



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Estrategia de manejo de estrés académico en estudiantes
de odontología de la F.E.S. Iztacala”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Rossana Esmeralda Cruz Mendoza

Director: Lic. César Elizalde García

Dictaminadores: Mtro. Ernesto Arenas Govea

Dr. Héctor Octavio Silva Victoria



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2020



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.

“Una de las mejores maneras de reducir el estrés es aceptar las cosas que no puedes controlar”

M.P. Neary

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a todos los profesores que estuvieron conmigo desde mi ingreso a la Escuela Nacional Preparatoria hasta la Universidad. Gracias por permitirme cumplir mis metas y sueños, por formarme en esta profesión tan noble, además de guiarme y enseñarme lo mejor de ustedes.

A la Dra. Guillermina Farías, a la Dra. Mariana Vázquez y a la Dra. Miriam Hernández por abrirme las puertas de la Clínica Odontológica de Ecatepec FESI-UNAM y apoyarme en la realización de este proyecto.

Al Lic. César Elizalde por guiarme en la realización de este proyecto, así como por haber sido de los mejores profesores de la carrera.

Al Mtro. Ernesto Arenas por orientarme e instruirme a lo largo de la licenciatura, pero en especial dentro del área clínica y seguir apoyándome ahora terminada la licenciatura.

Al Dr. Héctor Silva por siempre enseñarme formas creativas y divertidas de hacer ciencia.

Al Mtro. Gerardo Chaparro por enseñarme más allá de lo que estipulado en un plan de estudios y darme lecciones de vida.

A la Mtra. Jocabed Ruíz por inspirarme en mi último año de preparatoria a seguir mis sueños y atreverme a realizar cualquier cosa que me proponga.

Dedicatorias

A la memoria de mi abuelo, quien fue un padre para mí y aunque sólo pudo verme empezar este sueño le dedico todo mi esfuerzo.

A mi madre y abuela por apoyarme en todo, aunque no siempre estuvieran de acuerdo conmigo. Además de brindarme su amor y confianza.

A Maly por ser como una madre para mí y estar conmigo en todo momento dándome su amor incondicional, siempre fuerte y digna.

A J.J., Natalia y Adrián por dejarme entrar en su familia y darme su amor.

A Nancy por brindarme su amistad, apoyo y amor desde el primer día y alegrarme hasta en los días más oscuros.

A Cristal por ser la luz que ilumina mi vida, una gran inspiración para seguir adelante, confrontarme cuando más lo necesito y enseñarme a volver a sonreír.

A Viridiana, Ale y Jácome por mi arcoíris en la tempestad.

Al Mictlán por recordarme el significado de la hermandad scout, llenar de luz y vida mi día a día, hacerme parte de su familia, además de enseñarme a reír y cantar en la adversidad.

A Cristian por ser una de las personas más importantes durante mi vida universitaria, dándome todo su amor y apoyo.

A Carol por nunca dejarme y siempre brindarme su amistad incondicional.

Para más información sobre el trabajo realizado contactar a través de la siguiente dirección:
psic.esmeralda.cruz@gmail.com

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
1. Estrés	12
1.1. Concepto de estrés	12
1.2. Tipos de estrés	18
1.2.1. Eustrés y distrés	18
1.2.2. Estrés postraumático	21
1.2.3. Estrés laboral	<u>21</u>
1.2.4. Estrés académico	22
1.3. Causas del estrés	23
1.3.1. Estresores ambientales	23
1.3.2. Estresores fisiológicos	24
1.3.3. Estresores personales	25
1.4. Consecuencias del estrés	27
1.4.1. Consecuencias fisiológicas	27
1.4.2. Consecuencias psicológicas	29
2. Estrés académico	31
2.1. Concepto de estrés académico	31
2.2. Causas del estrés académico	35
2.2.1. Estresores académicos	36
2.2.2. Estresores del individuo	39
2.3. Consecuencias del estrés académico	43
2.3.1. Consecuencias fisiológicas	43
2.3.2. Consecuencias psicológicas	45
2.3.3. Consecuencias académicas	48
3. Terapia Cognitivo Conductual	50
3.1. Definición de TCC	50
3.2. Antecedentes	51
3.3. Evaluación en la TCC	53
3.4. El análisis funcional de la conducta	56
3.4.1. El modelo secuencial integrativo	56
3.4.2. La descripción de las relaciones funcionales	57
3.5. Diseño de la intervención en TCC	58
3.5.1. Formulación de hipótesis de cambio	58
3.5.2. Redacción de objetivos conductuales en TCC	58
3.6. Principales técnicas en TCC	59
3.6.1. Relajación	59
3.6.2. Desensibilización sistemática	61

3.6.3.	Técnicas operantes	62
3.6.4.	Autocontrol	63
3.6.5.	Técnicas de condicionamiento encubierto	65
3.6.6.	Técnicas de habilidades de afrontamiento	65
3.6.7.	Inoculación del estrés	66
3.7.	Evidencia empírica	67
4.	Terapias de Tercera Generación	69
4.1.	Fundamentos teóricos y principios básicos	69
4.2.	Terapia de aceptación y compromiso	71
4.2.1.	Marco teórico y conceptual	71
4.2.2.	Estructura y procedimientos	72
4.3.	Terapia Analítico Funcional	73
4.4.	Terapia Dialéctica Conductual	76
4.4.1.	Fundamentos teóricos	76
4.4.2.	Estructura y procedimiento	77
4.5.	Terapia Conductual Integrada de Pareja	78
4.6.	Terapia de Activación Conductual	80
4.7.	Mindfulness	83
4.7.1.	Definición de Mindfulness	83
4.7.2.	Componentes	84
4.7.3.	Programa de reducción del estrés basado en	84
Mindfulness		
4.7.3.1.	Estructura	84
4.7.3.2.	Técnicas	85
4.7.3.3.	Procedimiento	85
4.7.4.	Evidencia empírica	86
5.	Método	89
5.1.	Resultados y análisis de resultados	93
5.2.	Discusión	102
	Conclusiones	106
	Referencias	108
	Anexos	118

RESUMEN

El estrés académico es un proceso desadaptativo, que se va presentando paulatinamente en los estudiantes como resultado de una alteración en los aspectos cognitivos, biológicos y conductuales, ante estímulos asociados a las actividades del ámbito académico; teniendo como consecuencias afectaciones a nivel fisiológico, psicológico y académico que pueden terminar en problemas digestivos, deserción estudiantil o incluso la muerte. El objetivo de la presente investigación fue implementar dos talleres, el primero de ellos con técnicas de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y el segundo con técnicas de Tercera Generación (TG) para el manejo del estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala. Los resultados de los rangos promedio mostraron que el grupo de TC disminuyó el su nivel de ansiedad (10.08 - 7.25) a diferencia del grupo de TG que aumentó (5.56 a 7.69) su nivel de ansiedad. Por otro lado, en los niveles de estrés académico ambos grupos fueron homogéneos, porque no se presentaron diferencias significativas en la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores, la presencia de síntomas de estrés y el uso de estrategias de afrontamiento antes de la intervención, ni después de la intervención. También se encontró que la evitación fue el estilo de afrontamiento predominante en ambos grupos. A modo de conclusión, se recomienda continuar la implementación de estos talleres a nivel primario en los diferentes grados académicos para evitar las consecuencias antes mencionadas.

Palabras clave: Estrés académico, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de tercera generación

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, a raíz de los nuevos cambios en los estilos de vida que han sido consecuencia de las renovaciones en los modelos económicos, políticos y sociales, el estrés ha incrementado su presencia en los diferentes sectores de la población, pero más aún en las zonas urbanizadas, que, por la necesidad de satisfacer las nuevas exigencias sociales, las personas se encuentran bajo mucha presión y tensión, en los diferentes contextos de su vida.

Como ilustran Toribio y Franco (2016), México no es la excepción a esta problemática, ya que, está envuelto en medio de una serie de cambios que han alterado la forma de vivir de las personas, generándoles nuevas preocupaciones. Aunado a esto, en el ámbito académico, conforme las personas van ingresando a los diferentes niveles de educación, las competencias que deben cumplir van cambiando, así como la competitividad para tener acceso a ciertas escuelas que son de alta demanda.

En medida que los diferentes aspectos de la vida de la persona están siendo influenciados por el estrés, su comportamiento va cambiando, ya que, incluso pueden dejar de realizar sus actividades cotidianas, por esto, es que resulta de vital importancia hacer una investigación de los factores que propician las respuestas de estrés, para poder hacer una propuesta de intervención que permita prevenir las consecuencias que tiene el estrés sobre la población.

De esta manera, la definición más aceptada del estrés es la propuesta por Lazarus y Folkman (1986), quienes lo definen como la relación existente entre el entorno y el individuo quien se siente amenazado o sin recursos suficientes para responder a las situaciones ambientales que hacen peligrar su bienestar. Por otro lado, una definición más general que el estrés es una alteración en la persona a nivel físico y psicológico, que es producido por la interacción de agentes estresores con el individuo (DGT, 2014; McEwen, 2000; Neidhardt, Weinstein y Conry, 1989; y Pérez, 2017). Además, el estrés se puede dividir en dos tipos, el primero es el estrés positivo o eustrés, el cual genera una sensación de bienestar en la persona, el segundo es el distrés o estrés negativo, que tiene una influencia negativa en los aspectos físicos, cognitivos y emocionales del ser humano (Naranjo, 2009 e

ISSSTE, 2016).

Entre las consecuencias principales del estrés se encuentran las complicaciones a nivel físico que son alteraciones de los sistemas inmunológico y cardiovascular, que pueden desencadenar diferentes enfermedades (DGT 2014). También hay afectaciones en la cognición, como ejemplo de ello, es la inatención, decremento en la memoria a corto y largo plazo, y falta de concentración. Por último, hay cambios en la conducta de las personas, como dejar de realizar sus actividades cotidianas (Gálvez, 2005; Naranjo, 2009 y Rivadeneira, Minici y Dahab, 2010).

Por otro lado, el estrés académico es una alteración a nivel cognitivo, biológico y conductual que sufren los estudiantes ante la presencia de estímulos estresores que han asociado a su participación en el ámbito escolar (Arnett, 2000; Martínez y Díaz, 2007; Román y Hernández, 2011 y Toribio y Franco, 2016). Además, la presencia del mismo incrementa conforme las personas van accediendo a niveles superiores de estudio, y se encuentra vinculado con la intervención de otros factores, como edad, género, carrera y técnicas de afrontamiento (Alfonso, Calcines, Moteaguado y Nieves, 2015; Barrio y Mazo, 2011 y De la Rosa, et al., 2015).

Las consecuencias de la presencia constante de estímulos estresores asociados al estrés académico, pueden variar, desde problemas de sueño, baja en el rendimiento académico, resfriados, olvidos, sudoración excesiva, emociones de tristeza y enojo, hasta llegar al punto de pérdida o aumento de peso, insomnio, taquicardia, ansiedad, depresión, alteraciones de los sistemas inmunológicos y cardiacos, para terminar en deserción estudiantil e incluso suicidio (Caldera, Pulido y Martínez, 2007; Mayoga, 2017; Maceo, 2013; Martín, 2007 y Román, Ortiz y Hernández, 2008).

Por otro lado, en el caso de los universitarios el estrés académico incrementa debido a que tal como señala Arnett (2000) va combinado de los cambios que sufre la persona al entrar a la etapa que Papalia (2009) denomina adultez temprana, en la cual la persona tiene que asumir nuevas responsabilidades, como son elegir una carrera universitaria, después ingresar a un trabajo estable, desarrollar una relación romántica a largo plazo, y actuar bajo el rol social que implica el ser adulto.

Además, autores como De la Rosa, et al., (2015); Del toro, Gorguet y Ramos, (2011); Díaz, Y., Ortigoza, Díaz, A. y Castillo, (2005), Espíndola et al., (2014); De la Llat y Lozano (2018); Santa María y Córdoba (2018); Barraza, et al. (2019); Alzahem, et al. (2010); Qamar, Khan y Kiani (2015) y Maya (2016) afirman que son los estudiantes de la carrera de odontología y medicina quienes mayor estrés académico presentan.

Asimismo, se encontró que entre las estrategias de afrontamiento se encuentran la habilidad asertiva, la elaboración de un plan, los elogios a sí mismo, la religiosidad (oraciones o asistencia a la iglesia) la búsqueda de información, la ventilación y confidencias y despejar la mente yendo al cine, sin embargo, en la escuela como tal no se brindan intervenciones de corte preventivo, para evitar las consecuencias del estrés académico (Barraza, 2006; Del toro y Gorguet y Ramos, 2011).

Hay diferentes tipos de intervención para este problema dependiendo del enfoque teórico que se maneje, sin embargo, el que tiene mayor variedad de técnicas de intervención es la terapia cognitiva conductual, aunque se han presentado nuevas alternativas con las técnicas de tercera generación, entre ellas destacan los programas de Mindfulness para disminución del estrés.

En lo que respecta a la intervención aún hay mucho camino que recorrer, ya que, tras hacer una revisión de la literatura se encontró que la mayoría de las investigaciones (Blanco, Cantillo, Castro, Downs y Romero, 2015; García y Escalera, 2011; Muñoz, 1999; y Pérez, García y Pérez, S/A) están enfocadas a estudiar las causas y consecuencias del estrés académico en los estudiantes y que aunque ya se ha determinado que los estudiantes de las carreras de medicina y odontología son quienes muestran niveles más altos de estrés (Anuradha et al., 2017; Díaz, 2010; Aktekin et al., 2001; Brenneisen, et al., 2016; Cuttilan, Sayampanathan, y Ho, 2016; Dahlin, Joneborg y Runeson, 2005; Fawzy y Hamed, 2017; Shi et al., 2015), se ha dejado de lado la implementación de programas de reducción de estrés con el fin de determinar cuáles son las técnicas con resultados más significativos en la disminución de estrés académico, para aplicarlas en las escuelas y disminuir las consecuencias antes mencionadas. Por lo que en este trabajo tuvo como objetivo implementar un taller de manejo de estrés académico

con los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

De esta manera el primer capítulo abordará el estrés, describiendo qué es, los tipos de estrés que existen y sus causas y consecuencias, el segundo capítulo profundizará en qué es el estrés académico, así como sus causas y consecuencias, el tercer capítulo está destinado a la terapia cognitivo-conductual, en donde se describirán sus antecedentes, la evaluación, el análisis funcional, el diseño de intervención y sus principales técnicas. El cuarto capítulo detalla las terapias de tercera generación. Posteriormente en los capítulos siguientes, se describen el método, los resultados y análisis de resultados, discusión y conclusión.

1. ESTRÉS

1.1 Concepto de estrés

Actualmente, las nuevas necesidades impuestas por el sistema económico dominante como son conseguir un carro, una casa, un título universitario, un trabajo, un perro o cualquier cosa que la economía en curso imponga como una necesidad o un “sex appeal”, para ser reconocidos como “alguien” en la sociedad, tienen como consecuencia que los niveles de estrés en las personas incrementen y con ello que su salud se vea afectada (Martínez y Díaz, 2007). Sin embargo, hay otros factores que interfieren, por ejemplo, trabajos escolares, problemas económicos, desengaños, discusiones con la pareja, déficit de habilidades sociales, cambios en la familia, presión de tiempo, actividad física, conflictos en la familia, enfermedades, etcétera (ISSSTE, 2016 y Naranjo, 2009),

De esta manera, el estrés es parte de la vida diaria, incluso entre las conversaciones diarias se llega a mencionar este concepto, pero poco se habla sobre qué es en realidad. Para comenzar es importante mencionar la definición de Selye, ya que, es considerado padre de los estudios de este tema, él lo define como “la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, denominándolo Síndrome general de adaptación” (Pérez, 2017, p.19).

El Síndrome general de adaptación es lo mismo que el estrés, ya que, como menciona Cruz (2018) es la “sobrestimulación/sobreactivación en el organismo, para enfrentar una situación de lucha o de huida, o sea, de peligro” (p.606). Dicha sobrestimulación y/o sobreactivación tiene consecuencias nocivas para la salud de las personas, porque, las alteraciones causadas en el organismo generan desgaste y agotamiento del sistema nervioso.

