino también el reconocer que tenemos limitaciones y debilidades, valorando con orgullo sano nuestras propias herramientas, habilidades y capacidades.

Autoestima baja

Moreno (2011) refiere que la baja autoestima puede ser **situacional** o **global**. Cuando una persona no se siente válida en determinadas situaciones, aunque logra sentirse con valor en otros aspectos de su vida decimos que tiene **baja autoestima situacional**. La sensación de baja valía se produce a partir de experimentar problemas en determinadas áreas, como suele ocurrir en las personas que sufren problemas de ansiedad. Así es frecuente que una persona con agorafobia, que ve que su vida se va haciendo más y más limitada y con menos autonomía, desarrolle cierta sensación de baja autoestima. Así, personas con trastornos obsesivos o con estrés postraumático desarrollan baja autoestima al ver que ellos ya "no son lo que eran" en determinadas áreas importantes de su vida. Cualquier persona que se vea limitada en un área concreta de su vida puede llegar a desarrollar sentimientos de valía personal, como ocurre tras los accidentes que dejan secuelas físicas o las rupturas sentimentales que limitan la vida social, al menos transitoriamente.

En la baja **autoestima global**, pueden llegar a sentir auténtico desprecio hacia ellas mismas. Se ven indignas y culpables por no haber llegado a ser lo que su conciencia moral les dicta. Siendo víctimas de una moral rígida y perfeccionista. Sin embargo, no tendrían por qué adherirse a normas morales convencionales. Pero tienen una especie de voz interna acusadora que les dice que son "malos", "feos", "tontos", "gordos", "inútiles" o cualquier otro descalificativo o insulto que los desvaloriza *globalmente* como personas. Y generalmente se han visto así desde niños o prácticamente no recuerdan cuando se hayan visto alguna vez con aspecto positivo.

La baja autoestima global es anterior a los problemas con la ansiedad, y en algunos casos contribuye al desarrollo de diversos trastornos psicológicos.

El origen de la baja autoestima.

Una *baja autoestima situacional* se debe fundamentalmente a que sobrevaloramos nuestro mal desempeño en el área en que fallamos. Centramos nuestra atención en un área determinada en dónde aparecen mecanismos de pensamiento ilógicos o distorsionados y surge un diálogo consigo mismo como:

- "Nunca hago nada bien"; cuando el único problema es que se ha equivocado al explicar un balance en la empresa (*sobregeneralización*).
- "Soy un desastre"; cuando el único error que puede atribuirse es haber sentados juntos a dos amigos que discuten en la fiesta que ha organizado (*personalización*).
- "Si es que soy un inútil de verdad"; porque "siente" que es así realmente (*razonamiento emocional*).
- "Les aburro"; cuando en realidad cada uno está a lo suyo en la reunión (*lector de mentes*).
- "Soy tonto"; cuando no sabe tan sólo una pregunta de cinco en el examen (*pensamiento dicotómico*).

Sin embargo el gran devorador de valía es sin duda la afirmación *debería*: "Debería ser más listo", "Debería ser más atento", "Debería ser ocurrente", "Debería ser atractivo"... Estas afirmaciones tipo *debería* son la acusación que nos hacemos por no ser lo que deberíamos ser, pero ¿quién ha dicho, o dónde está escrito que tengamos que ser precisamente eso?

La *baja autoestima global* tiene un origen más lejano en el tiempo, cuando nuestra mente no tenía la capacidad para distinguir la realidad de la opinión de los demás.

La infancia es la etapa de la vida en la que desarrollamos los fundamentos del *autoconcepto* (lo que creemos ser) y la *autoestima* (la valoración de lo que creemos ser). A partir de las experiencias tempranas de aceptación y rechazo de los demás es cuando comenzamos a generar una idea de lo que valemos y por lo que valemos o dejamos de valer. El niño gordito desde pequeño puede ser de mayor un adulto feliz o un adulto infeliz la dicha final tiene mucho que ver con la actitud que demostraron los demás hacia su exceso de peso desde la infancia.

También da lugar a la baja autoestima ser objeto de expectativas excesivamente elevadas por parte de los demás, sobre todo de las personas más significativas. Comparan continuamente sus capacidades y habilidades con las que se les atribuyen. Así, un niño que recibe continuamente el mensaje de que es bueno y responsable, puede acabar experimentando la sensación de ser un fraude.

En algunas personas, aunque inicialmente no fueran rechazadas por los demás, la baja autoestima también puede verse motivada por el rechazo de los compañeros y amigos en etapas posteriores. Moreno (2007), señala que para él, la autoestima está más dañada cuanto más temprano se inicia la crítica de los demás. En donde determinadas palabras que poseen una gran carga emocional nos afectan.

González (2005), describe que una persona con baja autoestima es insegura y desconfiada en las actividades que se le presentan, temen equivocarse, por eso no actúan y cuando lo

hacen es presa de gran inseguridad, no intenta hacer nuevas amistades porque tiene miedo de ser ignorada o rechazada, por eso guarda la distancia. Incluso, puede llegar a ser apática y reservarse su opinión, se le dificulta ver o buscar soluciones a sus problemas.

Branden (1995) considera que la persona con autoestima baja se siente desadaptada, piensa que vale poco y le cuesta trabajo tomar decisiones importantes por no confiar en sus propias habilidades.

Rodríguez, et al. (1988) especifican que las personas que tienen autoestima baja tienen sentimientos de inferioridad e inseguridad, lo que propicia que los individuos se comporten de dos formas:

- 1) **Pasivamente**, esperando ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, así se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en soledad y aislamiento, mostrándose apáticas, abnegadas, depresivas.
- 2) **Agresivamente**, lo que induce a mostrarse violentos, pisotean, humillan, envidian, tienen celos de lo que otros poseen, experimentan miedo, lo cual limita y evita la búsqueda de soluciones para los problemas, dando lugar a un comportamiento más destructivo.

El resultado es un sentimiento profundo de baja valía que no resulta muy fácil de relacionar en algunos casos con algunos pensamientos distorsionados (Moreno, 2011).

5.3.6.2. Test autoestima

En seguida muestro un ejemplo de un Test diseñado por el Dr. Moreno (2007), para conocer un poco cuanto nos valoramos a nosotros mismos en determinadas áreas. Así, la mayoría de las personas nos valoramos teniendo en cuenta una o varias de las siguientes facetas del ser humano.

1. **Yo-Físico:** Atractivo físico, fortaleza muscular, resistencia, salud física, capacidad sexual, etc.
2. **Yo-Emocional:** Estabilidad emocional, salud mental, tolerancia a la frustración, facilidad para experimentar y expresar emociones positivas (Alegría, ilusión, esperanza...) y negativas (tristeza, ansiedad, miedo, culpa...), etc.
3. **Yo-Intelectual:** Inteligencia, capacidad de aprendizaje, intereses culturales, etc.
4. **Yo-Espiritual:** Intereses espirituales, religiosidad, profesión de un culto espiritual.
5. **Yo-Como hijo:** Actitudes, sentimientos y comportamientos hacia mis progenitores.
6. **Yo-Como pareja:** Actitudes, sentimientos y comportamientos hacia mi pareja sentimental.
7. **Yo-Como progenitor:** Actitudes, sentimientos y comportamientos hacia mis hijos.
8. **Yo-Como amigo:** Actitudes, sentimientos y comportamientos hacia mis amigos.
9. **Yo-Como trabajador:** Interés en mi carrera profesional y otras actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con el medio laboral o escolar.
10. **Yo-Como ciudadano:** Actitudes, sentimientos y comportamientos hacia conciudadanos, participación política y comunitaria, etc.

Moreno (2007), recomienda en un momento tranquilo hacer una lista con las virtudes y debilidades, teniendo en cuenta las 10 facetas enumeradas. Empleando el guion de la tabla siguiente:

Tabla 36. Lo bueno y lo malo de mí como persona.

Mis Virtudes	Mis Defectos
1. Lo bueno de mi Yo-Físico.	1. Lo malo de mi Yo-Físico.
2. Lo bueno de mi Yo-Emocional.	2. Lo malo de mi Yo-Emocional.
3. Lo bueno de mi Yo-Intelectual.	3. Lo malo de mi Yo-Intelectual.
4. Lo bueno de mi Yo-Espiritual.	4. Lo malo de mi Yo-Espiritual.
5. Lo bueno de mi Yo-Como hijo.	5. Lo malo de mi Yo-Como hijo.

6. Lo bueno de mi Yo-Como pareja.	6. Lo malo de mi Yo-Como pareja.
7. Lo bueno de mi Yo-Como progenitor.	7. Lo malo de mi Yo-Como progenitor.
8. Lo bueno de mi Yo-Como amigo.	8. Lo malo de mi Yo-Como amigo.
9. Lo bueno de mi Yo-Como trabajador.	9. Lo malo de mi Yo-Como trabajador.
10. Lo bueno de mi Yo-Como ciudadano.	10. Lo malo de mi Yo-Como ciudadano.

Una vez que se tiene la lista de virtudes y defectos en cada uno de las facetas, anotar como se indica en la tabla siguiente, el número de virtudes y defectos, restando los defectos a las virtudes como se muestra.

Tabla 37. Cálculo del saldo de autoestima.

Faceta	No. De virtudes	No. De defectos	Saldo
Yo-Físico	2	15	-13
Yo-Emocional	4	7	-3
Yo-Intelectual	2	9	-7
Yo-Espiritual	3	4	-1
Yo-Como hijo	2	4	-2
Yo-Como pareja	1	5	-4
Yo-Como progenitor	1	7	-6
Yo-Como amigo	2	4	-2
Yo-Como trabajador	1	6	-5
Yo-Como ciudadano	1	3	-2
Saldo Total			-45

Valorando los resultados

Las *virtudes* representan lo que “somos o creemos ser” y los *defectos* lo que nos “aleja del ideal” que tenemos. Así, el valor del saldo en cada fila refleja la autoestima que sentimos en

cada una de las facetas. La suma total de la columna de saldos (saldo total), nos da una aproximación de la valoración global que realizamos de nosotros mismos.

Los valores *positivos* (mayores que cero) indican una valoración positiva de nosotros en el área en cuestión. Los valores *negativos* (menores que cero) indican una baja autoestima en el área considerada. Si se ha obtenido la mayoría de saldos negativos, es muy probable que se tenga una baja autoestima global.

Sin embargo, las limitaciones de este test son evidentes, ya que los seres humanos no damos el mismo valor a todas las virtudes y a todos los defectos.

5.3.6.3. Mejorar la autoestima con técnicas positivas.

En 2011, Moreno señala que para mejorar la autoestima es necesario, entre otras cosas pensar con claridad. Por lo que la tarea es detectar qué nos decimos a nosotros mismos *justo antes* de sentirnos mal. Qué pensamos sobre nuestro valor como personas. Y entonces, es necesario que nos cuestionemos qué evidencia tenemos para mantener esos pensamientos que nos valoran o juzgan. ¿Realmente somos tan malos, feos o inútiles que no merecemos vivir?, ¿dónde está escrito que la belleza física sea el valor supremo para determinar el derecho a la vida de una persona?

También es necesario analizar cómo el paciente concibe su autoestima, sus defectos, sus virtudes, la relación consigo mismo (anexo 22); así como la utilidad de las autoacusaciones o valoraciones negativas, ya que a veces obtenemos ciertos beneficios como la compasión de los demás, la excusa de errores, etc. Por lo que es importante preguntarnos los beneficios que obtengo a corto o largo plazo. ¿Alivio de la ansiedad? ¿Alivio de la culpa? ¿Te exime de responsabilidades?, etc.

Finalmente es importante registrar los pensamientos que nos vienen justo antes de sentirnos mal y comentarlo con alguien que nos ayude a analizar si estamos distorsionando nuestra realidad.

Es conveniente señalar que en algunas personas que tienen una baja autoestima global, las técnicas cognitivas pueden ser más difíciles de realizar y en algunos casos hasta resultar inconvenientes. Y en estos casos resulta conveniente la sugestión a través de relajación, visualización e imaginación. Esto es porque al recibir críticas o rechazo de personas con autoridad cuando no tenemos capacidad para contrastar la realidad que las avala, como ocurre en la infancia y en la primera adolescencia, llevándonos a la aceptación completa de esas críticas o afirmaciones sobre nuestra valía personal. Y una vez adultos, si realmente lo deseamos es posible dejarnos sugestionar por creencias que contrarresten nuestra baja autoestima. De hecho conservamos la misma capacidad de ser sugestionados que cuando fuimos niños. No obstante frecuentemente aceptamos sin ningún cuestionamiento críticas que sintonizan con nuestra baja autoestima; por otro lado, somos especialmente incrédulos ante los datos que contradicen nuestra sensación de bajo valor.

Todos los seres humanos tenemos un valor inherente a nuestra condición, con independencia de los logros materiales, sociales o de los atributos personales como inteligencia, belleza física, etc. La valía personal tan solo depende del hecho de ser un ser humano, con virtudes y sus defectos. Lo único que realmente diferencia a las personas es el esfuerzo cotidiano que realizan para superar los defectos que les hacen menos merecedores del calificativo de personas de bien.

Así, la hipnosis es un buen elemento para incrementar la autoestima, considerando según Moreno (2011) que la *hipnosis* es la inducción de un estado que favorece especialmente la aceptación de nuevas ideas, pensamientos y sentimientos sobre uno mismo. Ayuda a rebajar la crítica racional y permite aceptar más profundamente esas creencias positivas sobre uno mismo. Especialmente indicada para aceptar nuevas creencias que reconocemos como reales pero nos cuesta asimilar emocionalmente. Como reconocer racionalmente que todos

los seres humanos valemos, pero no creérmelo en el plano emocional. Sin embargo, no se pueden introducir ideas que no deseen aceptar y que no permitan dejarse llevar a un estado de baja crítica racional. El estado de relajación atenúa la crítica racional, facilitando la aceptación de nuevas creencias de uno mismo.

5.3.7. Prevención

El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Terapia Cognitivo Conductual contempla un cambio en el estilo de vida del paciente que lo conduzca a incorporar hábitos saludables, tales como dormir no menos de siete horas, no fumar, hacer actividad física regularmente, ingerir alimentos sanos, bajar el consumo de cafeína y, muy especialmente, dedicar algún tiempo al descanso y la recreación (Dahab, 2002).

Cano (2002) señala que la ansiedad depende de múltiples factores, tanto situacionales como personales, por lo tanto son muchas las variables sobre las que podemos incidir para conseguir prevenirla o reducirla, las cuales son:

1) La dieta:

- Conviene comer *sano*, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo (obesidad, colesterol, etc.).
- Usar el tiempo de comer como momento de descanso y *ruptura* con nuestras actividades *profesionales*.
- Es bueno aprovechar la comida para hacer vida social y familiar.
- No abusar del alcohol en las comidas.

2) Descanso:

- Dormir lo suficiente, alrededor de ocho horas.
- Tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso.
- Dejar el trabajo en la oficina (tanto los papeles, como las preocupaciones).

3) Ejercicio físico:

- La práctica moderada de algún deporte o ejercicio físico ayuda a relajarnos.
- Caminar todos los días.
- Utilizar las actividades de ejercicio físico para airear nuestros pensamientos charlando relajadamente con familiares o amigos.

4) Organización:

- La organización del tiempo y de nuestras actividades, estableciendo horarios, es fundamental para poder descansar, no estar preocupados, no sufrir continuos sobresaltos, olvidos importantes, etc (anexo 23).
- No llegar tarde a las citas, contando con los pequeños retrasos habituales para estar a tiempo.
- Saber seleccionar actividades cuando no podemos hacer todo.

5. Solución de problemas y toma de decisiones:

- No dejar pasar los problemas, afrontarlos de una manera más activa o más pasiva, pero decidiendo qué es lo mejor en cada caso.
- Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de una alternativa.
- No analizar continuamente el problema o las alternativas: esto produce ansiedad.

6. Interpretación de situaciones y problemas:

- El estrés que nos produce un problema o situación depende de las consecuencias que prevemos, pero a veces exageramos las consecuencias negativas (hipervaloramos la probabilidad de que ocurra algo malo, hacemos un análisis catastrofista de las consecuencias, realizamos una interpretación negativa de una situación ambigua,

llevamos a cabo anticipaciones negativas y empezamos a sufrir un problema que no existe, etc.).

- Si estamos nerviosos, entender que es natural, la ansiedad es tan natural como el miedo, la alegría o el enfado, y no preocuparnos aún más porque estamos activados o nerviosos.
- Actuar con naturalidad, no evitar los problemas, no estar preocupados por lo que los otros puedan pensar de nosotros o de nuestro problema.
- Es bueno saber que los demás no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad que nosotros los estamos experimentando.
- Es bueno pensar que los demás también tienen ansiedad y que cuando nosotros notamos su ansiedad no les condenamos (¿por qué tenemos que ser más severos con nosotros mismos que con otros?).

7. Atribuciones y autoestima:

- Si hemos hecho bien una cosa, reconocer nuestra propia autoría y felicitarnos por ello (no ha sido la suerte, sino nuestro esfuerzo y nuestra capacidad).
- Si hemos hecho mal una cosa, no deslindarnos de la culpa, reconocer que hemos actuado mal en esta ocasión, analizar nuestros errores y corregirlos, sin culpas, sin pensamientos negativos sobre uno mismo ("esta vez lo he hecho mal, debo corregirlo").
- Es bueno querernos y tratarnos bien.

8. Relaciones con los demás (pareja, amigos, compañeros, familia, etc.):

- Reforzar las conductas positivas de las personas de nuestro entorno, con aprobación, halagos, sonrisas, pequeños detalles, etc.

- Corregir las conductas negativas de las personas de nuestro entorno, dándoles la información a tiempo y nuestra desaprobación, pero sin problemas, sin culpas, ni otros castigos.
- No traer continuamente los problemas del pasado, las culpas de los demás (ya los perdonamos), etc.
- Recordar siempre que una pareja en crisis intercambia muchos castigos y pocos refuerzos, justo lo contrario de una pareja sin problemas.

9. Entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés:

- Practicar la relajación con cierta frecuencia en los momentos en los que nos encontramos mal, dedicándonos algún tiempo a nosotros mismos.
- Recordar y practicar a pensar positivamente, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc., que nos estresan.
- Exponernos poco a poco a las situaciones que nos generan pánico.
- Aprender a decir no, cuando nos cuesta mucho, pero sabemos que es mejor decir no.
- Practicar nuestras mejores habilidades sociales.

Por otro lado, según Moreno (2011) señala que para evitar una crisis de ansiedad existen una serie de recomendaciones básicas que debes seguir:

Lo que NO debes hacer

- **Evita hablar en voz alta o más rápido de lo habitual.** Habla en voz baja y despacio, procurando mantener un ritmo que no fuerce tu respiración. Hablar alto o rápido facilita la hiperventilación y puede desencadenar crisis de ansiedad.
- **Evita el consumo de cafeína y otros excitantes.** El café, las bebidas de cola, el chocolate, el té, las bebidas “energéticas”, son algunos productos de consumo habitual que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar una crisis de ansiedad.

Rocío Ramírez Medina

- **Evita el consumo de azúcar.** El consumo de caramelos, refrescos azucarados y otros productos con alta concentración de azúcar puede provocar crisis de ansiedad en personas sensibles al descenso de los niveles de azúcar en sangre.
- **Evita comer rápido.** Comer rápido facilita que se produzca la hiperventilación, un proceso muy relacionado con el sufrimiento de crisis de ansiedad.
- **Evita bostezar o suspirar.** Los bostezos y los suspiros pueden producir una caída brusca del nivel de anhídrido carbónico en sangre y facilitar así la aparición de una crisis de ansiedad.
- **Evita el sedentarismo.** La práctica moderada de ejercicio físico tiene un efecto beneficioso sobre los niveles de estrés y reduce la posibilidad de desarrollar crisis de ansiedad.
- **No te automediques.** Si tienes crisis de ansiedad y crees que necesitas medicación, no la tomes por tu cuenta, sin consultar con tu médico. Si ya estás tomando medicación, no modifiques las dosis que estás tomando sin consultarlo previamente con tu médico. *En ningún caso abandones una medicación bruscamente sin la autorización de tu médico.*
- **Revisa la distribución de tu tiempo.** La vida no es sólo trabajar. Procura establecer un reparto equilibrado de tu tiempo entre el trabajo, la familia, los amigos y tus aficiones, dejando el tiempo suficiente para dormir. La mala distribución de los tiempos te hace más vulnerable al estrés y predispone a sufrir crisis de ansiedad. Si cambiar la distribución de tu tiempo resulta un problema en sí mismo, tal vez sea necesario revisar tu filosofía de la vida. Cada uno otorgamos distintos valores a los principales aspectos de la vida y en ocasiones se produce un desajuste entre lo que realmente valoramos como importante y aquello a lo que dedicamos más tiempo.

- **Elimina el consumo de drogas.** Determinadas drogas como las anfetaminas, la cocaína y otros estimulantes producen un deterioro importante de la calidad de vida personal y familiar, además de provocar crisis de ansiedad con una gran facilidad. El manejo de las crisis de ansiedad puede realizarse una vez controladas las adicciones o bien de modo simultáneo. Rara vez se logran dominar las crisis de ansiedad sin haber controlado previamente las adicciones.

El primer paso para establecer una respiración adecuada consiste en prestar atención a nuestra forma de hablar, comer, respirar y si tendemos o no a suspirar o bostezar. Tratar de comer despacio, saboreando cada cucharada y hablando sólo después de comer completamente cada bocado.

5.4 Programa Desarrollado

Ante las necesidades del Centro Comunitario "Dr. Guillermo Dávila" se desarrolló el taller psicoeducativo de "El manejo de la ansiedad" que fue impartido dentro del programa "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa", de la Facultad de Psicología de la UNAM, se constituyó de 12 sesiones de 120 minutos cada una, en las que asistieron 10 personas entre 20 y 35 años que solicitaron atención en el centro y presentaron síntomas o trastornos de ansiedad diversos.

Durante la impartición del taller, los temas revisados se abordaron haciendo uso de dinámicas específicas e interactivas a manera de poner en práctica las habilidades ya citadas. La interacción entre los participantes fue muy valiosa ya que la retroalimentación lograda entre ellos ayudo al insight y esclarecimiento de diversas situaciones comunes.

5.4.1. Objetivo general del taller

El objetivo general del taller fue ofrecer a los participantes conocimientos, habilidades y entrenamientos específicos para que disminuyan sus síntomas de ansiedad, mejorando su estado de ánimo y que esto se vea reflejado en una mejor calidad de vida en sus distintas áreas, las cuales se ven afectadas por la ansiedad.

Así, el propósito fue brindar a los participantes conocimientos y entrenamientos específicos con un enfoque cognitivo conductual como: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales y asertividad, así como autoestima. Las primeras sesiones se orientaron hacia la psicoeducación en dos temas importantes como: trastornos de ansiedad y activación psicofisiológica.

5.4.2. Perfil de participantes

Los datos particulares de cada uno de los pacientes atendidos en el taller son los siguientes:

Tabla 38. Datos de participantes

Paciente	Edad	Diagnóstico	Síntomas
1. Estefanía (estudiante)	21	Ansiedad por Estrés postraumático, debido a la muerte de su mejor amigo. Rasgos de fobia social. (Ansiedad moderada)	<ul style="list-style-type: none"> ● Insomnio. ● Miedo a que le suceda algo a su familia. ● Falta de concentración. ● Duerme sin descansar. ● Aislamiento. ● Temor de salir. ● Enrojecimiento al hablar en público. ● Sudoración.
2. Alejandro (estudiante)	24	Fobia social y agorafobia. (Ansiedad severa)	<ul style="list-style-type: none"> ● Excesivamente nervioso al hablar en público. ● Cansancio. ● Sudoración al estar con la gente. ● Aislamiento. ● Inseguridad en sí mismo. ● Deserción escolar.
3. Elvia (comerciante)	35	Ansiedad Generalizada y rasgos obsesivos. (Ansiedad severa)	<ul style="list-style-type: none"> ● Continuamente siente miedo por diversas razones. ● Cansancio. ● Aprensiva. ● Poca tolerancia a la frustración. ● Tristeza. ● Cansada. ● Enojada. ● Dolores fuertes de cabeza. ● Abuso sexual en la infancia.

			<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación excesiva por diversas cosas de la vida diaria.
4. Estefany H. (Empleada)	29	Fobia social, y algunas específicas (miedo a las inyecciones) (Ansiedad severa)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza. • Miedo al rechazo o a la crítica. • Evita lugares donde hay gente que conoce. • Miedo a pedir trabajo, anticipando que no se lo darán. • Piensa que la gente se aburre con ella. • Inseguridad en sí misma. • Excesivo miedo a las inyecciones.
5. Janette (abogada)	34	Ansiedad generalizada, agorafobia y rasgos obsesivos. (Ansiedad moderada)	<ul style="list-style-type: none"> • No duerme bien. • Angustia. • No le gusta estar en lugares concurridos. • Teme hablar en público, ser observada o criticada. • Se enoja fácilmente. • Nerviosismo. • Miedo a no saber controlar situaciones. • Miedo a volverse loca. • Tristeza. • Falta de concentración. • Falta de apetito.
6. Nataly (estudiante posgrado)	28	Ansiedad por Estrés post-traumático (Ansiedad leve)	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo excesivo desencadenado por consumo de marihuana y alcohol. • Ha tomado prozac. • Ha tenido alucinaciones, delirios y paranoia. • Tristeza. • Ruptura con su novio.
7. Porfirio	31		<ul style="list-style-type: none"> • Ataques de pánico. • Antecedentes de parálisis facial por estrés.

(arquitecto)		Ataques de pánico sin agorafobia y ansiedad generalizada (Ansiedad leve)	<ul style="list-style-type: none"> ● Sudoración. ● Angustia. ● Exceso de trabajo. ● Estrés. ● Irritabilidad. ● Sensación de peligro y muerte. ● Frecuentes malestares estomacales. ● Medicación de flouxetinay clonasepan. ● Preocupaciones constantes sobre el futuro.
8. Susana (estudiante)	20	Rasgos obsesivos-compulsivos y de ansiedad generalizada. (Ansiedad severa)	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a las alturas (puentes). ● Frecuentemente cuenta cosas. ● Tics de ojos al sentirse ansiosa. ● Hormigueo de brazos y piernas. ● Falta de respiración. ● Temor de ser observada. ● Inseguridad al tomar decisiones. ● Dermatitis. ● Indecisión de elegir carrera. ● Frustración. ● Tristeza frecuente. ● Pensamientos negativos. ● Dolores de cabeza. ● Sumamente
9. Paulina (estudiante)	20	Ansiedad generalizada y rasgos obsesivos-compulsivos. (Ansiedad moderada)	<ul style="list-style-type: none"> ● Angustia por agradar a los demás. ● Pensamientos de perfeccionismo. ● Exigencia por hacer bien las cosas. ● Se muerde las uñas. ● Se arranca "pellejitos" de las manos. ● Preferencia homosexual. ● Se relaciona con enojo y agresión. ● Colitis nerviosa. ● Preocupación excesiva por su futuro. ● Frustración por no expresar sus emociones.

10. Maricarmen (Veterinaria)	27	Ansiedad generalizada (Ansiedad moderada)	<ul style="list-style-type: none"> • Diariamente tiene miedo de que algo malo le pueda suceder a ella o a su familia. • Teme no ejercer bien su carrera. • Teme que nadie la tome en serio por tener un hijo de 8 años. • Irritabilidad. • Inseguridad al tomar decisiones.
------------------------------------	----	---	--

5.4.3. Materiales

Para la explicación de los temas se utilizaron diversas dinámicas, algunas de índole vivencial (tales como roll playing, juegos, ejercicios de sensibilización, de relacionar conceptos, etc.) y en otras se entregaban copias de formatos específicos donde los asistentes escribían o dibujaban determinadas instrucciones, para lo cual fue necesario un salón amplio, pizarrón, plumones, borrador, plumas, lápices, colores, cartulinas, diurex, paliacates, antifaz completo para la relajación, proyector, computadora. También, se utilizaron trípticos o folletos con información específica que se elaboraron para que los asistentes lo leyeran durante la sesión y lo conservaran para consultas posteriores.

5.4.4. Espacio de trabajo

El taller se realizó en el tiempo establecido en la planeación desde su inicio. El desarrollo del mismo fue en las cámaras de Gessell 7-8 del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de 14 a 16 horas, el periodo de realización fue del 13 de septiembre al 06 de diciembre de 2012.

La cámara es un espacio amplio, mide aproximadamente 10 metros de largo por 8 de ancho. Cuenta con alrededor de 15 sillas con paleta, 2 mesas de trabajo, pantalla de proyección. Además, la iluminación y ventilación fue adecuada para la realización de las actividades

grupales. El área contaba con cámaras de grabación, con las que alguna vez fuimos grabados por la jefa del centro como medio de retroalimentación y material de enseñanza.

5.4.5. Procedimiento

En base a las necesidades del centro, y del número de personas que necesitaban el servicio, el trabajo se realizó bajo una modalidad de taller psicoeducativo.

El taller constó de 12 sesiones, de las cuales 3 sesiones se destinaron a temas de psicoeducación (la ansiedad en México, definición de ansiedad, trastornos de ansiedad y factores de riesgo) y las siguientes 9 se utilizaron para abordar técnicas cognitivas conductuales que ayudaron a sus situaciones particulares.

Cada sesión comenzaba con el saludo inicial, momento donde los participantes expresaban cómo se sentían, qué habían aplicado de lo aprendido en la sesión anterior (excepto la sesión uno, donde básicamente nos concentramos en la presentación del taller, de las coordinadoras y conocimiento de los participantes) y en la revisión de la tarea o actividad en casa.

En un segundo momento, se registraba el grado de ansiedad que habían tenido durante la semana, observando las mejorías o retrasos en cada uno (anexo 24).

En un tercer momento, se exponía y explicaba el tema a trabajar, se realizaban dinámicas y se aplicaba el tema en cada caso en particular, se preguntaba abiertamente y participaban todos los pacientes.

En un cuarto momento, se realizaba un breve ejercicio de respiración o relajación para que los asistentes se fueran más tranquilos y relajados.

Al finalizar la sesión se abría un espacio para llevar a cabo un cierre, donde los asistentes expresaban cómo se sintieron con lo trabajado (anexo 25) y qué se llevaban en concreto

para practicar durante la semana. Por último se recogían tareas y se asignaban nuevas para la semana próxima.

Cabe señalar que en la última sesión cada uno de los participantes evaluó el grado de efectividad de lo aprendido en el taller y expuso si su ansiedad había disminuido o mejorado (anexo 26).

5.4.6. Formulación de caso

La formulación de caso se considera un conjunto de hipótesis, por lo general delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (Ells, 1997). Es una descripción de las quejas y síntomas de ansiedad de un paciente, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuáles estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan sus problemas y porqué persisten los síntomas. (Nezu, Nezu, Peacock, Girdwood, 2004). Es por eso que se consideró necesario realizarlo en el caso de los participantes del taller.

El terapeuta comienza la "historia del paciente", la cual ofrece una descripción de los diversos factores en los que se desenvuelve la vida del individuo respecto tanto del surgimiento como del mantenimiento de un conjunto determinado de síntomas angustiantes.

Es así, que el terapeuta comienza a pensar *¿cuál es el plan de tratamiento?* Por lo que las metas de la formulación de caso son:

- Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente.
- Identificar las variables que se relacionan con esas dificultades.
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Para lograrlo, es importante que el terapeuta realice el Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) y el Mapa de Alcance de Metas (MAM).

5.4.7. Mapa Clínico de patogénesis

Nezu, A. M. et. Al (2006) refiere que el Mapa Clínico de Patogénesis (MCP), es una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado y especifica así las relaciones funcionales entre ellas. El MCP es una hipótesis causal que conforme recopila nueva información, el psicólogo confirma o descarta diversas predicciones. Así, el MCP es en esencia la son:

- Variables distantes.
- Variables de antecedentes.
- Variables organísmicas.
- Variables de respuesta.
- Consecuencias.

1. **Variables distantes:** Se trata de los factores históricos o de desarrollo que puedan ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades o de trastornos psicológicos síntomas de angustia en sí mismos. Algunos ejemplos son traumas graves (violación, combate bélico), experiencias de aprendizaje tempranas, carencia de modelos sociales adecuados sucesos cotidianos estresantes y negativos, etc. Pueden ser considerados como variables estáticas en tanto que no son proclives a cambiar por sí mismas. Permite anticipar respuestas a ciertos estímulos (p. ej. Experiencias de humillación pública en la infancia temprana quizá predigan respuestas adultas de angustia ante situaciones de interacción en un ambiente público).

2. **Variables de antecedentes:** Son variables *relacionadas con el paciente* (conductuales, cognitivas, afectivas, biológicas, sociales/ étnicas/ culturales) y relacionadas con el *ambiente* (social y físico), que operan como *estímulos desencadenantes* o *discriminativos*. Por ejemplo, el aislamiento social "soy un

completo inútil porque una vez más estoy sólo la noche de un sábado sin nada que hacer", pensamiento que luego desencadena tristeza y desesperanza.

3. **Variables orgánicas:** Son variables *relacionadas con el paciente* (conductuales, cognitivas, afectivas, biológicas, sociales/ étnicas/ culturales); donde tales factores fungen como mediadores de respuesta (explican por qué se manifiesta una respuesta determinada en presencia de algunas variables de antecedentes). Algunos ejemplos de variables mediadoras pueden ser, habilidades sociales deficientes (variable *conductual*), distorsiones sociales relacionadas con la desconfianza hacia los demás (variable *cognitiva*), excitación y temor elevados (variable *emocional*), padecimientos coronarios (variable *biológica*) y antecedentes étnicos (variable *social/ étnica o cultural*).
4. **Variables de respuesta:** Son los resultados del paciente ante determinadas variables, por ejemplo, la ideación suicida, o síntomas angustiantes que constituyen resultados como (depresión, sufrimiento, abuso de sustancias o problemas maritales, etc.).
5. **Variables de consecuencia:** Es la reacción ante la relación respuesta-consecuencia que opera al aumentar o disminuir la probabilidad de que a respuesta se manifieste en el futuro (mediante el proceso de refuerzo y castigo positivo y negativo). Así, por ejemplo, evitar un comportamiento (la respuesta) en reacción a un estímulo temido (variable de antecedente) opera para disminuir una variable orgánica mediadora (elevada excitación de lugares altos), lo que origina la disminución de temor y ansiedad (consecuencia) por medio de un paradigma de refuerzo negativo. Incrementando la probabilidad de que tal respuesta persista en el futuro. La ganancia secundaria (p. ej. Atención, reducción de responsabilidad excusa para ausentarse del trabajo) puede considerarse otra categoría de variables de consecuencia importantes.

Hay un acrónimo EORC que señala a modo de resumen, las relaciones funcionales entre las variables. Señalando que el **estímulo** (E; antecedentes intrapersonales o ambientales),

variable **organísmica (O)**; variables biológicas, conductuales, afectivas, cognitivas o sociales/ étnicas/ culturales), **respuesta (R)** y **consecuencia (C)**; efectos intrapersonales, interpersonales o ambientales generados por la respuesta).

Es así como el MCP, es ofrecer una base importante para diseñar un plan de tratamiento único para un paciente específico.

Por lo anterior, y tomando un esquema cognitivo-conductual se realizaron los MCP de cada uno de los participantes del taller, los cuales se encuentran en el (anexo 27).

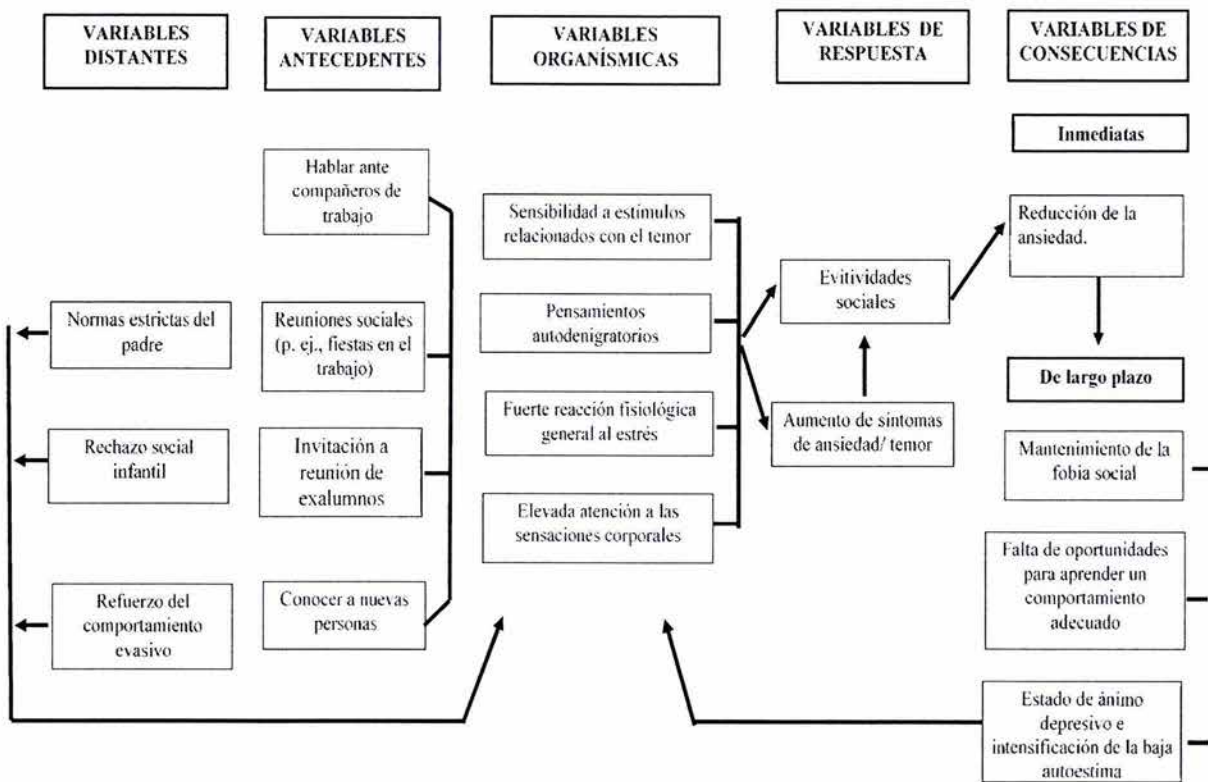
En seguida se muestra un ejemplo de un MCP

El Caso de Enrique

Enrique padece ansiedad social, soltero de 32 años de edad, externa grave angustia y temor en situaciones sociales, conforme progresaba en su trabajo como contador en una empresa grande, tenía la seguridad de que lo ascenderían debido a su compromiso y talento con los números. Sin embargo, este progreso laboral era un arma de dos filos: en el lado positivo, avanzaba y recibía mejor salario pero, por el negativo, se le asignaban mayores responsabilidades que implicaban reunirse con clientes nuevos, atender citas sociales y hacer presentaciones frente a grupos medianos. Todo esto muy atemorizante para Enrique.

Gráficamente el MCP de Enrique quedaría así:

MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS



5.4.8. Mapa de alcance de metas

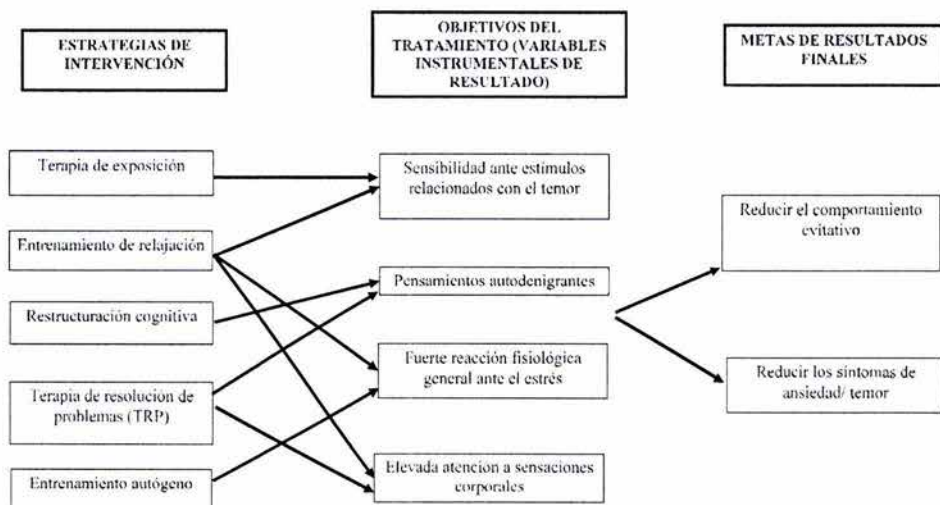
Nezu (2006), señala que el Mapa de Alcance de Metas (MAM) es una representación gráfica respecto de la "ubicación actual del paciente" y "adónde quiere llegar". El MAM incluye al principio una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes (es decir, obstáculo para alcanzar una meta, como deficientes habilidades sociales o presencia de distorsiones cognitivas) y metas de resultados finales (es decir, objetivos del tratamiento, como reducción de la ansiedad) seleccionados ya durante el proceso de toma de decisiones. Por lo que el MAM opera como la base sobre la cual se identifican las estrategias de intervención posibles que al final permitan alcanzar las metas. En otras palabras, el MAM es el "mapa del tratamiento" o plan que de forma visual describe:

- Las metas generales del tratamiento que se seleccionaron de forma mutua (resultados finales).
- Los obstáculos que existen en ese momento para alcanzar dichas metas (las variables de resultados instrumentales instrumentales).
- Los medios específicos (estrategias de intervención) para vencer dichos obstáculos.

Así una vez que el terapeuta ha evaluado cada táctica de tratamiento de acuerdo con los criterios mencionados, debe seleccionar la o las opciones de tratamiento que parezcan más favorables en cuanto su utilidad para alcanzar las metas.

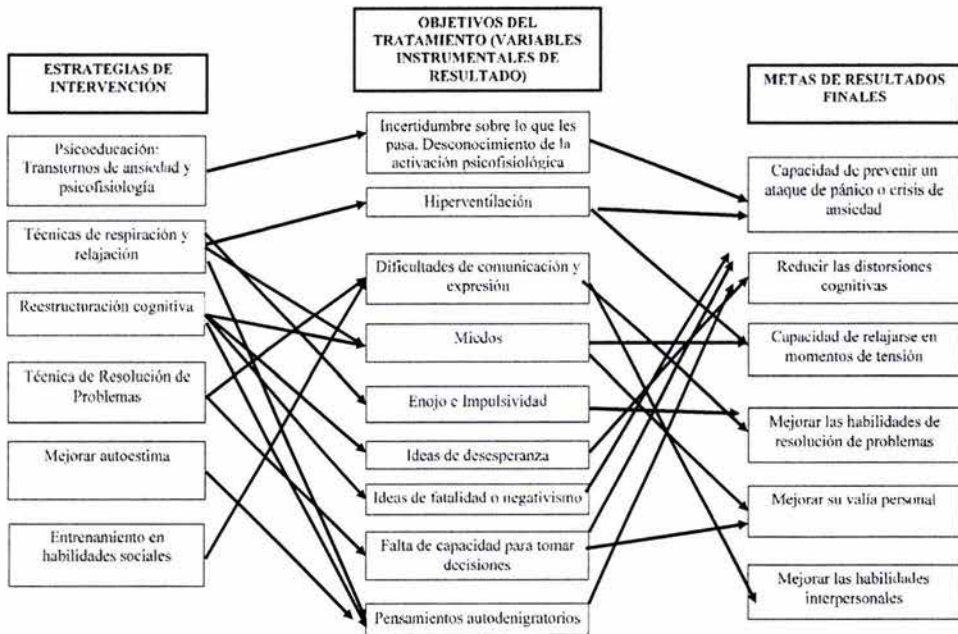
En el ejemplo anterior de Enrique, se grafica su MAM de la siguiente manera:

MAPA GRUPAL DE ALCANCE DE METAS



Finalmente el MAM del taller de ansiedad, de acuerdo a los MCP de cada uno de los integrantes quedó como sigue:

MAPA GRUPAL DE ALCANCE DE METAS



5.4.9. Definición de los objetivos

Explicitar los objetivos es responder a la pregunta para qué se hace. Es decir, se trata de indicar el destino del taller o los efectos que se pretenden alcanzar con su realización. Conforman el elemento fundamental ya que expresan los logros definidos que se busca alcanzar. Los objetivos del proyecto, se establecen en función de los problemas que este pretende contribuir a solucionar.

Herrera, P. (2003), refiere que los objetivos constituyen el punto central de referencia para entender la naturaleza más específica de cualquier taller y conforman el elemento que da coherencia a las acciones y actividades que se ejecutarán en las diferentes sesiones. Además, deben ser redactados en función de los logros que deseamos alcanzar en nuestros beneficiarios y no en relación a las actividades que nosotros ejecutaremos para lograrlo.

Los **objetivos generales** expresan cuál es el resultado final que se espera lograr una vez finalizado el taller. Estos deben especificar el logro final y la población en la cual espera lograrse. Por lo tanto, es importante plantear el logro esperado especificando, por ejemplo, si se trata de cambios conductuales, logros de mayor información, cambios en los pensamientos, etc.

Ej. Lograr que los pacientes con ansiedad de 20 a 35 años detecten sus distorsiones cognitivas y las corrijan.

Los **objetivos específicos**, describen las temáticas específicas que deberán tratarse para lograrse los objetivos generales. Esto debe ser coherente con el marco teórico. Son logros más concretos que los objetivos generales. Estos objetivos se inscriben necesariamente en los objetivos generales y constituyen especificaciones más precisas y acotadas que los mismos.

Ej. Lograr que los pacientes con ansiedad reconozcan aspectos positivos y reales de sus pensamientos.

Los **objetivos operacionales** establecen qué es lo que se va a lograr y cuándo serán alcanzados los resultados. Es decir, son descripciones de los resultados que se alcanzarán en un tiempo determinado. Estos objetivos deben ser susceptibles de ser evaluados. Deben establecerse tiempos para ser alcanzados, factibles (susceptibles de lograrse) y comprensibles. Cada uno de estos objetivos debe relacionarse específicamente con alguno de los objetivos específicos.

Es un objetivo cuantificado y cualificado. Al formularlo estamos señalando **cuanto** queremos alcanzar de cada objetivo, **que** tiempo nos demandará aquello y **de qué** calidad es lo que queremos lograr.

Ej. Lograr en el transcurso de dos sesiones los pacientes conozcan e identifiquen el tipo de sus distorsiones cognitivas.

5.4.10. Cartas descriptivas

En 2003, Herrera señala que luego de plantear los objetivos, se debe especificar qué es lo que se va a hacer para lograr su cumplimiento. Para esto se puede llenar una matriz con algunos puntos como los siguientes:

- **Unidad temática (o nombre de sesión):** se entiende el eje conductor o tema de la sesión, el cual suele relacionarse con los objetivos específicos.
- **Objetivos operacionales (o generales):** son los mismos que se establecieron en la etapa anterior, debiendo corresponderse con cada una de las sesiones.
- **Actividades:** describen los procedimientos que se utilizarán en cada sesión para lograr los objetivos propuestos. Estas deben ser acordes a las características evolutivas, personales y grupales de los beneficiarios. Para cada sesión pueden establecerse actividades centrales, así como actividades optativas en caso de que no resulte alguna de las actividades programadas y se requiera acudir a otra.

Para cada *actividad* deben especificarse los materiales requeridos y el tiempo posible de ejecución.

Para cada *unidad temática* o sesión debieran considerarse tres momentos.

Uno **primero** de descongelamiento (romper el hielo), confianza y acercamiento grupal, en el cual se presenta el propósito de la sesión y se da acogida a los participantes.

Un **segundo** de desarrollo de las actividades centrales para el logro de objetivos. Este suele ser el momento más largo de la sesión y estará destinado a que las personas se organicen de acuerdo a las tareas que se propongan, se desarrolle la actividad principal y se refuerce el trabajo con el fin de que todo avance a un ritmo que les permita realizar las tareas con éxito.

Un **tercer** momento de cierre y evaluación. Es el momento de despedida, en el cual los participantes conversan, discuten, entregan sus opiniones y sentimientos en relación a lo realizado en la sesión. Además, se pueden reforzar los aprendizajes logrados y motivar la asistencia para la sesión siguiente.

5.4.10.1. Carta descriptiva general

La carta descriptiva general abreviada del taller es la siguiente:

Carta descriptiva general (abreviada)

SESIONES	NOMBRE DE LA SESION	OBJETIVO GENERAL
SESION NO. 1	BIENVENIDA, REENCUADRE, EVALUACIÓN PRE- TALLER Y PSICOEDUCACIÓN	Presentación de los participantes y de los terapeutas. Aclarar los objetivos, reglas y estructura del taller. Establecer un buen rapport y adherencia al grupo. Evaluación Pre- taller. Introducirlos en el tema de Ansiedad
SESION NO. 2	PSICOEDUCACIÓN TRASTORNOS ANSIEDAD TECNICAS DE RESPIRACIÓN	Conocerán cuándo la ansiedad se vuelve un trastorno y se identificarán según su situación particular. Enseñar la utilidad de las técnicas de relajación/ respiración para contrarrestar la ansiedad
SESION NO. 3	PSICOEDUCACIÓN TRASTORNOS ANSIEDAD Y FACTORES DE RIESGO	Continuarán con la identificación de su situación en los distintos trastornos. Identificarán factores de riesgo.

	TECNICAS DE RELAJACIÓN/ RESPIRACIÓN	Aprenderán la respiración completa y tipos de relajación diversos para prevenir situaciones ansiosas.
SESION NO. 4	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA BECK (1)	Introducirlos en el tema de reestructuración cognitiva, identificando sus pensamientos irracionales que afectan su conducta enfatizan o provocan situaciones ansiosas. Continua la respiración/relajación
SESION NO. 5	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA ELLIS (2)	Practicar y fortalecer el cambio de pensamientos irracionales por pensamientos funcionales a través de un trabajo individual. Identificar las diferentes distorsiones cognitivas para que tengan posibilidad de reestructurar sus pensamientos. Continua la respiración/relajación
SESION NO. 6	CONTINUACIÓN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (3)	Se buscará el insight sobre sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Identificar pensamientos positivos y reales. Continúa la respiración/relajación.
SESION NO. 7	ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (1)	Que los participantes reflexionen sobre los problemas principales que contribuyen a su ansiedad y encuentren las mejores alternativas de solución aminorando su grado de ansiedad Continúa la respiración/relajación.
SESION NO. 8	ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE (2) RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA	Que los participantes se retroalimenten y reflexionen sobre los distintos problemas que tienen y sus posibles soluciones. Brindarles a los participantes otra técnica de relajación en base a la tensión- relajación de los músculos.
SESION NO. 9	AUTOESTIMA (1)	Identificar qué es la autoestima Reconocer el grado de autoestima y el área específica en la que se tiene baja autoestima. Continúa la respiración/relajación.

SESION NO. 10	Autoestima (2) ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: COMUNICACIÓN ASERTIVA	Una vez que se identificó el área de baja autoestima se ayuda al px a trabajar en ello. Que los participantes incrementen su repertorio de habilidades sociales, con el objetivo de tener una comunicación asertiva evitando conflictos que agraven la ansiedad. Continúa la respiración/relajación.
SESION NO. 11	COMUNICACIÓN ASERTIVA. RESOLUCIÓN DE DUDAS	Identificar a las personas con las tienen dificultad para comunicarse asertivamente. Que los participantes expresen sus dudas en temas que necesiten reforzar en cada situación particular. Continúa la respiración/relajación.
SESION NO. 12	CIERRE DEL TALLER Y EVALUACIÓN POST	Que los participantes reporten su aprendizaje y beneficios de la asistencia al taller, se aclaren dudas no resueltas. Y se realice la evaluación final. Agradecer su asistencia

La carta descriptiva general con el material y tiempo empleado se muestra en el (anexo 28).

5.4.10.2. Cartas descriptivas sesiones

Herrera (2003) señala que resulta especialmente importante planificar de la mejor forma posible la primera sesión, porque ésta tiene el objetivo de establecer el marco relacional y compromiso inicial básico para la realización del taller. Además, en esta sesión suelen establecerse las normas básicas de funcionamiento y se contrastan las expectativas y temores, tanto de los participantes, como los conductores. En esta instancia debe evaluarse la motivación de los participantes y se debe generar un espacio grupal cálido y acogedor que posibilite la confianza y respeto mutuo. Para que puedan cumplirse estos objetivos deben planificarse actividades simples, que no impliquen una amenaza para los miembros del grupo para asegurar de mayor forma su pertinencia y adecuación a la situación de taller.

No debemos olvidar que este es el momento en que ponemos los cimientos básicos que permiten iniciar un trabajo conjunto y establecer un contrato psicológico que posibilite el taller.

A manera de ejemplo se muestra la carta de la sesión 1 abreviada (sin especificar material ni tiempo).

Carta descriptiva sesión 1 (abreviada)

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD
Bienvenida y dinámica de presentación de los participantes	Favorecer un primer conocimiento de los valores, inquietudes y gustos de los participantes, así como romper el hielo y las tensiones del primer momento de encuentro al tomar en cuenta a cada participante y ser presentado.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de presentación en parejas donde se pregunta uno a otra información básica como ocupación, edad, pasatiempos, etc. y posteriormente uno presenta al otro. • Cada participante expondrá frente al grupo cuál es el motivo por el que se encuentran en el CSP.
Reglas del taller	Regular las condiciones de asistencia al taller y establecer bases de común entendimiento e iguales oportunidades de los participantes involucrados.	<ul style="list-style-type: none"> • Corroborar que los participantes hayan leído el reglamento, recibido antes de su primera sesión y expongan cualquier dificultad, opinión o comentario. • Preguntar a los participantes sobre su expectativa del taller.
Alcances y estructura del taller	Que los participantes tengan conocimiento del objetivo, metas y marco teórico en el que se realizará el taller y las distintas técnicas que aprenderán.	<p>Presentación en power point:</p> <p><i>La terapia cognitivo-conductual.</i></p> <p><i>Técnicas cognitivo conductuales elegidas.</i></p>
Evaluación	Valorar el grado de ansiedad para determinar si se requiere tratamiento farmacológico aunado al tratamiento psicológico.	<i>Cuestionario de valoración previa en pacientes con ansiedad.</i>
Psico educación	Proveer los conocimientos teóricos específicos para el autoconocimiento y reconocimiento, tanto racional como emocional y conductual de la ansiedad.	<p>Exposición teórica en power point:</p> <p><i>"Ansiedad, estrés, miedo y cotidianidad"</i></p> <p><i>"La ansiedad como trastorno"</i></p> <p><i>"Síntomas de la ansiedad patológica"</i></p>

(1ª parte)		<p><i>"La respuesta de estrés y activación psicofisiológica"</i></p> <p>Proyección del video: <i>"Fisiología del estrés"</i></p>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la multidimensionalidad de los síntomas de ansiedad, su predominancia, frecuencia e intensidad. • Que los participantes identifiquen que situaciones les producen el desencadenamiento de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuestionario de sobreactivación fisiológica</i> • Test 1. <i>Situaciones desencadenantes de ansiedad.</i>
Sesión de preguntas y dudas	Que los participantes puedan plantear cualquier duda o comentario en relación a los temas de psicoeducación vistos.	Abrir la sesión de preguntas
Evaluación	Que los participantes sepan la importancia de llevar un registro semanal de su nivel de ansiedad y los cambios ocurridos.	Explicación del llenado del autorregistro acumulativo del nivel de ansiedad presentado durante la semana
Cierre de la sesión		Dar por concluida la primera sesión y reiterar la asistencia a la siguiente sesión.

5.4.11. Evaluaciones iniciales

A los asistentes al taller se les aplicaron algunas evaluaciones iniciales para saber las características particulares de cada paciente y así adaptar los temas vistos a sus diversas situaciones. Así entonces se aplicó inventario de ansiedad de beck (anexo 29) para ver el grado de ansiedad que presenta; el inventario de depresión de Beck (anexo 30), para ver si presentaban algún grado de depresión, situación relacionada frecuentemente con la ansiedad; el Who- Qol (anexo 31), para observar la calidad de vida en varias áreas del paciente; el MMPI, para ver la personalidad del paciente; el IDARE (anexo 32), para saber si su ansiedad es debida a una situación o a un rasgo de personalidad y un conjunto de

valoraciones previas para conocer el tipo de ansiedad que presenta cada paciente (anexo 33).

Con todas estas evaluaciones se pudieron realizar diagnósticos específicos y tratar de manera específica los temas del taller.

5.4.11.1. IDARE (Inventario de ansiedad Estado-Rasgo)

Desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975, 1997; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado.

El IDARE, también conocido como STAI (*State Trait Anxiety Inventory for Adults*), el cual es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas. 1. La llamada **Ansiedad-Rasgo** (A-Rasgo), y 2. La llamada **Ansiedad-Estado** (A-Estado). La escala A-Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten *generalmente* (Spielberger, 2007). La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un *momento dado*. Es de los inventarios más utilizados (anexo 32).

La escala de **estado** (SXE), debe responderse informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho).

La Ansiedad Estado es considerada como un estado temporal o condición emocional transitoria del organismo, aquella evocada por determinada circunstancia (Spielberg, 2007), y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. (Miguel-Tobal, 1996). Y se refiere a la tensión y aprehensión así como una hiperactividad del sistema nervioso

autónomos que un sujeto experimenta en determinadas situaciones. Es una reacción desagradable frente a una tensión específica (Spielberg, 2007).

La escala de **rasgo** (SXR) debe responderse indicando como se siente habitualmente (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa.

La Ansiedad Rasgo en un individuo es una predisposición conductual adquirida. Hay influencia tanto de factores biológicos como aprendidos que predispone a un sujeto a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, y responder a ellas con una Ansiedad Estado desproporcionada en intensidad o magnitud, al peligro objetivo. Personas con alta Ansiedad Rasgo perciben mayor número de situaciones como amenazantes o responden ante estas con niveles más altos de ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Igualmente como la Ansiedad Estado se manifiesta de manera fisiológica y psicológica.

Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1-No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1-Casi nunca, 2- Algunas veces, 3-Frecuentemente, 4-Casi siempre. (Spielberger, 1975, 2007). Así por ejemplo, tenemos lo siguiente:

SXR	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEMENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

SXE	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

CLASIFICACIÓN DEL IDARE

Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

Tabla 39. Clasificación de puntuaciones

Rango	Clasificación
20 - 31	Ansiedad muy baja
32 - 43	Ansiedad baja
44 - 55	Ansiedad Media
56 - 67	Ansiedad Alta
68 - 80	Ansiedad Muy Alta

En seguida se muestra la tabla de variables en los ITEMS:

Tabla 40. Tabla de dimensiones, indicadores e ITEMS

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS
Ansiedad	Estado	Fisiológico	1,3,6,8,12,13,14,15,18
		Psicológico	2,4,5,7,9,10,11,16,17,19,20
	Rasgo	Fisiológico	22,23,26,27,35,40
		Psicológico	21,24,25,28,29,30,31,32,33,34,36,37,39,40

IDARE (2002)

La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos. Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972)

Debemos entender que se heredan ciertas características físicas relacionadas con la reacción ansiosa, pero también se aprende a vivir y a relacionarse con los síntomas de ansiedad de forma similar. No es cuestión de entrar aquí en el debate eterno herencia/aprendizaje, se trata de ser conscientes de que existe la vulnerabilidad o

predisposición a padecer problemas de ansiedad y de que esa vulnerabilidad tiene raíces en lo biológico y raíces en la tradición cultural y de la familia (Moreno, 2009).

5.4.11.2. Inventario de ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad Beck (Beck Anxiety Inventory-**BAI**) se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento fiable que discriminara la ansiedad de la depresión al tiempo que mostrara validez convergente. Un instrumento de ese tipo ofrece ventajas clínicas y para fines de investigación sobre medidas de autoaplicación existentes (Beck, 1988; Beck & Steer 2011).