Selye también agrega tres etapas de adaptación ante este fenómeno, las cuales son en primer lugar la alarma de reacción, en la cual la persona se da cuenta de la existencia del estímulo estresor. La segunda fase es la de adaptación, en la cual participan los diferentes factores físicos y psicológicos para el afrontamiento del agente estresor. En tercer lugar, se encuentra la fase de agotamiento, en la cual el individuo comienza a agotarse debido a la duración o intensidad del evento (Adolfo,

2002; Danerí, 2012; Hernández, Rodríguez y Arévalo, 2004).

Sin embargo, como ilustran autores como Adolfo (2002) y Lazarus y Folkman (1986), la historia de la conceptualización del estrés, se remonta a varios años antes de los trabajos de Selye. En primer lugar, se encuentran los trabajos de Heráclitus quien postuló que sólo los organismos vivos pueden cambiar al tener la posibilidad de estar en un estado móvil que les permite responder biológicamente ante los cambios en el ambiente.

Empédocles dijo que para que los organismos lograrán sobrevivir debían llegar a un equilibrio en las relaciones con los demás, ya que, las alteraciones que sufren son debidas a los elementos y cualidades resultantes de los enfrentamientos entre sí. Asimismo, Hipócrates definió la salud como la armonía entre los diferentes elementos y cualidades a los que se enfrenta el ser humano a lo largo durante su existencia, siendo la enfermedad la ausencia de esta armonía (Gálvez, 2005 y Lazarus y Folkman, 1986).

En el siglo XIV el término de estrés comenzó a utilizarse para expresar, adversidad, tensión o dureza, pero fue hasta el siglo XVIII que se utilizó en el campo de la física para representar la fuerza que se ejerce dentro del objeto en consecuencia de una fuerza externa que se aplica a dicho objeto, que tiene como resultado una alteración o desfiguración del mismo, dependiendo de la cantidad y el tiempo en que la fuerza externa se aplique (Adolfo, 2002 y Lazarus y Folkman, 1986).

Después, en el siglo XIX el campo de la medicina se apoderó de este término para usarlo como un posible causante de la enfermedad, sin embargo, las diversas investigaciones que se realizaron en torno a este fenómeno sólo se enfocaban en las consecuencias biológicas, por ende, sólo se encontraban como antecedentes estímulos externos, dejando de lado las variables psicológicas de las personas que también influyen en cómo se presenta el estrés Lazarus y Folkman, 1986; Danerí, 2012 y Steptoe, 2000).

Además, autores como Thomas Sydenham y Claude Bernard proponen que el tema que años atrás se había postulado sobre la falta de armonía, está relacionado con cambios patológicos en el organismo, pero es Walter Canon quien comienza a utilizar y definir el término de homeóstasis como la coordinación de un proceso

fisiológico llevado a cabo en el sistema simpático que permite la regulación de todos los sistemas del organismo (Adolfo, 2002; Danerí, 2012; Hernández et al., 2004 y Lazarus y Folkman, 1986).

Antes de la propuesta de Lazarus (1966) sobre el estrés, las postulaciones teóricas de este concepto se basaban únicamente en explicar las respuestas biológicas que se presentaban en el organismo, siendo Pavlov uno de los principales representantes de dichas teorías, ya que, en sus trabajos de condicionamiento clásico, se puede observar la relación entre un estímulo estresor y la respuesta fisiológica que se presenta en el organismo.

Siendo de esta manera que desde la perspectiva biológica de aquella época el córtex cerebral juega un papel crucial en el proceso del estrés, dado que funciona como un filtro que media entre las señales externas procedentes del medio ambiente y la respuesta que da el organismo, al activar determinadas respuestas de los sistemas endocrino y nervioso, para poder afrontar la situación externa que este alterando al organismo en ese momento (Danerí, 2012 y Lazarus y Folkman, 1986)

A la par de estas propuestas, el psicoanálisis también da explicaciones teóricas sobre el origen y funcionamiento del fenómeno del estrés, basándose en que es resultado de las tensiones que existen en la persona desde la infancia, las cuales son consecuencia de conflictos con los padres o con la sexualidad del sujeto, que al seguir sin resolverse en la vida adulta crean tensiones que se pueden observar en comportamientos similares al estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

También desde esta perspectiva teórica se hacía una analogía del estrés, con la ansiedad y se proponía que existen diferentes estilos de personalidad y por ende uno de ellos estaba más relacionado a la presencia de la ansiedad o estrés, con lo que esto conlleva que es que lo afronten mediante determinados mecanismos de defensa, que han surgido por traumas experimentados en la infancia o conflictos que aún no han sido resueltos (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983)

Por otro lado, la Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Vietnam y la Guerra de Corea propiciaron el diseño de nuevas investigaciones sobre el estrés, para poder comprender los efectos en los soldados y crear nuevas estrategias militares que

permitieran a los soldados hacer frente a las situaciones estresantes en la guerra de mejor manera, para conseguir mejores resultados e igualmente crear estrategias para usar estas investigaciones en contra de los enemigos de guerra (Adolfo, 2002; Gálvez, 2005 y Lazarus y Folkman, 1986).

Tras las guerras anteriormente mencionadas las condiciones de vida en los países de primer mundo cambiaron generando que la esperanza de vida aumentará, lo que favoreció el estudio del estrés en personas no sólo en jóvenes o personas en la vida adulta, sino que se empezó a analizar este fenómeno en la adultez y vejez, permitiendo nuevas conceptualizaciones de dicho evento.

Además, Lazarus y Folkman (1986), mencionan que en esta época otros factores que contribuyeron al estudio del estrés, fueron el interés por examinar las diferencias individuales ante este fenómeno, los trabajos psicossomáticos, los nuevos tratamientos en la terapia conductual que buscaban prevenir sus consecuencias adversas y los diversos experimentos en diferentes materias como medicina, psicología, sociología y biología.

Durante la década de los años cincuenta fueron dos definiciones del estrés, las que tuvieron mayor auge, la primera fue en 1953 por Miller que lo definió como “cualquier estimulación vigorosa extrema o inusual, que representando una amenaza cause algún cambio significativo en la conducta” (Lazarus y Folkman, 1986, p.39) y la segunda definición fue de Basowitz, Persky, Korchin y Grinker en 1955, que lo definen como “estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos” (Lazarus y Folkman, 1986, p.39).

Respecto a la sociología, autores como Marx, Weber, Wolf y Durkheim utilizan el término de “alineación” para referirse al estrés, siendo que, desde este enfoque, el estrés se da a raíz de la una perturbación o distorsión que sufre la persona debido al no poder completar las exigencias de la sociedad sobre sí mismo, generando desorganización, tumultos, pánicos y otras diferentes alteraciones que merman el comportamiento de estas personas ante dichas situaciones (Lazarus y Folkman, 1986 y Adolfo, 2002).

En 1966 Lazarus menciona que es importante reconocer que no todas las personas responden de la misma manera ante el estado “alarma”, el cual se puede presentar

de dos maneras, la primera como una respuesta neuroendocrina, conocida como síndrome general de adaptación y la segunda como una activación nerviosa central. Ambas respuestas tratan de englobar la respuesta del estrés, pero sólo se centran en cuestiones biológicas.

También, hace hincapié en tomar en cuenta el papel que juegan las cogniciones durante el proceso del estrés porque, para él este fenómeno tiene influencia no sólo de la parte fisiológica, sino de aspectos de corte social y psicológico. Dicha propuesta tuvo muchísima aceptación por parte de los diferentes campos de investigación, por lo cual su estudio se popularizó en las ramas de psicología, medicina, biología y sociología tomando en cuenta la relación de estas variables (Hernández et al., 2004).

En consecuencia, de lo anterior, es que Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.43). Esta definición ha sido la más aceptada por los diferentes campos de investigación y aunque se han creado nuevas definiciones todas han tomado como base el trabajo de estos dos autores (Berrio y Mazo, 2011). Neidhardt, Weinstein y Conry (1989) definen el estrés como: “un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones” (p. 17). En el 2000, McEwen propone que el estrés es una afectación de la integridad psicológica o fisiológica, debido a una amenaza real o irreal, que tiene como consecuencia una respuesta conductual y fisiológica en la que los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan.

Chousos (2002) define el estrés como un sistema que coordina la respuesta adaptativa del organismo a estresores reales o percibidos. Los componentes principales del sistema de estrés son la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y los sistemas locus ceruleus-norepinefrina / autónomos (LC / NE) y sus efectores periféricos, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y las extremidades del sistema autónomo (Danerí, 2014).

En 2004 Hernández et al. definieron el estrés como un fenómeno que es entendido en psicología y en biología como “la sobrecarga impuesta en el individuo creado por un estado de tensión originado por múltiples causas como exceso de responsabilidad familiar o laboral, agotamiento muscular y situación de peligro físico” (p. 9).

Otra definición, es la propuesta por la Dirección General de Tránsito (2014), quienes tras realizar una investigación teórica sobre el estrés y su afectación en la conducción de vehículos en la comunidad madrileña, lo conceptualizaron| como un “proceso psicológico normal que se origina cuando se presenta una fuerte exigencia y no se sabe cómo responder ante ella de forma clara y adecuada” (p.9). Además, se hace énfasis en que, si se pudiera responder de una manera que sea eficaz, inmediata y eficiente, la situación se podría resolver satisfactoriamente, evitando las consecuencias negativas asociadas el estrés.

Sin embargo, cuando no se puede de dar el tipo de respuesta mencionada anteriormente, el organismo produce un estado de emergencia general que es lo que se conoce como estrés, en el que se empieza a alterar el estado físico y cognitivo de la persona, lo cual a largo plazo si se mantiene constante, puede ocasionar enfermedades crónicas y accidentes de tráfico, no obstante, la DGT subraya el hecho de que el estrés no es negativo, ya que, prepara al organismo para adaptarse al medio (Steptoe, 2000).

Por otro lado, en la Guía para el estrés, causas, consecuencias y prevención del ISSSTE (2016), se define como “la respuesta psicológica y fisiológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona” (p.5). Es decir, que, debido a una demanda o intrusión perjudicante en la vida de una persona, se produce una respuesta, ya sea física o interpretativa en el manejo emotivo y defensivo del individuo.

Los diferentes autores revisados han incluido entre las respuestas que surgen a raíz del estrés, las respuestas físicas, las cuales son los “cambios neuroendocrinos a nivel del hipotálamo y de las glándulas hipófisis y suprarrenales, con una gran activación del sistema nervioso autónomo simpático” (Pérez, 2017, p.20). Aquí, resulta importante destacar que los estresores pueden ser reales o irreales, físicos

y cognitivos, los cuales el SN no es capaz de discriminar.

En consecuencia de lo anterior, hay que destacar que los estresores según, Pérez (2017), se pueden englobar y describir como todas aquellas “circunstancias, situaciones imprevistas o contrariedades, condiciones personales, profesionales, o académicas que sobrevienen en la vida, y que se perciben consciente o inconscientemente como una amenaza, dificultad” (p.19).

En los trabajos aquí expuestos, se puede observar que en general autores como Lazarus y Folkman, 1986; Miller, 1953; Chousos, 2002; Pérez, 2017; DGT, 2014 e ISSSTE, 2016 concuerdan en que el estrés se da cuando se presentan cambios tanto físicos como psicológicos en la persona, debido a un estímulo estresor. En lo que difieren en algunos casos es que algunos sólo lo conceptualizan como aquellos que propicia un deterioro y agotamiento en la persona (Basowitz, Persky, Korchin y Grinker, 1955; McEwen, 2002)

Por otro lado, el papel del estrés es muy importante en la vida cotidiana, como lo muestran los autores revisados en el apartado anterior, bien enfocado nos brinda un bienestar, pero si no se sabe cómo afrontar las situaciones estresantes que se presentan, puede ser muy dañino, tanto para la salud física, como para la psicológica, por eso es importante conocer cuáles son sus causas y cómo prevenirlo y en caso de no poder acudir con profesional de área.

Por último, tomando como base los autores mencionados anteriormente, se definirá el estrés como una alteración a nivel físico, cognitivo y conductual, producida por estímulos ambientales, fisiológicos y personales del individuo como cogniciones, capacidad de afrontamiento y emociones.

1.2 Tipos de estrés

1.2.1 Eustrés y Distrés

Gutiérrez (2005), traduce la definición de estrés propuesta por Selye como “una respuesta inespecífica a cualquier demanda y puede tener como resultado condiciones agradables o desagradables. Durante ambos (eustrés y distrés) el cuerpo experimenta las mismas respuestas inespecíficas a los diversos estímulos” (p.10). Además, menciona que fue una de las grandes aportaciones de Selye para el estudio del estrés, porque es la primera en la que se hace la diferenciación entre

distrés y eustrés.

En 2005, Gutiérrez menciona la importancia del afrontamiento, porque, dependiendo de cómo afronte la situación, la persona puede presentar el estrés positivo o el estrés negativo, siendo que si la persona lo afronta de forma eficiente y directa será eustrés, pero si lo enfrenta de manera ineficiente o perjudicial será distrés. Sin embargo, para él en ambos casos las alteraciones producidas en el organismo son dañinas para la salud (Espinoza, Pernas y González, 2018).

Asimismo, otra conceptualización que se hace sobre estos dos tipos de estrés, es la propuesta en 2008 por Jiménez, Gutiérrez, Hernández y Contreras en la que definen el estrés positivo o eustrés como una “respuesta de afrontamiento que permite al organismo adaptarse y sobrevivir, por lo tanto, representa un beneficio para quien lo experimenta” (p.356.). Por el contrario, describen que el distrés “se caracteriza por un contenido emocional de experiencias nocivas y el estado emocional resultante provoca un efecto deletéreo en el bienestar individual” (p.356). Asimismo, el ISSSTE (2016) hace una diferencia entre el estrés positivo (eustrés) y el estrés negativo (distrés). El primero, es cuando la persona mantiene su mente abierta y creativa para el afrontamiento del estresor, teniendo como resultado una respuesta de bienestar y placer. El segundo es el producto de una sobrecarga no asimilable de trabajo, que provoca desequilibrio fisiológico y psicológico, que reduce la productividad y aumenta el envejecimiento y aparición de enfermedades psicosomáticas.

Aunado a lo anterior, Naranjo (2009) menciona que el distrés es ocasionado cuando se produce una respuesta de angustia debido a la presentación de un estímulo demasiado grande para poderlo afrontar sin romper el equilibrio existente entre los aspectos físicos y cognitivos, lo cual impide que la persona logre responder de una forma adecuada ante situaciones comunes, teniendo como posibles consecuencias enfermedades y deterioro físico.

Naranjo (2009) hace una definición del concepto de eustrés como aquel acontecimiento que se puede abordar al tener una buena relación entre el bienestar físico y cognitivo, lo cual facilita que se desarrolle un máximo potencial de la forma de actuar del individuo. De esta manera es que se ejemplifica que los factores

asociados a este estado de estrés positivo (eustrés) son la claridad mental y las condiciones físicas óptimas como consecuencia en la persona (Hoyo, 2018).

Por lo tanto, para estos autores cuando se presentan estímulos estresores en el ambiente, que tienen como consecuencia no sólo una alteración fisiológica y cognitiva en el organismo, sino que también genera un estado de tensión psíquica en la persona, caracterizado por sensaciones de intranquilidad, tristeza, enojo, desagrado, malestar, incomodidad, sufrimiento, agotamiento, impotencia, irritación y debilidad, se habla del distrés (Espinoza, Pernas y González, 2018; Jiménez et al., 2008; Naranjo, 2009; ISSSTE, 2016; Hoyo, 2018; Rivadeneira, Minici y Dahab, 2010 y Gutiérrez, 2005)

En cambio, si ante la presencia de situaciones estresantes en la vida de una persona, se produce una alteración del organismo, pero a la par esta alteración viene acompañada de una tensión psíquica que propicia la activación de la persona para responder de tal manera que el estímulo estresor se entienda como un motivante para producir sensaciones de gratificación, armonía y éxito, se produce el eustrés o estrés positivo en la persona (Naranjo, 2009; ISSSTE, 2016; Hoyo, 2018 y Gutiérrez, 2005).

Después de haber realizado una revisión de la literatura, se puede observar que en general los autores concuerdan en que el estrés se da cuando se presentan cambios tanto físicos como psicológicos en la persona, debido a un estímulo estresor. En lo que difieren en algunos casos es que algunos sólo lo conceptualizan como aquellos que propicia un deterioro y agotamiento en la persona y otros autores lo dividen en estrés positivo y negativo (Naranjo, 2009; ISSSTE, 2016; Espinoza, Pernas y González, 2018; Hoyo, 2018 y Gutiérrez, 2005)

Otra característica que se encontró en común entre los diferentes autores, fue que afirman que entre las consecuencias del estrés negativo no sólo están en deterioro cognitivo o el agotamiento físico, sino que también se encuentran la incidencia de enfermedades crónicas o psicosomáticas, que ocasionan un rápido envejecimiento en la persona, esto a raíz de las diferentes situaciones estresantes que no saben a afrontar los individuos (Jiménez et al., 2008 y Hoyo, 2018).

1.2.2 Estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es definido como “un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso” (NIH, 2016, p.1). Este trastorno lo pueden presentar todas las personas sin importar su género o edad, porque, aunque es normal presentar una respuesta de estrés ante eventos que causan un desequilibrio en la persona, este trastorno está definido por seguir presentando las respuestas de estrés, aunque el estímulo ya no esté presente (IMSS, 2011).

Para poder diagnosticar a una persona con trastorno por estrés postraumático tiene que tener al menos un síntoma de reviviscencia y evasión e igualmente presentar por lo menos dos síntomas de hipervigilancia, reactividad y síntomas cognitivos y del estado de ánimo. Este diagnóstico únicamente puede realizarse por personal especializado en el tema como psiquiatras o psicólogos (IMSS, 2011; NIH, 2006; Parga, 2010 y Torres et al., 2011).

Los síntomas de reviviscencia son pesadillas, pensamientos aterrados y el recuerdo frecuente sobre el evento traumático; suelen venir acompañados de alteraciones físicas como incremento de la frecuencia cardiaca y sudoración. Los síntomas de evasión son los comportamientos de huida o escape ante cualquier estímulo que se asocie con el evento traumático (IMSS, 2011; NIH, 2006; Seijas, 2013 y Torres et al., 2011).

1.2.3 Estrés laboral

Stavroula (2004) define el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y habilidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (p.3). Entre las situaciones que propician este tipo de estrés se encuentra la falta de apoyo de compañeros y jefes, la sensación de no poder controlar el propio trabajo y las situaciones en torno al mismo (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2004).

Entre las principales causas de estrés laboral se encuentran las perspectivas profesionales, estatus y salario (inseguridad, promoción y exigencias); papel en la entidad (funciones y cargos); relaciones interpersonales (supervisión, intimidación y asilamiento); cultura institucional (comunicación y liderazgo) y la relación entre la

vida laboral y la vida familiar (Hoyo, 2018; Juárez, 2007; Luceño et al., 2004; Rodríguez y de Rivas, 2011 y Stavroula, 2004).

Las consecuencias del estrés laboral a nivel personal destacan trastornos musculoesqueléticos, irritabilidad, aumento de presión arterial, cefaleas, desconcentración, trastornos digestivos, apatía, desmotivación, cardiopatías, depresión y cansancio (Jiménez et al., 2008; Juárez, 2007 y Moreno y Baez, 2010). A nivel organizacional destacan ausentismo, deterioro de imagen institucional, aumento de la rotación, problemas legales, incremento de accidentes laborales y efectos negativos en la mayoría del personal (Hoyo, 2018; Luceño et al., 2004; Moreno y Baez, 2010; Rodríguez y de Rivas, 2011 y Stavroula, 2004).

1.2.4 Estrés académico

En el siguiente capítulo se explicará detalladamente el estrés académico, pero brevemente se puede definir el estrés académico como un proceso desadaptativo, que se va presentando paulatinamente en los alumnos como consecuencia de una alteración de los aspectos cognitivos, biológicos y conductuales que presentan los estudiantes, ante los estímulos estresores que son asociados a las actividades relacionadas con el ámbito académico del que son partícipes (Alfonso, Calcines, Moteaguado y Nieves, 2015; Barrio y Mazo, 2014; Toribio y Franco, 2016; Martínez y Díaz, 2007 y Román y Hernández, 2011)

Suele presentarse con mayor frecuencia en estudiantes de nivel medio superior y nivel superior, debido a que las demandas y responsabilidades que tienen que cumplir incrementan, a la par de que son más difíciles de satisfacer dichas exigencias (Arnett, 2000; De la Rosa et al., 2015 y Alfonso, Calcines, Moteaguado y Nieves, 2015). De igual manera, aunque este tipo de estrés tiene como único origen estímulos relacionados al ámbito académico, hay autores que concuerdan en que puede existir la influencia de otros estímulos estresores externos (Toribio y Franco, 2016 y Alfonso et al., 2015).

Para terminar, resulta relevante destacar que varios de los autores hacen hincapié en definir este tipo de estrés como un proceso sistémico y adaptativo que surge a raíz de los estímulos estresores asociados a la academia. Además, concuerdan en que la presencia del mismo va aumentando conforme la persona va ingresando a

niveles de estudio superior, ya que, las exigencias de estos nuevos niveles incrementan tanto en dificultad como en cantidad.

1.3 Causas de estrés

Al ser el estrés algo tan cotidiano en la vida de los seres humanos, resulta importante, describir cuáles son las principales causas que lo originan, porque, organizaciones como la DGT (2014) indican que ha incrementado la frecuencia con la que se presenta el estrés, esto en consecuencia de las diversas presiones y tensiones a las que las personas se someten para poder cumplir con las nuevas exigencias que la sociedad capitalista y posmoderna exige.

Naranjo (2009) agrega a las causas que dan origen al estrés las situaciones de la vida diaria, como llegar tarde a un compromiso, no poder transportarse a un lugar determinado, o tener que tomar una decisión, sin importar si es buena o mala, producen tensión en la persona, que, pese a que presenten con regularidad, si la persona deja que dichos eventos le afecten, puede presentar grandes niveles de estrés, aunque no sean eventos de gran magnitud.

Aunado a lo anterior, Hoyo (2018) concuerda en que, entre las causas del estrés, están agentes internos y externos perturbadores, los cuales pueden ser cualquier cosa, porque varía de cada persona, por lo que dice que sería imposible hacer una lista que incluya todos estos agentes, sin embargo, entre los más comunes son aspectos físicos, sociológicos y psicológicos.

1.3.1 Estresores ambientales

Cuando se habla de los factores ambientales como estímulos estresores, se definen como “condicionamientos del ambiente físico, que obligan de vez en cuando a una reacción de estrés” (ISSSTE, 2016, p,11), ejemplo de ellos son el consumo de alimentos contaminados, la contaminación ambiental, catástrofes naturales como tsunamis, terremotos, tornados, entre otros. En 2009, Naranjo menciona que una de las principales fuentes de estrés está constituida por condiciones externas en el ambiente. Aunado a lo anterior, Hoyo (2018), menciona que, en el ambiente físico, se incluyen como posibles estresores el ruido, temperatura, contaminación e iluminación.

En los factores ambientales se encuentran todos los ámbitos de la vida diaria de las

personas, ya que son las condiciones sociales, organizacionales, escolares (Rodelo, López y Gómez, 2016), familiares y profesionales de la persona. Dichas condiciones pueden tener una respuesta tanto favorable como perjudicial en la salud de los individuos dependiendo de la manera en que se presenten (Moreno y Baez, 2010).

De esta manera, Moreno y Baez (2010) explican que estos factores posibilitan la presencia de estrés se presentan cuando en los diferentes contextos de la vida cotidiana empiezan a existir estímulos disfuncionales, lo cuales se caracterizan por producir respuestas de tensión física y cognitiva, alteraciones en el sistema nervioso y el sistema cardiovascular y, por último, respuestas de inadaptación en otros contextos de la persona

1.3.2 Estresores fisiológicos

Los estresantes fisiológicos son los factores relacionados a las funciones orgánicas de la persona e incluyen todas las acciones derivadas de las funciones normales y anormales de los órganos, y sistemas del organismo (Rodríguez, 2018), es decir, que en los factores biológicos intervienen enfermedades, actividad física, conductas de hambre, sed y sueño o estímulos que causen dolor.

Dentro de las funciones orgánicas se abarcan cualquier tipo de enfermedad, sin importar que su origen sea por virus, bacterias, la ingesta de sustancias tóxicas como alcohol, nicotina, marihuana, cocaína y cualquier tipo de droga, la deficiencia de minerales, sales y/o vitaminas en el cuerpo, obesidad, hambre, sed, síndrome premenstrual, cólicos, etcétera (ISSSTE, 2016; Roblero, 2017 y Rodríguez, 2018). También influye el hecho de tener alguna enfermedad crónico degenerativa o en estado terminal, para presentar altos índices de estrés a causa de lo implican las mismas (Jiménez et al., 2008)

Rosales (2014) destaca los trabajos de Joëls y Baram, ya que ahí se retoman que entre las causas biológicas que influyen está el aumento de la liberación de monoaminas “entre ellas se incluye dopamina (DA), serotonina (SE) y noradrenalina (NA). Este aumento en la producción de monoaminas se ha encontrado en determinadas áreas cerebrales como el hipocampo, la corteza prefrontal, la amígdala y el núcleo accumbens” (p.15).

Por otro lado, cuando se habla de la actividad física y/o ejercicio, se hace referencia a cualquier tipo de ejercicio, actividad física o deporte porque, estos estímulos estresores requieren de una gran cantidad de energía por parte de la persona para poder cumplir de forma idónea con los requisitos de este esfuerzo (ISSSTE, 2016 y Roblero. 2017). Asimismo, dichas actividades cuando son llevadas a cabo de manera profesional o tienen algún otro tipo de expectativas suelen presentar mayor nivel de estrés.

1.3.3 Estresores personales

Los estresores de la personalidad son la tercera situación potencializadora de riesgo, que surgen a través de la relación del sujeto con su percepción de sí mismo, el significado que le da a las situaciones estresantes, y cómo se representan en actitudes y comportamientos. Entre ellos destacan dos tipos de personalidades, el tipo A, que resulta en un estrés negativo y el tipo B, que, al ser contraria, produce un estrés positivo (ISSSTE, 2016).

En concordancia con lo anterior, Belmonte, Ruíz y Herruzo (2016) mencionan que la personalidad de tipo A se caracteriza porque todos los individuos que la poseen “se caracterizan por tener una postura de alerta, una expresión facial tensa, el caminar rápido y el hacer las cosas apresuradamente, además de ciertas conductas interpersonales como interrumpir a los demás y retarlos” (p. 121). Es importante destacar que la definición de estos dos tipos de personalidad data de los años cincuenta, provenientes de un enfoque individual de estudio.

Asimismo, las personas con personalidad tipo B tienen características contrarias a los individuos de personalidad tipo A, de hecho, según el ISSSTE (2016) se describe a la personalidad tipo B como aquellos que no les gusta hacer muchas cosas a la vez cuando el tiempo es reducido, y que, por ende, sólo se sienten cómodos con una sola idea o actividad a la vez. También son personas pacientes, confiadas y seguras de sí mismas, que evitan la procrastinación.

Por otro lado, Vargas (2017) describe que los estresores de la personalidad se refieren a “problemas que el sujeto tiene consigo mismo, como, por ejemplo: problemas de autoestima, problemas de aceptación de sí mismo, incapacidad de reconocer sus virtudes, tendencia a fijarse en los defectos, poco amor a sí mismo,

entre otros” (p.20).

Entre los estresantes de la personalidad se encuentran las circunstancias estresantes originadas por la misma persona, o sea, la forma peculiar que tiene para enfrentar y solucionar los problemas que se le presentan, así como su personalidad, emociones, sentimientos y cogniciones (Naranjo, 2009). Dichas características están directamente relacionadas con el estilo de afrontamiento de la persona. De esta manera, los aspectos emocionales afectan directamente al autoconcepto que tiene la persona, creyéndose incapaz de poder afrontar determinadas situaciones, lo cual, va de la mano con las consecuencias conductuales que pueden ser el ausentismo de sus actividades cotidianas o el consumo de sustancias nocivas para la salud, que en conjunto con los factores anteriores pueden traer consigo otro tipo de afectaciones como el caso de los infartos de miocardio

Los artículos revisados en este apartado sobre los estímulos estresores, ilustran que, aunque no se pueden generalizar las causas del estrés, porque dependen directamente de la subjetividad del individuo y de cómo cada persona se enfrenta a los estímulos estresantes, si se pueden dividir en tres situaciones, que van ligadas a factores sociales, ambientales y personales.

Además, aunque son diferentes los factores que propician que se dé una respuesta de estrés en la persona, se puede asumir que van ligados a la forma de afrontamiento que tiene cada persona, porque como se mencionó con anterioridad, el estrés no es malo, sino que es algo cotidiano que dependiendo de la manera en la que se responde ante él, puede traer consecuencias beneficiosas o perjudiciales en la salud física y psicológica.

También se puede concluir que las variables que están relacionadas al estrés han ido incrementando durante este siglo, debido a que las condiciones de vida han ido cambiando y ahora las demandas de la sociedad hacia las personas requieren que sean más rápidas, eficientes y eficaces, para dar los mejores resultados, sin embargo, aunque ahora estas son las nuevas demandas, no se ha hecho nada por mejorar las condiciones en las que los individuos se desarrollan para cumplir estas nuevas metas.

Para ilustrar las principales causas que propician el estrés, la DGT (2014) enlista

como ejemplos principales en la sociedad urbanizada a los cambios a nivel personal como los divorcios o cambios de residencia; los cambios a nivel profesional como un ascenso o despido; la exigencia a mantener un rendimiento alto y eficaz en los diversos entornos de desarrollo (Rodelo, López y Gómez, 2016); las aglomeraciones; el tráfico y en general todos aquellos percances que pueden suscitarse en el traslado de un lugar a otro.

1.4 Consecuencias del estrés

Las consecuencias que tiene el estrés sobre el organismo y el individuo son variadas y dependen de la intensidad y duración la que se presenten los estímulos estresores, de hecho, Rodríguez (2018) menciona que el estrés puede tener tanto efectos positivos como negativos ya que, en un inicio es el encargado de preparar al organismo para enfrentar una amenaza en el ambiente, pero cuando es producido constantemente, tiene afectaciones en el organismo. Sin embargo, en este apartado, las consecuencias se dividirán entre fisiológicas y psicológicas (Rosales, 2014).

1.4.1 Consecuencias fisiológicas

Actualmente son bastante conocidas las consecuencias del estrés, que tienen afectación directa en la salud, al provocar ciertas clases de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o diferentes tipos de trastornos digestivos, por ejemplo, la gastritis o colitis. Además de que la calidad de vida de las personas que sufren un estrés constante se ve mermada, porque, no sólo tiene afectaciones físicas, también las hay cognitivas, que pueden desembocar en accidentes de tránsito (DGT 2014; Rodríguez, 2018 y Rosales, 2014).

Aunado a lo anterior, Rivadeneira, Minici y Dahab (2010), especifican que el estrés, se da por la presencia de estímulos estresores que provocan la activación de la amígdala, núcleo que subyace en la parte interior de los lóbulos temporales de los hemisferios cerebrales, la cual estimula a la hipófisis, generando una cascada hormonal, que concluye con la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina, en el torrente sanguíneo).

Rivadeneira et al. (2010), señalan que entre las consecuencias crónicas que puede ocasionar el estrés patológico o distrés se encuentra el deterioro de los sistemas

cardiovascular e inmunológico. En el primer sistema, se encuentra la hipertensión y taquicardias crónicas que son ocasionadas por un distrés a largo plazo, que, en conjunto con hábitos nocivos como el sedentarismo, mala alimentación o tabaquismo, pueden generar un infarto del miocardio o accidentes cerebrovasculares.

En los que respecta al sistema inmunológico, las consecuencias que pueden existir son la inmunosupresión, que deja expuesta a la persona a diferentes bacterias y virus, fenómeno que explica que las personas que constantemente están bajo situaciones estresantes presenten “dolores musculares, febrículas, irritación recurrente de garganta, inflamación de ganglios, decaimiento, fatiga y cansancio” (Rivadeneira et al., 2010, p.4.).