La escala consta de 21 items (anexo 29), cada uno describe un síntoma común de la ansiedad. Se le pide al evaluado que califique que tanto ha padecido cada uno de los síntomas durante la semana anterior en una escala de 4 puntos que van de 0 a 3, como sigue:

- | |
|--|
| <p>(0) En absoluto.</p> <p>(1) Levemente, no me molesta mucho.</p> <p>(2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.</p> <p>(3) Severamente, casi no pude soportarlo.</p> |
|--|

Los elementos que se evalúan con la escala anterior son los siguientes:

1. Hormigueo o entumecimiento.
2. Sensación de calor.
3. Temblor de piernas.

4. Incapacidad de relajarse.
5. Miedo a que suceda lo peor.
6. Mareo o aturdimiento.
7. Palpitaciones o taquicardia.
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.
9. Terrores.
10. Nerviosismo.
11. Sensación de ahogo.
12. Temblores de manos.
13. Temblor generalizado o estremecimiento.
14. Miedo a perder el control.
15. Dificultad para respirar.
16. Miedo a morir.
17. Sobresaltos.
18. Molestias digestivas o abdominales.
19. Palidez.
20. Rubor facial.
21. Sudoración (no debida al calor).

Los elementos se suman a continuación para obtener una puntuación total que puede variar de 0 a 63. Posteriormente, esta puntuación se coloca dentro de una escala, que define el nivel de ansiedad que padece el sujeto que contestó la escala. En seguida se muestra la escala que define el nivel de ansiedad:

Tabla 41. Escala de ansiedad puntuaciones BAI

Rango	Clasificación
0 - 7	Ansiedad Mínima
8 - 15	Ansiedad Leve
16 - 25	Ansiedad Moderada
26 - 63	Ansiedad Severa

Así es como utilizando esta información se fue evaluando el nivel de ansiedad de cada paciente que asistió al taller con éste instrumento.

5.4.11.3. Inventario de depresión de Beck

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)**, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para chequeo y de apoyo diagnóstico (Beck, 2006).

Este Inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems la sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad (anexo 30).

Plat (2005), señala que se determinó que considerar tres factores que se denominaron síntomas psicológicos, síntomas somáticos y síntomas interpersonales, mismos que se relacionan a continuación según los reactivos del inventario.

Tabla 42. Relación de reactivos con los tres factores considerados en el BDI

Reactivos	Síntomas psicológicos	Síntomas somáticos	Síntomas psicosociales
Autoculpabilidad	X		
Sentimiento de fracaso	X		
Autodecepción	X		
Insatisfacción	X		
Culpabilidad	X		
Sentimiento de castigo	X		
Tristeza	X		
Ideación suicida	X		
Pesimismo	X		
Fatiga	X		
Pérdida del apetito		X	
Pérdida de peso		X	
Desinterés por sexo		X	
Insomnio		X	
Hipocondría		X	
Irritabilidad			X
Pobre imagen corporal			X
Indecisión			X
Desinterés social			X
Dificultad laboral			X
Llanto			X

En seguida se muestra la escala que define el nivel de depresión:

Tabla 43. Escala de depresión puntuaciones BDI

Rango	Clasificación
0 - 9	Sin depresión
10 - 18	Depresión Leve
19 - 29	Depresión Moderada
30 - 63	Depresión Severa

En las **manifestaciones cognitivas**, hay personas que distorsionan actitudes hacia ellas mismas, sus experiencias y su futuro; tienen autoevaluaciones bajas, distorsiones de su autoimagen, expectativas negativas, autoculpa e indecisión. Las alteraciones intelectuales o cognitivas incluyen una sensopercepción disminuida, baja en la atención y en el estado de alerta, dificultades para la comprensión y trastornos en la memoria (Navarro, 1994).

En las **manifestaciones motivacionales**, se incluyen experiencias de lucha conscientes, deseos e impulsos que son predominantes en la depresión. En esencia, muestra deseo de retirarse o cometer suicidio, la lleva al abandono de su familia, amigos y profesionalmente. No obtiene satisfacción personal a través de sus talentos o relaciones interpersonales. Evita hasta los problemas más simples hasta que se encuentra que éstos ya se le acumularon hasta que la aplastan provocando ansiedad. (Beck, 2006).

En las **alteraciones somáticas**: hay pérdida del apetito, disturbios del sueño, pérdida de la libido y fatiga. Son alteraciones vegetativas o somáticas que se deben a alteraciones a nivel hipotalámico y a otros trastornos relacionados con el sistema nervioso autónomo (Plat, 2005).

El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría ha establecido un principio seguido en su desarrollo por otros cuestionarios autoadministrados. Este

instrumento se utiliza mucho en investigación y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en árabe, japonés, persa y xhosa.

Por tal motivo éste fue un instrumento usado convenientemente para complementar el diagnóstico e iniciar con los mayores elementos que nos definirían la situación de cada paciente que asistió al taller.

5.4.11.4. Who- QoI (Calidad de vida)

De acuerdo a la OMS (WHO) Calidad de Vida significa "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes." Por lo tanto, el instrumento mide un constructo multidimensional en 4 factores.

El Who- QoI cuyas siglas significan: World Health Organization- Quality of Life (Organización Mundial de la Salud- Calidad de Vida), es el proyecto de calidad de vida de organización de salud mundial que se inició en 1991. El objetivo fue desarrollar un instrumento de evaluación internacional transculturalmente comparables en calidad de vida. Evalúa las percepciones del individuo en el contexto de sus sistemas de cultura y valor y sus metas personales, normas y preocupaciones. Los instrumentos WHOQOL fueron desarrollados en colaboración en un número de centros en todo el mundo y han sido ampliamente probados.

El instrumento WHOQOL consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud Psicológica, relaciones Sociales y medio Ambiente. El WHOQOL-BREF es una versión más corta del instrumento original que puede ser más conveniente para el uso en grandes estudios o ensayos clínicos. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo likert, con 5 opciones de respuesta (anexo 31).

En cada una de las 4 dimensiones, se evalúa lo siguiente:

Tabla 44. Dimensiones y puntos a evaluar en el WHO-QOL

Factor Físico	Factor Psicológico	Factor Social	Factor Ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor. • Enfermedades y dependencia de medicinas o sustancias • Energía para la vida diaria y fatiga. • Movilidad. • Sueño y descanso. • Actividades de la vida diaria. • Capacidad de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos positivos. • Espiritualidad, religión, creencias personales. • Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración. • Imagen corporal. • Autoestima. • Sentimientos negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones personales. • Actividad sexual. • Apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad y seguridad. • Ambiente físico (contaminación, tráfico, clima). • Recursos económicos. • Oportunidad de información. • Ocio y descanso (actvs. recreativas) • Ambiente en el hogar. • Atención sanitaria/social. • Transporte.

Se decidió aplicar el Who- Qol, ya que es importante conocer cómo perciben los pacientes la calidad de vida en sus 4 dimensiones y saber si éstas influían en su nivel de ansiedad.

Calificación del instrumento

- A mayor puntuación, mayor percepción de calidad de vida en el factor calificado.
- No es necesario sumar los factores.
- Todas las calificaciones serán transformadas a porcentajes.

Existen dos preguntas que se califican por separado:

La pregunta 1 evalúa la **calidad de vida en general** que la persona percibe poseer.

La pregunta 2 evalúa la percepción de **salud general** que la persona percibe poseer.

Para el resto de las preguntas, estas se agruparán en los cuatro factores para obtener un **puntaje crudo** por cada factor con la siguiente fórmula:

Tabla 44. Ecuación para puntaje crudo WHO-QOL

FACTOR	ECUACION PARA OBTENER EL PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE CRUDO	TRANSFORMAR	
			4-20	%
Factor Físico	$(6-P3) + (6-P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$			
Factor Psicológico	$P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6-P26)$			
Factor de Relaciones Sociales	$P20 + P21 + P22$			
Factor Ambiente	$P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$			

Nota: La P significa Pregunta y el número que le sigue es el número de la pregunta del inventario.

Después de hacer la suma y obtener el puntaje crudo, se buscará *transformarlo* con el método dado en la siguiente tabla (anexo 34) El método consiste en buscar en la tabla por cada factor, el puntaje crudo en la primera columna y en la última localizar su equivalente en *porcentaje*. El cuál es la clave para determinar el nivel de percepción de Calidad de Vida.

Tabla 45. Conversión de puntajes WHO-QOL

Factor Físico											
Puntuación Cruda	Puntuación Transformada		Factor Psicológico								
	4-20	0-100	Puntuación Cruda	Puntuación Transformada		Factor Relaciones Sociales					
7	4	0		4-20	0-100		Puntuación Cruda	Puntuación Transformada		Factor Ambiente	
8	5	6	6		4	0		4-20	0-100		Puntuación Cruda
9	5	6	7	5	6	3	4	0	4-20	0-100	
10	6	13	8	5	6	4	5	6		8	4
11	6	13	9	6	13	5	7	19	9		
12	7	19	10	7	19	6	8	25	10	5	6
13	7	19	11	7	19	7	9	31	11	5	6
14	8	25	12	8	25	8	11	44	12	6	13
15	9	31	13	9	31	9	12	50	13	6	13
16	9	31	14	9	31	10	13	56	14	7	19
17	10	38	15	10	38	11	15	69	15	7	19
18	10	38	16	11	44	12	16	75	16	8	25
19	11	44	17	11	44	13	17	81	17	8	25
20	11	44	18	12	50	14	19	94	18	9	31
21	12	50	19	13	56	15	20	100	19	9	31
22	13	56	20	13	56				20	10	38
23	13	56	21	14	63				21	11	44
24	14	63	22	15	69				22	11	44
25	14	63	23	15	69				23	12	50
26	15	69	24	16	75				24	12	50
27	15	69	25	17	81				25	13	56
28	16	75	26	17	81				26	13	56
29	17	81	27	18	88				27	14	63
30	17	81	28	19	94				28	14	63
31	18	88	29	19	94				29	15	69
32	18	88	30	20	100				30	15	69
33	19	94							31	16	75
34	19	94									
35	20	100									

						32	16	75
						33	17	81
						34	17	81
						35	18	88
						36	18	88
						37	19	94
						38	19	94
						39	20	100
						40	20	100

5.4.11.5. Identificación individual de la ansiedad

Aunque ya sabemos bastante de ansiedad, hay que tomar en cuenta que una persona puede ponerse nerviosa en muchas situaciones distintas o sólo en una. Puede tener muchos y variados síntomas de ansiedad, aunque no tiene por qué tener todos los síntomas. Ni tiene por qué tener síntomas de todos los tipos (cognitivos, fisiológicos y motores). Cada persona vive la ansiedad de modo distinto. Por lo que es necesario adentrarnos en la forma en la que el paciente vive la ansiedad y la manera en que ésta se manifiesta en su vida cotidiana (Moreno, 2014).

5.4.11.5.1. Valoración previa (cuestionario 1)

Es así, que es necesario analizar las distintas situaciones que pueden desencadenar la ansiedad en cada caso, de aquí la necesidad de una valoración previa (anexo 33).

Interpretación

- Si han marcado **NO** en las 8 cuestiones: Pueden pasar al apartado siguiente.
- Si han marcado **SÍ** en la pregunta 1, 2, 3 ó 4: es muy probable que las técnicas conductuales le ayuden a afrontar tu situación.

- Si han marcado **NO** en la pregunta 1, 2, 3 ó 4 y algún **SÍ** en el resto (5, 6, 7 u 8): posiblemente se muestre desbordado por sus problemas, sin ilusión por la vida, demasiado triste o la ansiedad ha afectado de forma importante su vida. Se deberá tener mayor trabajo en las técnicas abordadas y posiblemente si no hay mejoras considerables sea necesario un médico de la salud mental.

5.4.10.5.2. Situaciones desencadenantes (test 1)

Los ítems incluidos en el test 1 recogen situaciones, sensaciones y pensamientos que con más frecuencia suelen desencadenar reacciones de ansiedad.

No siempre existe una relación directa entre temer una situación y padecer un trastorno de ansiedad (anexo 33).

Interpretación

En la siguiente tabla se presentan las situaciones que suelen marcar con más frecuencia las personas que padecen cada uno de los trastornos de ansiedad enumerados.

Tabla 46. Respuestas más probables en cada trastorno Test 1.

Trastornos de Ansiedad	Respuestas más probables
Trastorno de pánico	1, 2, 3, 4, 5
Trastorno de pánico con agorafobia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 19, 20
Agorafobia sin trastorno de pánico	6, 7, 8, 15, 16, 20
Fobia social	9, 10, 11, 12, 13, 14, 22, 30
Fobia específica	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Trastorno obsesivo compulsivo	19, 22, 23, 24, 25
Trastorno por estrés agudo/postrumático	27, 28, 29
Trastorno de ansiedad generalizada	

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

Como se puede ver, algunas situaciones pueden apuntar a más de un trastorno, como ocurre, por ejemplo, con "Pasar por un puente" que puede darse en personas con trastorno de pánico con agorafobia, en personas con fobia a las alturas (fobia específica) y en personas con trastorno obsesivo compulsivo. Todos temen pasar por el puente, pero el motivo es distinto: en el pánico con agorafobia se teme la aparición de una crisis que podría llevarnos al desmayo y, por tanto, a caer desde el puente; en la fobia específica, el temor proviene de la altura en sí, que genera vértigo y temor a caer; en el trastorno obsesivo compulsivo el temor puede provenir del miedo a perder el control y saltar al vacío sin desearlo. El temor en cada caso se experimenta de modo distinto y esa experiencia es la que nos lleva a diagnosticar un tipo u otro de trastorno (Moreno, 2011).

5.4.11.5.3. Pensamientos automáticos o interpretaciones (Test 2)

En el test 2 se incluyen algunos de los pensamientos que con más frecuencia vienen a la mente de las personas que sufren un trastorno de ansiedad *justo antes* de sentirse ansiosas o con miedo (anexo 33).

Interpretación

En la siguiente tabla se presentan las situaciones que suelen marcar con más frecuencia las personas que padecen cada uno de los trastornos de ansiedad enumerados.

Tabla 47. Respuestas más probables en cada trastorno Test 2.

Trastornos de Ansiedad	Respuestas más probables
Trastorno de pánico	1, 2, 3, 4, 5
Trastorno de pánico con agorafobia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 16
Agorafobia sin trastorno de pánico	7
Fobia social	8, 9, 10, 11, 12
Fobia específica	13, 14, 15, 16
Trastorno obsesivo compulsivo	17, 18, 19, 20, 21, 22
Trastorno de ansiedad generalizada	17, 23, 24, 25

Moreno, P. (2011) Superar la ansiedad y el miedo. 9ª Edición.

5.4.11.5.4. Sensaciones corporales de la ansiedad y el Miedo (Test 3)

Moreno (2011) señala que generalmente en todos los trastornos de ansiedad pueden aparecer prácticamente todas las sensaciones señaladas. Lo que si varía es forma de presentación. La ansiedad puede presentarse de una forma creciente *paulatina*, como en el trastorno de ansiedad generalizada, o de forma *brusca* como en las crisis de ansiedad de pánico, la agorafobia, la fobia social o la fobia específica. En el trastorno obsesivo-compulsivo la ansiedad aparece también de forma *brusca* ante las obsesiones, pero generalmente está menos limitada en el tiempo que la ansiedad de las fobias (anexo 33).

5.4.11.5.5. Conductas ansiosas: escape, evitación y otras (Test 4).

En éste test se recogen las conductas que realizan con cierta frecuencia las personas que presentan trastornos de ansiedad (anexo 33).

Se han agrupado bajo dos encabezados diferentes: 1) "Cuando estoy ansioso o con miedo" y 2) "Para no ponerme ansioso o con miedo".

Las conductas del primer grupo, si se realizan a menudo o siempre, contribuyen a que las dificultades ansiosas se conviertan en problemas o trastornos de ansiedad. Las conductas del segundo grupo suponen un grado de deterioro mayor. Evitar a menudo o siempre las actividades, lugares o personas que son parte esencial de lo que debe ser nuestra vida cotidiana, supone un grado de trastorno psicológico que puede llegar a ser elevado.

Finalmente al realizar todas las evaluaciones anteriores a cada uno de los pacientes integrantes del taller se tuvo un diagnóstico más certero y con características y problemas individuales a los cuales se les pudo dar mayor atención, logrado enfocar y adoptar cada uno de los temas a los conflictos existentes.

VI

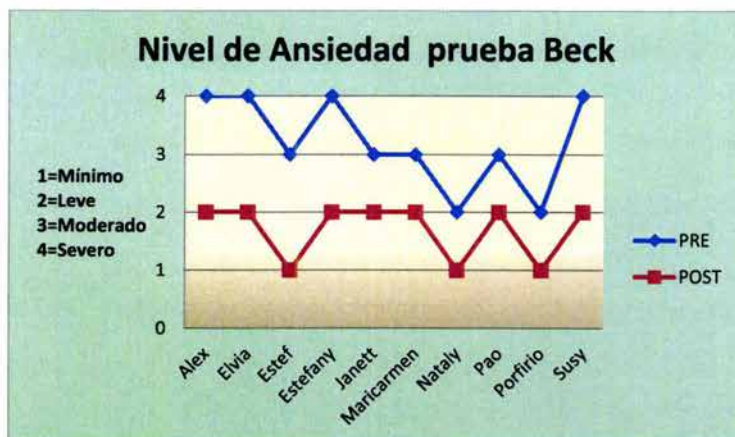
RESULTADOS OBTENIDOS

Por lo que respecta al tratamiento grupal, el taller del manejo de ansiedad tuvo buenos resultados, la mayoría de los pacientes fueron constantes, mostraron interés y se vio mejoría en ellos. Se les dieron herramientas como:

- Psicoeducación de la ansiedad y los trastornos de ansiedad.
- Relajación y respiración.
- Reestructuración cognitiva.
- Resolución de problemas.
- Autoestima.
- Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad).
- Prevención.

Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck.

Esta prueba evaluó el nivel de ansiedad con la que iniciaron los pacientes y la que manifestaron al finalizar el taller.



Los pacientes que ingresaron al taller inicialmente manifestaban niveles de ansiedad que iban de leve a severo, la mayoría caía en el rango de moderado y severo como sigue:

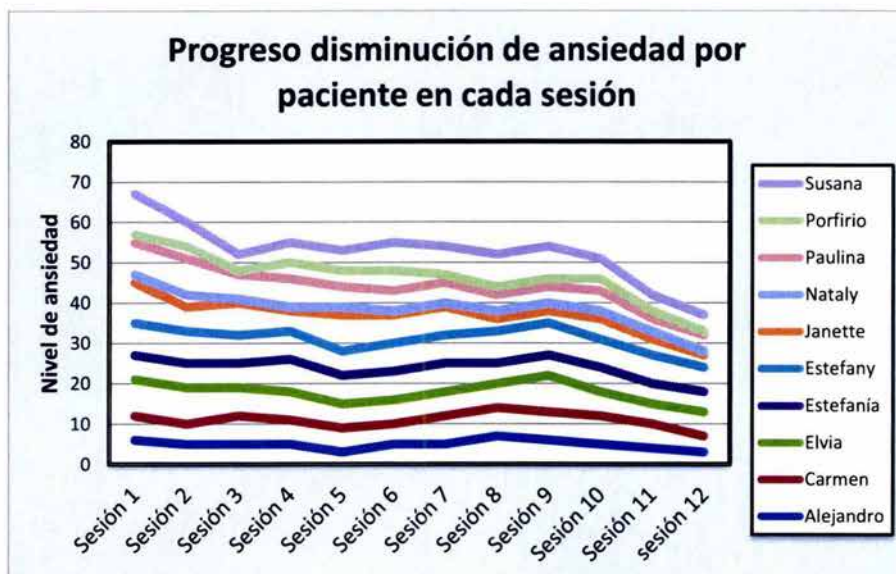
Nivel de ansiedad	Inicio (Núm. de personas)	Final (Núm. De personas)
Severo	4	
Moderado	4	
Leve	2	7
Mínimo		3
Total Pacientes	10	10

La tabla arriba señalada señala que al iniciar el taller 4 pacientes manifestaron ansiedad severa, 4 pacientes ansiedad moderada, 2 pacientes ansiedad leve y que en la misma prueba para el final del taller, 7 pacientes manifestaron ansiedad leve y 3 pacientes ansiedad mínima.

Lo anterior significa que poco a poco durante el transcurso del taller la sintomatología fue cambiando ya que al terminar el taller la mayoría manifestó un nivel de ansiedad leve o mínimo, como se indica en la tabla anterior. Cabe decir que el proceso de disminución de ansiedad no fue fácil para los pacientes, pues algunos por años han lidiado con estos síntomas, por eso no llegaron al grado de ansiedad nulo o pocos quedaron en leve. Como se les explicó, la ansiedad es adaptativa en la vida y no va a desaparecer, solo se controla; durante el taller se les dieron herramientas que les sirvieron para poco a poco ir manejando el grado de ansiedad hasta llegar muchas veces al autocontrol.

Resultados del nivel de ansiedad manifestado por los pacientes en cada sesión.

En la gráfica abajo señalada veremos los cambios de cada uno de los pacientes en cada sesión durante el tiempo que duró el taller.



Esta gráfica se deriva del llenado semanal del formato de nivel de ansiedad por los participantes del taller.

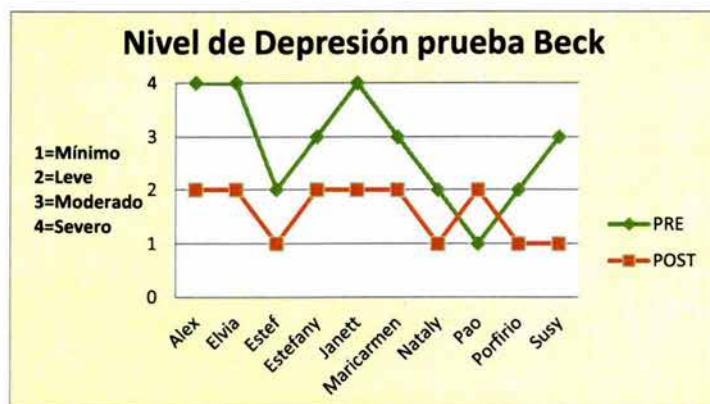
En la gráfica anterior podemos observar que los pacientes mejoraron considerablemente durante el transcurso del taller, es así que 3 pacientes mostraron ansiedad mínima, 5 pacientes mostraron ansiedad leve y 2 mostraron ansiedad moderada al final del taller.

Cabe mencionar que el progreso de la disminución de la ansiedad en los pacientes no fue de mayor a menor, pues durante el curso del mismo en algunas ocasiones la ansiedad se elevaba y en otras disminuía, finalmente la mayoría de los pacientes lograron conseguir un nivel de ansiedad mínimo o leve.

En un principio los cambios fueron poco notables pero con el paso del tiempo les fue más fácil a los pacientes controlar su nivel de ansiedad.

Resultados del Inventario de Depresión de Beck.

Como sabemos, en algunos casos, las personas con ansiedad suelen manifestar algún grado de depresión va. Por lo que ésa prueba evaluó el nivel de depresión con la que iniciaron los pacientes y la que manifestaron al finalizar el taller.



Los pacientes ingresados al taller manifestaban niveles de depresión que iban desde mínimo a severo, la mayoría caía en el rango de leve y severo como sigue:

Nivel de depresión	Inicio (Núm. de personas)	Final (Núm. De personas)
Severo	3	
Moderado	3	
Leve	3	6
Sin depresión	1	4
Total Pacientes	10	10

La tabla arriba señalada señala que al iniciar el taller 3 pacientes manifestaron depresión severa, 3 pacientes depresión moderada, 3 pacientes depresión leve y 1 paciente depresión mínima; en la misma prueba para al final del taller, 6 pacientes manifestaron depresión leve y 4 pacientes depresión mínima.

Pudimos observar que la ansiedad va muy relacionada con la depresión y que si disminuye una por ende disminuye la otra, además los elementos dados durante el taller ayudaron a disminuir los síntomas depresivos, como en el caso de la técnica de reestructuración cognitiva que ayuda a cambiar los pensamientos mejorando los niveles de ansiedad y depresión.

Resultados durante las sesiones.

Durante el taller hubo buenos resultados y se evaluaba cada sesión en donde los participantes expresaban en qué les había ayudado lo visto en la sesión, y lo que habían aprendido, algunos de sus comentarios fueron:

Psicoeducación sobre los Trastornos de Ansiedad.

- "Nos ayudaron a identificar si mi problema se trata de un trastorno o sólo de síntomas aislados".
- "Identificamos y supimos diferenciar el tipo de problemática que enfrentamos cada uno de nosotros".
- "Reflexionamos que hay que vivir el presente y no agobiarnos demasiado por el pasado o el futuro".
- "Comprendimos por qué y cómo se manifiesta la ansiedad".
- "Reconocimos situaciones que son parte de la vida cotidiana y que nos provocan ansiedad".

- “Nos percatamos de que nuestro conflicto no es único y que hay personas con la misma problemática”.

Reestructuración Cognitiva

- “Comprendimos el efecto y las consecuencias de los pensamientos”.
- “Que pensamos demasiado y que le damos gran valor a pensamientos negativos”.
- “Que podemos relajarnos si le ponemos un alto a los pensamientos”.
- “Comprendimos que los pensamientos causan emociones y a su vez respuestas que afectan o benefician nuestro modo de vida”.
- “Nos percatamos de que los pensamientos irracionales trastornan gravemente nuestro estado de ánimo”.
- “Caímos en cuenta de que vale la pena mil veces más tener pensamientos positivos para disfrutar y gozar de la vida y de cada momento”.
- “Insight sobre actitudes y pensamientos de la vida diaria que nos provocan ansiedad”.
- “Aprendimos una forma esquemática de cambiar pensamientos negativos por positivos”.
- “Aprendimos a vivir y disfrutar el presente”.
- “Reconocimos que en la vida hay cambios y desaciertos, que no todo es perfecto y no frustrarnos por ello”.
- “Caímos en la cuenta de que todos tenemos problemas, que no somos los únicos y que depende de nosotros magnificarlos o darles el justo valor”.

- "Aprendí que yo soy quien decide cómo sentirme y que no puedo depender de otra persona para sentirme bien, que el dolor es inevitable pero el sufrimiento es opcional pues depende de mí".
- "Nos dimos cuenta que es mejor afrontar los miedos y no predisponerse a resultados negativos sin tener evidencias".
- "Aprendí que no tengo el control de todo, pero que sí puedo sentirme tan bien o tan mal como yo lo permita".
- "Comprendí que preocuparme por los demás no va a resolver sus problemas y que en cambio, sí me afectan a mí".

Respiración y relajación.

- "Aprendimos a darnos cuenta que generalmente no respiramos profunda y adecuadamente ante situaciones que parecen amenazantes y que nos provocan ansiedad".
- "Nos percatamos que al practicar diariamente las respiraciones nos ayuda a sentirnos más tranquilos y felices".

Resolución de Problemas.

- "Aprendimos que hay que priorizar los problemas unos sobre otros".
- "Que no hay que estresarse de más por problemas de los cuales la solución no depende de nosotros".
- "Comprendí que la toma de decisiones es algo que requiere valoración y que no siempre lo hago".

- "Caí en la cuenta de que hay varias alternativas de solución para cada problema y que no es bueno encasillarme sólo en una, sino que tengo distintas posibilidades de acción".
- "Que al tomar una decisión debo pensar en los involucrados a mi alrededor también".
- "Sentí valor de afrontar mis conflictos sin predisponerme a resultados catastróficos".
- "Caí en la cuenta de que los conflictos son parte de la vida diaria y hay que saber sobrellevarlos sin angustiarme demasiado".
- Se percataron de que sus estados de ánimo y emociones a veces conflictúa la solución de los problemas de forma objetiva.

Habilidades Sociales y asertividad.

- "Entendí que debo respetarme, respetar a los demás y saber ser asertiva"
- "Me dí cuenta de reacciones agresivas o pasivas con las cuales me conduzco con algunas personas".
- "Reflexioné que debo ser sincero conmigo mismo, reconocer mis necesidades y deseos, expresarlo sin perder o faltar al resto al otro".
- "Aprendí que hay maneras efectivas de relacionarme con los otros".
- "Que puedo tener una buena relación con los demás independientemente de mi ansiedad".
- "Supe que hay diferentes formas de relacionarme con los otros: pasiva, agresiva y asertiva".
- "Que tengo derecho a equivocarme, a decir no y a cambiar".

- “Que no se acaba el mundo si no logro una buena comunicación o relación con alguien”.

Autoestima.

- “Me percaté de que el tener no me hace ser”.
- “Comprendí que a veces distorsiono el valor de mi ser generándome baja autoestima”.
- “Reflexioné sobre la relación que tengo consigo mismo”.
- “Aprendieron a poder disfrutar la situación y la vida actual tal cual es”.
- Entendieron mejor los aspectos que influyen en su autoestima.
- Se percataron que la falta de autoestima contribuye a sentirse más ansiosos.
- Cayeron en la cuenta de que a veces son muy rígidos consigo mismo y se van llenando de complejos.

Prevención

- “Aprendí que a veces uno contribuye con los hábitos a generar o promover la ansiedad”.
- “Reflexioné que hay alimentos que no favorecen la disminución de la ansiedad y por el contrario pueden activarme fisiológicamente”.
- “Caí en la cuenta que el descanso es necesario para sentirme bien y es mejor hacer lo posible para descansar lo adecuado.
- Vi que organizar mis actividades ayudará a darle un tiempo a cada cosa y disminuirá mi ansiedad”.

- "Me percaté de que aunque a veces no tenga ánimo de hacer ejercicio es conveniente para mi estado emocional y de salud".

Comentarios de pacientes en evaluación final

En la evaluación final del taller tuvimos las siguientes respuestas de los participantes:

1. ¿Consideras que los temas vistos en el taller te resultaron de utilidad?

- "Considero que los temas fueron muy acertados, atacaron justo los puntos que me producían conflicto".
- "Muy útil".
- "Absolutamente todos contribuyeron a que hoy me sienta mejor y esté bien conmigo misma".
- "Si pareciera que sabían exactamente lo que necesitaba oír".
- "Por supuesto"

2. ¿Cuáles temas te resultaron de mayor beneficio?

- Identificación de emociones
- Autoestima
- Reestructuración cognitiva
- La relajación
- Las respiraciones
- Causas que producen la ansiedad
- Valor personal
- Asertividad
- Solución de problemas
- Autoestima

3. ¿Cómo consideras el material de apoyo usado en el taller?