Asimismo, Rodríguez (2018) menciona que ante la presencia de estrés hay una gran producción de hormonas y neurotransmisores que alteran el organismo, dichas sustancias son cortisol, catecolaminas, adrenalina, noradrenalina y dopamina. Estas alteraciones son las causantes de que el estrés sea considerado como un factor de mayor riesgo para la salud que genera enfermedades como hipertensión, colesterol alto, inactividad física, obesidad y alcoholismo (Rosales, 2014).

Rodríguez (2018) también dice que las principales consecuencias del estrés en el organismo son reacción inflamatoria en el organismo, menos crecimiento (en el caso de infantes y adolescentes), diabetes por resistencia a la insulina, retención de sólidos y líquidos, hipertensión arterial, dislipemia (alteración de las grasas en sangre), alteraciones menstruales, disfunción eréctil, infertilidad, acumulación de grasa visceral, alteración del comportamiento alimentario y obesidad (Rosales, 2014).

Gálvez (2005), señala que entre las principales consecuencias que pueden surgir a nivel fisiológico debido a la actuación constante de estrés en la vida cotidiana de los individuos se encuentran las “disfunciones biológicas asociadas con el distrés, como las alteraciones en ejes neuroendocrinos, sistema nervioso autónomo, cascadas de inflamación, neurotransmisores, imágenes diagnósticas y signos neurológicos blandos” (p.77).

A diferencia de otros autores, Gálvez (2005) destaca que, según el DSM-IV entre

las consecuencias del estrés, puede presentarse el desarrollo de cuatro tipos de trastornos, los cuales son I) trastorno por estrés agudo, II) trastorno por estrés postraumático agudo, III) trastorno por estrés postraumático crónico y IV) trastorno por estrés postraumático de inicio tardío.

1.4.2 Consecuencias psicológicas

Naranjo (2009) destaca tres áreas que son afectadas por el estrés, la primera es el área cognitiva (pensamientos e ideas), donde la capacidad de concentración y atención se empieza a dificultar, hay reducción de la retención memorística tanto a corto, como a largo plazo. Igualmente, la capacidad para resolver problemas se ve afectada, propiciando un número elevado de errores, una mala evaluación y planeación de las actividades cotidianas.

En el área emotiva (pensamientos y emociones) los individuos tienen problemas para lograr permanecer en un estado de relajación tanto físico como emocional. Incluso pueden desarrollarse situaciones como hipocondría. De igual manera, la personalidad de las personas se ve afectada, ya que, empieza a haber impaciencia, intolerancia, autoritarismo, desánimo y falta de consideración por otros; provocando un daño en la autoestima.

Para las actitudes y comportamientos o área conductual las consecuencias comienzan a ser notorias en el lenguaje cuando hay una disminución en la fluidez oral, que puede llegar a convertirse en tartamudez; los ciclos de sueño se alteran, siendo cada vez más breves, comienza el consumo de sustancias adictivas como alcohol, café, tabaco u otras drogas, empiezan a presentarse tics nerviosos y cambios en la conducta como el ausentismo de las actividades cotidianas.

Jiménez et al. (2008), dicen que dentro de las consecuencias que se dan por estar expuestos a un largo periodo de estrés, las personas suelen presentar baja autoestima, ansiedad, sumisión y depresión. Además, se sienten poco inteligentes, fracasados dudan de su apariencia física y de sus logros, provocando que se aislen de familia, amigos y compañeros.

Por último, es importante mencionar que en este capítulo se describieron brevemente los diferentes tipos de estrés que son distrés, eustrés, estrés postraumático, estrés laboral y estrés académico, siendo este último descrito a

profundidad en el siguiente capítulo. También, se describieron los estresores ambientales, fisiológicos y personales, así como sus consecuencias fisiológicas y psicológicas.

2. ESTRÉS ACADÉMICO

2.1 Concepto de estrés académico

Para afrontar las exigencias o demandas académicas es de suma importancia la realización de diferentes actividades que en su mayoría generan estrés y ansiedad (Driskell y Salas, 1991 y Suarez y Díaz, 2014). Además, junto con dichas exigencias vienen los factores académicos, sociales, culturales, económicos, personales y familiares que tienen gran influencia en la manera en que el estudiantado responde ante dicho suceso y afronta el estrés académico.

Orlandini (1999) menciona que el estrés académico es un proceso que comienza a presentarse desde el preescolar y continúa hasta la conclusión de los estudios, como terminar una licenciatura o durante algún posgrado. Esto es debido a que durante estos períodos el estudiante, se ve sometido a varias exigencias académicas, que van incrementando conforme se va avanzando de nivel educativo.

Para Blanco, Cantillo, Castro, Downs y Romero (2015), el estrés académico es la tensión experimentada “en un período de aprendizaje desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado y ocurre tanto en el estudio que se realiza de manera individual como el que se efectúa en el aula escolar” (p.12). Este fenómeno puede presentarse tanto en alumnos como en profesores, debido a que se caracteriza por tener como origen el ámbito académico. Además, en 2011, Barrio y Mazo, definieron el estrés académico como la “reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos” (p.66), que también se ha vinculado a otros factores como el género, edad, profesión y las estrategias de afrontamiento que pueden influir de manera directa en la adaptación que tiene el sujeto ante este evento, así como en las consecuencias que pueden derivarse.

De igual manera, Barraza (2006) hace la definición de estrés académico como el “proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos que son input, situación estresante y output” (p.126). Lo anterior, se observa en un desequilibrio sistemático que se manifiesta a través de algunos síntomas que hacen que el alumno busque

regresar al equilibrio.

El primer momento del estrés académico es conocido como input, en el que las demandas escolares son percibidas por el alumno como estresores, el segundo es la situación estresante en donde se genera una serie de síntomas resultantes de un desequilibrio sistémico. En tercer lugar, se encuentra el output, que se caracteriza porque, el alumno comienza a realizar una serie de acciones que le sirven para afrontar el estrés académico (Barraza, 2006; Blanco et al., 2015, Herrera y Moletto, 2014 y Vega, Villagrán, Nava y Soria 2013)

Por otro lado, Román y Hernández (2011) conceptualizan el estrés académico a través de una perspectiva psicológica cognitivista como una “importación de las teorías clásicas del estrés (modelos personológicos interaccionistas o transaccionales) donde el individuo y los procesos cognitivos intervinientes son el centro del fenómeno. Este modelo adoptado excluye los procesos universitarios y componentes estructurales del estrés académico” (p.8).

Para Martínez y Díaz (2007) el estrés académico o estrés escolar, es una perturbación que sufre el alumnado generada por factores físicos, emocionales (interrelacional o intrarrelacional) y/o ambientales, que producen gran presión sobre la persona, que puede verse reflejado en la manera de afrontamiento ante el estrés, el rendimiento académico, las habilidades cognitivas para la resolución de problemas y las relaciones con sus compañeros y profesores.

Por su parte, De la Rosa et al. (2015), definen el estrés académico como el “proceso sistémico y adaptativo que desarrolla el alumno ante diversas situaciones relacionadas con el ámbito universitario que considera como estresantes” (p.444). Los estresores que enlistan como generadores de este tipo de respuesta son la exigencia académica y la adaptación que tienen que hacer los jóvenes a las nuevas exigencias del ambiente.

Asimismo, estos autores mencionan que existe una relación entre la forma de afrontamiento y el rendimiento académico; de la cual destacan que o el estudiante que tiene una forma activa de afrontamiento, tiene una mejor confrontación a sus propias emociones, propiciando un mayor bienestar psicológico, así como estados afectivos más positivos.

También autores como Alfonso, Calcines, Moteaguado y Nieves (2015), señalan que el estrés académico engloba “aquellos procesos cognitivos y afectivos que el estudiante percibe del impacto de los estresores académicos” (p.168.), es decir, que de los retos y demandas que debe afrontar el estudiante, se hace una evaluación, sobre cuáles puede dar una respuesta adecuada y otra evaluación de los aspectos que no puede, al considerarlos como estresores.

Por otro lado, estos autores también mencionan que son los alumnos de nivel medio superior y nivel superior, quienes presentan con mayor frecuencia el estrés académico, el cual tiene como único origen todos aquellos estímulos estresores provenientes de las actividades que los jóvenes deben realizar durante el período académico, como entregar proyectos, hacer trabajos en equipos, exponer en clase, etcétera. Sin embargo, hacen énfasis en que pueden influir otros agentes estresores externos.

Aunado a lo anterior, los estudios superiores representan, pues, el punto culminante del estrés académico por las altas cargas de trabajo, pero también porque coinciden con una etapa de la vida en la que el estudiante debe enfrentarse a muchos cambios en su vida (Arnett, 2000). Otra variable, que también influye es que es en esta etapa de la vida, en la que el joven también debe enfrentarse no sólo al ingreso a la universidad, sino a la separación de la familia y además adentrarse al mercado laboral.

Toribio y Franco (2016) puntualizan que uno de los países con mayor índice de estrés es México y esto es debido a las interacciones de diversos factores, tales como la situación económica, los constantes cambios laborales y sociales que acompañan a cada nuevo sexenio, la contaminación y la competencia entre trabajadores y estudiantes. Además, afirman que el ingreso a la universidad, trae agentes estresores ocasionados por la necesidad de adaptación a un ambiente nuevo.

Además, en un estudio realizado en 2007 por Caldera, Pulido y Martínez se encontró que dentro de las zonas urbanizadas uno de cada cuatro estudiantes presenta algún problema grave de estrés, lo cual es un problema grave de salud pública, debido a que el estrés tiene como consecuencias graves alteraciones de la

salud física y mental de las personas.

En consecuencia, de lo antes mencionado, el nivel de educación superior es en el que más altos índices de estrés académico se presenta, siendo la carrera de medicina en la que los estudiantes presentan más frecuentemente este tipo de estrés en comparación con otras carreras, esto debido a las exigencias de la misma (Rodríguez, Sanmiguel, Muñoz y Rodríguez, 2014).

Por otro lado, en 2008 Román, Ortiz y Hernández, realizaron un estudio con 205 estudiantes de primer año de la carrera de medicina, en el que se encontró que un 70% de los participantes hombres y un 90% de participantes mujeres presentan un estrés moderado, también encontraron que en las mujeres es más frecuente la presencia de estrés académico y este es directamente proporcional a la edad del alumno, siendo que, a mayor edad, hay mayor nivel de estrés.

Englobando las definiciones de Alfonso et al. (2015), Barraza (2006), Barrio y Mazo (2011), Blanco et al. (2015), De la Rosa et al. (2015), Martínez y Díaz (2007), Orlandini, (1999) y Román y Hernández (2011) la definición que se dará en este trabajo para el estrés académico será como un proceso desadaptativo, que se va presentando paulatinamente en los estudiantes como consecuencia de una alteración de los aspectos cognitivos, biológicos y conductuales que presentan los estudiantes, ante los estímulos estresores que son asociados a las actividades relacionadas con el ámbito académico del que son partícipes.

Además, el estrés académico suele presentarse con mayor frecuencia en estudiantes de nivel medio superior y nivel superior, debido a que las demandas y responsabilidades que tienen que cumplir incrementan, a la par de que son más difíciles de satisfacer dichas exigencias (Arnett, 2000). De igual manera, aunque este tipo de estrés tiene como único origen estímulos relacionados al ámbito académico (Calcines, Moteaguado y Nieves, 2015), hay autores que concuerdan en que puede existir la influencia de otros estímulos estresores externos (Barrio y Mazo, 2011; Martínez y Díaz, 2007; Román y Hernández, 2011; Suárez y Díaz, 2014).

Para terminar, resulta relevante destacar que varios de los autores hacen hincapié en definir este tipo de estrés como un proceso sistémico y adaptativo que surge a

raíz de los estímulos estresores asociados a la academia (Barraza, 2006; Blanco, et al., 2015; De la Rosa, et al., 2015 y Herrera y Moletto, 2014). Además, concuerdan en que la presencia del mismo va aumentando conforme la persona va ingresando a niveles de estudio superior, ya que, las exigencias de estos nuevos niveles incrementan tanto en dificultad como en cantidad (Blanco et al., 2015 y Orlandini, 1999). Además de que en la carrera de odontología es en la que mayores niveles de estrés académico se presenta por parte del alumnado (Rodríguez, M., Sanmiguel, Muñoz, y Rodríguez C., 2014; Román, Ortiz y Hernández, 2008 y Shaikh S., Shaikh A. y Magsi, 2010).

2.2 Causas de estrés académico en universitarios

Las instituciones educativas son sistemas en los que las personas deben participar por un largo periodo de tiempo, iniciando con el ingreso a la educación preescolar y concluyendo hasta que el estudiante lo decida, pero mientras siga inmerso en dichas instituciones, el alumnado se ve sometido a grandes niveles de estrés ocasionados por las exigencias que van incrementando conforme el alumno se va desarrollando en cada uno de estos sistemas (Barraza, 2006).

Asimismo, dentro del ámbito universitario hay mayor presencia de estrés, debido a que en esta etapa las habilidades y competencias para lograr determinados objetivos siempre están siendo evaluadas y modificadas, lo anterior, es ocasionado por evaluaciones y nuevas responsabilidades y exigencias académicas. Además, la mayoría de los universitarios no cuentan con las estrategias adecuadas para afrontar el estrés académico (Blanco et al., 2015).

Martín (2007) divide los factores que pueden propiciar el estrés académico en cuatro tipos, en primer lugar, están los aspectos biológicos como la edad y el sexo; después, factores psicosociales como patrón de conducta Tipo A, estrategias de afrontamiento y apoyo social, en tercer lugar, están los factores psicosocioeducativos, que son el autoconcepto académico, tipo de estudios y el grado escolar y por último, se encuentran los factores socioeconómicos que son el estado socioeconómico y las becas.

Las variables antes mencionadas pueden causar el estrés académico, en varias etapas del desarrollo escolar de la persona. Entre los factores psicosocioeducativos

más importantes se encuentra el autoconcepto académico, que es el resultado de la interacción entre conocimiento, actitudes, características o habilidades que se adjudica el individuo. Por lo anterior, es que en este trabajo se ha decidido dividir los estresores causantes en dos: estresores académicos y del individuo.

2.2.1 Estresores académicos

Los estresores académicos son todos aquellos estímulos que propician la aparición del estrés académico en el alumnado. A nivel institucional se encuentran las demandas académicas como participar en prácticas curriculares, seguir el horario y calendario escolar e integrarse a la institución. A nivel del aula se encuentran las exigencias relacionadas al docente como la evaluación y forma de enseñar, y las exigencias relacionadas al propio grupo (Barraza, 2006).

Maceo (2013), destaca que, entre las principales causas de estrés académico, se encuentran la sobrecarga del trabajo, la exigencia y el desempeño académico, siendo los estudiantes de sexo femenino quienes suelen presentar mayores índices de este tipo de estrés. Igualmente, interfieren la falta de tiempo, la dedicación exigida, la ansiedad en torno a la calidad, la dificultad de los materiales de estudio y el sistema de evaluación.

Sin embargo, este autor enlista de manera general como causantes del estrés académico: competitividad grupal, exámenes, tareas, exposiciones, responsabilidades, tutorías, ambientes físicos desagradables, intervenciones en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etc.), tiempo, problemas con profesores, sobrecarga académica, grupos grandes en un mismo salón, evaluaciones, trabajos en equipo, métodos de estudio y problemas de estudios.

Arias y Vizoso (2016) en la investigación que realizaron, encontraron que las deficiencias metodológicas del profesorado, la sobrecarga del estudiante, las intervenciones en público, el clima social negativo, la falta de control sobre el propio rendimiento académico, la carencia de valor de los contenidos, la baja autoestima académica, los exámenes y la falta de participación en el propio trabajo académico son las principales causas de estrés académico.

En concordancia con lo anterior, Berrio y Mazo (2011), realizaron una investigación

teórica en la que se logró definir a los principales estresores académicos. De esta lista destacan la competitividad grupal, el trabajo en equipo, los exámenes, los trabajos finales, las exposiciones, las evaluaciones, las tareas, los conflictos con compañeros, la intervención en clase, las sanciones por parte de los docentes, la sobrecarga académica y la falta de motivantes.

Por otra parte, García y Escalera (2011) afirman que los estudiantes de nivel superior y medio superior están sometidos a mayores niveles de estrés debido a que, a partir de estos nuevos grados académicos, dichos estudiantes requieren tener mayor responsabilidad, dedicación y empeño para poder satisfacer las nuevas exigencias, aunado a que los programas académicos y exigencias son mayores, siendo estos los causantes del estrés académico, que puede desencadenar otras respuestas como son nerviosismo y ansiedad.

De lo anterior, se puede destacar que un estresor académico que influye es el grado académico en el que se encuentre la persona, porque, conforme aumenta el nivel académico, las expectativas y exigencias también lo hacen (Blanco et al., 2015; Martín, 2017 y Orlandini, 1999). Específicamente, a nivel de educación superior, se ha encontrado que los estudiantes que presentan mayor estrés son aquellos que están a punto de titularse, pero esto varía dependiendo de la carrera universitaria que se estudie y de las competencias del individuo.

Por su parte, Gutiérrez et al. (2010) discrepan con el punto anterior, ya que, ellos postulan que son los estudiantes de los primeros años de universidad quienes mayor estrés académico presentan, esto debido al poco tiempo que poseen para realizar sus actividades académicas, los nuevos estilos de evaluación diferentes a los que estaban acostumbrados durante el bachillerato y la necesidad de integración a un nuevo círculo social dentro del grupo escolar.

En concordancia con lo anterior, García y Escalera (2011) concuerdan que uno de los factores que puede influir como causa del estrés es el curso escolar en el que se encuentren los alumnos y al igual que Gutiérrez et al. (2010), mencionan que son los estudiantes de nuevo ingreso quienes presentan mayores índices de estrés académico, porque, aún no cuentan con las habilidades y competencias necesarias para solventar las nuevas exigencias.

Brenneisen et al. (2016) mencionan que otro factor que influye directamente en la presencia del estrés académico son las becas escolares, ya que, en el caso de escuelas privadas es mediante ellas que los estudiantes pueden acceder a este nivel educativo y solventar su colegiatura, por lo cual deben mantener un alto rendimiento académico, lo cual les genera estrés por estar constantemente tratando de satisfacer esta exigencia.

Por otro lado, en lo que respecta a la población estudiantil de la carrera de Medicina autores como Backovic, Zivojinovic, Maksimovic J. y Maksimovic M. (2012); Masten et al. (2009) y Toševski et al. (2010), señalan que durante la carrera de medicina, los estudiantes se ven sometidos a diversos estímulos que causan el estrés académico, entre los que destacan la sobrecarga académica, la falta de tiempo libre, la constante presión por mantener buenas calificaciones, las constantes demandas de la carrera y el trabajo con los pacientes.

Aunado a lo anterior, Díaz (2010) destaca que entre las principales causas del estrés académico en esta población estudiantil se encuentra la creciente y permanente exigencia académica por parte de los profesores y personal a cargo. Además, de la demanda por parte de los académicos y familiares de lograr una óptima preparación, la cual es de suma importancia para su futuro profesional y dentro sus prácticas profesionales, esto se ve ocasionado por el trabajo que se hace con los pacientes a la par de la preparación académica.

De igual manera, en un estudio realizado por Anuradha, Dutta, Raja, Sivaprakasam, y Patil (2017), en el que participaron 750 estudiantes de medicina de una universidad privada, se encontró que entre los principales estresores académicos se encuentran el diseño del plan de estudios, los exámenes departamentales, la falta de actividades recreativas y deportivas como opciones de asignaturas a cursar y la falta de asesoramiento para las materias que presentan mayor dificultad de aprendizaje.

En un estudio realizado por Zvauya, Oyebode, Day, Thomas y Jones (2017) se encontró que el nivel de estrés académico en los estudiantes se conserva constante a lo largo de toda la carrera, porque, las exigencias y demandas tanto académicas, familiares y laborales en el caso de los estudiantes que ya se encuentran realizando

sus prácticas profesionales, siguen manteniéndose e incluso incrementándose, sin embargo, no se les brindan las herramientas necesarias para poder afrontar estas situaciones y decrementar las consecuencias que este fenómeno tiene en su salud. Por otro lado, De la Llata y Lozano (2018) mencionan que los estudiantes de la carrera de odontología también presentan un gran nivel de estrés académico, por la realización de “prácticas clínicas en situaciones demandantes pero necesarias que producen estrés en el estudiante para que pueda resolverlas; sin embargo, las situaciones estresantes son constantes y su nivel es tan intenso que podría afectar la salud física y mental del estudiante” (p.11).

Además, estos autores mencionan que como principales estresores en esta carrera se encuentran la sobrecarga de trabajo, las evaluaciones y el tiempo para trabajar, lo cual concuerda con lo encontrado por Santa María y Córdoba (2018) quienes sugieren que hay mayor estrés a nivel preclínico que a nivel clínico, agregando que en los adultos jóvenes se presenta mayor nivel de estrés que en los adultos.

Por último, Barraza, González, Garza y Cázares (2019) señalan que una de las carreras que presentan mayor índice de estrés es la de odontología, lo que ocasiona que haya un decremento en el desempeño de los estudiantes lo que puede generar que reprobren asignaturas e incluso que lleguen a desertar.

2.2.2 Estresores del individuo

Para este trabajo los estresores del individuo que influyen en la presencia del estrés académico, serán entendidos como todas aquellas características propias del estudiante como son la edad, el sexo, el patrón de conducta, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el apoyo familiar, el autoconcepto, la satisfacción que se tiene respecto a la carrera, las expectativas del propio estudiante sobre sí mismo y el nivel socioeconómico.

De esta manera, en un estudio hecho por Amézquita, González y Zuluaga (2003) en el que participaron 625 estudiantes de diferentes carreras de la Universidad de Caldas se encontró que entre las variables que influyen en la presencia del estrés académico se encuentran la relación familiar del alumno, el sexo, insatisfacción con la carrera (Campo, y Gutiérrez, 2001), habilidades sociales inadecuadas para interactuar con profesores y compañeros, así como algún tipo de pérdida afectiva,

de salud o económica.

Una variable que funge como estresor es el apoyo social que tiene el individuo, el cual puede provenir de diversos contextos como son la familia, los amigos y la pareja, dicho apoyo si se presenta de manera adecuada puede disminuir los niveles de estrés académico, aunque, es preferible el apoyo de compañeros, orientadores y profesores, ya que ellos están más familiarizados con las situaciones que tienen que afrontar los estudiantes (Muñoz, 1999).

Otro factor que resalta en este punto es que varios autores (Amézquita et al., 2003; Backovic et al., 2012, Brenneisen et al., 2016; García, Pérez F., Pérez J., y Natividad, 2012 y Maceo, 2013) coinciden en que, pese a que los estresores son los mismos, tanto para mujeres como hombres, son las mujeres quienes mayor índice de estrés académico presentan, esto debido a los roles y estereotipos sociales en los que a las mujeres se les hace una mayor exigencia de responsabilidades tanto en el aspecto escolar como el familiar (Segura y Pérez, 2016).

De hecho, en el trabajo realizado por Segura y Pérez (2016) se menciona que el género es considerado “como uno de los moderadores de la vivencia de estrés, debido a los roles y estereotipos asociados y a las expectativas de comportamiento en hombres y mujeres” (p.118). Con base en lo anterior, se puede decir que, pese a que las causas y consecuencias psicológicas, emocionales y físicas son las mismas para ambos géneros, la forma de afrontamiento es diferente, ya que, depende de patrones culturales.

En lo que respecta al tipo de personalidad como variable estresora, Vitaliano et al. (1988) hicieron un estudio en el que participaron 312 estudiantes universitarios. De dicho estudio se concluyó que el patrón de personalidad tipo A se relaciona directamente con una mayor probabilidad de reacción de manera negativa ante el estrés académico, por lo que, estos autores la consideraron una de las causas de la presencia de este fenómeno.

Asimismo, Abbott y Sutherland (1990) evaluaron la reacción de estudiantes universitarios ante un examen dependiendo del tipo de personalidad, obteniendo como resultado que los estudiantes de personalidad tipo A, en contraste con

estudiantes de personalidad tipo B, tienen mayores síntomas de incremento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, también se presentan más hostiles ante este acontecimiento asociado al estrés académico.

En cuanto a la manera de afrontar el estrés académico, autores como Dyrbye, Thomas, y Shanafelt (2005) postulan que los alumnos que actúan con respuestas de evitación y huida, tienden a provocar retraimiento social y autocríticas, que propician que los niveles de estrés incrementen. A diferencia de los estudiantes que afrontan la situación buscando una solución, basándose en una reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Por otro lado, en el caso de los estudiantes universitarios, el estrés académico es ocasionado no sólo por estresores académicos, sino que ve influido porque cuando dichos estudiantes ingresan a la universidad se encuentran en lo que Papalia (2009) denomina adultez temprana, la cual está caracterizada por nuevas exigencias a nivel social, familiar y académico, que el estudiante debe afrontar a la par que sus estudios se van desarrollando (Díaz, 2010).

En 2001, Enns, Cox, Sareen y Freeman realizaron un estudio comparativo entre estudiantes de medicina y estudiantes de arte. Los resultados de dichos estudios fueron que el perfil de perfeccionismo de los estudiantes de medicina mostró estándares personales más altos y dudas más bajas en toma de decisiones acciones. Además, el perfeccionismo adaptativo (esfuerzo de logro) se correlacionó significativamente con las expectativas de rendimiento académico básico y fue predictivo de insatisfacción con el rendimiento académico en el momento

En otro estudio realizado por Shi, Liu, Wang Z. y Wang L. (2015), se encontró que entre los factores que influyen en la presencia de estrés académico en los estudiantes universitarios se encuentra la extroversión, la amabilidad, el altruismo, la adaptabilidad social, la simpatía, el apoyo emocional, la forma de responder ante las situaciones adversas, la competitividad, la confianza, los estilos de afrontamiento y las cogniciones de los alumnos (Barraza et al. y Santa María, D. y Córdoba, F. 2018).

Por último, Ranasinghe, Wathurapatha, Mathangasinghe y Ponnampereuma (2017) realizaron un estudio en el que participaron 471 estudiantes de la carrera de

medicina de segundo, cuarto y último año. En dicho estudio se encontró que los alumnos que se encuentran satisfechos con su carrera y/o quieren continuar sus estudios en niveles más avanzados presentan menor índice de estrés académico que quienes están insatisfechos con la misma.

También encontraron que los estudiantes de los últimos años que tienen un buen autoconcepto y están satisfechos con sus logros, presentan un estilo de afrontamiento dirigido al problema, lo cual les permite afrontar de una manera adecuada el estrés académico, aunque aun así lo siguen presentando durante todos sus estudios, se presentan en menor nivel que en aquellos estudiantes que tienen un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

Para concluir con el apartado de las causas del estrés académico, se puede afirmar que tras haber realizado una revisión de la literatura se encontró que las principales causas del estrés académico en universitarios se pueden englobar en estresores académicos y estresores del individuo los cuales incluyen factores biológicos, psicosociales, y las socioeconómicos. Cada una de ellos puede presentarse a la par de los otros y fungir como estímulos estresores, así como puede haber casos en los que sólo se presente uno de estos estresores y haya un gran nivel de estrés académico.

Entre las causas más comunes detonantes de esta respuesta se encuentran el nivel de estudios que se esté cursando, los exámenes, el liderazgo, las tareas, los trabajos en equipo, las exposiciones, la manera de evaluar del profesor, las interacciones tanto con él, como con los demás compañeros, las becas, las exigencias familiares y académicas, las expectativas referentes al curso y la falta de habilidades el alumno para afrontar las exigencias escolares (Berrio y Mazo, 2011; Arias y Vizoso, 2016; Ibrahim, Algethmi et al., 2017 y Maceo, 2013).

Con base en las investigaciones revisadas se puede afirmar que dichos factores se pueden relacionar dependiendo del repertorio conductual de la persona. Asimismo, las variables psicoeducativas, pueden tener una relación directa en el rendimiento académico (Cabanach, Souto y Franco, 2016), el cual a su vez puede ser un eje central en cuanto a los moduladores que propician que el alumnado padezca estrés académico.

2.3 Consecuencias de estrés académico en universitarios

Las consecuencias de la presencia constante de estímulos estresores pueden variar, desde problemas de sueño, baja en el rendimiento académico, resfriados, olvidos, sudoración excesiva, emociones de tristeza y enojo, hasta llegar al punto de pérdida o aumento de peso, insomnio, taquicardia, ansiedad, depresión, alteraciones de los sistemas inmunológicos y cardiacos, para terminar en deserción estudiantil e incluso suicidio (Amézquita, et al., 2003 y Bedoya, Matos y Zelaya, 2014)

El estrés académico, tiene consecuencias a nivel emocional, físico y académico que cada persona puede afrontar de diferente manera, dependiendo de las habilidades con las que cuente. De esta manera, Martín (2007), enfatiza en tres principales áreas que se ven afectadas, por este fenómeno, las cuales son conductual, cognitiva y fisiológica. Además, en cada una de ellas hay consecuencias a corto y largo plazo. Sin embargo, para este trabajo las consecuencias se dividirán en fisiológicas, psicológicas y académicas.

2.3.1 Consecuencias fisiológicas

Ante la presencia del estrés los cambios fisiológicos que preparan al organismo para responder ante esta situación son la descarga de adrenalina, la dilatación de las pupilas, el aumento del ritmo cardíaco, la tensión muscular, el aumento de la presión sanguínea y la sudoración, sin embargo, si frecuentemente el individuo se encuentra bajo la presencia del estrés puede haber consecuencias nocivas para la salud (Berrio y Mazo, 2011 y Pérez J. García y Pérez F., S/A).

Además, a nivel fisiológico, hay una supresión de células T y de la actividad de las células Natural Killers (NK), provocando una depresión del sistema inmunológico, que genera una vulnerabilidad, respecto a diferentes bacterias o virus, que pueden generar enfermedades o infecciones (Peltzer et al., 2017). Además, hay alteraciones en el sistema cardiovascular que a corto plazo, pueden generar taquicardia ante la presencia del estímulo estresor, pero a largo plazo, pueden desencadenar problemas cardiacos.

En el caso del estrés académico las consecuencias fisiológicas que se reportan con mayor frecuencia son problemas de digestión, incremento del pulso, cefalea,

palpitaciones cardíacas, fatiga crónica, aumento en la transpiración, náuseas, roce de dientes, problemas de vías respiratorias, baja del sistema inmunológico, desmayos, mareos, estreñimiento y aumento en la tensión muscular de brazos y piernas (Suárez y Díaz, 2014).

A corto plazo, las consecuencias que según Maceo (2013) se pueden presentar son una dificultad de recuperación que produce un agotamiento constante, acidez de estómago, indigestión, digestiones difíciles. dolor de cabeza frecuente, tics, movimientos involuntarios y dolores de espalda y cuello. Las consecuencias a largo plazo son cardiopatías, hipertensión, cefaleas, fatiga crónica, impotencia sexual, insomnio, aumento o pérdida de peso (Preciado, Acosta, Aguilera, y Delgado, 2014). Por el contrario de lo expuesto anteriormente sobre un alto incremento de los niveles de presión arterial causados por el estrés académico en estudiantes universitarios Campo, Reyes, Ortiz, Quintero y Herrera (2006) afirman que no hay una relación significativa entre estas dos variables debido a que los estudiantes universitarios “tienen una respuesta de adaptación rápida que no permite cambios vasculares demostrables por examen físico en contra de lo que sucede en personas mayores y/o con cambios de arteriosclerosis en quienes su respuesta de adaptación es más lenta” (p. 24).

En otro estudio realizado por Peltzer et al. (2017) se encontró que entre las principales consecuencias a nivel fisiológico del estrés universitario destacan una alta prevalencia de pre-hipertensión. Asimismo, identificaron varios factores de riesgo para enfermedades como obesidad, diabetes y problemas digestivos, en estos factores se incluyen el género masculino, el consumo de refrescos, el consumo excesivo de alcohol y los síntomas de depresión.

En 2005 Marty, Matías, Figueroa, Larrain y Cruz hicieron una investigación sobre la relación entre el estrés académico y la presencia de enfermedades infecciosas, de dicho estudio se concluyó que “la ausencia de estrés disminuye la probabilidad de padecer una enfermedad infecciosa y que el grado con que se experimenta el estrés tiene relación directa con la frecuencia de infecciones (p.29).