- Excelente material, me ha servido de apoyo y guía, sobre todo los folletos.
- Buenos trípticos, lecturas y audiovisuales y dinámicas.
- Buenos, prácticos, didácticos.
- Información clara, imágenes acordes a los temas, sólo revisar que algunos materiales sean legibles.

4. ¿Cómo consideras ahora tu nivel de ansiedad comparándolo antes del taller?

- En nivel bajo
- Nivel muy bajo pues gracias al material proporcionado me ayudó.
- Mucho menor.
- Ahora creo que no tengo ansiedad.

5. ¿Si tu nivel de ansiedad no bajó, porque crees que no fue así?

Ninguno respondió a ésta pregunta. Interpretando que en todos hubo mejoría.

6. ¿Cómo consideras la labor y el papel terapéutico de las terapeutas?

- Me agradó que siempre trataran de explicarnos las cosas de tal manera que nos quedara más claro y con ejemplos de la vida cotidiana.
- Muy preparadas en su profesión y su participación fue muy valiosa.
- Muy buena atención y preparación.

7. Sugerencias o recomendaciones

- Más audiovisuales.
- Más opción de elegir horario de asistencia.

Las herramientas proporcionadas a los pacientes se dieron con miras a prevenir estados emocionales graves, y la aparición de otros síntomas físicos resultado del estilo de vida que se llevaba. Entre otras cosas los pacientes lograron cambiar sus pensamientos negativos por positivos, aprendieron a sistematizar la solución de sus problemas, a mejorar su autoestima, a disfrutar del presente sin anclarse en el pasado o angustiarse por el futuro. Fue evidente que la reestructuración cognitiva les ayudó a no anticiparse a las consecuencias, a no ver catastróficamente los eventos y a ver la vida más optimistamente. Las habilidades sociales y asertividad les ayudó a tener mejores elementos para relacionarse con los demás y saber decir no cuando no estén de acuerdo en algo sin necesidad de ser agresivos.

Desde el comienzo del taller la mayoría de los pacientes mostraron apertura y confianza para sus situaciones y problemas, sólo un participante que tenía ansiedad social se mostraba un poco reacio a hablar, pero con el transcurso del tiempo logró sentirse mejor y expresar sus ideas al grado tal que al final era de los que más participaba. Al final se logró una muy buena comunicación, una gran apertura, buena relación y gran acercamiento entre los participantes y las co-terapeutas. Los participantes se fueron muy contentos y satisfechos por lo que habían logrado en el taller, algunos manifestaron que les gustaría continuar pues habían encontrado buenas técnicas para desarrollarse en su entorno y su situación particular.

La mayoría de los pacientes no tenían buenos hábitos como: hacer ejercicio regularmente, comer balanceado y a sus horas, tomar agua regularmente, creencias positivas sobre sí mismos, dormir bien, un lugar y tiempo para descansar, etc. Poco a poco fueron incluyendo en sus hábitos alguna forma sana para cuidarse física y mentalmente.

Finalmente los resultados fueron satisfactorios pues aunque el taller fue en solo 12 sesiones, se les dieron las herramientas necesarias para poder afrontar situaciones comunes de la vida diaria y en los lugares en los que se desenvuelven y que son susceptibles de manifestar ansiedad.

VII

RESULTADOS PERSONALES

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" es un gran logro para nuestra casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México y en especialmente para la Facultad de Psicología. En el CSP los estudiantes de la facultad podemos encontrar un terreno adecuado para poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera. El hecho de poder atender a los pacientes en un proceso de admisión pone en práctica múltiples habilidades con las que el profesional de la psicología clínica debe contar y que de otro modo no sería posible poner en práctica una y otra vez, antes de terminar la licenciatura.

Gracias a este Centro se instauraron en mí, con mayor ahínco, una serie de valores indispensables para crecer profesionalmente como la fortaleza, la organización, la disciplina, la responsabilidad, el compromiso, la dedicación, la empatía, la perseverancia entre otros. Me agradó conocer el ambiente de un centro de atención psicológica.

Así, este Programa denominado "Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa", perteneciente a la Facultad de Psicología, me dio la oportunidad de realizar mi servicio social, uno de los actos más comprometedores que todo universitario realiza, para aplicar así los conocimientos y las habilidades adquiridas durante mi formación académica, pero además, como un agradecimiento a nuestra casa de estudios.

Enfatizando, este Programa me proporcionó diversos momentos para desarrollar habilidades y capacidades como:

- Mayor desenvolvimiento en el escenario práctico de la vida real.
- Los pasos a seguir para iniciar el diagnóstico y tratamiento de un paciente.
- Mayor habilidad en el diagnóstico del paciente.
- Producción de material bibliográfico necesario.
- Habilidad en búsqueda de bibliografía.
- Entrenamiento para organizar expediente clínico.
- Habilidad para elaborar notas clínicas.

- Conocimiento y aplicación de diversos instrumentos de diagnóstico.
- Conocimiento de la formulación de caso (Mapa clínico de patogénesis, Mapa de alcance de metas).
- Integración y desarrollo de intervención individual y grupal.
- Conoció la elaboración de cartas descriptivas para la organización y programación de un taller y de modalidad individual.
- Posibilidad de atención en intervención en crisis.
- Mayor habilidad en el desarrollo de entrevistas iniciales e historias clínicas.
- Adquisición y conocimiento de material diverso para aplicación en la práctica clínica.

Y específicamente en relación con la impartición del taller, aprendí a:

1. Sistematizar el taller "El manejo de la ansiedad", lo cual generó en mí resultados que favorecieron un aprendizaje en cuanto a:

- Nutrir los temas que beneficiaron el desarrollo del taller, por lo que fue necesario la investigación para recopilar información teórica que sustentara cada temática. Seleccionar dinámicas que consideré favorecían el conocimiento y la reflexión, cumpliendo con ello los objetivos específicos de cada sesión. Aprendí a diseñar cartas descriptivas que permitieran ser una guía para la réplica de este taller en otro momento.
- Crear material didáctico (trípticos, folletos y formatos) con información específica para que los participantes los conserven como herramientas de consulta.
- Aprendí a organizarme, Elaborando una bitácora con la finalidad de llevar un estricto control respecto a lo acontecido en cada sesión, anotando las observaciones pertinentes y vaciando la información que los participantes proporcionaban en los distintos formatos usados.

- El manejo del grupo, para lo cual recurrí al dinamismo, para ello fue necesario aprender a manejar mi tono de voz, mi postura, mirar a los ojos y escuchar activamente para rescatar los comentarios de los participantes, entre otros.

2. Interactuar con la población destinataria: personas de 20 a 30 años con problemas de ansiedad.

Este segundo aspecto es un momento de mucho aprendizaje, pues no sólo se trataba de transmitir información sino de escuchar activamente, pues cada paciente tenía una historia que narrar que les llenaba de frustración.

En el desarrollo del taller vi cambios importantes cuyo resultado en mí fue una gran satisfacción de mi labor, pero reconociendo también que esos avances eran el esfuerzo también de cada paciente. Así mismo me complacía ver el cambio de los pacientes, pues de primera instancia llegaban algunos escépticos o apáticos, pues algunos no se animaban a compartir en grupo sus experiencias y preferían un método individual. Pero, poco a poco se iban comprometiendo con el taller siendo cada vez más participativos. Eso me demostró que podía establecer un rapport con ellos.

Cabe decir que en un principio realizar este taller supuso un reto para mí, pues yo tuve por mucho tiempo trastornos de ansiedad y con la impartición, la investigación y las experiencias adquirí mayor insight de la ansiedad y del control de la misma en mí. De la misma forma me fue más fácil entender las situaciones vividas por los pacientes.

Por otro lado, además de lo que aprendí en la realización del taller, el tener frente a mí a un paciente con contando su historia, en ocasiones llorando tranquila o eufóricamente, conocer personas que abrían el corazón y pedían ayuda, me hicieron valorar aún más la labor que como psicólogos tenemos. El enfrentar y participar en éste proceso de admisión de manera directa con el paciente me ayudó muchísimo ya que perdí los miedos de la primera vez en

atención con el paciente, conocí muchos y múltiples motivos de consulta, esto me dio una gran visión de las áreas en donde necesito prepararme para la aplicación práctica. Mejoré y corregí algunos errores que tenía al realizar preconsultas e historias clínicas.

Así mismo, aprendí que la investigación en esta carrera es muy importante y que cada paciente es diferente y no se enfasca en un solo diagnóstico, por lo que es importante la investigación.

Ahora me doy cuenta de mis alcances y limitaciones y conocí otras opciones de desarrollo en la práctica clínica. Me percaté de la labor que tiene un psicólogo y me enorgulleció formar parte de ellos.

VIII

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Del taller.

Algunos pacientes comentaron que aunque se disponían de otras instancias para solicitar ayuda en la delegación Coyoacán, estas les parecían más caras, más lejanas o más tardadas y, por lo tanto, su opción más convincente por el momento había sido el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila para atender su situación. Aquí nos dimos cuenta de que a pesar de que existen otros medios cercanos de atención, los pacientes no estaban del todo informados.

Considero que una parte importante dentro del ámbito de la psicología es la medición de comportamientos. Por lo que consideraría necesario citar a los pacientes de los talleres algunos meses después de concluido el taller como una forma de mirar cómo se encuentra el individuo antes de una intervención, al finalizar y posteriormente algunos meses después para detectar el efecto que presupone ha de impactar el trabajo realizado.

Uno de los inconvenientes del taller fue el horario, pues algunos solían llegar tarde pues venían del trabajo, de la escuela o de algún otro lugar. Nos vimos en la necesidad de hacer más dinámico el taller pues éste se realizaba en horario en que la gente suele comer (de 2 a 4 pm).

Naturalmente, me convencí de la importancia de los talleres, como una forma de intervenir de manera efectiva e inmediata considerando a un mayor grupo de pacientes, lo cual es vital, debido a la gran cantidad de usuarios que suele tener un Centro de Atención Psicológica de esta magnitud, donde los costos son mínimos, lo cual permite que sea muy accesible a la población.

Del Programa de Servicio Social.

Considero que la realización del Informe Profesional de Servicio Social es una alternativa muy acertada para obtener el título de Licenciada en Psicología, ya que los pasantes tiene la oportunidad de realizar una recapitulación sobre las actividades que se realizaron durante la

prestación del servicio social y permite a las instituciones académicas y a los futuros prestadores de este servicio contar con un documento en el que se describan las actividades que se realizan en las instituciones y con ello mejorar los programas a través de nuevas propuestas de trabajo e intervención.

El Centro pasó por un proceso de gestión de calidad, para posteriormente certificarse y gracias a los grandes esfuerzos de la jefa del centro, los profesores adjuntos, servicio social y secretariado se han logrado muchos cambios en la clínica para una mejor atención de los pacientes y para la agilización del proceso de admisión a la clínica, por lo que se han visto cambios y resultados benéficos. Esto nos habla de que el CSP necesita de la participación y compromiso de todos los que ahí trabajan de los que realizan servicio social o prácticas.

Evidentemente, quienes ingresen a este programa de Servicio Social tendrán un excelente escenario para crecer profesionalmente. Los programas, tanto de servicio social como de realización de prácticas, dentro del CSP, incluyen la formulación de casos y la elaboración de intervenciones tanto individuales como grupales, las cuales aportan al estudiante o pasante una gran experiencia. Sin embargo, no estamos exentos de cometer errores metodológicos o técnicos, pues por primera vez ponemos en práctica muchos conocimientos. En este sentido, es de suma importancia la supervisión la cual desafortunadamente en algunos casos no es muy adecuada. En los programas de servicio social quien tiene a cargo la supervisión de todos los prestadores es la Jefa del CSP, la cual tiene a su cargo muchas más funciones y no le es posible supervisar a los alumnos de manera más cercana o personalizada y aunque la supervisora tiene gran interés y disponibilidad, sus actividades le dejan poco tiempo para ello.

El CSP es un lugar donde acude mucha gente y frecuentemente no se dan abasto con la población que necesita atención por lo que considero es un medio que se podría aprovechar, donde los maestros podrían establecer vínculos más cercanos con el CSP y visitar a sus alumnos practicantes, observarlos y asesorarlos cuando realicen intervenciones. Las

intervenciones que se realizan en las cámaras de Gesell pueden documentarse y los maestros pueden ver las grabaciones, o pueden acudir al centro y observarlas directamente en las cámaras, y de esta manera los estudiantes y los pacientes salen beneficiados. Así aunque la mayoría del servicio sea brindado por estudiantes en formación al ser supervisado adecuadamente sea de alta calidad.

Con el paso del tiempo y recientemente con la certificación, el desarrollo del Servicio Social en el CSP ha mejorado notablemente. Sin embargo, considero que aún hacen falta algunos cambios que mejorar para hacer más eficiente la práctica en el lugar, como:

- **Curso de inducción de actividades del centro.** Las labores, trámites y actividades que el centro realiza son diversos, en ocasiones cuando el practicante está en ventanilla y al no estar en algún momento las secretarias o alguien que informe el practicante, éste se ve indefenso e ingenuo sobre lo que hay que hacer como (lugar donde van las cosas, registros necesarios, requisitos, etc), muchas veces la persona que va a pedir información o a pedir algún reporte se da cuenta de ello, por lo que considero que es necesario que se dé un curso de inducción sobre las posibles situaciones a las que se enfrentará el practicante y brindar los elementos necesarios para realizar su trabajo con eficiencia y eficacia. En mi caso lo aprendí a través de mucho tiempo y preguntando en diversas ocasiones. Así considero necesaria la asesoría de situaciones como:
 - Información a pacientes de primera vez.
 - Actitud ante las personas que solicitan información.
 - Registros que se deben llenar al dar cita de primera vez.
 - Formatos que se deben llenar en el proceso de admisión y los registros en electrónico que hay que llenar.
 - Asignación de cubículos.
 - Manejo de las llaves de los distintos cubículos, cocineta y baños.
 - Conocimiento y manejo de los diversos formatos.

- Referencia y contrarreferencias.
 - Archivo.
 - Derechos y obligaciones.
-
- **Capacitación previa:** Como el centro es un lugar de formación, las personas que realizan pre-consultas e historias clínicas casi siempre aprenden observando a otros estudiantes que ya están en la práctica. No obstante, no hay un curso de inducción previo que señale los puntos clave e importantes en cada entrevista. Siguiendo el esquema que actualmente se tiene, los estudiantes que inician pueden repetir los aciertos pero también los errores que observan del observado. En mi experiencia cuando entré al CSP me costó mucho trabajo tener el primer contacto con el paciente pues no había alguien que me supervisara.
 - **Retroalimentación:** Una vez que se ha aprendido cómo realizar las entrevistas sería conveniente que hubiera alguien que observará la primer y segunda intervención haciendo mención de las áreas o aspectos que el practicante podría mejorar, pues si desde el principio se adquieren errores o malos hábitos, éstos seguirán apareciendo en las siguientes entrevistas.
 - **Continuidad:** Que los maestros o practicantes que realicen pre-consultas se comprometan a continuar con el proceso de admisión en la historia clínica, ya que cuando la historia clínica es realizada por otra persona diferente, se crea en el paciente confusión cuando el practicante en ocasiones vuelve a preguntar cosas que el paciente ya dijo en la pre-consulta.
 - **Supervisión:** Me parece que faltaría un poco de supervisión, pues aunque la jefa del centro generalmente pregunta cómo nos fue en el desarrollo de nuestras actividades, frecuentemente no hay retroalimentación. Es evidente la gran carga de trabajo y

ocupaciones que la jefa del centro tiene, sin embargo, considero se podría delegar la responsabilidad de supervisar a alguien.

- **Manuales:** Considero que al ser las técnicas cognitivo- conductuales las más usadas en los talleres realizados en el centro, sería conveniente que hubiera antecedentes o manuales del uso y ejemplos de dichas técnicas que retroalimenten a los siguientes alumnos que las practiquen en los talleres, así se verían cada vez más enriquecidas al aplicarlas.
- **Difusión de manuales y formatos:** Actualmente, el centro ha elaborado manuales muy interesantes que muchas veces los practicantes desconocen y que son útiles para la realización eficaz y eficiente de las actividades. Así mismo hay formatos que se han modificado o creado y que es importante conocerlos para su adecuada aplicación.

En general, las prácticas en el CSP han ido mejorando, pero frecuentemente hay cosas que son perfectibles siempre que se tenga el ánimo y la intención de mejorarlas.

IX

CONCLUSIONES

En la sociedad actual son muchas las personas que padecen debido a la ansiedad o el miedo. Algunos expertos afirman que cuatro de cada diez personas pueden experimentar los síntomas de ansiedad. Por otro lado, estudios rigurosos indican que dos varones y tres mujeres de cada diez han tenido, tienen o tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Moreno, 2011).

La buena noticia es que resulta posible superar la ansiedad y el miedo. Hoy en día los psicólogos disponen de muchas técnicas para ayudar a las personas que sufren estos problemas.

Se sabe que si los pacientes se comprometen al cien por ciento con la terapia, si realiza sus ejercicios, podrán sentirse bastante mejor y, muy posiblemente, completamente curados. Si bien es cierto que no todos los trastornos de ansiedad se pueden superar completamente, en todos los casos, es posible hacer mucho por mejorar la calidad de vida y hacer que la vida merezca ser vivida. Especialistas comentan que los pacientes que sufren trastornos de ansiedad, generalmente, tienen muchas más posibilidades de salir adelante con éxito que los pacientes que sufren otros problemas psicológicos como los trastornos psicóticos o las adicciones.

En esta época y en esta ciudad la vida se percibe muy de prisa, las labores domésticas, el trabajo, la escuela, los hijos, etc., nos hace parecer que nunca hay tiempo para descansar, para darnos un tiempo de reflexión, de relajación. Esto hace que el nivel de estrés y ansiedad aumente en las personas en general y más aún en aquellas que su entorno, genética o situación no les favorecen.

Un dato curioso es que los participantes que integraron el taller eran adultos jóvenes que tenían proyectos en puerta como encontrar una pareja estable, formar una familia, encontrar un buen trabajo, conseguir tener un patrimonio como un carro o una casa, embarazarse, etc. Éstos factores hacen que los pacientes se presionen en conseguir lo que se proponen pues sienten que si no lo hacen ahora se les pasa el tiempo, se oía mucho decir "es que a mi edad ya debería haber..... tenido un buen trabajo, acabado mi carrera, tener mi casa, tener un

hijo, etc.” Otro factor es que solían compararse con sus pares conocidos con los cuales podían encontrarse en ventaja o desventaja. A los pacientes les preocupaba mucho lo que la sociedad o la familia pudiera decir, o el cómo los podían ver.

También nos percatamos de que su historia de vida familiar era contundente y muy influyente en su situación actual, pues muchos de ellos vivieron sucesos de violencia, alcoholismo, mala alimentación, exigencia y altas expectativas por parte de los padres o la ausencia de los mismos, etc., lo que fue moldeando su personalidad y en ocasiones afectando su autoestima dando como resultado inseguridad en los mismos para visualizarse realizando sus proyectos.

Pudimos observar que su entorno era otro factor determinante para su estado emocional, ya que se tenían diversas circunstancias como: caminos largos para ir al trabajo o escuela, trabajos de largas jornadas laborales, familia con conflictos o disfuncional, amistades, conocidos o vecinos conflictivos, enfermedades de personas cercanas, hábitos de vida, creencias y costumbres, que desarrollaban y estimulaban su nivel de ansiedad.

Y es aquí donde la Terapia Cognitivo Conductual resulta muy útil, pues como observamos en el taller, brindó herramientas muy importantes para que los pacientes pudieran aplicar en el control de la ansiedad en su vida diaria, que les sirvieran para enfrentar situaciones difíciles y que a través de la práctica frecuente se volvieran parte de su actuar y de su vida diaria. Mejorando su forma de ver la vida, de manera más realista pero al mismo tiempo positiva y con esperanza, sabiendo que muchos de los conflictos empiezan con un pensamiento anticipatorio catastrofista sobre cosas que no sabemos si sucederán. Así, con un pensamiento más objetivo, se facilita a su vez la adecuada segregación de serotonina y por ende un mejor bienestar físico y emocional.

Finalmente, fue grato compartir con los pacientes sus vivencias, sus mejoras y la retroalimentación grupal fue muy enriquecedora para todos. Cayeron en la cuenta de que la prevención es un elemento principal para evitar, controlar y detener el progreso de estados emocionales inadecuados.

Cabe mencionar que en una etapa no muy lejana, yo enfrenté este trastorno de ansiedad y ahora lo siento superado, quise ayudar a personas que como yo sentían esa angustia y no sabían que hacer, ahora me siento confortada por los logros obtenidos y me alegra saber que en la vida casi todo tiene solución y el sentirnos bien depende en gran medida de cada uno de nosotros.

Y como dice el Dr. Moreno:

“La ansiedad no es un peligro que deba evitarse o un enemigo que deba ser superado. La ansiedad es una oportunidad para llegar a ser más sabio y más libre, escuchando con el corazón abierto a lo que el cuerpo y la mente están tratando de decirnos”

X

REFERENCIAS

- Aguilar, E. (1987). *Asertividad: cómo ser tú mismo sin culpas*. México: Pax
- Alden, L. E., & Taylor, C.T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.) Barcelona: Masson.
- Aragón L.E. & Silva A. (2002). *Fundamentos Teóricos de la Evaluación Psicológica*. (2ª ed.). México: Editorial Pax.
- Ayetaran, S. (1996). *El grupo como construcción social*. Barcelona: Plural.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Bados, L. A. (2005). *Agorafobia II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. México: Paidós.
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., & Guillamón N. (2008) *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª. Ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (2000). *Mastery of Anxiety and Panic* (3a. Ed.)- Client Workbooks. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Barrios, M. F., (2013). *Técnicas de visualización*. Curso online de técnicas de relajación. Recuperado el 15 de octubre del 2013 en <http://www.larelajacion.com/larelajacion/27visualizacion.php>
- Beck, A. (1988) *Beck Anxiety Inventory*. United States: The Psychological Corporation. Recuperado el 3 de octubre del 2013 en <http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/BAI>
- Beck, A.T & Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona. Paidós.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. Nueva York: Guilford Press.

- Beck, A. T. & Emery, G. (2005) *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. (rev. paperback ed.) Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T.; Steer, R. & Brown, G. (2006) *Inventario de depresión de Beck*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Beck, A. & Steer, R. (2011) *Inventario de Ansiedad de Beck* (adaptación española). Barcelona. Pearson Educación, S.A.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México [Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in Mexico City adolescents]. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Bevilacqua, A. (2012). Bonding. *La importancia de una buena relación terapéutica. Parte II*. No. 138. Recuperado el 8 de agosto 2013, de http://bonding.es/jbonding/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=1084&category_id=10&Itemid=54
- Bilbao, M. A. (2010). *Gestalt para la Ansiedad*. México: Alfaomega.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicología*. Argentina: Nueva visión.
- Bornas, X. (1994). *La autonomía personal en la infancia: estrategias cognitivas y pautas para su desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Bourne, E.J & Garano, L. (2004). *Haga frente a la ansiedad: 10 formas sencillas de aliviar la ansiedad, los miedos y las preocupaciones*. (2^a ed.). Barcelona: Amat.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. Barcelona: Paidós.

- Burak, S.D. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescentes Latinoamericanos*, 1, no.4, 222-230. Recuperado el 21 de septiembre de 2013, de http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301999000100004&lng=es&nrm=iso/
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós. (Original de 1980.)
- Butcher, J. (2001). *MMPI-2. Guía para principiantes*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *España: Psicología conductual*. Vol. 8, Nº 2, 2000, pp. 173-215.
- Caballo, V. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual*. España. Editorial Siglo XXI. 2ª Edición.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). *Emoción y salud*. Ansiedad y estrés. Murcia: Campobell.
- Cano, A. (2002). *Normas Básicas para la Prevención de Problemas de Ansiedad y Estrés*. Málaga: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, obtenido el 30 de abril del 2002 en <http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/index.htm>.
- Casado, C. (2009). *Entrenamiento emocional en el trabajo*. Madrid: ESIC.
- Castanyer, O. (2000). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52.
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico*. Manual Práctico. México: Paidós.

- Cía, A. H. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia*. Manual de autoayuda. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- CIDE (1987). *Técnicas participativas para la educación popular*. Santiago: CIDE.
- Clark, D.M. (1989). *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M. (2001). *A cognitive perspective on social phobia*. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York: Wiley.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Comeche M., Díaz M., Vallejo M.A. (1995) *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cournier, W.; Cournier, L. (1996) *Estrategias de entrevistas para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. España. Editorial Desclée de Brouwer.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., Minici, A. (Jul, 2002) Trastornos de ansiedad [Versión electrónica]. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, Vol.3. Recuperado el 1 de julio de 2013, de <http://www.cetecic.com.ar/revista/revista03.php>
- Dale, P. (2001). *¿Has dicho algo, Susana?: Guía para mujeres que desean expresarse con confianza*. Barcelona: Granica.
- Davison, G. (2005). *Psicología de la conducta anormal DSM-IV*. México: LimusaWiley.
- De Rivera, L. *Síndromes de Estrés*. Editorial Síntesis, Madrid, 2010. Pág. 96. Recuperado el 20 de septiembre 2013, de <http://www.psicoter.es/libros/los-sindromes-de-estres>

- De Rivera, J.L. (2000). *Psicoterapia Autógena*. Madrid, Asociación Española de Psicoterapia.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfreid, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 10-16.
- Ellis, A.;Russell, G., (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Barcelona. Editorial Desclée de Brouwer. Dahab, J., Rivadeneira, C., Minici, A. (Mar, 2004) *¿Por qué elegimos Terapia Cognitivo-Conductual?* [Versión electrónica]. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Vol.6. Recuperado el 28 de marzo de 2013, de <http://www.cetecic.com.ar/revista/revista06.php>
- Ellis, A.; Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax.
- Ellis, A., (2006). *Usted puede ser feliz: Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Ellis, A., (2009). *Razón y emoción en psicoterapia*. Barcelona. Editorial Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., (2013). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted: Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Ediciones Paidós.Ñ
- Ells, T. D. (1997). *Psychotherapy case formulation: History and current status*. In: T.D. Ells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: the S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Eysenck, H. J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere.

- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gándara, M. J. & Fuertes, R. C. (1999). *Angustia y ansiedad: Causas, síntomas y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García Castro, J.L. (s. f.). *Cuaderno de autoayuda: resolución de problemas*. Recuperado el 10 de septiembre de 2013, de http://www2.gobiernodecanarias.org/educacion/17/WebC/lujose/solucion_problemas.htm
- García, D. (1997). *El grupo: métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires: Espacio.
- García, J. & López, C. (Coord.), (2005). *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Edaf.
- García, V. M. (1998). *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual*. V Jornada Científica de la Asociación de Psicoterapeutas "Laureano Cuesta". Madrid.
- Goleman, D. Relaxation: surprising benefits detected. The New York Times, May 13, 1986, retrieved May 23, 2006. Recuperado el 5 de enero de 2014, de <http://www.nytimes.com/1986/05/13/science/relaxation-surprising-benefits-detected.html>
- Gómez Herrera, J. (2003). *El adolescente en la familia y la escuela*. En Eguiluz, L.L., et al., *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico* (pp. 105-126). México: Pax.
- González Ceballos, R. (2005). *Guía para la formación y crecimiento personal del joven*. México: Universidad de Colima.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnóstico enfermeros*. España: Mosby.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Güell Barceló, M. (2005). *¿Por qué eh dicho blanco si quería decir negro? Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. Serie Desarrollo personal del profesorado 2. Barcelona: Grao de IRIF.

- Hernández Lira, N.A. & Sánchez Sánchez, J. (2007). Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. [Versión electrónica]. Libros en Red. Recuperado el 24 de julio de 2012, de [http://books.google.com.mx/books/about/Manual de Psicoterapia Cognitivo C%20onduct.html?hl=es&id=EzlwZq_aH6AC&redir_esc=y](http://books.google.com.mx/books/about/Manual_de_Psicoterapia_Cognitivo_C%20onduct.html?hl=es&id=EzlwZq_aH6AC&redir_esc=y)
- Herrera, P., (2003). *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. UNAM
- Hollander, M. D. & Simeon, M. D. (2004). *Trastornos de ansiedad*. Madrid: Elsevier.
- Ibáñez, C., Manzanera, R. (Sept, 2012) *Técnicas cognitivo conductuales de fácil aplicación en atención primaria*. [Versión electrónica]. Revista SEMERGEN, Vol. 38, Núm. 06. Recuperado el 5 de enero 2014, de <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-primaria-i-90152375-formacion-continuada-2012>
- Isaacs, A. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. (2 ed.) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Kaplan & Sadock (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. (10ª ed.). España: Wolters Kluwer.
- Kohli, S., Batra, P. & Aggarwal, N. K. (2011). *Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance Hemodialysis*. Indian Journal of Nephrology, 21, 177-181.
- Labrador, F. & Crespo, M.(1994) *Evaluación del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J. (2007). *Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology*. Salud Mental, 30 (5), 4-11.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Mardomingo, M. J. (2001). *Características clínicas de los trastornos de ansiedad*. Revista pediatría de atención primaria, 3, 61-71.

- Marina J. A. y Penas M. L. (1999) *Diccionario de los sentimientos*, ed Anagrama.
- Martin, J. (2003). *Psicoeducación. El ABC de la terapia cognitiva*, 9-22.
- Martínez, H. (1991). *Dinámica de grupos y técnicas participativas*. Santiago: PIIIE.
- Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). *Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology*. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16. Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Menninger, K. (2007). *La Historia Clínica Psiquiátrica*. Traducción de SUA. México: UNAM.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana
- Minici, A., Rivadeneira, C., Dahab, J. (Feb, 2012) *El procesamiento no consciente de la amenaza* [Versión electrónica]. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, Vol.20. Recuperado el 25 de mayo de 2013, de <http://www.cetecic.com.ar/revista/revista020.php>
- Moreno, P. (2013). *Aprender de la ansiedad*. 1ª. Edición. España: Desclée De Brouwer.
- Moreno, P., Gutiérrez, A., (2012). *Vencer las crisis de ansiedad y la agorafobia*. España: Desclée De Brouwer.
- Moreno, P. (2011). *Superar la ansiedad y el miedo*. España: Desclée De Brouwer.
- Moreno, P. (2009). *Guía Primeros auxilios para las crisis de ansiedad y el Trastorno de Pánico*. [Versión electrónica] Recuperado el 20 de noviembre de 2012, de www.clinicamoreno.com.
- Moreno, P., Martín, J. C., García, J., Viñas, R. (2008). *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, P. (2007). *Superar la ansiedad y el miedo*. (7ª. Ed.). España: Desclée De Brouwer.