Para terminar, se puede decir que las consecuencias de tipo fisiológico que presentan los estudiantes de medicina que están expuestos a altos niveles de estrés

académico son cefaleas, problemas digestivos, tensión muscular, problemas de peso, infecciones de las vías respiratorias, baja en el sistema inmunológico y problemas cardiovasculares a largo plazo (Anuradha et al., 2017; Brenneisen et al., 2016; Schwenk y Davis, 2010 y Shi et al., 2015).

2.3.2 Consecuencias psicológicas

Debido a las diferentes presiones a las que se ven sometidos los estudiantes, es frecuente que presenten consecuencias a nivel psicológico, las cuales se caracterizan por cambios en la conducta, alteraciones en el estado anímico y problemas en las relaciones interpersonales (Blanco et al., 2015). Además, dichas consecuencias pueden no ser identificadas por lo estudiantes y, por tanto, seguir presentándose sin alguna solución (Polo Hernández y Poza, 1996).

Mayoga (2017) indica que el estrés académico “afecta directamente al funcionamiento mental y físico del estudiante, ya que al verse sometido a una sobre exigencia académica se le dificulta su adecuado rendimiento intelectual, social y emocional” (p.38). Además, de que la presencia frecuente de los estímulos estresores pueden generar trastornos psicológicos (Lemos, Pérez y López, 2018), problemas comportamentales y deserción académica.

También indica que dicho fenómeno tiene en primer lugar, consecuencias físicas, las cuales afectan el desempeño académico del sujeto (Amézquita et al., 2003 y González, Delgado, Escobar y Cárdenas, 2014), ya que, interfiere de forma directa con su capacidad para concentrarse, con la motivación para la realización de las actividades académicas y también consecuencias psicológicas como trastornos emocionales (Gutiérrez et al., 2010 y Mosley et al., 1994), abandono de los estudios e incluso en instancias más complicadas el suicidio.

Las consecuencias psicológicas del estrés académico a corto plazo son decremento del rendimiento intelectual, tristeza, fatiga sexual, nerviosismo, angustia, impaciencia, falta de concentración, irritabilidad y dificultad para dormir. Las consecuencias a largo plazo son ansiedad, depresión, tics nerviosos, sensación de no ser tenido en consideración, irritabilidad excesiva, indecisión, escasa confianza en uno mismo. sensación de inutilidad, falta de entusiasmo, preocupación excesiva, desconcentración, inseguridad, adicciones, aislamiento, olvidos frecuentes,

conflictos frecuentes, ausentismo y escaso interés por la propia persona (Berrio y Mazo, 2011 y Maceo, 2017).

De esta manera, Pérez, et al. (S/A), mencionan que los cambios cognitivos que se dan como consecuencia del estrés académico, comienzan siendo una reacción adaptativa, pero cuando se presenta constantemente tiene repercusiones como problemas de memoria, concentración y atención, ya que las cogniciones dejan de centrarse en tratar de resolver el problema al transformarse en distorsiones cognitivas.

Aunado a lo anterior, en el plano cognitivo las consecuencias pueden variar dependiendo de la cantidad de exigencias académicas que se les hagan a los estudiantes, siendo el caso la interacción entre patrones emocionales y la valoración de la realidad que se modificó si se trata del momento de afrontar el estresor o de recibir el resultado de dicho afrontamiento. Entre las consecuencias más notables están la inatención, afectaciones en la memoria y alteraciones en la habilidad de solución de problemas (Hernández, 1996).

También, como consecuencias a nivel afectivo de la frecuente presencia de estrés académico, se encuentran sentimientos de ira y tristeza, que suelen venir acompañados de sensaciones de inquietud y aprensión, los cuales pueden desembocar en estallidos emocionales. A la par también hay sentimientos de desesperanza e impotencia, debido a que los estímulos estresores son percibidos como situaciones que sobrepasan el control del estudiante.

Asimismo, Suarez y Díaz (2014) destacan que las consecuencias a nivel conductual más frecuentes son la disminución o incremento tanto del sueño como del apetito, el deterioro del desempeño, la tendencia a polemizar, ademanes nerviosos, aislamiento, propensión a accidentes, consumos de sustancias adictivas, ausentismo, dificultad de toma de decisiones, inquietud, preocupación, depresión, irritabilidad, ansiedad, falta de concentración y baja autoestima.

Dentro de esta área destaca que los estudiantes cuando se encuentran bajo la presencia de estímulos estresores, siendo el caso de tener que presentar un examen o entregar algún proyecto final, comienzan a consumir en exceso sustancias nocivas para la salud, como es el caso de la cafeína, el tabaco, las

sustancias psicoactivas como excitantes o tranquilizantes, que a largo plazo pueden ocasionar trastornos en estado de salud del individuo (González et al. 2014 y Martín, 2007).

Maceo (2017) menciona que entre las principales consecuencias del estrés académico a nivel psicológico están la falta de concentración, el nerviosismo, la ansiedad, la depresión (Baldassin, Alves, de Andrade y Nogueira, 2008), la inatención, el poco interés por la ejecución de sus actividades cotidianas o realizar actividades físicas, la fatiga sexual, el aumento en emociones como tristeza y enojo. Por otro lado, Cuttilan, Sayampanathan y Ho (2016) mencionan que a raíz del estrés académico los problemas de salud mental afectan significativamente a la población estudiantil de la carrera de medicina (Anuradha et al., 2017, Benbassat, Baumal, Chan, y Nirel, 2011 y Díaz, 2010) e incluso dicha población se puede dividir en grupos, dependiendo del problema que presenten, por ejemplo, los estudiantes que se encuentran haciendo su servicio social o el internado son más propensos a presentar problemas de depresión.

Dahlin, Joneborg y Runeson (2005), hicieron un estudio en el que participaron únicamente estudiantes universitarios, en dicho trabajo encontraron que la prevalencia de síntomas depresivos entre estos estudiantes fue del 12,9%, significativamente mayor que en la población general, y del 16,1% entre las estudiantes frente al 8,1% entre los hombres. Un total de 2.7% de los estudiantes habían hecho intentos de suicidio, pero ninguno durante el año anterior.

En una investigación realizada por Aktekin et al. (2001) en la que participaron 396 estudiantes de la carrera de medicina se encontró que la depresión es una de las principales consecuencias del estrés académico, teniendo mayor incidencia en los alumnos del primer y último año, esto debido a que las exigencias para ingresar como egresar cambian, así como los requerimientos que deben cumplir para poder cumplir con el servicio social e internado.

En 2016, Maya encontró en su investigación que existen estudios (Alzahem et al., 2010 y Qamar, Kan y Kiani, 2015) que documentan la "existencia de suicidios e intento suicidas entre los estudiantes de Odontología debido a la presencia de una elevada carga de ansiedad y estrés, por lo que se establece que existe una clara

relación entre estos síntomas y las tendencias suicidas” (p.24).

Por último, tras haber hecho una revisión de la literatura se puede afirmar que los estudiantes de la carrera de medicina y odontología son quienes mayores consecuencias a nivel psicológico presentan ante el estrés académico, de las cuales destacan trastornos de ansiedad y depresión, que pueden provocar detonar en ideación suicida (Anuradha et al., 2017; Díaz, 2010; Aktekin et al., 2001; Brenneisen, et al., 2016; Cuttilan, Sayampanathan, y Ho,2016; Dahlin, Joneborg y Runeson, 2005; Fawzy y Hamed, 2017; Shi et al., 2015)

2.3.3 Consecuencias académicas

Las consecuencias mencionadas en los apartados anteriores son de suma importancia, debido a que afectan el desarrollo en la persona en su contexto académico, en especial, Román, Ortiz y Hernández (2008), señalan que las que mayor influencia tienen en dicho contexto son las implicaciones sobre el rendimiento académico, la disminución en el nivel de logro y la deserción estudiantil, que en conjunción pueden dañar el bienestar psicológico propiciando respuestas de depresión, ansiedad e irritabilidad.

Entre las principales consecuencias académicas de este tipo de estrés se encuentran el decremento del rendimiento académico, dificultad para planear, diseñar y realizar sus actividades académicas, problemas en las relaciones estudiante-estudiante y estudiante-profesor las cuales pueden generar varios conflictos en el aula, desmotivación para continuar con los estudios, no acreditar asignaturas y bajas calificaciones (Maceo, 2013; Stewart, Lam, Betson y Wong, 1999 y Vélez y Roa, 2005).

Los efectos del estrés académico en el trabajo en equipo se dividen en dos aspectos del desempeño: la perspectiva del equipo y la centralidad de la autoridad. El aumento del estrés conduce a una pérdida de la perspectiva del equipo y una disminución del rendimiento del equipo en las tareas de toma de decisiones. Se cree que esta disminución en la perspectiva del equipo es el resultado del estrechamiento atencional que ocurre en las personas bajo estrés (LeBlanc, 2009).

En cuanto a los efectos del estrés en la centralidad de la autoridad Driskell y Salas (1991) observaron que sus participantes eran más receptivos a los comentarios de

los compañeros de equipo cuando tomaban decisiones en condiciones estresantes en comparación con las condiciones de bajo estrés, que no les producían respuestas sensibles ante los comentarios de sus compañeros.

En lo que respecta a los estudiantes de medicina en un estudio realizado por Dyrbye et al. (2010) en siete escuelas de medicina de Estados Unidos de América se encontró que el estrés académico está relacionado directamente con una conducta no profesional (este dato se obtuvo mediante autoinformes realizados a cada uno de los participantes de este estudio) y valores profesionales menos altruistas entre dichos estudiantes.

Otro estudio realizado por Sajid, Ahmad y Khalid (2015) muestra que los estudiantes de medicina que están sometidos a grandes niveles de estrés académico tienden a disminuir su rendimiento académico debido a que por la presencia del estrés sus habilidades de aprendizaje y estudio se ven afectadas, lo cual disminuye su potencial de rendimiento académico.

Para cerrar con este apartado se puede decir que la motivación para continuar con los estudios, el estado tanto de salud como el estado de bienestar son algunos de los puntos que pueden verse afectados debido a la presencia constante de los estímulos estresores, asociados al estrés académico, los cuales en conjunto pueden traer consecuencias nocivas para la salud del individuo y para el desarrollo escolar de la persona, ya que pueden ocasionar deserción estudiantil o reprobación de asignaturas.

En conclusión, las consecuencias pueden dividirse en tres grupos, el primer grupo incluye las fisiológicas que incluyen alteraciones tanto en los sistemas inmunológico como cardiovascular. En segundo lugar, se encuentran las psicológicas como la presencia constante de emociones de tristeza y enojo, el aislamiento, la inatención, la depresión, la ansiedad, la falta de interés en las actividades cotidianas e incluso el suicidio. Por último, se encuentran las consecuencias académicas entre las que se encuentran, reprobación de asignaturas, bajas calificaciones y la deserción escolar.

3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1 Definición de TCC

La terapia cognitivo conductual (TCC), representa en la actualidad una herramienta útil para la práctica clínica de la psicología, asimismo, cuenta con un trasfondo histórico y conceptual que sustentan su formulación teórica. Una de las primeras definiciones fue la de Eysenck (1964) que la describe como el esfuerzo por modificar la conducta humana de una manera adecuada, basándose en las propuestas de la teoría del aprendizaje.

Por otro lado, otra definición es la propuesta por Yates (1970) como:

“Terapia conductual es el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de aplicar el método experimental en psicología y en disciplinas afines (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales: y aplicar este conocimiento al tratamiento o prevención de tales anormalidades por medio de estudios experimentales controlados que se llevan a cabo en el paciente individual” (p.117).

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la TCC es una práctica terapéutica de carácter psicológico cuyo objetivo es el cambio conductual, cognitivo y emocional, a través de la modificación o eliminación de la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando estas no se hacen presentes, para tales fines, también se puede encaminar a modificar procesos cognitivos que se relacionan directamente con la conducta.

Siguiendo la misma línea, Puerta y Padilla (2011) definen la TCC como “un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas ...” (p.252).

Por otra parte, como su nombre lo especifica, el enfoque cognitivo conductual recibe tal denominación porque su origen se encuentra en el vínculo entre dos grandes teorías en psicología, a saber, la que propone una explicación de los fenómenos

psicológicos a través de las cogniciones y la perspectiva conductual (Puerta y Padilla, 2011)

Además, la TCC tiene como característica el englobar un cúmulo de intervenciones de las cuales se puede hacer uso posteriormente al realizar una evaluación enfocada a las características biológicas, psicológicas y sociales del individuo, incluso se puede tomar el punto de vista, acerca de la situación problemática, de las personas que son cercanas él y, el compromiso que muestra el mismo paciente (Yates, 1970).

Como se puede apreciar en líneas anteriores, la TCC engloba diversos aspectos que son tomados en cuenta en el momento de llevar a cabo una intervención clínica, además, como ya se mencionaba es el resultado de una evolución teórica que intenta abordar los fenómenos psicológicos integrando los aspectos conductuales, pero también los que corresponden al plano de las cogniciones. Para tener un mejor entendimiento del cómo se logró la conformación de la TCC, a continuación, se realiza una breve revisión histórica.

3.2 Antecedentes

Según Salinas (2001) los antecedentes de la TCC se remontan al desarrollo de la teoría de la conducta o conductismo, sobre todo aquello enfocado en la modificación de conducta, que tiene su origen en la filosofía griega, especialmente la socrática, el epicureísmo (Becoña y Oblitas, 1997) y los trabajos de Aristóteles, en los que se observan los fenómenos naturales como producto de relaciones causales entre factores e igualmente se ve el alma desde un punto de vista naturalista, sentando las bases para la psicología moderna. En consecuencia, durante esta época la observación fue clave para la explicación de los fenómenos psicológicos, sin embargo, debido a los cambios sociales y culturales, se buscó dar explicación de dichos eventos de una manera científica y objetiva.

En el siglo XIX se pretendía asentar a la psicología dentro del campo de las ciencias naturales, mediante la anatomía y la fisiología., ejemplo de lo anterior son los trabajos de William James, en los que se explicaba la consciencia “como un tipo especial de estado mental derivado de un ordenamiento neurológico” (Salinas, 2001, p.3). Durante este proceso la teoría de la evolución de Darwin y temas como

sensación, percepción y adaptación del organismo al ambiente, ampliaron el campo de estudio de la psicología (Dobson, 1988 y Ruíz, 2011).

Aunado a lo anterior, en Rusia los trabajos realizados por Sechenov, Pavlov y Bechterev sobre el desarrollo y eliminación de reflejos condicionados, extinción, discriminación, generalización, la relación del lenguaje y el aprendizaje con procesos nerviosos y su metodología para la investigación, contribuyeron al desarrollo de la modificación de la conducta (Dobson, 1988).

Al mismo tiempo científicos estadounidenses como Thorndike hacían investigaciones sobre psicología animal y comparada, mientras que se retomaban los principios de condicionamiento clásico de Pavlov y se indagaba sobre los principios del aprendizaje, con el fin de lograr un compromiso con la experimentación, dejando de lado componentes antropomórficos y subjetivos.

En 1913, Watson define a la conducta como el objeto de estudio de la psicología, tomando como referencia la metodología de la psicología animal y el establecimiento del condicionamiento para explicar la conducta compleja. En esta fase, destacan autores como Hull, Guthrie, Mowrer, "Tolman y su conducta propositiva; Cautela con sus operantes encubiertas y Bandura con su aprendizaje social; los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria, percepción, etc., los cuales mostraron cómo estos procesos psicológicos median la conducta humana" (Becoña y Oblitas, 1997, p. 49).

Un autor que resulta de gran importancia es Skinner, quien replantea la ley del efecto como teoría del reforzamiento, dando paso al condicionamiento operante. "El condicionamiento operante señala a un organismo que no se encuentra expuesto a un estímulo, sino que opera en un ambiente" (Santamaría, Rodríguez, Jurado y Barranco, 2010, p.21)

Por todo lo expuesto anteriormente, Salinas (2001) dice que no se puede establecer un momento en específico para la conformación de la TCC, sino que fueron los eventos antes mencionados, los que participaron en su surgimiento, lo cual concuerda con lo mencionado por Rojas y Tobón (2005) quienes indican que debido al reconocimiento de las variables cognitivas, dentro de los modelos mediacionales de la psicología conductual, y a la teoría del procesamiento de la información, se

propició el ambiente idóneo para el surgimiento de la terapia cognitiva, en la que destacan los modelos de Beck y Ellis, lo cual permitió el desarrollo de la terapia cognitivo conductual (Ruíz, 2011).

3.3 Evaluación en la TCC

El proceso de evaluación constituye uno de los pasos más importantes dentro de la TCC, pues es en este punto donde se comienza a recoger información que resultará de suma importancia para llevar a cabo, de manera posterior, la intervención de la cual también se pueden evaluar los resultados logrados.

Una de las herramientas que se considera de gran utilidad para llevar a cabo la evaluación es la entrevista conductual ya que esta permite conocer al paciente mediante la recolección de información acerca de sus datos generales, su problema principal y la o las causas del mismo, este procedimiento resulta relevante en el sentido de que el psicólogo no le es posible estar presente en el contexto en el cual se presenta la conducta problema para llevar a cabo su observación y registro (Vargas e Ibañez, 1998).

Siguiendo la misma línea, Cormier W. y Cormier S. (1994) señalan que los datos recogidos mediante la evaluación se utilizan para tomar decisiones acerca de la selección de las estrategias de tratamiento y sobre la porción en que se logran las metas del cliente, Goldfried (1996) añade que la elección de cualquier procedimiento puede orientarse hacia una conducta objetivo o hacia el determinante situacional que necesita ser modificado.

Cormier W. y Cormier S. (1994) indican que el problema del cliente debe definirse claramente y las conductas meta necesitan especificarse antes de que el terapeuta lleve a cabo la evaluación. En ocasiones, el problema del cliente o las metas pueden redefinirse y cambiarse. Goldfried (1996) aclara que el objetivo de cambio debe de seleccionarse con base en: (1) el antecedente relevante, situaciones que han podido desencadenar la conducta desadaptativa, (2) las respuestas cognitivas que se asociaron a eventos situacionales, (3) la respuesta inadaptada y observable y, (4) los cambios posteriores en la situación ambiental, esto puede incluir el papel de otras personas.

Por otra parte, se debe considerar que tanto el terapeuta como el cliente están

interesados en evaluar el grado en el que se ha logrado la meta final. El cliente es quien observa la cantidad o nivel de las conductas que han sido especificadas o definidas (Ingram y Scott, 1990).

Las cinco dimensiones más utilizadas son: *frecuencia*, referente al número de veces que aparece la conducta, ya sea manifiesta o encubierta ; *la duración*, la cual indica extensión en tiempo en el que se presenta la respuesta; *latencia*, es el tiempo entre la aparición del estímulo la presentación de la respuesta; *la intensidad*, que se puede definir como el grado en el que se presenta una conducta, en este caso resulta de gran utilidad hacer uso de una escala de valoración y; *ocurrencia*, que es básicamente el percatarse si la conducta aparece o no (Ingram y Scott, 1990).

Al propósito de lo anterior, existen al menos siete métodos para medir el progreso hacia los resultados deseados (Cormier W. y Cormier, S., 1994).

- 1) La *entrevista*, en la cual se hace uso de instrumento que permite recoger información sobre la persona, mediante preguntas guía o mediante guías abiertas en las que el individuo proporciona autoinformes, dichos formatos pueden ser utilizados tanto para obtener datos que ayude a formular los objetivos como para evaluar los progresos respecto a los mismos, para tales fines es posible realizar grabaciones de entrevistas al inicio, a la mitad y al finalizar el tratamiento.
- 2) La *auto-observación* se identifica como un proceso de observación y registro de elementos que son característicos de la conducta siendo esta última de tipo observable o encubierta.
- 3) Las *autovaloraciones*, que tienen como principal característica evaluar la magnitud o intensidad del estado subjetivo en el que se encuentra la persona, algunos ejemplos de esto son escalas que emplean rangos que van desde 1 a 5 y otros que van de 0 hasta 100.
- 4) Los *inventarios de autoinforme*, los cuales según señala Golfried, se centran principalmente en los informes del cliente referente a cualquier conducta manifiesta específica, además pueden variar de un enfoque global a uno más específico.

- 5) *El role-play* consiste en escenas que son diseñadas por el terapeuta de manera que este probabiliza la aparición de conductas siendo esta una condición en la que es posible evaluar la ejecución del cliente respecto a las conductas objetivo.
- 6) *La capacidad imaginativa*, a través de esta se puede evaluar la perspectiva que tiene una persona acerca de la situación que le está creando conflicto, en tres tiempos: antes, durante y después de realizar la intervención, primeramente se solicita a los clientes que se relajen, posteriormente que cierren los ojos, seguido de esto deben imaginar la situación problemática y concentrarse en tantas sensaciones encuentren asociadas al problema en particular como les sea posible, es decir todas las características que se hallan directamente vinculadas al hecho, así mismo, se puede pedir al cliente que reporte la intensidad o gravedad de una situación problemática imaginada, de igual manera se pueden utilizar escalas para llevar a cabo este proceso.
- 7) *Las medidas psicofisiológicas* que incluyen, por ejemplo, el ritmo cardiaco, el pulso y la conductividad de la piel.

Como se ha dicho anteriormente, la evaluación se puede llevar a cabo en tres tiempos, estos son: antes de llevar a cabo la intervención, durante la terapia e inmediatamente después de la aplicación del programa de intervención. La primera etapa la constituye la línea base, en la cual se identifican las habilidades o conductas con las que cuenta la persona antes de realizarse la intervención, los datos de esta fase pueden compararse con los objetivos planteados y con los resultados al final de la intervención (Ingram y Scott, 1990).

Durante la intervención se van monitoreando los avances y las conductas que se presentan a lo largo del tratamiento, por último, al final de la intervención, se mide el grado en que el proceso terapéutico ha contribuido a lograr los objetivos que se han planteado en un inicio (Cormier y Cormier, 1994).

3.4 El análisis funcional de la conducta

3.4.1 El modelo secuencial integrativo

En 1981, desde una perspectiva mediacional Fernández-Ballesteros y Carrobes, proponen el modelo secuencial integrativo (figura 1), que para Rodas (2009) es una formulación, que descompone la conducta de interés en una secuencia temporal, lo cual es imprescindible para la evaluación, porque permite el análisis de todas las variables, para observar cuál es la relación que existe, respecto a la conducta de interés.

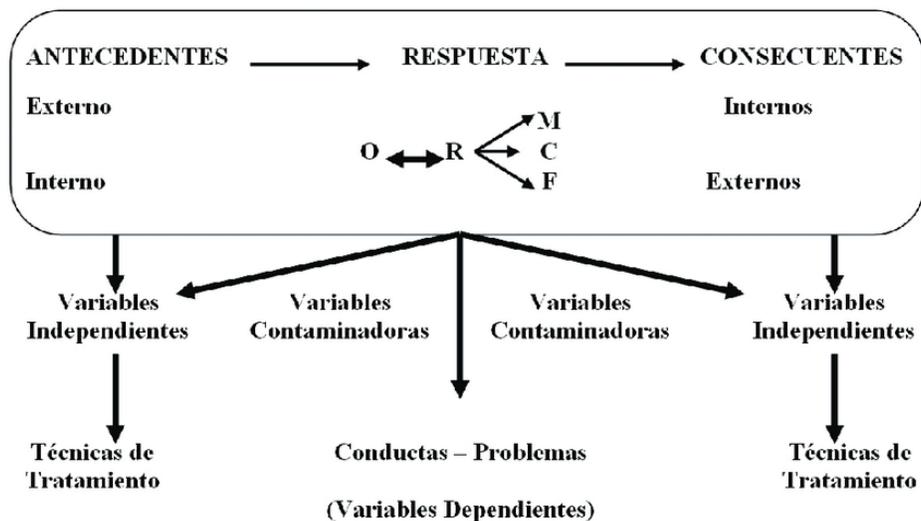
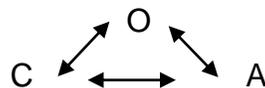


Figura 1. Modelo secuencial integrativo

Salinas (2001), define el interés del modelo secuencial integrativo como “la necesidad de incluir el análisis de la secuencia entre la conducta, sus antecedentes, y consecuentes, con el fin de precisar las relaciones funcionales entre la respuesta y los estímulos ambientales” (p.22). ya que, las variables orgánicas pueden intervenir con los antecedentes y consecuentes.

Este modelo retoma los principios propuestos en el aprendizaje social de Bandura, en los que se analizan fenómenos psicosociales con base en la interacción directa entre los elementos de la conducta o perspectiva del propio individuo, es decir, que se enfoca en la interacción entre las variables ambientales y orgánicas, respecto a la conducta, lo cual se puede observar de la siguiente manera:



Por otro lado, la variable “O” que antes era considerada por Kanfer y Phillips como orgánico, dentro de este modelo adquiere el papel de organísmico, incluyendo además de la condición biológica los aprendizajes, capacidades y habilidades, que conforman el repertorio de conductas del individuo, así como ciertas variables cognitivas (Rodas, 2009).

3.4.2 La descripción de las relaciones funcionales

El análisis funcional, como lo señala Skinner, implica establecer las relaciones entre la conducta objetivo y las condiciones que se encuentran en el ambiente, incluyendo las antecedentes y las consecuentes, obteniendo tales datos a través de la observación rigurosa (Rodas, 2009). Sin embargo, dicha concepción no incluía eventos internos o la historia del individuo, lo que representaba ciertos obstáculos para describir de manera más amplia la conducta humana, esto llevó a otros autores como Meichenbaum a incluir en la propuesta del análisis funcional los eventos internos que le anteceden o que le siguen a la conducta objetivo, esto a su vez propició que se creara el término de terapia cognitivo-conductual (Salinas, 2001).

Un análisis funcional que resulte eficaz para ser utilizado como procedimiento de diagnóstico, facilita que los métodos terapéuticos elegidos se relacionen de manera directa con la información que se recaba de la persona o paciente, más puntualmente de sus comportamientos y de las situaciones o estímulos que se encuentran controlando las conductas (González y Juárez, 2016).

Siguiendo la lógica del análisis funcional, se estructura el caso en términos de las relaciones que existen entre las características que presenta la conducta y las situaciones que se encuentran vinculadas a ésta; los datos sobre tales relaciones se obtienen mediante métodos de evaluación que se derivan de las investigaciones que se han generado, de manera empírica, con casos que son similares, en comportamientos, al que se está abordando.

Desde este enfoque se afirma que las situaciones que se presentan como problemáticas se encuentran en función o dependen de diferentes eventos, para que tengan ocurrencia y que de esto dependa también la intensidad y la duración con la que se presentan. Un aspecto que resulta fundamental considerar es que las relaciones funcionales son dinámicas, lo cual implica que cuando se presenta un

cambio en una de las variables, nuevas u otras variables pueden estar modulando la variable que es de principal interés.

Además, las relaciones funcionales no son excluyentes, en otras palabras, se puede encontrar que existen varias relaciones que estén fungiendo como la causa de un problema de comportamiento, es por ello que durante el proceso de evaluación se deben indagar en las variables comportamentales, medioambientales, cognitivas y fisiológicas que se encuentran directamente vinculadas (González y Juárez, 2016).

3.5 Diseño de intervención en TCC

3.5.1 Formulación de hipótesis de cambio

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) afirman que después de delimitar la conducta de interés en términos funcionales, se debe identificar en el análisis funcional cómo intervienen los estímulos antecedentes y consecuentes, en la conducta, para así dar paso a la hipótesis de cambio, sin embargo, indican que, existen dos tipos de hipótesis, la hipótesis sobre el origen del trastorno, que da un mejor resultado explicativo, ya que, no se puede intervenir en los hechos pasados y la hipótesis de mantenimiento de la conducta, siendo esta última la que ayuda al establecimiento de los objetivos de la intervención.

Aunado a lo anterior, en 2001 Salinas describe a la hipótesis de cambio como la “propuesta sobre cómo al modificar aquellas variables independientes relevantes, serán modificados los comportamientos problema” (p. 39), también indica que no se debe enfocar en la eliminación o represión, sino que debe de favorecer la instrumentación de una conducta más efectiva y adaptativa en el ambiente, mediante el diseño de conductas de cambio.

Con base en lo anterior, se puede decir que la hipótesis de cambio se debe realizar con base en el análisis funcional, debido a que, será la suposición que determinará qué técnicas se utilizarán en la intervención, orientándose a actuar sobre las variables independientes, que están manteniendo la conducta de interés.

3.5.2 Redacción de objetivos conductuales en TCC

Tras la realización del modelo explicativo de la conducta de interés y la realización de las hipótesis de cambio, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que el siguiente paso es la delimitación de los objetivos a trabajar, los cuales permiten establecer

qué técnicas se van a emplear durante la intervención para el cumplimiento de conductas meta, que permiten que el usuario presente un comportamiento más adaptativo. Es importante destacar que la formulación de los objetivos debe hacerse en conjunto con el usuario.

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) dicen que se pueden establecer dos tipos de objetivos, que son:

- Objetivos finales o metas últimas, que al cumplirse se da por terminada la intervención.

- Objetivos intermedios que son una serie de pasos que permiten cumplir los objetivos finales.

Por otro lado, Salinas (2001) menciona que los objetivos que se deben diseñar son:

- Objetivo general, debe incluir qué conducta se va a realizar, quién la hará, ante qué situaciones y cómo se llevará a cabo.

- Objetivos particulares, que van en función de cumplir cada una de las conductas descritas en el objetivo general.

- Objetivos específicos, que se hacen al descomponer las tareas particulares en pasos.

Algunas sugerencias para la realización de los objetivos son redactarlos en términos positivos; que sean claros y concretos; que permitan ampliar el repertorio conductual del sujeto, priorizar las conductas que sean más relevantes, que pueden ser las que causan mayor molestia al usuario, que sean más fáciles de adquirir o que propicien el cumplimiento de otras conductas meta; y por último, centrarse en conductas que promuevan la adaptación social, autonomía y funcionalidad de la persona.

3.6 Principales técnicas usadas en TCC

3.6.1 Relajación

Una de las técnicas más comunes dentro de la intervención psicológica es la relajación debido a que se puede aplicar a diferentes trastornos, ya que, el objetivo de esta técnica es promover el equilibrio mental, calma y sensación de paz interior, mediante la del estado de activación fisiológica que, además, influye en procesos emocionales, cognitivos, y conductuales (Díaz, Villalobos y Ruíz, 2012; Cholí, 1999)

Las prácticas religiosas del hinduismo y la cultura oriental, por medio de la meditación, sentaron las bases para las técnicas de relajación y respiración. Posteriormente, Wolpe al desarrollar la desensibilización sistemática, utilizó la relajación como estrategia para lograr un contracondicionamiento.

En consecuencia de lo anterior, es que uno de los usos más comunes que se le da a la relajación es para producir una respuesta contraria a la de la ansiedad y así lograr una inhibición recíproca, porque, según Cholíz (1999), esta técnica tiene efectos opuestos a la activación simpática, provocando una disminución en los niveles de “tensión muscular, frecuencia e cardíaca, actividad simpática en general, secreción adrenalina y noradrenalina, vasodilatación arterial, cambios respiratorios (disminución frecuencia, aumento en intensidad, regulación del ritmo respiratorio), metabolismo basal e índices de colesterol y ácidos grasos en plasma” (p.3).

Entre los modelos más comunes que se utilizan para explicar los efectos de la relajación se encuentran el modelo de efectos específicos, que dice que sólo hay efectos en la modalidad que se aplica; el modelo de respuesta de relajación única, en el que hay una respuesta de desactivación en el área simpática: y el modelo integrativo, que señala que hay efectos tanto específicos como en las respuestas de estrés (Díaz, Villalobos y Ruíz, 2012).

Choliz (1999) asegura que actualmente tanto en la TCC como en la investigación, gran parte de las técnicas de relajación estructuradas que se utilizan son la relajación muscular progresiva (RMP [Jacobson, 1938]), en la que se trabajan tensando y destensando 16 grupos musculares, para generar la disminución progresiva de tensión muscular, teniendo como variaciones la relajación diferencial y pasiva. Y el entrenamiento autógeno (Schultz, 1931), que se basa en representaciones mentales de peso y calor con una estructura de grado inferior en relajación y de grado superior en imaginación.