- Muñoz García, C., Crespi Rupérez, P. & Angrehs, R. (2011). *Habilidades sociales*. Madrid: Paraninfo, D.L.
- Murueta, Reyes, E., Asociación Mexica de alternativas en Psicología, (AMAPSI, 2000). *Estructura de la Entrevista*. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=98&option=com_content&task=view
- Nardone, G. (2005). *No hay noche que no vea el día*. La terapia breve para los trastornos de pánico. Milán: Herder.
- National Institute of Mental Health (2008) *Anxiety Disorders*. United States: U. S. Department of Health and Human Services. Recuperado el 3 de octubre del 2013 en <http://www.nimh.nih.gov/health>.
- Navarro C. R. (1994) *Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración, en Aprendizaje y Comportamiento*. Vol. 10, A.L.A.M.O.C.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Haynes, S. N. (1997). *Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies*. In: T.D. Eills (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lombardo, E., (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Un enfoque basado en problemas. Colombia: El manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Peacock, M. A., Girdwood, C. P. (2004). *Case formulation in cognitive- behavior therapy*. In: M. Hersen (series ed.), S. N. Haynes, E. Heiby (vol. eds.), *Behavioral assessment* (pp.402-426). Vol.3 *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Assesment*. New York: Wiley.
- Olafiranye, O., Jean-Louis, G., Magai, C., Zizi, F., Brown, C. D., Dweck, M. & Borer, J. S. (2009). *Anxiety and Cardiovascular Symptoms: The Modulating Role of Insomnia*. *Cardiology*.

- Olivares Rodríguez, José. (2005) *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid: Biblioteca nueva.
- Patiño Rojas J.L. (1990). *Psiquiatría Clínica*. México: Ed. Salvat.
- Peña, G., Santalla de Banderali, Z. & Cañoto, Y. (Coord.), (2006). *Una introducción a la psicología*. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- Plat, G.M. (2005). *El nivel de la depresión según el Inventario de Beck que vivencia la mujer que sufrió abuso sexual durante la infancia*. Instituto Mexicano de la pareja. Recuperado el 15 de marzo de 2014, de http://www.ametep.com.mx/investigaciones/licenciatura_consuelo_platt.htm
- Puchol, D. (2003) *Los Trastornos de Ansiedad: La Epidemia Silenciosa del Siglo XXI*. España: Universidad de Valencia. Recuperado el 3 de octubre del 2013, de www.psicologiacientifica.com.
- Ramírez, A. (2008). *Esos seres inquietos*. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Riso, Walter (2006). *Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (Jul, 2009) *¿Por qué muchos pacientes eligen Terapia Cognitivo-Conductual?* [Versión electrónica]. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Vol.17. Recuperado el 8 de agosto de 2013, de <http://www.cetecic.com.ar/revista/revista017.php>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (2010) *¿Cómo ayuda la Terapia Cognitivo Conductual a los pacientes en el manejo y disminución de su ansiedad?* [Versión electrónica]. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Vol.18. Recuperado el 5 de diciembre de 2013, <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=18>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (Sep, 2012) *Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales* [Versión electrónica]. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Vol.21. Recuperado el 7 de diciembre de 2013, <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=21>

- Rodríguez Estrada, M., Pellicer de Flores, G. & Domínguez, M. (1988). *Autoestima, clave del éxito personal* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, Pablo (2008) *Ansiedad y sobreactivación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hil.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1999). *Validez y datos normativos del inventario para depresión de Beck*. Vol. 10. Número 2.
- Sassaroli, S. & Lorenzini, R. (2000). *Miedos y fobias. Causas, características y terapias*. México: Paidós.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Schultz, J.H. (1973). *El entrenamiento Autógeno*. Editorial Científico-Médica, Barcelona.
- Sheehan, D. V. (1982). *Panic attacks and phobias*. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- Sosa, C. D. & Capafóns, J. (2005). *Estrés Postraumático*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Spielberger, C.D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Vol. 1 y 2. New York: Academic Press.
- Spielberg, C. (2007) *State Trait Anxiety Inventory for Adults – STAI*. Estados Unidos: Universidad de Florida del Sur. Recuperado el 2 de octubre del 2013 en <http://www.mindgarden.com/products/staisad.htm>.

- Spielberger, C. D.-G. (1975.) IDARE: Inventario de ansiedad, rasgo-estado . México: Ediciones TEA
- Spivack, G., & Shure, M. (1974). *Social Adjustment of Young Children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Suárez R. M. (1995). *Introducción a la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Salerno
- Sutton, K., Cooper, M., Pimm, J. & Wallace, L. (2009). *Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Role of Illness Specific Catastrophic Thoughts*. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 573-585.
- Valdés M. & de Flores, T. (1986) *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Verduzco, M.A. & Moreno, A. (2001). *Autoestima para todos*. México: Pax.
- Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad*. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- Zavala, M. R., & Whetsell, M. (2007). *La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica*. *AQUICHAN*, 7, 174-188.

XI

A N E X O S

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN: _____

AREAS AFECTADAS POR EL PROBLEMA: _____

TIPO DE CANALIZACIÓN: INTERNA () EXTERNA ()

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESIÓN: _____

SOLUCIONES ADOPTADAS: _____

ENTREVISTADOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR: _____

CUBICULO: _____



Expediente:

Fecha:

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:											Edad:		
Sexo:	H	M	Estado Civil:			Soltero:	Casado:	Unión libre:			Divorciado:	Viudo:	
Dirección:											Teléfono:		
Fecha y lugar de nacimiento:													
Lugar de residencia los últimos 5 años:											Religión:		
Nivel máximo de escolaridad:											Ocupación:		
Si tiene hijos especificar:	No.	Sexo	Edad	No.	Sexo	Edad	No.	Sexo	Edad	No.	Sexo	Edad	
	1			3			5			7			
	2			4			6			8			
Fue referido por alguna institución:			NO	SI	¿Cuál?								
Motivo:													
Impresión Dx. <i>preconsulta</i> :													
♦Instrumentos aplicados y resultados:													
1.													
2.													
3.													
4.													
♦Diagnóstico para el establecimiento del tratamiento:													

II. MOTIVO DE CONSULTA

II.a	Principales antecedentes al motivo de consulta												
II.b	Situación actual del motivo de consulta												

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

III.a	Edad y condición actual de salud de familiares directos (abuelos, padres, hermanos)
III.b	Historia de enfermedades crónicas y/o mentales (abuelos, padres, hermanos)
III.c	Descripción de la dinámica de la familia de origen.

IV. PERIODO DEL DESARROLLO (2 a 19 años)

IV.a	Historia del desarrollo pre y postnatal
IV.b	Historia de la primera infancia (2 a 6 años)

IV.c	Historia de la segunda infancia (6 a 12 años)
IV.d	Periodo de adolescencia (12 a 19 años)

V. PATRONES DE AJUSTE ADULTOS (más de 19 años)

V.a	Desarrollo Académico y Profesional
V.b	Patrones de Trabajo
V.c	Ajustes Afectivos y Emocionales

V.d	Patrones de Salud (indique peso y talla), Adicciones y Sexualidad

V.e	Ajustes Sociales, Recreativos y Culturales

V.f	Dinámica Familiar

VI. EXAMEN MENTAL

VI.a	Conducta y aspecto general del paciente (<i>habitus exterior</i>)			
VI.b	Cognición y estado sensorio-motor			
	<i>b.1 Grado de orientación en las tres esferas intelectuales</i>	<i>b.2 Atención y concentración</i>	<i>b.3 Memoria</i>	<i>b.4 Recursos</i>

VI.c	Discurso		
VI.d	Contenido del pensamiento		
VI.e	Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos		
e1. Especificar contenidos, inicio y el grado de fijación	e2. Experiencias anormales		
VI.f	Afectividad		
VI.g	Juicio		
VI.h	Personalidad		
h.1 Actitudes hacia sus relaciones	h.2 Actitudes hacia sí mismo	h.3 Actitudes morales y religiosas	
h.4 Humor y ánimo	h.5 Intereses y actividades libres	h.6: Reacción a situaciones críticas	h.7 Rasgos de carácter

VII. INFORMACION DEL EXAMINADOR

VII.a	Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente
VII.b	Información técnica de la aplicación de la entrevista
VII.c	Observaciones

Nombre del Entrevistador: _____

Programa de pertenencia: _____

Supervisor del programa: _____

Firma: _____

Activación psicofisiológica ante estímulos neutrales o poco amenazantes.

Respuesta de alarma ante estímulos (eventos, objetos, personas) nada o débilmente amenazantes, que se presenta con una duración limitada ante peligros indefinidos, confusos o imaginarios. Se produce una activación psicofisiológica desproporcionada, mucho más intensa que en la mayoría de las personas y no motivada por la posibilidad real de daño físico, esto produce la sensación de subjetiva de **ANSIEDAD**.

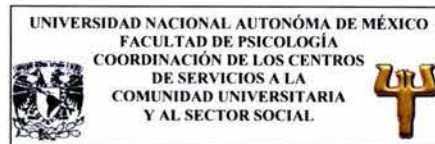
Esta ansiedad incluso se traslada a otras situaciones que en principio no estaban relacionadas con dicha respuesta. Genera respuestas de evitación o huida a fin de mantenerse al margen de las fuentes de peligro percibido. Ej. Evitar salir de casa, rehuir el contacto social, no subir a ascensores, etc.

Ante una demanda exclusivamente psicológica, las reacciones fisiológicas ya no son útiles ni adaptativas, es inadecuado huir o atacar, dado que no hay posibilidad de daño físico.



Oliveros Rodríguez, José. (2005) *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid: Biblioteca nueva

Rodríguez Correa, Pablo (2008) *Ansiedad y sobreactivación*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

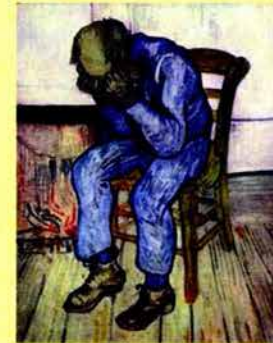


Elaborado por *Jessica Rodríguez Yáñez* y *Rocío Ramírez Medina*

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

Taller psicoeducativo de manejo de la ansiedad

Activación psicofisiológica



Activación psicofisiológica.

Respuesta automática de un organismo a estímulos percibidos como amenazantes ante los que reacciona modificando su medio biológico interno, a nivel de los sistemas:

- Nervioso (central y autónomo)
- Neuroendocrino
- Inmunitario

Para que esta activación se produzca se debe percibir la situación como un peligro para la vida y evaluar las habilidades para hacerle frente de manera negativa. En el caso de situaciones reales e inmediatas esto produce la sensación subjetiva de **MIEDO** y su función es adaptativa. Ej. Huir de un incendio, un asaltante, levantar un objeto muy pesado que sepulta a un ser querido.



Finalidad. Poner a disposición del organismo recursos excepcionales para resolver la situación aumentando la activación que se manifiesta en los tres sistemas de respuesta del organismo:

- Nivel fisiológico
- Nivel cognitivo
- Nivel conductual

Cuando las amenazas de la situación han desaparecido cesa la respuesta y se vuelve a un estado de equilibrio. Desde el punto de vista evolutivo esta respuesta es esencial para la supervivencia.

Cambios fisiológicos durante la activación.

1. Aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.
2. Aumento de la frecuencia e intensidad de la respiración.
3. Secreción de hormonas por el sistema endocrino al torrente circulatorio.
4. Tensión muscular.
5. Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo.
6. Aumento de la transpiración.
7. Entorcimiento de la digestión.

Beneficios de los cambios fisiológicos.

1. Se bombea más sangre al cerebro, pulmones, brazos y piernas, generando un aporte extra de nutrientes y oxígeno.
2. La respiración se hace más profunda y rápida para suministrar más oxígeno a los músculos.
3. Aumento de la cantidad de glucosa disponible, disminución del posible dolor, coagulación rápida de heridas, lo que reduce la pérdida de sangre.
4. Mayor aporte de fuerza muscular, rapidez y agilidad para luchar, saltar, etc.
5. Aporta combustible para disponer rápidamente de energía.
6. Refrigera el exceso calor muscular.
7. Mayor suministro de sangre al cerebro y a los músculos.

Activación psicofisiológica prolongada.

El reiterado desencadenamiento de esta respuesta, sin dar salida a la energía suplementaria así producida puede resultar muy perjudicial para la salud, aunque esta respuesta no es en sí misma perjudicial. Una reacción prolongada, que originalmente era adaptativa, causa **ESTRÉS** y puede producir cambios intensos y persistentes ocasionando, por ejemplo:

- Cefaleas
- Insomnio
- Pérdida de apetito
- Fatiga continuada
- Hipertensión
- Malestar estomacal
- Disfunciones sexuales
- Aumento de la irritación gástrica
- Supresión de los mecanismos inmunológicos
- Desarrollo de sentimientos de desesperanza, depresión, indefensión y pérdida de control

Esta activación se mantiene durante un largo periodo de tiempo sin recuperar los niveles anteriores a la situación que la originó (estado de equilibrio). Se produce por excesivas demandas o exigencias y amenazas ambientales, que ponen en peligro la integridad física, psicológica y social del individuo.





Instrucciones: Escribe sobre las líneas si consideras que las palabras o frases a continuación corresponden a un (P) **pensamiento**, (E) **emoción** o (S) **situación**.

1. Nervioso _____
2. En casa _____
3. No soy capaz de hacer esto _____
4. Tristeza _____
5. Hablar con una amiga por teléfono _____
6. Irritado _____
7. Conducir el coche _____
8. Siempre voy a sentirme así _____
9. En el trabajo _____
10. Voy a volverme loca _____
11. Enfadado _____
12. No soy bueno _____
13. Las 4 de la tarde _____
14. Algo terrible va a ocurrir _____
15. Nada me sale bien _____
16. Desalentado _____
17. Sentado en un restaurante _____
18. Nunca saldré de esto _____
19. Estoy fuera de control _____
20. Soy un fracaso _____
21. Hablar en público _____
22. Está siendo desconsiderada _____

23. Deprimido _____
24. Soy perdedor _____
25. Culpable _____
26. Estoy teniendo un ataque al corazón _____
27. Se han aprovechado de mí _____
28. Acostado en la cama intentando dormir _____
29. Esto no va a funcionar _____
30. Vergüenza _____
31. Pánico _____





Nombre: _____ Fecha: _____ Expediente: _____

FECHA	A SITUACIÓN ¿Dónde estás, con quién, qué haces, qué sucede?	B PENSAMIENTO ¿Qué tienes en la cabeza en este preciso instante? ¿Palabras? ¿Imágenes? ¿Qué tanto crees en este pensamiento del 0 al 10, siendo 10 mucha credibilidad?	C CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES
1-octubre-2012	Ej. Respondo mal ante una situación en clase y mis compañeros se ríen.	-Es terrible -Soy un imbécil -Son unas malas personas	-Tristeza -Ira -Hostilidad -Me alejo de ellos -Temo que vuelvan a preguntarme -Baja autoestima



Nombre: _____ Fecha: _____ Expediente: _____

A		B		C		
FECHA	SITUACIÓN ¿Dónde estás, con quién, qué haces, qué sucede?	PENSAMIENTO ¿Qué tienes en la cabeza en este instante? ¿Palabras? ¿Qué tanto crees en este pensamiento del 0 al 10?	EMOCION Intensidad (1-10)	FISIOLÓGICO Intensidad (1-10)	CONDUCTUALES	NIVEL DE ANSIEDAD EN GENERAL (1-10)
1-oct-12	Ej. Respondo mal ante una situación en clase y mis compañeros se ríen.	-Es terrible -Soy un imbécil (8) -Son unas malas (9) personas	-Tristeza -Ira -Hostilidad	-Me ruboriza (5) -Sudoración (8)	-Me alejo de ellos -Evito participar	(8)



DISTORSIÓN Y SU DEFINICIÓN.	EJEMPLOS
<p>PENSAMIENTO DICOTÓMICO: Ver la realidad en blanco y negro, bueno o malo, listo o tonto, todo o nada, calificar el mundo y a uno mismo de manera extremista.</p>	<p>Soy "tonto" si no entiendo a la primera las instrucciones para resolver un problema. TODOS me tratan mal, NADA me sale bien, soy un MAL hijo/hija. Por un error nos calificamos de manera negativa, sin pensar que las equivocaciones son de humanos y eso no nos hace menos, malos o tontos. Puede ser que solo este viendo las cosas de forma extremista.</p>
<p>RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Tomar nuestras emociones como única evidencia para interpretar la realidad.</p>	<p>Si algo me da miedo entonces debe ser peligroso ¿Dónde está escrito que las cosas son peligrosas o no en función de si te dan miedo? Conocer nuevas personas, salir a lugares desconocidos, etc., da miedo pero no por ello son cosas catastróficas, a veces las cosas dan miedo pero si lo superamos pueden ser muy satisfactorias. Otro ejemplo es que "Si no mejoro es que no tengo solución". Tras años o meses de sentir mucha ansiedad, la sensación de no mejorar en cuestión de 1 o 2 semanas ya es "evidencia" para ti de no tener solución. Se necesita paciencia, no hay soluciones mágicas. SENTIR que no hay solución no es un razonamiento, hay que pensar que estamos en manos de un profesional y hay que intentarlo.</p>
<p>"DEBERÍA": Pensar de manera rígida sobre nuestras "obligaciones" o las de los demás. Muy similar al TENGO QUE</p>	<p>"Debería ser mejor hijo", "debería casarme", "debería tener mejores calificaciones", "debería tener un trabajo mejor", "debería mejorar porque ya sé lo que pasa si sigo igual". Hay que tener en cuenta que el tratamiento no es tan sencillo, el tener información no es suficiente, es necesario practicar lo visto en terapia para afrontar las situaciones problemáticas.</p>

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA.
JEFA DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSAS DE TRABAJO

DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ.
JEFA DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

ELABORO: ROCÍO RAMÍREZ

DISTORSIONES COGNITIVAS



TALLER DEL MANEJO DE ANSIEDAD

Dirección: Edif. "D" Sótano de la Facultad de Psicología.

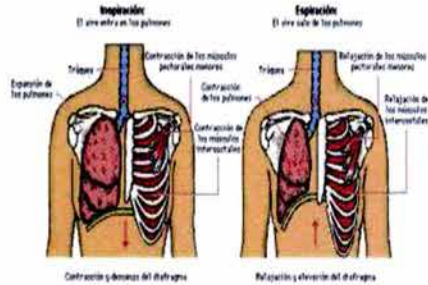
Horario de Servicio: De 7:00 a 19:00 hrs de lunes a viernes.

DISTORSIONES COGNITIVAS

Cuando experimentamos emociones negativas como ansiedad, rabia o tristeza surgen en nuestra mente interpretaciones que nos llevan a **distorsionar los hechos que nos suceden, haciéndonos imaginar los peores escenarios y lo peor de nosotros mismos**. Estas ideas son las que mantienen nuestras **conductas de defendernos, de menospreciarnos, de alejarnos de los demás**. Por ello, es necesario que cuando algún pensamiento negativo salte a nuestra mente aprendamos a considerarlo como una **hipótesis**, una suposición que hay que comprobar para confirmar o desmentir su validez, no basándonos solo en lo que nos **haga** sentir físicamente. Por ello se presentan a continuación alguna de las distorsiones más frecuentes para que empiece a cuestionar sus pensamientos y comience a hacerles frente, ver que no son tan catastróficos como se creen.

DISTORSIÓN Y SU DEFINICIÓN.	EJEMPLOS
CONCLUSIÓN ARBITRARIA: Sacar conclusiones sin analizar la información de manera objetiva. Es la base de las otras distorsiones cognitivas.	Un día te levantas triste o irritable, quizá porque no dormiste bien por hacer la tarea o simplemente es uno de esos días en los que el ánimo esta bajo sin motivo aparente. Esto te hace pensar que todo estará mal y que no tienes futuro, convirtiendo una sensación de desanimo normal y pasajera en la "evidencia" de que todo irá mal. Es arbitrario porque podríamos haber concluido con más fundamentos como que hoy es un mal día y mañana será diferente.
PENSAMIENTO CATASTRÓFICO: Consiste en creer que va a pasar algo terrible sin una evidencia suficiente.	Tu pareja discute contigo y nos se hablan, inmediatamente piensas que nunca van a volver a hablarse, que se irá con otra persona, que te va a abandonar y que vas a estar siempre solo o sola, haciendo la pelea más grande de lo que es. Los pensamientos solo se adelantan demasiado resultando en interpretaciones catastróficas que no se ajustan a la realidad.
LECTOR DE MENTES: Es concluir que se sabe lo que están pensando otras	Puedes pensar que si hablas de cómo te sientes ante algo que te acontece con amigos o familiares ellos pensarán que "está loco",

personas sin tener evidencia.	"que te tendrán lástima", etc. Vas a una fiesta y cruzas la mirada con alguien, pensando inmediatamente que te hará daño o que te "vio feo", cuando en realidad las otras personas no piensan en nada de lo que pensaste .
PERSONALIZACIÓN: Pensar que los demás nos tratan diferente o de mala manera, sin evidencia suficiente.	Piensa que algún familiar o amigo/a se molestó y tú piensas que fue por no poder, o querer, salir con él. Sin embargo puede ser que la persona se haya molestado por otra situación. El mundo no siempre gira alrededor de uno y de sus problemas . No podemos creer que el malestar de los otros dependa SIEMPRE de nosotros.
CENTRÁNDOSE EN LO NEGATIVO: Quedamos sólo con una parte de la información (casi siempre la negativa) sobre una situación.	Entrega un trabajo o una tarea y su jefe o maestro les dice que les falta algo pero que en general el trabajo está bien. Se queda con la parte de que "algo le falta", pensando que siempre hace todo mal , que es un "tonto/a" por no darse cuenta de ello, ignorando por completo la parte en la que le dicen que el trabajo estaba bien.
SOBREGENERALIZACIÓN: Generalizar situaciones negativas basándose sólo en una mala experiencia.	El primer día que intentas hacer algo diferente, empiezas un nuevo trabajo o un nuevo curso escolar, etc., algo sale mal. Inmediatamente piensas que TODO saldrá mal, que no tiene caso cambiar, que no tienes oportunidades. Pero ¡ojo! Solo son problemas de esa situación, no porque te vaya mal en algo tiene que irte mal en otros aspectos de su vida .
MAGNIFICACIÓN: Exagerar las partes negativas de una experiencia.	Un día discutes con tu padre o madre y comienzas a pensar que esto es de todos los días , que siempre te cargan la mano, que siempre te gritan y tratan mal.
MINIMIZACIÓN: Restar importancia a los aspectos positivos de una experiencia.	Ese mismo día tu padre o madre, con quien discutiste, te dicen algo amable o hacen algo bueno por ti , lo que te hace minimizar ese gesto pensando que "no es nada" que de seguro algo quieren o que "te tienen lástima". Otro ejemplo es pensar siempre que las cosas buenas que nos ocurren no dependen de nosotros, si no de la casualidad o de la "suerte".



La ansiedad aumenta nuestra frecuencia respiratoria, si esta respuesta se da durante un determinado tiempo, se produce lo que se denomina **hiperventilación**, cuya consecuencia es una sensación creciente de ansiedad, pudiendo llegar incluso hasta el **pánico**. Por lo tanto, si aprende a respirar en estas situaciones más lenta y profundamente, con seguridad, reducirá la ansiedad.

Se ha demostrado que esta clase de respiración activa selectivamente el **sistema nervioso parasimpático**. Este contrarresta los sistemas que son activados en situaciones de ansiedad. La activación parasimpática produce una reducción del estado de alerta y un aumento de la sensación de relajación, estando asociada a situaciones placenteras como, por ejemplo, reír. Entre otros, los cambios que produce la activación parasimpática se pueden observar a varios niveles:

Nivel fisiológico.

- Disminución del estado general de alerta del organismo.
- Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Disminución del ritmo cardiaco. (de entre el 10% y el 15%).

- La sangre vuelve a fluir desde los músculos hacia las vísceras, favoreciendo procesos como la digestión, la eliminación, etc.
- Disminución del metabolismo muscular, y como consecuencia, de la sudoración.
- Aumento de la secreción de hormonas del sistema endocrino, al proporcionar el diafragma un masaje directo de las glándulas del abdomen y el sacro.

Nivel cognitivo.

- Disminución de la expectativa de catástrofe inminente.
- Disminución de la recurrencia de ideas negativas o inquietantes.
- Disminución de la anticipación temerosa.
- Desaparición de la sensación de distanciamiento o irrealidad.
- Aumento del rendimiento en procesos mentales superiores, como concentración, aprendizaje y memoria.

Nivel conductual.

- Disminución de conductas de evitación.
- Disminución de la reacción de sobresalto.
- Disminución del nivel de irritabilidad (mayor tolerancia a la frustración).
- Disminución de la inquietud.
- Disminución de la tensión muscular y los temblores.
- Disminución de la fatigabilidad.
- Disminución de tics y movimientos repetitivos (rascarse o morderse las uñas).
- Mejoría en el inicio, mantenimiento y calidad del sueño.

Elaborado por Jessica Rodríguez Yáñez y Rocío Ramírez Medina

Rodríguez Correa, Pablo (2008) *Ansiedad y sobreactivación*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

ANEXO 10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS
DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA
Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

*Taller psicoeducativo de
manejo de la ansiedad*

La respiración



La respiración.

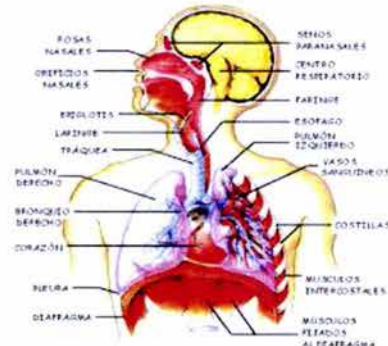
Una respiración consciente, profunda y pausada actúa en nuestro organismo de forma similar a los tranquilizantes o ansiolíticos, activando sustancias y sistemas opuestos a los de la respuesta de activación psicofisiológica, produciendo una sensación agradable de relajación y tranquilidad.

Nociones básicas del proceso respiratorio.

Su principal objetivo es proveer al organismo de **oxígeno**. El acto de respirar lo hacemos de manera inconsciente en promedio 23000 veces al día. A grandes rasgos el sistema respiratorio se divide en vías respiratorias, pulmones y músculos respiratorios.

El aire llega a los pulmones entrando por la nariz o por la boca, descendiendo por la faringe, laringe, tráquea y los bronquios, hasta llegar a los alvéolos. A través de estos, el oxígeno pasa a la sangre y los gases producidos por el metabolismo celular (sobre todo CO₂) son expulsados mediante la espiración.

En la parte inferior, los pulmones se apoyan en el diafragma, uno de los músculos respiratorios principales. Este es una placa muscular en forma de paraguas o cúpula, ancha y profunda, que separa la cavidad torácica de la abdominal



Clases de respiración.

Existe 4 tipos de respiración en función del lugar de los pulmones a donde dirijamos el aire:

1. Respiración diafragmática (zona baja). Esta respiración es regulada por el diafragma y corresponde al llenado de la parte inferior de los pulmones. Al tomar aire, despalzamos el diafragma hacia abajo, hasta 4 cm., pasando de su forma inicial de cúpula a una forma plana u horizontal. Con este movimiento de aire puede descender hasta la zona baja de los pulmones, siendo los organos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente la barriga. Es la zona de mayor capacidad respiratoria (sería necesario respirar 3 veces con el pecho para absorber la misma cantidad de oxígeno que llega a los pulmones con una sola respiración diafragmática).

2. Respiración torácica o pectoral (zona media). Es la respiración que usamos automáticamente, de forma más habitua, pero no la más adecuada. Está regulada por los músculos intercostales, situados entre las

costillas. Al tomar aire, estos músculos se expanden, empujando las costillas hacia afuera y ensanchando la caja torácica.

3. Respiración clavicular (zona alta). Se utiliza la zona superior de los pulmones, la de menor capacidad. En este tipo de respiración, las clavículas se alzan para abrir la angosta porción lobular superior. Este acto se puede observar, cuando al respirar, se suben los hombros. Este tipo de respiración está asociado a estados de **ansiedad**, puesto que automáticamente, tendemos a respirar con esta zona ante situaciones amenazantes. Al tener los lóbulos superiores poca capacidad, necesitamos respirar muchas veces, volviéndose así la respiración entrecortada y jadeante. Si respiramos de este modo durante un tiempo, se podría dar un fenómeno denominado **hiperventilación**, lo que altera la tasa de intercambio gaseoso en los pulmones, eliminando gran cantidad de CO₂ en la espiración y aumenta la proporción en sangre de oxígeno. Esto produce una activación psicofisiológica creciente, que puede acabar como una **crisis de angustia**.

4. Respiración profunda o complea. Este tipo de respiración es el más eficaz y beneficioso. Utiliza toda la capacidad de los pulmones, pudiendo absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración. Realizamos una respiración completa cuando llenamos, sucesivamente y en una misma inspiración, en primer lugar la zona baja, después la zona media, y por ultimo, la zona alta. Si también procedemos en la espiración de forma ascendente, de abajo a arriba, vaciaremos completamente los pulmones, expulsando todos los gases producto del metabolismo celular, sin dejar en estos lo que se denomina **aire residual**.



Nombre:

Objetivos	Grado de consecución				
	1 NADA	2 POCO	3 A MEDIAS	4 BASTANTE	5 MUCHO
1. Realizar respiraciones completas en dos tiempos (primero, con la zona abdominal, y seguidamente, con la zona pectoral), con una pequeña pausa entre ambas.					
2. Concentrar la atención sobre los movimientos del diafragma y el pecho, contando el número de inspiraciones y espiraciones					
3. Volver a centrar la atención en el proceso cuando le asalten ideas o pensamientos perturbadores o no relacionados con la respiración.					
4. Realizar la respiración completa atendiendo a los tiempos 4-2-4-2 para la inspiración-retención-espiración-apnea.					
5. Alargar progresivamente los tiempos de la espiración hasta conseguir que sean el doble que los de inspiración (4-2-8-2).					
6. Utilizar la practica respiratoria previamente al afrontamiento de situaciones que le provoquen una ansiedad ligera					

ANEXO 12

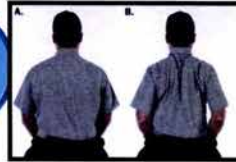


COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

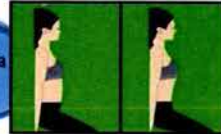


HOMBROS Y PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA: Se intenta estirar los hombros como si se quisieran tocar los hombros por atrás.

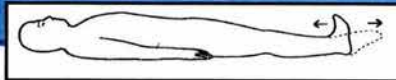


PECHO: Se inspira profundamente conteniendo la respiración unos segundos y se suelta con fuerza.

ABDOMEN: Se aprieta el estómago como si fuera a recibir un puñetazo.



PIERNA DOMINANTE: Se pisa con fuerza el piso como si estuviera pisando un pedal, si esta acostado estire la pierna inclinando los pies hacia fuera (doblar el pie hacia arriba).



PIERNA NO DOMINANTE: Igual que la dominante.

DIRECTORIO

DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. ROBERTO ALVARADO TENORIO,
SECRETARIO GENERAL
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA,
JEFA DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSA DE
TRABAJO

GUÍA DE RELAJACIÓN MUSCULAR



Dirección: Edif. "D" Sótano de la Facultad de
Psicología.

Horario de Servicio: De 9:00 a 19:00 hrs de
lunes a viernes.

A continuación se describen los diferentes grupos musculares que va a tensar paulatinamente durante la técnica para después relajarlos. Asegúrese de reservar un horario y un lugar tranquilo para practicar, colocándose en una posición cómoda.

NOTA: Recuerde que el fin de la técnica es que tenga una herramienta para aliviar la tensión, no hay soluciones rápidas, USTED es quien elimina su propia tensión, la relajación es una habilidad y como tal, debe practicarse diariamente.



MANO DOMINANTE Y ANTEBRAZO:

Cerrar el puño y apretarlo con fuerza como si fuera a dar un puñetazo.

BICEPS DOMINANTE: Dejando la mano relajada, se intenta tocar el hombro con la muñeca; se puede también apretar el bíceps, como si quisiera sacar el músculo. Otra forma de tensar es empujar el codo contra el brazo de la silla o del sillón.



MANO NO DOMINANTE Y ANTEBRAZO: Igual que el dominante.

BICEPS NO DOMINANTE: Igual que el dominante.



FRENTE: Se levantan la cejas lo más alto posible, arrugando la frente.



PÁRPADOS: Se cierran los ojos, apretándolos.



NARIZ Y MEJILLAS SUPERIORES: Se arruga la nariz, como poniendo cara de asco.

MANDÍBULA, MEJILLAS INFERIORES Y LENGUA:

Se aprietan los dientes, apretando los labios y se presionan la lengua contra el paladar.



CUELLO Y GARGANTA: Se intenta tocar el pecho con la barbilla o se aprieta la parte trasera contra el respaldo de la silla (o de la cama si esta acostado).

Guía Relajación Muscular. Nivel Básico

Ponte cómodo. Si lo deseas, cierra los ojos y deja que tu cuerpo se vaya concentrando en las sensaciones que van a venir a continuación...

Comenzaremos por tu brazo derecho. Centra tu atención en el brazo derecho... Aprieta el puño y siente la tensión que se genera en los dedos, en el antebrazo y en todo el brazo... Mantén esa tensión unos segundos, hasta que seas capaz de sentirla bien... Y ahora suelta toda la tensión del puño, suéltala toda y de forma brusca. Y concéntrate en la sensación de relajación que ocurre en la mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo... Centra tu atención en esa sensación. Una sensación de ligereza o de pesadez, puede que notes incluso un ligero hormigueo o un poco de calor... Eso está bien. Quizá notes que el brazo se queda blando, flojo, suelto... Eso es la relajación muscular. Permite sentir esas sensaciones agradables...

Ahora vamos a tensar de nuevo los mismos músculos. Aprieta de nuevo el puño derecho, lo suficiente como para sentir la tensión muscular en el puño, el antebrazo y el brazo derecho... Suelta toda la tensión de nuevo, de forma brusca. Siempre vamos a soltar la tensión de forma brusca, ya que de ese modo podemos aprender antes a distinguir las sensaciones de la tensión de las sensaciones de la relajación... Ahora el brazo, el antebrazo y la mano ya se han relajado. Han quedado blandos, flojos y suaves.

Deja que tu respiración se haga suave y rítmica, sin forzar. El aire circula de forma suave y llega hasta tu abdomen. Trata de respirar con la parte baja de los pulmones, de forma suave y rítmica, sin forzar...

Ahora vamos a tensar el puño izquierdo. Ténsalo con fuerza suficiente para notar la tensión en el antebrazo y en todo el brazo izquierdo... Suelta la tensión. Deja que se relaje la mano, el antebrazo y todo el brazo izquierdo... Con-centra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen: la pesadez, la flojedad, la suavidad... todas estas sensaciones pueden producirse en el brazo y en la mano. Permite que aparezcan estas sensaciones inofensivas y relajantes... Quizá hayas notado que al tensar el puño izquierdo también se tensaban otras zonas de tu cuerpo, incluido el brazo o el puño derecho. Esto es normal, sobre todo al principio. Pero es importante que prestes atención para que sólo se tense aquella zona del cuerpo que queremos tensar. Es importante que aprendas a mantener relajadas el resto de zonas de tu cuerpo mientras no deseas sentir la tensión en esas zonas. Más adelante será muy útil que aprendas a mantener la relajación de ciertos músculos mientras tensas otras zonas de tu cuerpo.

Repetimos de nuevo la tensión en el puño izquierdo... Y soltamos la tensión...

De nuevo sentimos la relajación en nuestro brazo... El brazo izquierdo se queda suave, blando, flojo, libre de tensión... Y la respiración continúa suave y tranquila, sin forzar. Una respiración abdominal, suave y tranquila, sin forzar.

Ahora vamos a tensar los músculos de la cara. Esto es un poquito más difícil pero con la práctica irá saliendo mejor. Para tensar todos los músculos de la cara ten en cuenta que debes tensar la frente, los párpados, el entrecejo, la nariz, los labios, la mandíbula y la lengua. De momento, vamos a tensar sólo la frente. Para ello, trata de elevar con fuerza las cejas...

Elévalas... Y suelta la tensión... Repite de nuevo la tensión en la frente... Y suelta la tensión... La frente se queda suave y blanda, libre de tensión...

Tensa ahora los párpados. Apriétalos. Siente la tensión suave en los ojos... y suelta la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten... Tensa de nuevo los párpados... Y suelta la tensión...

Tensa ahora el entrecejo y la nariz, como si pusieras cara de asco... Siente la tensión en el entrecejo y en la nariz... Y suelta la tensión... Nota cómo se relaja esa zona de tu cara. Queda suave y blanda, sin tensión... Tensa de nuevo el entre-cejo y la nariz... Y suelta la tensión...

Tensa ahora la mandíbula y la lengua, apretando los dientes y empujando la lengua contra el paladar. Siente la tensión en los dientes y los labios... Y suelta la tensión... La lengua queda blanda, floja, sin tensión. Las mandíbulas también se relajan, sueltan toda la tensión... Tensa de nuevo la mandíbula y la lengua... Y suelta la tensión... Ahora la cara se ha relajado. También los brazos. Y la respiración es suave, tranquila y profunda. Sin forzar...

A continuación, vamos a relajar el cuello. Para tensarlo puedes intentar tocar con la barbilla el pecho o, si estás acostado, puedes empujar la cabeza contra el colchón. Tensa ahora el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... El cuello queda blando, suave y sin tensión... El cuello se relaja... Tensa de nuevo el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en la sensación de relajación y bienestar que se va acumulando... La respiración tranquila y suave, los brazos relajados, la cara relajada y ahora también el cuello relajado...

Para tensar los hombros vamos a tirar de ellos hacia atrás, como si intentásemos tocar nuestros hombros entre sí por la espalda. Tensa ahora los hombros... Siente la tensión... Y suelta la tensión. La espalda parece relajarse... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Los músculos que dan blandos y suaves... relajados.

Ahora tensaremos de nuevo los hombros, pero esta vez tiraremos de ellos hacia delante, como si quisiéramos juntarlos delante nuestro. Ténsalos ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pecho y la espalda se relajan. Concentra tu atención en las sensaciones que se producen... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en las sensaciones de la relajación: los músculos se aflojan, se quedan sueltos y blandos. Disfruta de esa sensación de relajación que se va produciendo...

Ahora intenta tensar los músculos del abdomen como si quisieras hacer una flexión abdominal. Siente la tensión en todo el abdomen... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y tu atención se concentra en la relajación y en las sensaciones agradables que se producen... Tensa de nuevo los músculos del abdomen... Y suelta la tensión... Disfruta de la sensación agradable que sientes al soltar la tensión. Siente cómo los músculos se aflojan y quedan blandos y tranquilos...

Ahora vamos a tensar la parte media y baja de la espalda. Para ello trata de arquear la espalda, como si quisieras sacar el abdomen hacia delante. Arquea la espalda aho-ra... Siente la tensión... Y suelta la tensión... De nuevo se produce una liberación de tensión que resulta agradable... relajante... Tensa de nuevo la espalda, arqueándola... Y suelta la tensión... Concentra tu atención de nuevo en las sensaciones agradables que se producen al soltar la tensión...

Y la respiración continúa suave y tranquila, relajante y sin forzar... El aire entra y tu cuerpo se relaja... El aire sale y la tensión se va... La respiración continúa suave, profunda y sin forzar. Relajante y agradable. Suave y abdominal...

Ahora vamos a tensar la pierna derecha. Para eso tensa con fuerza la punta del pie hacia delante, como si quisieras pisar el freno de un coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pie se relaja; la pantorrilla y el muslo, también... Concentra tu atención en todos los músculos que han soltado la tensión y nota la diferencia... Tensa de nuevo la punta del pie, con fuerza suficiente para notar la tensión en la pantorrilla y el muslo derecho... Suelta la tensión y concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen...

Y ahora vamos a tensar la pierna izquierda. Para ello tensa con fuerza la punta del pie izquierdo hacia delante, como si quisieras pisar el embrague del coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... Todos los músculos del muslo, la pantorrilla y el pie se relajan... Tensa de nuevo el pie. Siente la tensión en toda la pierna... Y suelta la tensión... La pierna se relaja. El pie, la pantorrilla y el muslo se relajan... Sientes una sensación agradable de pesadez, tranquilidad o relajación que recorre tu pierna...

Y todo tu cuerpo se ha relajado... Los brazos... la cara y el cuello... los hombros... el abdomen... la espalda... y las piernas...

La respiración se ha hecho tranquila y profunda, suave y sin forzar, abdominal y relajante... Siente el ritmo suave y tranquilo... Siente la paz que te reporta esa respiración tranquila, abdominal y profunda... Siente cómo se re-nueva tu energía, cómo la tensión abandona tu cuerpo... Siente cómo la tranquilidad y la relajación se hacen más y más agradables... Permítete sentir esas sensaciones agradables. Tienes derecho a sentirte tranquilo y relajado...

Disfruta un rato de estas sensaciones y siente cómo renuevan también tu mente...

Cuando desees levantarte, tan sólo tienes que mover un poco las piernas y los brazos antes de hacerlo.

Levántate de forma suave, pues la relajación ha hecho que todos tus músculos queden blandos y agradablemente flojos, sin tensión.

ANEXO 15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
 A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
Resolución de Problemas



	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<i>Ejem</i>	<i>Mi suegra toma decisiones que me corresponden a mí.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gritarle cuando se entrometa.</i> 2. <i>Pedir a mi pareja que haga algo.</i> 3. <i>Reducir las visitas a su casa.</i> 4. <i>Explicarle suavemente pero con firmeza que respete mis decisiones.</i>
1		
2		
3		
4		

ANEXO 16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
Evaluación de alternativas



ALTERNATIVA 1		IMPORTANCIA (0-10)
VENTAJAS		
	TOTAL	
DESVENTAJAS		
	TOTAL	
ALTERNATIVA 2		IMPORTANCIA (0-10)
VENTAJAS		
	TOTAL	
DESVENTAJAS		
	TOTAL	
ALTERNATIVA 3		IMPORTANCIA (0-10)
VENTAJAS		
	TOTAL	
DESVENTAJAS		
	TOTAL	

ANEXO 16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
 A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
Evaluación de alternativas



ALTERNATIVA 4		IMPORTANCIA (0-10)
VENTAJAS		
	TOTAL	
DESVENTAJAS		
	TOTAL	
ALTERNATIVA 5		IMPORTANCIA (0-10)
VENTAJAS		
	TOTAL	
DESVENTAJAS		
	TOTAL	

EVALUACIÓN FINAL ALTERNATIVAS

CÁLCULOS	ALTERNATIVA 1	ALTERNATIVA 2	ALTERNATIVA 3	ALTERNATIVA 4	ALTERNATIVA 5
VENTAJAS (+)					
DESVENTAS (-)					
RESULTADO FINAL					

“Eso que llamamos problemas no son más que lecciones en la vida, por eso nada de lo que nos sucede es en vano”.

Obstáculos en la Resolución de conflictos

- *Negar la existencia del problema o restarle importancia.
- *Querer lograr cosas que no están bajo nuestro control.
- *Actuar impulsivamente.
- *Dejarse llevar por las emociones (enojo, depresión, etc.) o decidir en función de ellas.
- *No analizar la situación, los obstáculos, las posibles soluciones y nuestras expectativas.
- *No actuar. Seguir pensando en el problema o planeando su solución, pero sin llevarla a cabo.

***[No te quedes pensando en el problema y en sus consecuencias.
Actúa.***

Una forma correcta de plantear un problema es anotando:

- ¿Qué está sucediendo?, describiendo conductas específicas, de manera clara y concreta.
 - ¿Dónde sucede?
 - ¿Cuándo sucede?
- ¿Quiénes son las personas involucradas?
- ¿Qué es lo que me molesta de su conducta (de lo que hacen o de lo que dejan de hacer)?
 - ¿Por qué me molesta?
- ¿Qué hago yo, en esa situación?
 - ¿Cómo me siento?
 - ¿Por qué me siento así?
 - ¿Qué pienso o que creo?
 - ¿Por qué actué así?
 - ¿Cómo me gustaría actuar?
- ¿Qué tengo que hacer para actuar así?

ANEXO 17



COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
“DR. GUILLERMO DÁVILA”



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Taller manejo de ansiedad



“La mayoría de las personas gastan más tiempo y energías en hablar de los problemas que en afrontarlos”

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES.

El siguiente triángulo tiene por objetivo mostrar una guía para solucionar los problemas, pero se debe tener en claro que los problemas son parte de la vida, normales e inevitables, pero todos somos **capaces de aprender cómo afrontarlos y solucionarlos.**

NO todos tenemos la solución perfecta, pero el intentar solucionarlos, el equivocarnos, el arriesgarnos nos acercara más a la mejor respuesta que dejarlo a la deriva.



8 Maneras de iniciar conversaciones:

1. Hacer una pregunta o comentario sobre una situación o actividad en que estén implicados.

¿Cómo viste la clase de inglés?

2. Hacer cumplidos a los demás sobre algún aspecto de su conducta, apariencia o atributo.

¡Qué bien te vez hoy!
¡Te quedo padre la clase!

3. Hacer una observación o pregunta sobre lo que está haciendo alguien.

¿Cómo hiciste eso?

4. Preguntar si puede unirse a otra persona o pedir a otra persona que se una a él/ella.

¿Quieres integrarte a nuestro equipo?

5. Pedir ayuda, consejo, opinión o información a otra persona.

¿Crees que me quedo bien!

6. Ofrecer algo a alguien.

¿Quieres un vaso de agua?

7. Compartir las experiencias, sentimientos u opiniones personales.

Me gustó mucho la clase de hoy y ¿a ti?

8. Saludar a la otra persona y presentarse.

¡Hola! Soy Santiago y ¿tu?

No debes olvidar que para ser asertivo todo dependerá del lugar, personas y contexto en que te encuentres pues dependiendo de la cultura, persona o situación, la manera de comportarse será distinto.

TIP.

Crítica en forma de sándwich: al decir alguna observación o desacuerdo se recomienda presentar una expresión positiva antes y después de una expresión negativa.

¡Me gustó tú pastel!, **preferiría menos mermelada la próxima vez**, peo esta bueno.



ANEXO 18

COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE
SERVICIOS A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"



HABILIDAD SOCIAL



**TODOS PODEMOS APRENDER A
TENER HABILIDADES SOCIALES Y SER
MÁS ASERTIVOS.**

¿QUÉ ES HABILIDAD SOCIAL?

La conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas de un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, derechos, etc., de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación minimizando la probabilidad de problemas futuros.

Consecuencias socialmente habilidosas son:

- ★ La eficacia para lograr los objetivos (*eficacia en el objetivo*).
- ★ La eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción (*eficacia en la relación*).
- ★ La eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (*eficacia en el autorrespeto*).

Respuestas generalmente aceptadas:

1. Iniciar y mantener conversaciones.
2. Hablar en público.
1. Expresión de amor, agrado y afecto.
2. Defensa de los propios derechos.
3. Pedir favores.
4. Rechazar peticiones.
5. Hacer cumplidos.

8. Aceptar cumplidos.
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
10. Disculparse.
11. Petición de cambios en la conducta del otro.
12. Afrontamiento de críticas



Entrenamiento en habilidades Sociales (EHS):

Enseñanza sistemática de estrategias habilidosas interpersonales, con la intención de mejorar las relaciones interpersonales en diversas situaciones sociales.

Puntos clave de asertividad:



PASIVO: Se muestra con escasa ambición, pocos deseos y opiniones.

ASERTIVO: Coopera con los demás para alcanzar objetivos personales. ¡Estoy contigo!

AGRESIVO: Esta persona es grotesca, con expresión de ira. ¡Se hace a mi manera o nada!

Componentes moleculares de la conducta interpersonal:

1. LA MIRADA: es importante mirar a la otra persona entre los ojos o en la mitad superior de la cara. No hacerlo es señal de sumisión o pena.

2. LA EXPRESIÓN FACIAL: la cara es el principal medio para mostrar emociones: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco o desprecio. La expresión debe ser de acuerdo al mensaje que se está dando.

3. LOS GESTOS: son vistos por algún otro y sirve para hacer énfasis en lo que se dice cómo mover las manos, la cabeza o los pies.

4. LA POSTURA: la posición del cuerpo, los hombros, la forma en que se sienta, cómo está de pie, cómo camina, refleja sus actitudes, sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros.

5. LA ORIENTACIÓN: Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación.

6. VOLÚMEN DE LA VOZ: un alto volumen de voz puede indicar seguridad y dominio. Demasiado alto puede expresar agresividad o ira. Un volumen bajo puede indicar inseguridad o pena.

7. LA ENTONACIÓN: las mismas palabras según la entonación pueden manifestar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, desinterés, etc.

8. TIEMPO DEL HABLA: se debe ser moderado al hablar pues hablar demasiado puede provocar aburrimiento en el otro, o hablar poco puede proyectar desinterés o inseguridad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
AUTORREGISTRO DE ASERTIVIDAD



Nombre: _____ Expediente: _____

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ¿Quién está? ¿Qué sucede? ¿Qué hace el otro? ¿Qué pensaba y sentía en ese momento?	¿QUÉ DIJE/ HICE?	¿CÓMO ME SENTÍ AL ACTUAR ASÍ?	¿FUI ASERTIVO? SI NO FUE ASÍ ¿QUÉ ME LO IMPIDIÓ?	¿QUÉ PODRÍA HABER DICHO/ HECHO PARA ACTUAR DE MEJOR FORMA?

2) Preparar el dialogó: Para ello sería recomendable **Decir los hechos concretos** (no es lo mismo decir “eres un vago” a “he visto que te levantas tarde en las últimas semanas”), **Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos** (por ejemplo “lo que dices/haces me hace sentir/ pensar...”) recordando que no se trata de que nos entiendan o comprendan, si no defender nuestro derecho de pensar o sentir como lo hicimos. Debemos **Pedir de forma concreta y objetiva lo que queremos que el otro haga** (no decir generalidades como “Quiero que me respetes”, mejor “quiero que cuando hables me mires a los ojos y contestes lo que pregunto”).

Por último, **Anticipar las consecuencias**, ¿Qué podría ocurrir? ¿Estaré siendo pasivo o agresivo? ¿Cómo reaccionaría yo ante las diferentes consecuencias? Tratar de tener un plan alternativo para las posibles consecuencias negativas.

3) Ensayar: A veces las emociones hacen que se nos olvide lo que queremos decir. Si la situación nos causa mucha ansiedad, es una razón más para ensayar. Podemos imaginar la negociación hasta sentirnos seguros, un dialogo ya planeado nos ayuda a sentirnos más preparados.

Tal vez si es muy grande la ansiedad, deberíamos practicar algunas técnicas de relajación antes de ejecutar el plan.

4) Ejecución: Al ejecutar el plan debemos tener en cuenta el **HABLAR** y el **ESCUCHAR**. Si salen otros temas también importantes, no perdamos de vista nuestro objetivo, tenemos que acabar con lo que ha motivado la negociación para poder seguir más tarde con lo que se acaba de plantear: en ningún momento hay que perder de vista esto: decir lo que pensamos y sentimos.

Algunas ventajas de poseer buenas habilidades sociales son:

- ★ Comprender mejor a los demás.
- ★ Comprendernos a nosotros mismos.
- ★ Hacer más amigos y conocer mejor a nuestros amigos.
- ★ Estar más implicados en las decisiones familiares o poder tener mejor adaptación escolar/laboral.

LA ASERTIVIDAD SE PUEDE CONTAGIAR.



ANEXO 21

COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE
SERVICIOS A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"



ASERTIVIDAD



TODOS PODEMOS APRENDER A SER
MÁS ASERTIVOS.

¿Qué es la asertividad?

Vamos a conocer lo que se llama habilidades sociales o asertividad. La asertividad es expresar nuestros sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación respetando esos mismos aspectos en los demás, resolviendo los problemas inmediatos de la situación y minimizando la probabilidad de problemas futuros. El elemento básico de la asertividad consiste en **atreverse** a mostrar nuestros deseos.

Para actuar asertivamente necesitamos identificar los derechos que tenemos al relacionarnos, algunos de ellos son:

- ★ Derecho a mantener mi dignidad y respeto, sin violar los derechos de los demás.
 - ★ Derecho a rechazar peticiones sin sentirme culpable o egoísta.
 - ★ Derecho a expresar y experimentar sentimientos.
 - ★ Derecho a detenerme y pensar antes de actuar.
 - ★ Derecho a cambiar de opinión.
 - ★ Derecho a pedir (no exigir) lo que deseo (el otro tiene derecho a decir que no).
 - ★ Derecho a ser independiente.
- ★ Derecho a decidir qué hacer con mi tiempo, cuerpo y objetos.
 - ★ Derecho a pedir información.
 - ★ Derecho a cometer errores.
 - ★ Derecho a sentirme a gusto conmigo mismo.
 - ★ Derecho a tener necesidades.
 - ★ Derecho a tener y expresar mis opiniones.
 - ★ Derecho a decidir satisfacer o no las expectativas de otras personas o seguir mis intereses.
 - ★ Derecho a escoger no comportarme de manera asertiva.
 - ★ Derecho a estar solo/a cuando lo desee.
 - ★ Derecho a decir NO.
 - ★ Derecho a ser escuchado/a y ser tomado/a en serio.
 - ★ Derecho a hablar del problema con las personas involucradas.



Cada vez que hablamos con alguien es importante recordar que lo que decimos y la forma en que lo hacemos puede influir en sus reacciones. Ser asertivo no es sólo una cuestión de “buenas maneras”, es una forma de comportarse, de dar a conocer tus sentimientos e ideas sin atropellar o ignorar las de los demás.

Los pasos para empezar a ser asertivo son:

1) Prepararnos: Ir a un encuentro sin tener una mínima guía no es buena idea si no tenemos tanta práctica siendo asertivos. Se debe tener claros los **objetivos** que perseguimos al hablar con el otro. A veces la emoción nos hace perder el objetivo (por ejemplo el temor nos hace guardar las palabras o por enojarnos nos aferramos a tener la razón) pero así no lograremos lo que realmente queremos. Otro aspecto para planear es **huir de juicios**, ya que al anticipar las razones de actuar de los otros corremos el riesgo de contestar a las intenciones que pensamos tiene el otro, pudiendo caer en la pasividad (no lo hizo con mala intención) o agresividad (lo hizo a propósito) y el objetivo en realidad es **NEGOCIAR**.

Otro aspecto que tenemos que planear es la oportunidad para la negociación, especificar un tiempo y espacio concreto. En muchas ocasiones no hay que buscar la oportunidad, es la propia situación en la que se genera el problema, pero si el otro se va y no hemos dicho lo que queríamos, **siempre hay una segunda oportunidad**, aunque haya que crearla.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
Cuestionario Autoestima



Nombre: _____

No. de expediente: _____

Instrucciones: Responde con la mayor **honestidad** posible a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué significa para ti la autoestima?

5. ¿Cuáles?

Virtudes	Defectos

2. ¿Cómo consideras que se encuentra tu autoestima? ¿Por qué?

6. ¿Con cuántas personas consideras que tienes una relación íntima o cercana?

3. ¿Cómo definirías lo que eres?

7. Describe ¿cómo sería para ti el mejor o la mejor amiga?

4. ¿Te consideras una persona con virtudes y defectos?

Si, No



8. ¿Cómo describirías la relación que tienes contigo mismo?

Descríbela en términos de cómo te tratas a ti mismo, cómo te hablas, cómo permites que te traten los demás, si satisfaces adecuadamente o no tus propias **necesidades**, tanto primarias como secundarias: comer, dormir, descansar, atender tu salud, realizar las cosas que te propones, esparcirte, etc.

9. ¿Consideras, de acuerdo a tus propios términos, que eres un buen amigo o un enemigo de ti mismo? ¿Por qué?

10. ¿Qué cambiarías para mejorar la relación que tienes contigo mismo?

- Establece tiempo o fechas límite para cumplir con tus actividades.
- Posponer actividades por indecisión desperdicia mucho tiempo y energía, es importante aplicar un método de resolución de problemas.
- Respeta actividades y compromisos establecidos.
- Aplazar para el final las cosas que no te gusta hacer es una de las peores estrategias que puedes utilizar.
- Haz un uso inteligente del tiempo libre.
- Aprende a decir no, evitando compromisos que te puedan llevar a malgastar el tiempo en aspectos no prioritarios.
- Considera la posibilidad de levantarte media o una hora más temprano.
- Recuerda que se pierde mucho tiempo viendo televisión.

Y no olvides que administrar adecuadamente el tiempo es indispensable para las metas que queremos alcanzar. El **tiempo** es muy **valioso** y no lo podemos detener, recuperar o regresar, por lo que hay que utilizarlo lo más efectivamente posible.

Con todo esto en mente, examina lo que es auténticamente **importante** y prioritario en tu vida: aquello que te pueda brindar **felicidad genuina** y duradera.

Analiza de qué manera el presente es el resultado de tu pasado, y tu futuro será la consecuencia de tus **acciones presentes** y orienta tu vida en una dirección positiva y segura.



Elaborado por Rocio Ramirez Medina y Jessica Rodríguez

ANEXO 23

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS
DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA
Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

Taller del manejo de la ansiedad

Guía de administración del tiempo



Reflexión

¿Qué es un día? Imagínate que todas las mañanas un banco deposita en tu cuenta \$86,400. Cada noche, el banco desaparece todo lo que no gastaste durante el día. ¿Qué harías? Retirar hasta el último centavo por supuesto. Cada uno de nosotros tiene un banco así, se llama **tiempo**. Todas las mañanas te deposita 86,400 segundos y todas las noches hace desaparecer como pérdida todo lo que dejaste de invertir para algún fin. Cada día nos hace un depósito que pone a nuestra disposición. Preguntate: ¿Si en los próximos años sigues utilizando el tiempo como hasta ahora, alcanzarás tus **metas**?



Existe una estrecha relación entre nuestro **futuro** y la manera en que aprovechamos el tiempo.

Autoevaluación

1. Haz una lista de las actividades que realizas semanalmente.
2. Establece metas a corto, mediano y largo plazo para cada una de las actividades que realizas.
3. Observa y registra el tiempo que empleas en tus actividades. Durante 7 días, anota de qué hora a qué hora realizaste tus actividades.
4. Al final de la semana contabiliza la cantidad de tiempo invertido en cada actividad.
5. Reconoce y examina el tiempo que empleas en cada actividad. Determina posteriormente si deseas invertir más o menos tiempo del que hasta ahora has empleado.
6. Planifica por escrito un horario diario y semanal, diferenciando claramente entre horas de estudio, descanso,

esparcimiento, etc. y colócalo en un lugar de tu habitación siempre a la vista.

Administra tu tiempo

- Establece tu motivación para realizar cada actividad que hagas. ¿Para qué hago...?
- Concéntrate al 100% en sólo una tarea a la vez.
- Evita perder de vista los objetivos o resultados esperados en tus actividades.
- Los planes pocas frecuentemente no resultan como los esperábamos, sin embargo, planear siempre ahorra más tiempo que si no planeamos nada.
- Planear nuestras actividades por escrito es un excelente **hábito** que podemos adquirir.
- Planea tu día con anticipación.
- El tiempo debe ser organizado en orden de prioridades de mayor a menor.



¿QUÉ ME LLEVO HOY?

Fecha: _____ No de expediente: _____ No. de sesión: _____

Contesta sinceramente las siguientes preguntas.

1. ¿Qué aprendizaje te dejó el contenido de esta sesión?
2. Esta sesión propició en ti algún sentimiento o reflexión personal. ¿Cuál es?
3. ¿Consideras que el material y/o la información brindada te es útil?
4. Sugerencias para la próxima sesión:

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

**Evaluación final taller**

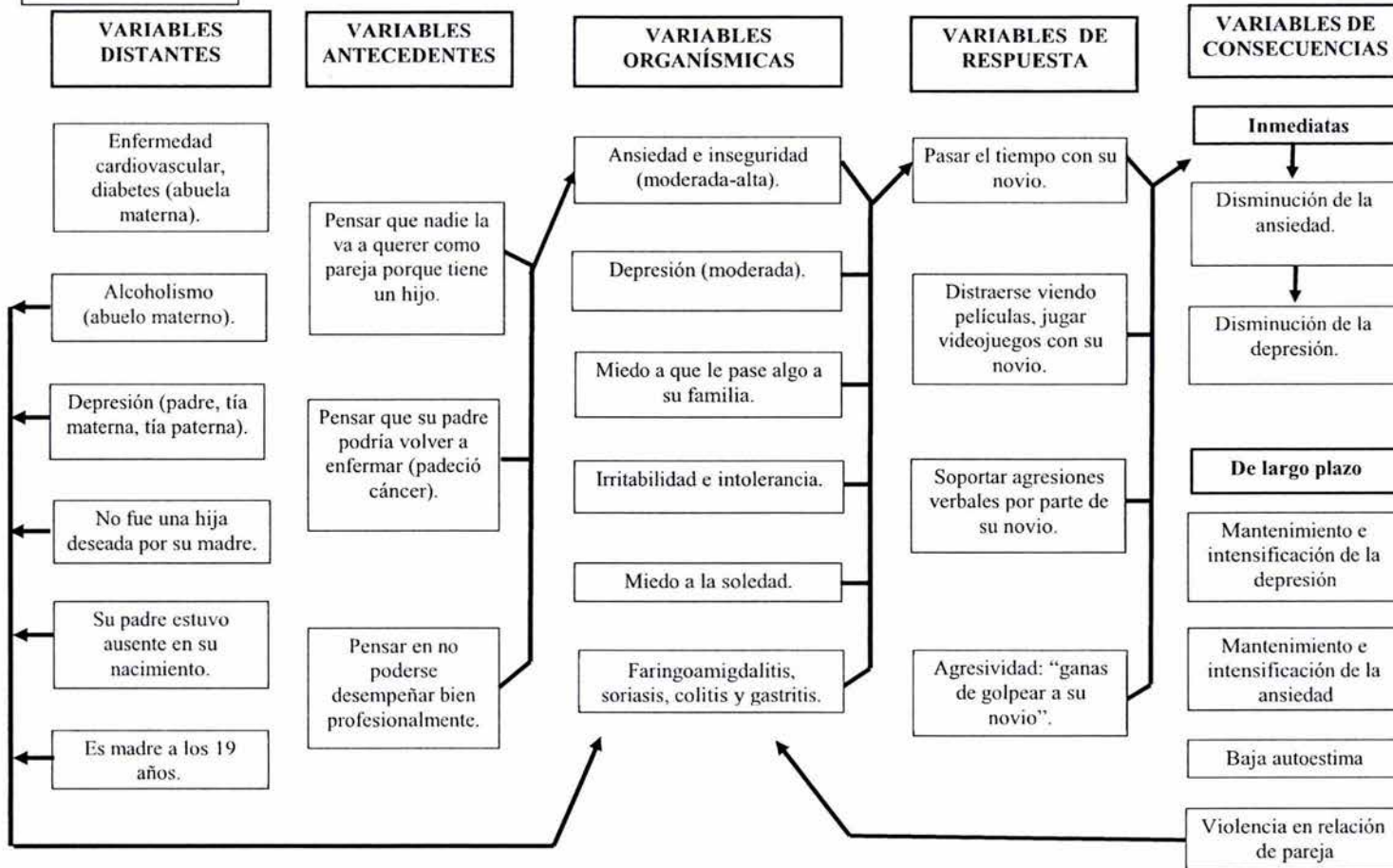
Nombre: _____

1. ¿Consideras que los temas vistos en el taller te resultaron de utilidad?
2. ¿Cuáles temas te resultaron de mayor beneficio?
3. ¿Cómo consideras el material de apoyo usado en el taller? Trípticos, audiovisuales, registros, etc.
4. ¿Cómo consideras ahora tu nivel de ansiedad comparándolo antes del taller?
5. ¿Si tu nivel de ansiedad no bajó, por qué crees que fue así?
6. ¿Cómo consideras la labor y el papel terapéuticos de:
Psic. Jessica Rodríguez Y.

Psic. Rocío Ramírez M.
7. Sugerencias.
8. Recomendaciones

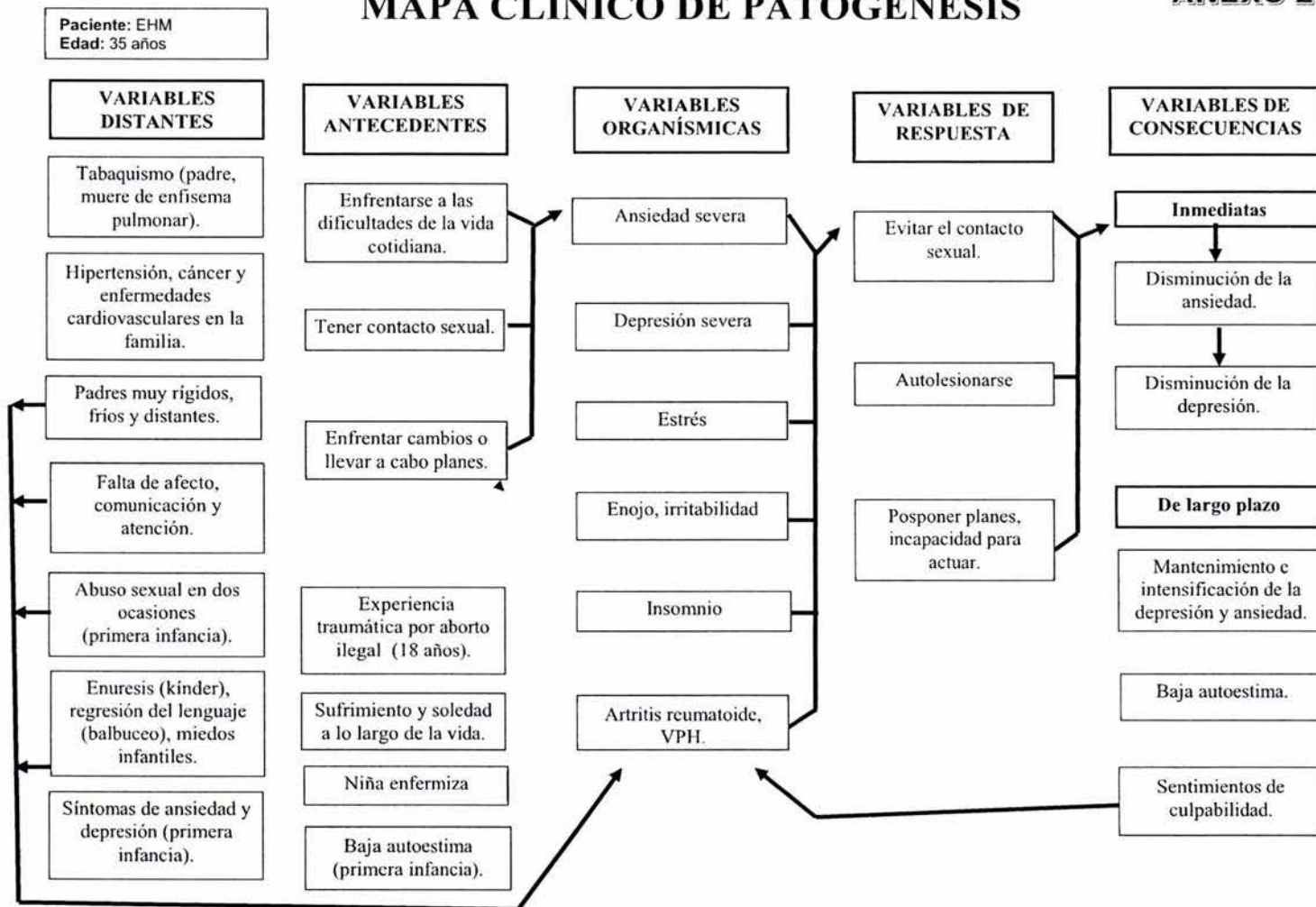
MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

Paciente: CCA
Edad: 27 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

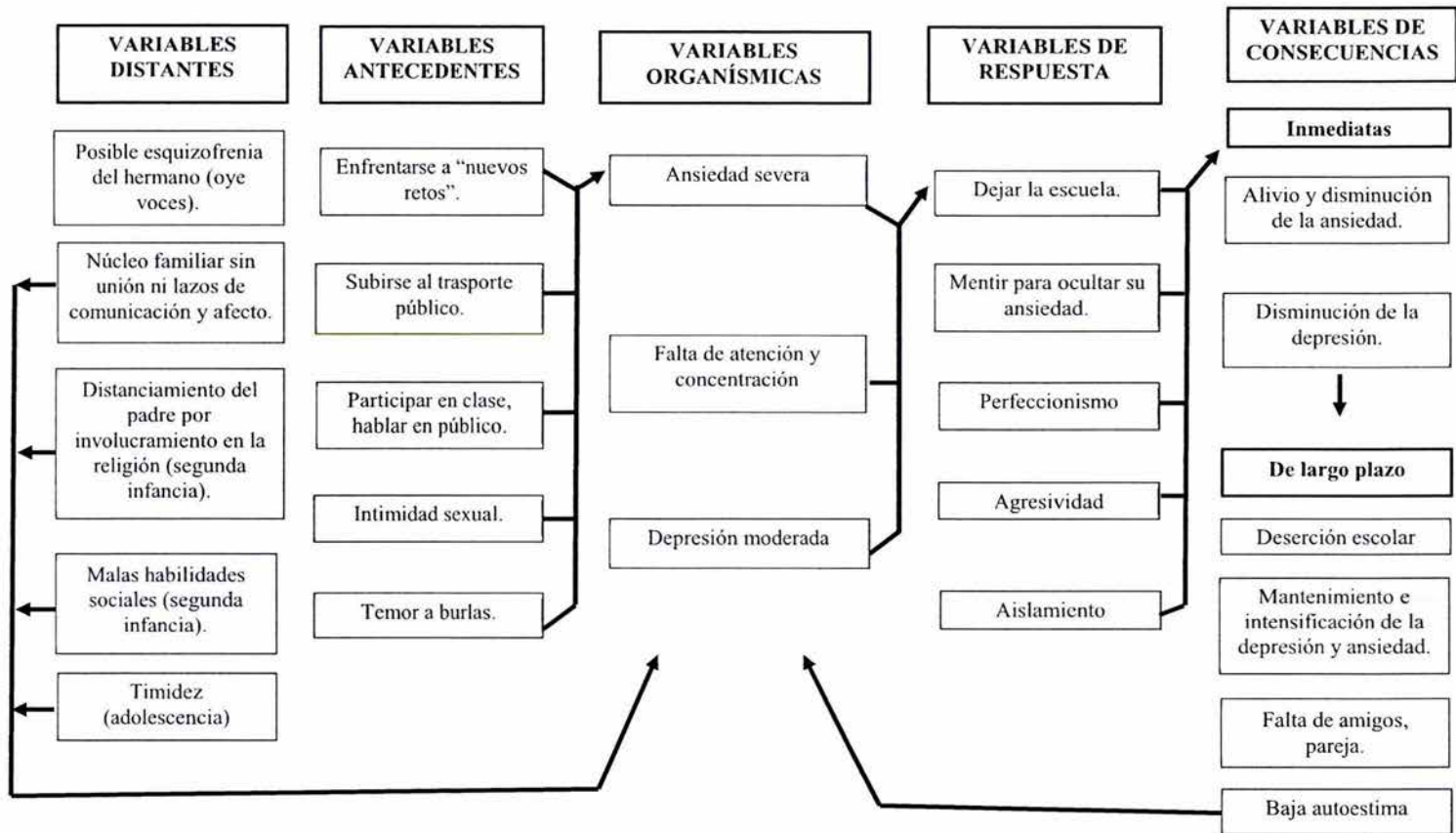
ANEXO 27



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

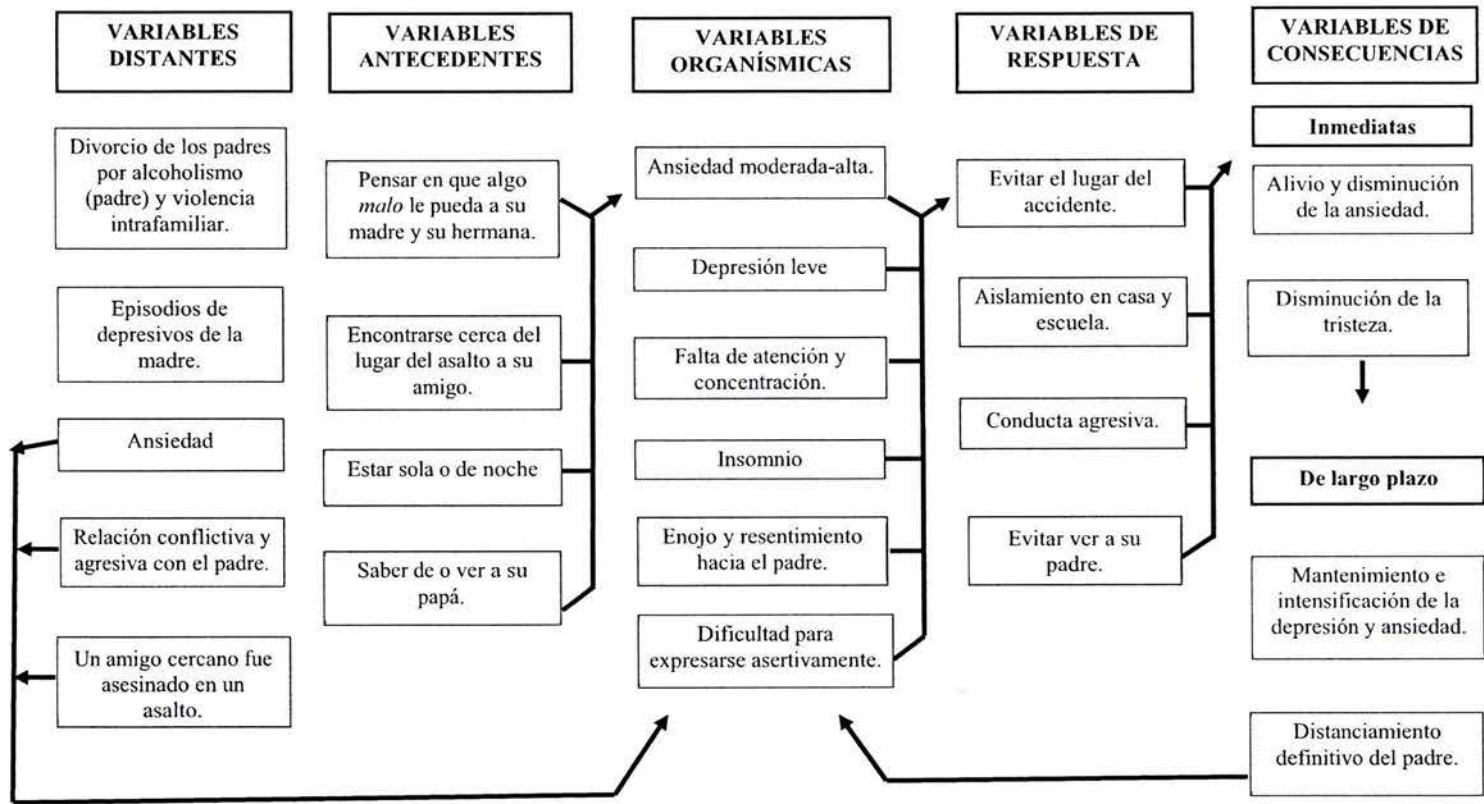
ANEXO 27

Paciente: ACHT
Edad: 24 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

Paciente: EBF
Edad: 20 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

Paciente: EHT
Edad: 21 años

VARIABLES DISTANTES

Ansiedad de separación (primera infancia).

Al nacer su hermana menor se siente desplazada.

Vida de la madre en riesgo por pancreatitis (segunda infancia).

Alcoholismo del padre (adolescencia).

Madre recae enferma y principios de leucemia de la hermana a los 11 años, (final de la adolescencia).

Culpabilidad de la madre por enfermedad de la hermana.

Trato distinto de la madre hacia sus hijas.

Víctima de asalto (final de la adolescencia).

Inicio de la actividad sexual reprimida por la madre.

VARIABLES ANTECEDENTES

Falta de respeto a sus derechos, invasión de su espacio.

Falta de apoyo de sus padres.

Falta de autoridad y límites claros.

Mayor permisividad de los padres hacia su hermana.

VARIABLES ORGANÍSMICAS

Ansiedad severa

Depresión moderada

Estrés

Colitis, gastritis y dermatitis nerviosa.

VARIABLES DE RESPUESTA

No salir sola a la calle.

Acudir a terapia psicológica, pero la familia la abandona (adolescencia).

VARIABLES DE CONSECUENCIAS

Inmediatas

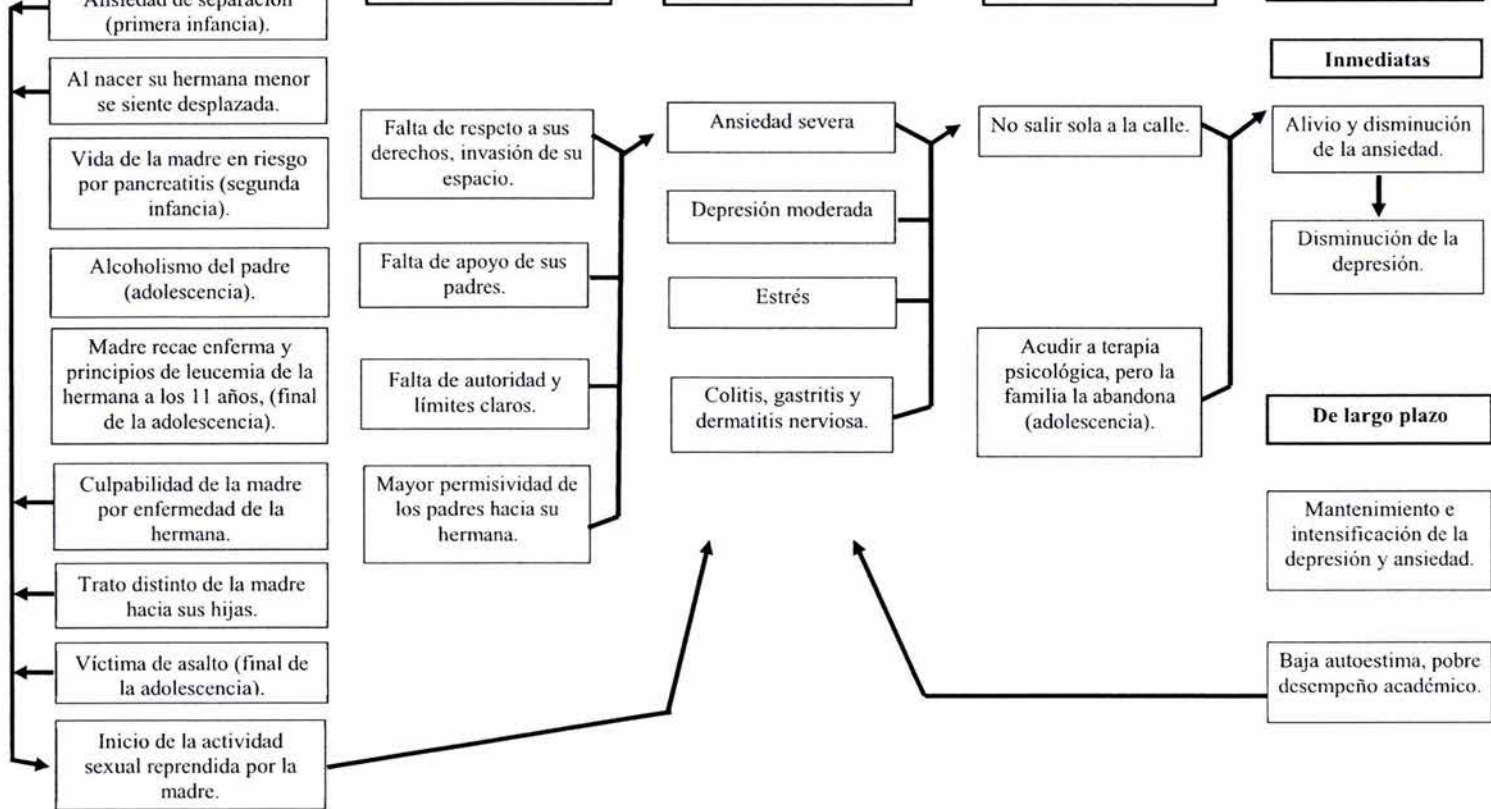
Alivio y disminución de la ansiedad.

Disminución de la depresión.

De largo plazo

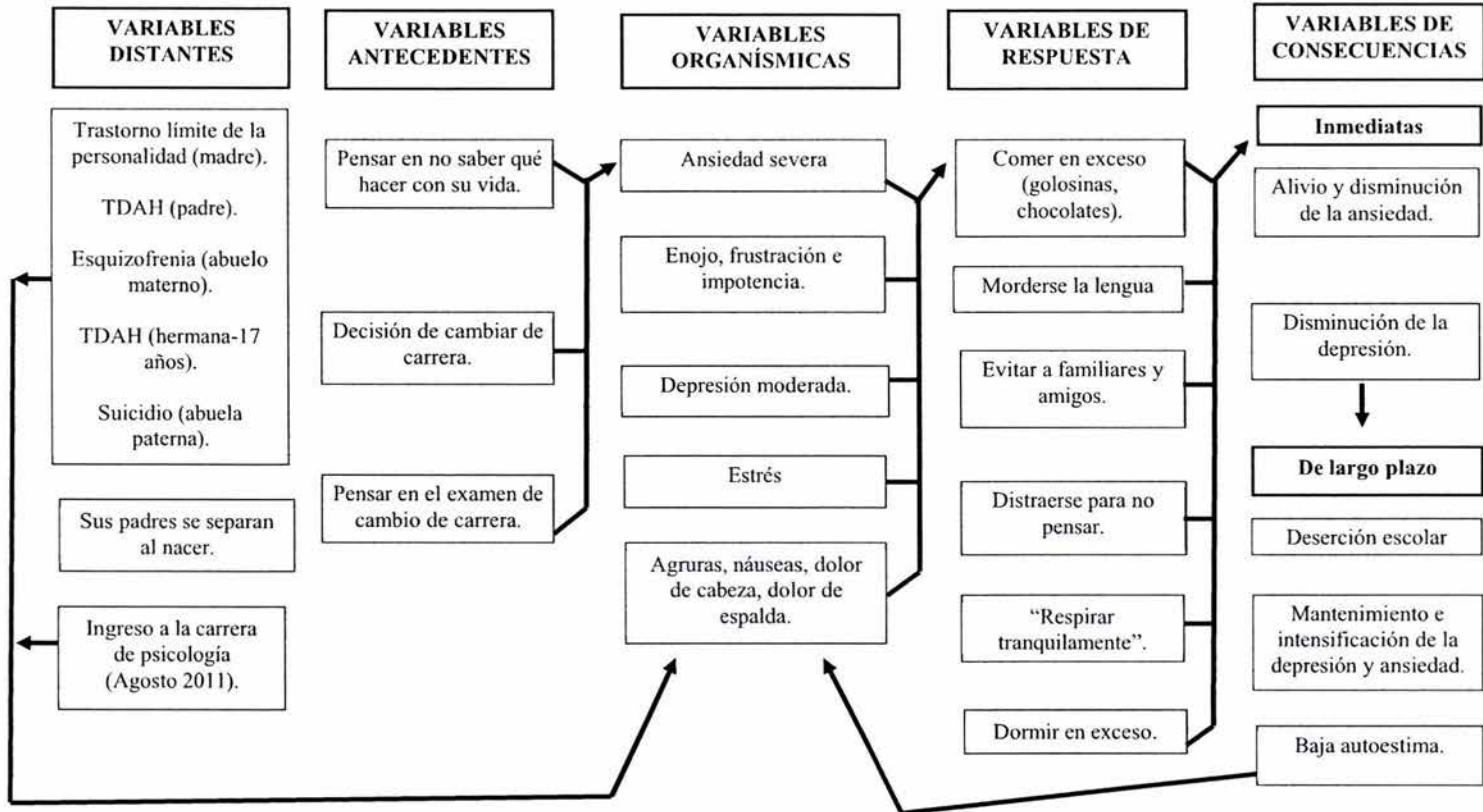
Mantenimiento e intensificación de la depresión y ansiedad.

Baja autoestima, pobre desempeño académico.



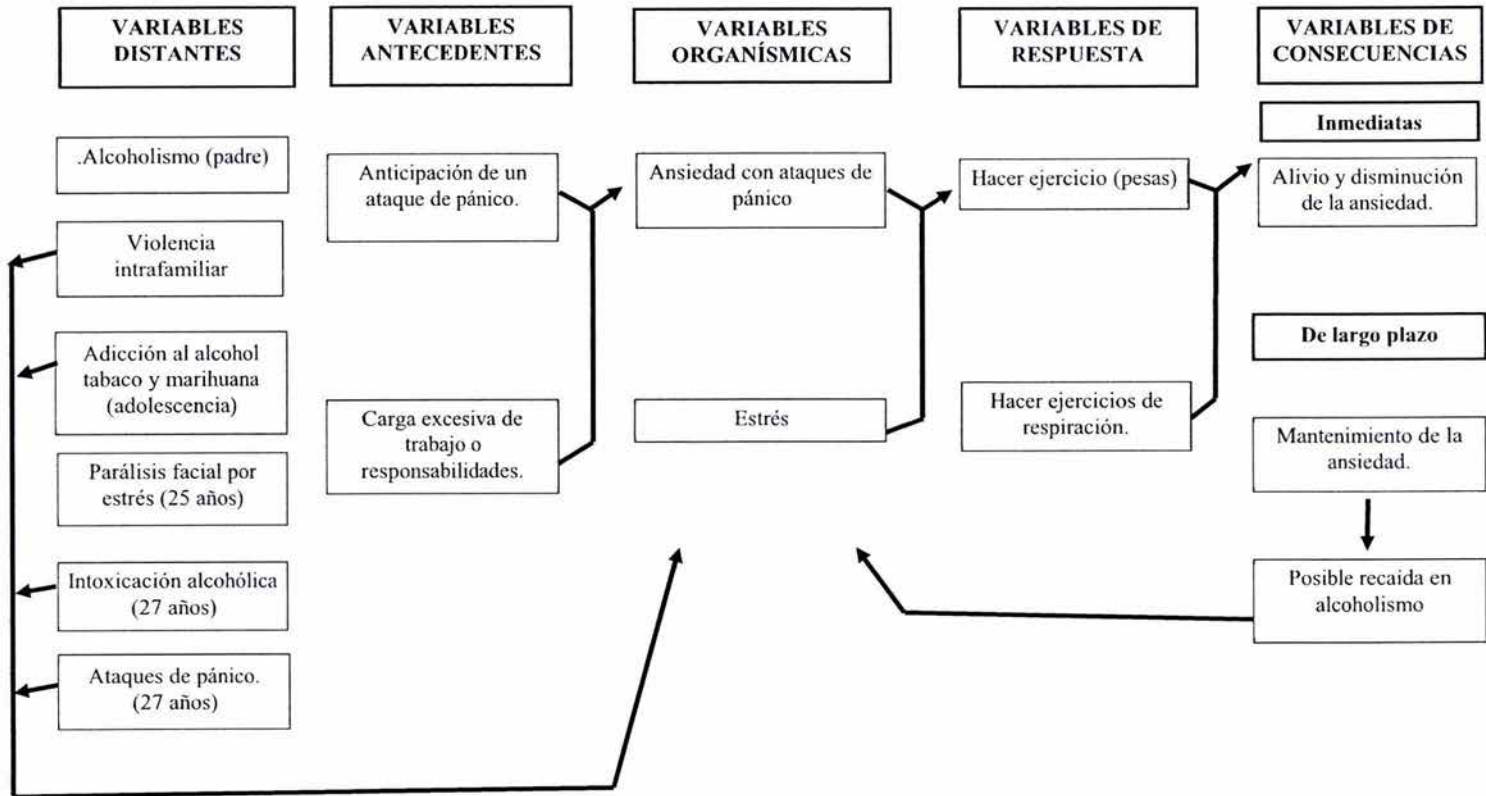
MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

Paciente: SJZ
Edad: 20 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

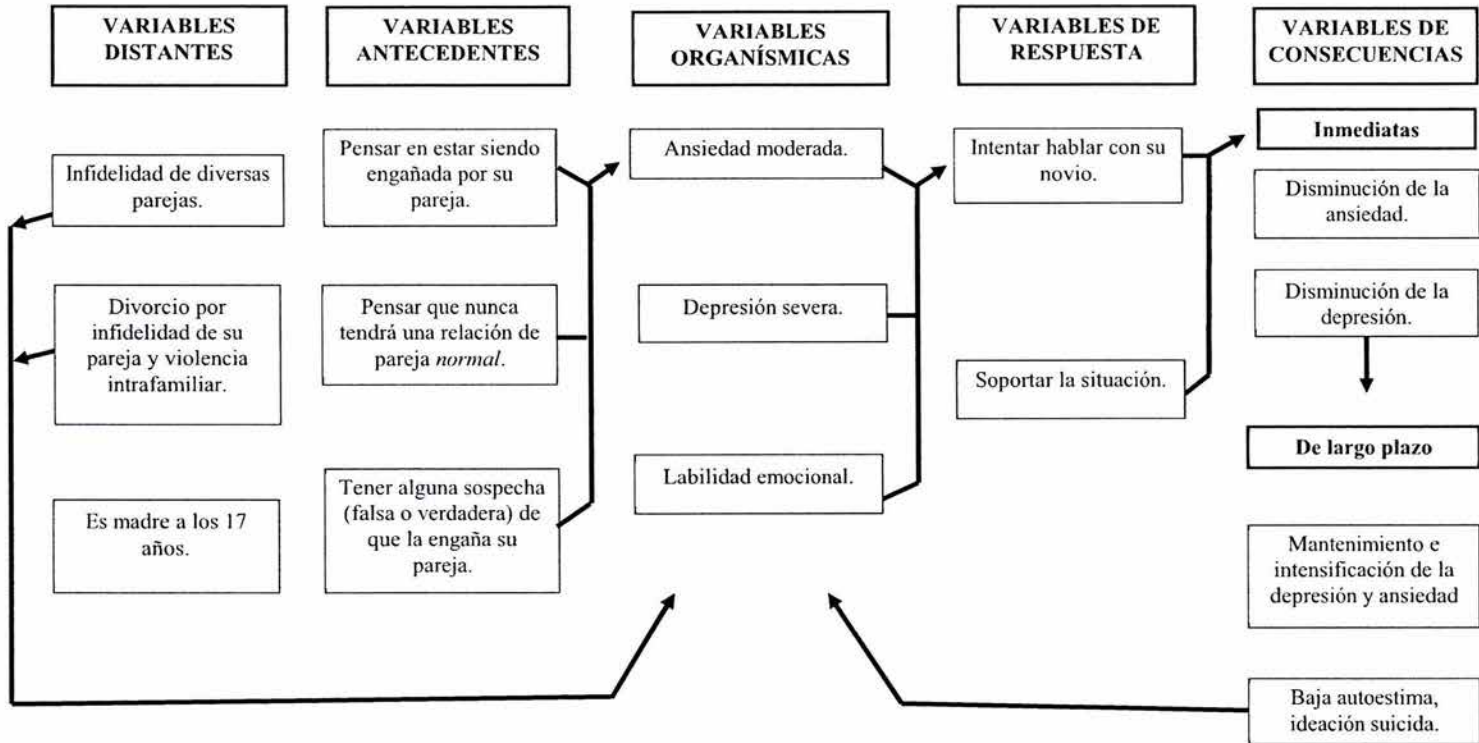
Paciente: PRJ
Edad: 31 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

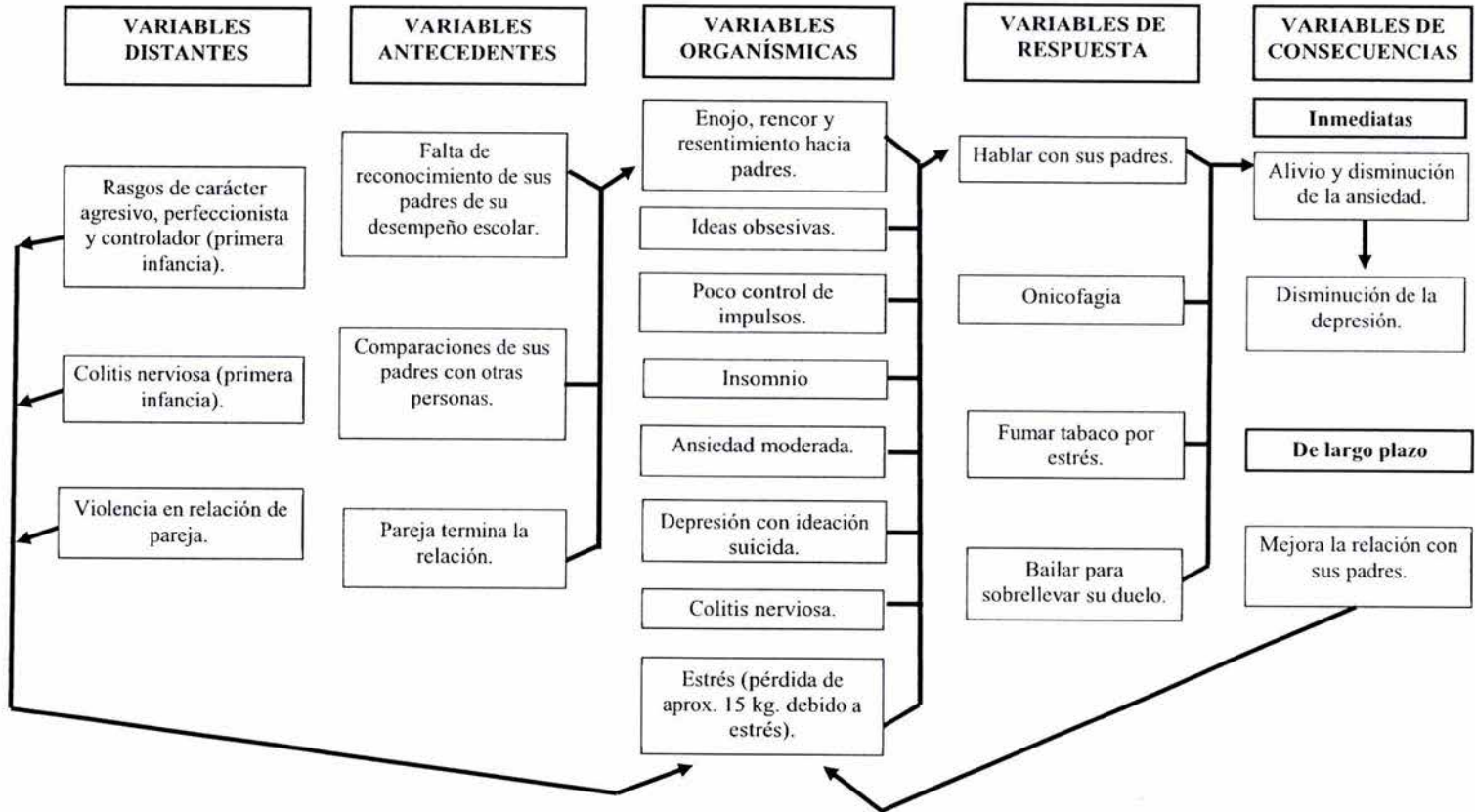
ANEXO 27

Paciente: JPC
Edad: 34 años

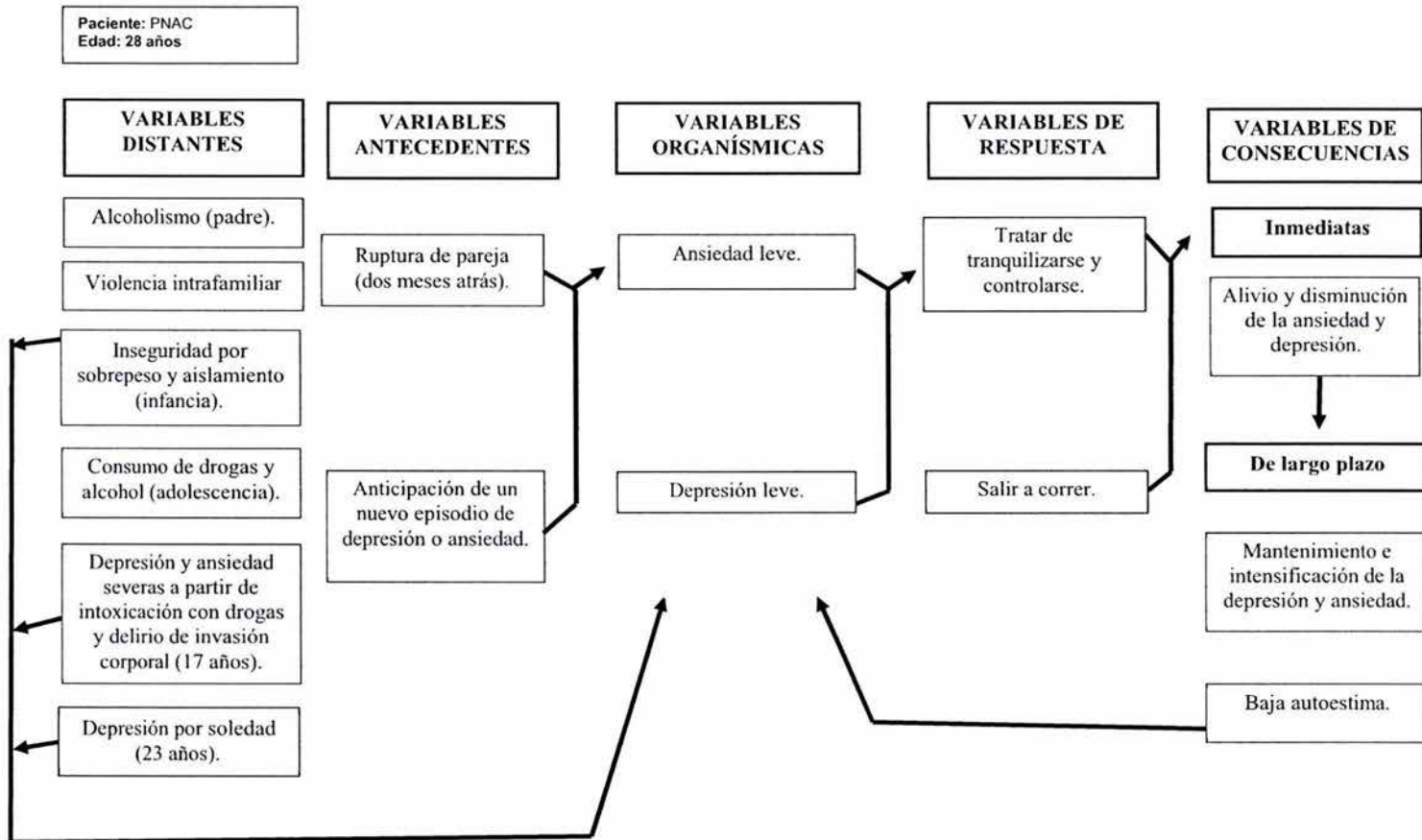


MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

Paciente: PHC
Edad: 20 años



MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
CARTA DESCRIPTIVA GENERAL: TALLER DE ANSIEDAD



NOMBRE: TALLER DE ANSIEDAD

LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FECHA DE INICIO: 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

FECHA DE TERMINO: 6 DE DICIEMBRE DEL 2012

PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres entre 20 y 35 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten características o trastornos de ansiedad.

INSTRUCTORES: Rocío Ramírez Medina y Jessica Rodríguez Yáñez.

NUMERO DE SESIONES: 12

NUMERO DE PARTICIPANTES: 10

HORARIO: JUEVES DE 14:00 –16:00 HRS

OBJETIVO GENERAL: Ofrecer a los participantes conocimientos, habilidades y entrenamientos específicos para que disminuyan sus síntomas de ansiedad, mejorando su estado de ánimo y que esto se vea reflejado en una mejor calidad de vida en sus distintas áreas, las cuales se ven afectadas por la ansiedad.

SESIONES	NOMBRE DE LA SESION	OBJETIVO GENERAL	MATERIALES	ACTIVIDAD	FECHA
SESION NO. 1	BIENVENIDA, REENCUADRE, EVALUACIÓN PRE-TALLER Y PSICOEDUCACIÓN	Presentación de los participantes y de los terapeutas. Aclarar los objetivos, reglas y estructura del taller. Establecer un buen rapport y adherencia al grupo. Evaluación Pre- taller. Introducirlos en el tema de Ansiedad	-Power Point -Evaluaciones -Lapiz y papel -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Dinámica de integración, -Comentar la situación particular de cada uno -Evaluación nivel ansiedad	13-sept-12
SESION NO. 2	PSICOEDUCACIÓN TRASTORNOS ANSIEDAD TECNICAS DE RESPIRACIÓN	Conocerán cuándo la ansiedad se vuelve un trastorno y se identificarán según su situación particular. Enseñar la utilidad de las técnicas de relajación/ respiración para contrarrestar la ansiedad	-Power Point -Lápiz y papel -Folleto activación psicofisiológica. -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Mesa redonda y comentarios folleto -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	20-sept-12

SESION NO. 3	PSICOEDUCACIÓN TRASTORNOS ANSIEDAD Y FACTORES DE RIESGO TECNICAS DE RELAJACIÓN/ RESPIRACIÓN	Continuarán con la identificación de su situación en los distintos trastornos. Identificarán factores de riesgo. Aprenderán la respiración completa y tipos de relajación diversos para prevenir situaciones ansiosas.	-Power Point -Lápiz y papel -Folleto respiración -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Explicar el folleto -Mesa redonda y comentarios. -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	27-sept-12
SESION NO. 4	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA BECK (1)	Introducirlos en el tema de reestructuración cognitiva, identificando sus pensamientos irracionales que afectan su conducta enfatizan o provocan situaciones ansiosas. Continúa la respiración/relajación	-Power Point -Lápiz y papel -Autorregistro ABC -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Mesa redonda y comentarios. -Ejemplos casos ABC -Dinámica distorsiones. -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	4-oct-12
SESION NO. 5	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA ELLIS (2)	Practicar y fortalecer el cambio de pensamientos irracionales por pensamientos funcionales a través de un trabajo individual. Identificar las diferentes distorsiones cognitivas para que tengan posibilidad de reestructurar sus pensamientos. Continúa la respiración/relajación	-Power Point -Lápiz y papel -Autorregistro ABC -Autorregistro ABCDE -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Mesa redonda y comentarios. -Ejemplos ABC Y ABCDE -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	11-oct-12
SESION NO. 6	CONTINUACIÓN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (3)	Se buscará el insight sobre sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Identificar pensamientos positivos y reales. Continúa la respiración/relajación.	-Power Point -Lápiz y papel -Autorregistro ABCDE -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Mesa redonda y comentarios. -Ejemplos ABCDE -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	18-oct-12

SESION NO. 7	ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (1)	<p>Que los participantes reflexionen sobre los problemas principales que contribuyen a su ansiedad y encuentren las mejores alternativas de solución aminorando su grado de ansiedad</p> <p>Continúa la respiración/relajación.</p>	<p>-Power Point</p> <p>- Folleto resolución de problemas</p> <p>-Autorregistro valoración alternativas</p> <p>-Autorregistro ansiedad</p>	<p>-Presentación</p> <p>-Mesa redonda y comentarios.</p> <p>-Valoración de alternativas</p> <p>-Ejercicio de respiración</p> <p>-Evaluación nivel ansiedad</p>	<p>25-oct-12</p>
SESION NO. 8	<p>ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE (2)</p> <p>RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA</p>	<p>Que los participantes se retroalimenten y reflexionen sobre los distintos problemas que tienen y sus posibles soluciones.</p> <p>Brindarles a los participantes otra técnica de relajación en base a la tensión- relajación de los músculos.</p>	<p>-Power Point</p> <p>-Folleto resolución de problemas</p> <p>-Autorregistro valoración alternativas</p> <p>-Folleto relajación muscular progresiva.</p> <p>-Video</p> <p>-Autorregistro ansiedad</p>	<p>-Presentación</p> <p>-Mesa redonda y comentarios.</p> <p>-Valoración de alternativas</p> <p>-Ejercicio de relajación muscular progresiva y entrega del folleto.</p> <p>-Presentación del video de resolución de problemas</p> <p>-Evaluación nivel ansiedad</p>	<p>8-nov-12</p>
SESION NO. 9	<p>AUTOESTIMA (1)</p>	<p>Identificar qué es la autoestima</p> <p>Reconocer el grado de autoestima y el área específica en la que se tiene baja autoestima.</p> <p>Continúa la respiración/relajación.</p>	<p>-Power Point</p> <p>-Lápiz y papel</p> <p>-Cuestionario valoración ansiedad</p> <p>-Video</p> <p>-Autorregistro ansiedad</p>	<p>-Presentación</p> <p>-Mesa redonda y comentarios.</p> <p>-Evaluación autoestima</p> <p>-Ejercicio de respiración</p> <p>-Evaluación nivel ansiedad</p>	<p>15-nov-12</p>

SESION NO. 10	Autoestima (2) ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: COMUNICACIÓN ASERTIVA	Una vez que se identificó el área de baja autoestima se ayuda al px a trabajar en ello. Que los participantes incrementen su repertorio de habilidades sociales, con el objetivo de tener una comunicación asertiva evitando conflictos que agraven la ansiedad. Continúa la respiración/relajación.	-Power Point -Lápiz y papel -Derechos asertivos -Autorregistro asertividad -Autorregistro ansiedad	-Presentación -Mesa redonda y comentarios. -Ejemplos role playing -Ejercicio de respiración -Evaluación nivel ansiedad	22-nov-12
SESION NO. 11	COMUNICACIÓN ASERTIVA. RESOLUCIÓN DE DUDAS	Identificar a las personas con las tienen dificultad para comunicarse asertivamente. Que los participantes expresen sus dudas en temas que necesiten reforzar en cada situación particular. Continúa la respiración/relajación.	-Formato identificación asertividad -Lápiz y papel	-Análisis de las relaciones con los demás. -Expresión verbal de dudas o conflictos de los participantes.	29-nov-12
SESION NO. 12	CIERRE DEL TALLER Y EVALUACIÓN POST	Que los participantes reporten su aprendizaje y beneficios de la asistencia al taller, se aclaren dudas no resueltas. Y se realice la evaluación final. Agradecer su asistencia	-Evaluaciones Post Taller. -Lápiz y papel	-Pruebas y cuestionarios -Convivencia -Evaluación del taller	6-dic-12



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

N° DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación: _____


INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

N° DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que he sido castigado

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo (a)

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1 He perdido más de dos kilogramos
 - 2 He perdido más de cinco kilogramos
 - 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI ___ NO ___

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Puntuación: _____


INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González- Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

Expediente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

ANEXO 31

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor Físico		
Factor Psicológico		
Factor Rel. Sociales		
Factor Ambiente		

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase; pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4





Cuestionario de VALORACION PREVIA en pacientes de ansiedad

No. de expediente: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

En los últimos 6 meses....	Respuesta	
1. ¿Has tomado alguna de las siguientes sustancias? <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos para la ansiedad u otro problema psicológico o psiquiátrico. • Alcohol en exceso, cocaína, heroína o similares 	No__	Si__
2. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?	No__	Si__
3. ¿Has tenido problemas de salud graves?	No__	Si__
4. ¿Has sufrido accidentes, violaciones, maltratos o atracos?	No__	Si__
En el último mes....	Respuesta	
5. ¿Te sientes desbordado por tus problemas?	No__	Si__
6. ¿Has perdido la ilusión por la vida?	No__	Si__
7. ¿Te sientes demasiado triste?	No__	Si__
8. ¿Ha afectado la ansiedad de forma importante tu vida cotidiana, tus relaciones con los demás o tu desempeño laboral o académico?	No__	Si__



Test 1. SITUACIONES DESENCADENANTES DE ANSIEDAD

No. de expediente: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

<p>Instrucciones: Abajo se presenta una serie de situaciones que pueden producir miedo o ansiedad en algunas personas. Marca una cruz a la derecha de cada situación en función de cuánto miedo o ansiedad te produce. La columna "interfiere" márcala solo si el temor o ansiedad producido por esa situación interfiere tu vida o te afecta con frecuencia.</p>	NADA	UN POCO	MUCHO	BASTANTE	INTERFIERE EN MI VIDA
Situaciones que pueden producir ansiedad:					
1. Tener mareos o vértigo					
2. Sentir palpitaciones o el corazón acelerado					
3. Tener la sensación de que el mundo está distinto					
4. Sentir que podría desmayarme					
5. Tener la sensación de verme raro o distinto					
6. Ir a supermercados o grandes almacenes					
7. Caminar por calles muy transitadas					
8. Salir de casa solo					
9. Hablar ante un grupo de personas					
10. Hablar con mi jefe o una persona de autoridad					
11. Notar que me estoy poniendo rojo					

12. Comer, beber o escribir delante de otros					
13. Tartamudear o hablar con dificultad					
14. Actuar ante un público					
15. Viajar en coche, autobús o tren					
16. Utilizar un ascensor					
17. Ver sangre, jeringuillas o heridas					
18. Tomar alimentos que podrían atragantarse					
19. Pasar por un puente					
20. Viajar en avión					
21. Ver perros, gatos, arañas o pájaros					
22. Orinar en un baño público					
23. Tener pensamientos sobre sexo					
24. Dejar abierta la puerta de casa o la llave de gas					
25. Dar la mano a otra persona o tocar la chapa de una puerta					
26. Acercarme a un balcón					
27. Recordar un accidente, un atraco o una violación					
28. Una calle en la que me amenazaron de muerte					
29. Hablar de mi accidente o violación					
30. Hablar con una persona guapa o atractiva					
31. Otra(s) situación(es), indique: _____					



Test 2. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS O INTERPRETACIONES

No. de expediente: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

<p>Instrucciones: Abajo se presentan una serie de pensamientos que pueden tener algunas personas JUSTO ANTES de sentirte con miedo o ansiedad. Marca una cruz a la derecha de cada situación en función de cuanto miedo o ansiedad te produce. Marca la última columna si sueles creerte ese pensamiento la mayor parte de las veces.</p>	NADA	UN POCO	MUCHO	BASTANTE	LO CREO CASI SIEMPRE
Antes de ponerme mal PIENSO:					
1. Me estoy poniendo loco					
2. Voy a morir					
3. Me desmayaré					
4. Me quedaré sin aire, moriré asfixiado					
5. ¿Y si perdiera el control?					
6. ¿Y si me diera una crisis de pánico en (Coche/ avión/ tienda/ calle/ trabajo/ cine)					
7. Tengo que ir solo					
8. Estoy haciendo el ridículo					
9. Van a notar que estoy nervioso					
10. Se reirán de mi					
11. Me estoy poniendo rojo					

12. No recuerdo nada de lo que tengo que decir					
13. Me dolerá la....inyección/ operación/ intervención					
14. ¿Y si se estrella el avión?					
15. ¿Y si me caigo? (en un piso o puente)					
16. Podría quedar atrapado en el ascensor					
17. ¿Y si no soy buen amante/ amigo /pareja					
18. Soy homosexual/ bisexual/ heterosexual					
19. Me estoy contaminando					
20. Tengo SIDA/ hepatitis/ cáncer					
21. ¿Y si le pego o hago daño a....(otra persona)?					
22. ¿Y si salto? (desde una altura peligrosa)					
23. ¿Y si le pasa algo a mí....(ser querido)?					
24. ¿Y si me despiden?					
25. ¿Y si suspendo el examen?					
26. Otro(s) pensamiento(s), indique: _____					



Test 3. SENSACIONES CORPORALES DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO

No. de expediente: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Instrucciones: Abajo se presentan una serie de sensaciones corporales que pueden tener cuando sientes miedo o ansiedad. Marca una cruz a la derecha de cada una en función de la intensidad con la que lo sueles notar. Marca en la última columna el primer síntoma que sueles tener si hay más de uno.	NADA	UN POCO	MUCHO	BASTANTE	PRIMER SÍNTOMA
Cuando estoy ansioso o con miedo, tengo:					
1. Palpitaciones					
2. Sacudidas del corazón					
3. Elevación de la frecuencia cardíaca					
4. Sudoración					
5. Temblores o sacudidas					
6. Sensación de ahogo o falta de aliento					
7. Sensaciones de atragantarse					
8. Opresión o malestar en el pecho					
9. Náuseas o molestias abdominales					
10. Mareo, inestabilidad o vértigo					
11. Desmayo					
12. Sensación de entumecimiento u hormigueo					
13. Escalofríos o sofoco					
14. Enrojecimiento en la cara					
15. Inquietud					
16. Irritabilidad					
17. Tensión muscular					
18. Respuestas exageradas de sobresalto					
19. Fatigabilidad fácil					
20. Urgencia urinaria o defecatoria					
21. Otro(s) pensamiento(s), indique:					



Test 4. CONDUCTAS ANSIOSAS: ESCAPE, EVITACIÓN Y OTRAS

No. de expediente: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

<p>Instrucciones: Abajo se presentan una serie de conductas que puedes realizar cuando sientes miedo o ansiedad, o para no sentir ese malestar. Marca una cruz a la derecha de cada según la frecuencia con la que lo puedes hacer. Marca en la última columna tu conducta predilecta (si hay más de una).</p>	NADA	UN POCO	MUCHO	BASTANTE	CONDUCTA PREDILECTA
Cuando estoy ansioso o con miedo:					
1. Abandono la situación en la que me encuentro					
2. Escondo mis manos si tiemblan					
3. Intento desviar la conversación a otro tema					
4. Realizo movimientos sin finalidad					
5. No puedo estar sentado o quieto					
6. Bebo mucha agua para evitar tartamudear					
7. Bebo alcohol					
8. Fumo tabaco					
9. Fumo coca, marihuana o similar					
Para no ponerme ansioso o con miedo:					
10. No voy al cine ni a lugares cerrados					
11. No realizo deporte					

12. Pido a otras personas que me acompañen					
13. Evito tener relaciones sexuales					
14. Pido favores					
15. Evito a las personas atractivas o con autoridad					
16. Evito reuniones					
17. Evito hablar delante de otros					
18. Procuro no comer, beber o escribir en público					
19. No pido favores					
20. Escondo mis manos si tiemblan					
21. Bebo mucha agua para evitar tartamudear					
22. Bebo alcohol					
23. Fumo tabaco					
24. Fumo coca, marihuana o algo similar					
25. Tomo medicación relajante					
26. No voy al dentista o al médico					
27. No me acerco a precipicios ni balcones					
28. Evito viajar en avión					
29. Me lavo las manos minuciosamente					
30. Compruebo puertas, ventanas, gas, etc.					
31. Otra(s) conducta(s), indique: _____					



WHO-QOL BREVE Manual de Calificación

De acuerdo a la OMS (WHO) Calidad de Vida significa "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes." Por lo tanto, el instrumento mide un constructo multidimensional que incorpora la percepción de la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

El instrumento clasifica a la Calidad de Vida en cuatro factores:

Tabla 1. Factores del WHO-QOL

FACTOR	COMPONENTES DEL FACTOR
1. Salud Física	Actividades de la vida cotidiana Movilidad Energía y Fatiga Sueño y Descanso Enfermedades y Dependencia de Sustancias medicinales Capacidad para Trabajar
2. Psicológico	Imagen Corporal y Apariencia Sentimientos Positivos Sentimientos Negativos Autoestima Espiritualidad/Religión/Pensamientos Personales Cognición, Aprendizaje, Memoria, Concentración
3. Relaciones Sociales	Relaciones Interpersonales Apoyo Social Actividad Sexual
4. Ambiente	Recursos Económicos Libertad y Seguridad Acceso y Calidad a Salud Pública Ambiente en el Hogar Oportunidades para adquirir nuevas habilidades e Información Participación en actividades recreativas Ambiente Físico (Contaminación, Tráfico, Clima) Transporte



Calificación del Instrumento:

- A mayor puntuación, mayor percepción de calidad de vida en el factor calificado.
- No es necesario sumar los factores.
- Todas las calificaciones serán transformadas a porcentajes.

Existen dos preguntas que se califican por separado:

La pregunta **1** evalúa la *calidad de vida en general* que la persona percibe poseer.

La pregunta **2** evalúa la percepción de *salud general* que la persona percibe poseer.

Para el resto de las preguntas, estas se agruparán en los cuatro factores para obtener un *puntaje crudo* por cada factor con la siguiente fórmula:

Tabla 2. Ecuación para puntaje crudo

FACTOR	ECUACION PARA OBTENER EL PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE CRUDO	TRANSFORMAR	
			4-20	%
Factor Físico	$(6-P3) + (6-P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$			
Factor Psicológico	$P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6-P26)$			
Factor de Relaciones Sociales	$P20 + P21 + P22$			
Factor Ambiente	$P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$			

Nota: La P significa Pregunta y el número que le sigue es el número de la pregunta del inventario.

Después de hacer la suma y obtener el puntaje crudo, se buscará *transformarlo* con el método dado en la tabla número 3. El método consiste en buscar en la tabla por cada factor, el puntaje crudo en la primera columna y en la última localizar su equivalente en *porcentaje*. El cuál es la clave para determinar el nivel de percepción de Calidad de Vida.

ANEXO 34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
WHO-QOL BREVE
MANUAL DE CALIFICACIÓN



Factor Físico	Puntuación Transformada		Factor Psicológico						Factor Ambiente			
	4-20	0-100	Puntuación Cruda	Puntuación Transformada		Factor Relaciones Sociales		Puntuación Transformada		Puntuación Cruda	Puntuación Transformada	
7	4	0		4-20	0-100						4-20	0-100
8	5	6										
9	5	6	6	4	0							
10	6	13	7	5	6							
11	6	13	8	5	6	3	4	0		Puntuación Cruda	Puntuación Transformada	
12	7	19	9	6	13	4	5	6			4-20	0-100
13	7	19	10	7	19	5	7	19	8	4	0	
14	8	25	11	7	19	6	8	25	9	5	6	
15	9	31	12	8	25	7	9	31	10	5	6	
16	9	31	13	9	31	8	11	44	11	6	13	
17	10	38	14	9	31	9	12	50	12	6	13	
18	10	38	15	10	38	10	13	56	13	7	19	
19	11	44	16	11	44	11	15	69	14	7	19	
20	11	44	17	11	44	12	16	75	15	8	25	
21	12	50	18	12	50	13	17	81	16	8	25	
22	13	56	19	13	56	14	19	94	17	9	31	
23	13	56	20	13	56	15	20	100	18	9	31	
24	14	63	21	14	63				19	10	38	
25	14	63	22	15	69				20	10	38	
26	15	69	23	15	69				21	11	44	
27	15	69	24	16	75				22	11	44	
28	16	75	25	17	81				23	12	50	
29	17	81	26	17	81				24	12	50	
30	17	81	27	18	88				25	13	56	
31	18	88	28	19	94				26	13	56	
32	18	88	29	19	94				27	14	63	
33	19	94	30	20	100				28	14	63	
34	19	94							29	15	69	

ANEXO 34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
 A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
 "DR. GUILLERMO DAVILA"
 WHO-QOL BREVE
 MANUAL DE CALIFICACIÓN



35	20	100							30	15	69
									31	16	75
									32	16	75
									33	17	81
									34	17	81
									35	18	88
									36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100