Por otro lado, Díaz, Villalobos y Ruíz (2012) destacan la importancia de las técnicas de respiración, porque, la respiración es un “proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo” (p.262), desarrollado en las fases de inspiración, pausa inspiratoria, espiración y pausa espiratoria, también pueden participar los mecanismos auto-regulatorios como bostezos, elevación involuntaria,

suspiros y estiramientos. Existen tres tipos de respiración que son costal, diafragmática y abdominal, pero se pueden hacer diversos ejercicios como respiración profunda, contada, abdominal, media, alternada y ejercicios cotidianos.

3.6.2 Desensibilización sistemática

En 2016 Vallejo L. y Vallejo M. describen la desensibilización sistemática como precursora de las técnicas de modificación conductual, siendo Wolpe (1958) el creador de la misma, con el fin de aplicarla en el tratamiento de fobias; es un procedimiento de extinción, en el que mediante la exposición gradual del usuario al estímulo fóbico desaparece la respuesta de ansiedad, por lo que, no se recomienda en caso de que la conducta de interés sea generada por déficit de habilidades o distorsiones cognitivas.

La inhibición recíproca como una respuesta incompatible con la ansiedad, es una de las bases de la DS, porque, retomando a Vallejo L. y Vallejo M. (2009), si se parte del supuesto de que a mayor número de estímulos condicionados hay mejores efectos en la extinción, en esta técnica se introduce un estímulo ansiógeno adicional, además de que según la teoría de marcos relacionales la ansiedad y relajación mantienen una respuesta opuesta dentro de un mismo marco relacional y por último se crea un nuevo aprendizaje que interfiere con el anterior.

Igualmente, destaca el papel del contracondicionamiento y contexto estimular, porque, al momento de presentar los estímulos fóbicos secuencialmente al mismo tiempo que se presenta la respuesta de relajación, se genera un nuevo aprendizaje y se favorece tras la exposición a emociones negativas una habituación emocional, que propicia un comportamiento más adaptativo.

El procedimiento para la DS es 1) la elección de respuestas incompatibles, para su posterior entrenamiento, que pueden ser relajación muscular progresiva, hipnosis y uso de imágenes emotivas; 2) elaboración de una jerarquía de ansiedad; 3) valoración de la capacidad cognitiva; y 4) presentación paulatina de los ítems, en los que, si se deja de presentar la respuesta de ansiedad, después alternar la relajación con tres veces de exposición con el mismo se puede pasar al siguiente, pero si se sigue presentando debe continuar la presentación, hasta que la única respuesta generada sea la de relajación (Díaz et al., 2012).

Las variaciones que pueden existir dentro de la DS son en vivo, en donde se deja de lado el papel de la imaginación y se presentan los estímulos de la jerarquización en un contexto real; en grupo, en el que participan máximo seis personas que comparten la misma fobia y se trabaja con la jerarquía que tenga la misma relevancia, para todos los miembros; enriquecida, en la que se introducen estímulos físicos, se recomienda cuando no es posible una DS en vivo; automatizada y auto-aplicada, en las que se graban las sesiones con el fin de que el usuario pueda ponerla en práctica por su cuenta.

3.6.3 Técnicas Operantes

Dentro de la Terapia de la conducta uno de los fundamentos principales son aquellas técnicas basadas en el condicionamiento operante, por lo cual, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) señalan, que, aunque estas técnicas fueron diseñadas dentro de la primera generación de la terapia de la conducta, siguen siendo de gran importancia en la actualidad dentro la intervención de la terapia cognitivo conductual, basándose en los principios de reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos. Las técnicas más comunes son la economía de fichas y contrato de contingencias.

Después de las investigaciones de Skinner sobre el condicionamiento operante en el ámbito del laboratorio, se pudo extrapolar estos principios a la conducta humana, en donde, se hace referencia al término operante, en la relación que existe en cómo opera la conducta en el ambiente y qué consecuencias tiene que incrementan o disminuyen la posibilidad de que este comportamiento se repita, se destaca que tanto los estímulos antecedentes como las consecuencias pueden tener un papel reforzante.

Las técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas son el reforzamiento positivo, el cual probabiliza que se presente determinada respuesta, al tener como consecuencia un estímulo agradable, pueden usarse reforzadores primarios, secundarios, tangibles, sociales o actividades reforzantes; el reforzamiento negativo, actúa en razón de que una determinada conducta se presente, para evitar un estímulo aversivo; y los programas de reforzamiento que describen cómo administrar los reforzadores para incrementar o mantener una

conducta, pueden ser programas de reforzamiento continuo o intermitente, que se lleva a cabo mediante programas de razón o intervalo, que pueden ser fijos o variables.

Para la adquisición de nuevas conductas, se utilizan las técnicas operantes de moldeamiento, que trabaja por aproximaciones sucesivas encaminadas a una conducta meta; el encadenamiento, donde la respuesta se compone de otras respuestas en un orden determinado, pueden ser presentación de cadena total y encadenamiento hacia delante o hacia atrás; por otro lado, la instigación es un proceso sistemático para adquirir un nuevo aprendizaje mediante el uso de ayudas o instigadores.

En la reducción o eliminación de conductas, las técnicas operantes más comunes son el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) que puede ser reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, alternativas, funcionalmente incompatibles, y de tasas bajas; la extinción; y el castigo, que puede ser positivo si se reduce la frecuencias de una conducta por medio de un estímulo aversivo o negativo en caso de que se retire un estímulo agradable, pueden ser tiempo-fuera de reforzamiento y coste de Respuestas; también se utiliza la sobrecorrección.

3.6.4 Autocontrol

En el trabajo de Rosa, Sánchez y Olivares (1999) el autocontrol es definido como la capacidad que tiene la persona para lograr modificar la ocurrencia de determinada respuesta con base en el aprendizaje de diversas estrategias que le sirven para implementación de alternativas óptimas en términos adaptativos.

Como se puede leer en la definición anterior, el concepto de autocontrol es retomado de los postulados del conductismo, que en sus inicios hacía un mayor énfasis en las situaciones de carácter experimental o de laboratorio, sin embargo, dichas acepciones se trasladaron más tarde al ámbito clínico.

Rosa et al. (1999) entienden las técnicas de autocontrol como “procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a las personas estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo” (p.24).

El autocontrol incluye tanto la ejecución como la inhibición de conductas,

dependiendo del caso. Para Kanfer el autocontrol incluye *la autoobservación*, en la que la persona se centra en su comportamiento, qué piensa, siente y los elementos que están vinculados a esto; *la autoevaluación*, en la que compara su comportamiento con su ideal o expectativas y *el autorreforzamiento*, en el que intervienen reforzadores tanto encubiertos como externos propiciados por la propia persona.

Aunado a esto, Rosa, Sánchez y Olivares (1999) enfatizan en la importancia que tiene el hecho de que la persona asuma un papel activo en el proceso y el compromiso que esto conlleva. Para desarrollar un programa de autocontrol se debe de:

- 1) *Favorecer el compromiso al cambio* mediante la motivación y la práctica de nuevas habilidades, a pesar del coste que pueda implicar por no continuar con los comportamientos anteriores, las ayudas externas pueden resultar útiles para la adherencia al tratamiento, así como hablar de los beneficios que se pueden obtener a largo plazo y la percepción de su propia eficacia.
- 2) *Especificar y evaluar el problema* identificando las circunstancias en las que aparecen las conductas, para estos casos es recomendable hacer uso de la autoobservación y autorregistros, también se debe de establecer la conducta en términos objetivos y cuantificables.
- 3) *Planificar los objetivos de cambio* en donde se establece el criterio de cambio al que se desea llegar, en este paso debe colaborar el usuario estableciendo metas claras y reales ordenándolas por nivel de complejidad pues esto influye en la percepción de su autoeficacia.
- 4) *Diseñar y aplicar las estrategias de cambio*, haciendo uso de diferentes técnicas y llevando un seguimiento mediante autoobservación y autorregistro.
- 5) *Potenciar el mantenimiento y prevenir recaídas*, no sólo eliminando conductas inadecuadas sino dotando de habilidades que permitan a la persona afrontar de manera correcta nuevas problemáticas.

Referente a las técnicas, se pueden emplear algunas como lo son la observación y registro, el entrenamiento en respuestas alternativas que establecen nuevas pautas de comportamiento o rompen una cadena de conducta, el contrato conductual en el

que se establecen normas respecto al nuevo comportamiento y las consecuencias que le siguen a su ejecución u omisión, técnicas de planificación ambiental incluyendo las de control estimular influyendo en factores que anteceden a la conducta y que facilitan o inhiben la presentación de la misma, las estrategias cognitivas que intenta bloquear los pensamientos que interfieren con la meta que se ha establecido, las técnicas de programación conductual que engloban a su vez las técnicas de autorreforzamiento y autocastigo que sirven para que el individuo administre sus propias consecuencias (Carrasco, 2008).

3.6.5 Técnicas de condicionamiento encubierto

El condicionamiento encubierto creado por Joseph Cautela en 1967 es un modelo teórico que consiste en la aplicación de varias técnicas que se basan en la imaginación, para lograr determinada respuesta, por lo tanto, cuando se aplica el condicionamiento encubierto sólo es necesaria la utilización de la imaginación para lograr el cambio de la conducta (Caballo, 1995 y Santamaría et al., 2010).

Por otro lado, autores como Terrace (1971) mencionan que el condicionamiento encubierto es mediado por el historial de reforzamiento que ha tenido o presenciado la persona, el cual permite que el individuo sea capaz de imaginar la consecuencia que determinado comportamiento puede tener dentro del ambiente y cómo eso le puede afectar.

A continuación, se mencionan las principales técnicas utilizadas para el procedimiento de condicionamiento encubierto (Dahab, Rivadeneira, y Minici, 2005 y Santamaría et al., 2010):

- Sensibilización encubierta, el castigo es contingente la respuesta que se planea decrementar.
- Reforzamiento encubierto.
- Reforzamiento negativo encubierto, se utiliza con usuarios que tienen dificultad de imaginar reforzamientos positivos.
- Extinción encubierta.
- Costes de respuesta encubierto.
- Modelado encubierto.

3.6.6 Técnicas de habilidades de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.140).

De esta manera, el afrontamiento se divide en dos formas. La primera es la que está dirigida al problema, que se caracteriza por buscar una solución para la situación estresante que presenta el sujeto. La segunda está dirigida a la emoción que busca reducir la respuesta emocional negativa (Lazarus y Folkman,1986 y Pérez y Rodríguez, 2011).

A continuación, se mencionan las principales técnicas de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman,1986; Londoño et al., 2006 y Pérez y Rodríguez, 2011:

- Búsqueda de alternativas,
- Conformismo,
- Control emocional,
- Evitación emocional,
- Evitación comportamental,
- Evitación cognitiva
- Reacción agresiva
- Expresión emocional abierta
- Reevaluación positiva
- Búsqueda de apoyo social
- Búsqueda de apoyo profesional
- Religión
- Refrenar el afrontamiento

3.6.7 Inoculación del estrés

El proceso de inoculación del estrés “consiste en desarrollar las habilidades del sujeto para responder a los estímulos estresantes, a través de un método de imitación de destrezas de forma que sean reducidas al mínimo las emociones perturbadoras e incrementa el comportamiento adaptativo” (Polaino, 1982, p.42).

Por otro lado, Esteve (2009) define el proceso de inoculación del estrés como la

aparición gradualmente de estímulos estresores con el fin de que la persona pueda afrontar dichas situaciones de una manera adaptativa, pasando de ejemplos generales y particulares, esto con la ayuda de técnicas de imaginación y ejercicios de role playing.

Meichenbaum (1987) menciona que entre las principales funciones para las que se utiliza la inoculación del estrés son que los usuarios aprendan sobre qué es el estrés y el afrontamiento, entrenarlos en autocontrol, modelar de tal manera que el individuo logre presentar las conductas adecuadas de afrontamiento, que la persona logre discriminar los estímulos que requieren de esta nueva forma de comportamiento y lo logre aplicar en su vida cotidiana.

El proceso de inoculación del estrés consiste en las siguientes tres fases (Esteve, 2009; Meichenbaum, 1987; Polaino, 1982 y Sánchez, Comeche, y Mas 2002):

- Fase de conceptualización
- Adquisición de habilidades y fase de ensayo
- Fase de aplicaciones y consolidación.

3.7 Evidencia empírica de la TCC en el manejo de estrés académico

Dyrbye, Thomas y Shanafelt (2005), tras haber realizado una revisión en la literatura sobre las causas y consecuencias del estrés académico, proponen que las intervenciones que se hagan deben estar enfocadas en crear un ambiente de aprendizaje enriquecedor, identificar a los estudiantes con mayores niveles de EA para realizar la intervención, enseñar habilidades para el afrontamiento del estrés y crear estrategias de prevención ante este fenómeno.

Díaz, Ortigoza, Díaz y Castillo (2005) realizaron un estudio con el objetivo de implementar una intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de la carrera de medicina, para la evaluación se utilizó el Inventario SISCO del Estrés Académico.

La intervención estaba enfocada en brindar elementos educativos y psicológicos, como recursos para el manejo del estrés académico, durante las sesiones se trabajó encuadre, estresores del contexto académico, técnicas psicológicas para el alivio del estrés, musicoterapia, técnicas de afrontamiento, autoestima y apoyo social. Los resultados arrojaron que se disminuyó el nivel de estrés académico en los

estudiantes y mejoraron las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución del problema.

Asimismo, Villarroel y González (2015) realizaron un estudio con el fin de comprobar la eficacia de la TCC al reducir el estrés en estudiantes universitarios, para la evaluación se aplicó la escala de estrés percibido (PPS) y el cuestionario de pensamientos negativos (ATQ). El programa consistió en cinco sesiones en las que se aplicaron las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, relajación muscular progresiva de Jacobson, adiestramiento en autoinstrucciones y administración del tiempo. Se obtuvo como resultado la disminución de estrés y pensamientos negativos.

Por último, en este capítulo se analizaron los antecedentes de la TCC y se describió como un modelo terapéutico que tiene por objetivo lograr un cambio en el usuario a nivel conductual y cognitivo mediante la eliminación o modificación de conductas desadaptativas, para lograr dicho cambio la TTC cuenta con varias técnicas, sin embargo, para la disminución del estrés académico, se trabaja principalmente con relajación, desensibilización sistemática, técnicas operantes, autocontrol, técnicas de condicionamiento encubierto, técnicas de habilidades de afrontamiento e inoculación del estrés. En el siguiente capítulo se describirán las terapias de segunda generación, así como su funcionamiento para la disminución del estrés académico.

4. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

4.1 Fundamentos teóricos y principios básicos

Hayes hizo una diferenciación en tres etapas sobre la terapia de la conducta. La primera generación comenzó en los años 50, en la cual se brindó una base científica a la psicología, donde los paradigmas básicos fueron el condicionamiento clásico y operante. La segunda generación surgió en los años 70 con la terapia cognitivo conductual (TCC), la cual trabaja sobre la premisa de que las cogniciones son las causantes de los problemas reportados por el usuario (Vásquez, 2016).

Por otro lado, las terapias de tercera generación (TTG) a diferencia de sus inicios con la terapia de la conducta que basaba todo su desarrollo y aplicación en las investigaciones experimentales de la psicología conductual o de la segunda etapa en la que se tomó en cuenta el papel de la cognición para el desarrollo de las técnicas; buscan resolver las limitaciones que ambas terapias han tenido tomando en cuenta factores como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Las TTG o tercera ola de terapias cognitivas y conductuales tuvieron sus inicios en la década de 1990 (Pérez, 2006), pero hasta el año 2004 es definida por Hayes (2004) de la siguiente manera:

“es sensible al contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a su forma, y por lo tanto tiende a enfatizar estrategias fundamentadas en el contexto y la experiencia, además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, en vez de únicamente eliminar problemas ya definidos, para enfatizar la relevancia de los problemas que examinan tanto para el clínico como para el usuario. La tercera ola reformula y sintetiza generaciones anteriores de la terapia cognitiva y conductual y los lleva a preguntas, problemas y dominios anteriormente abordados principalmente por otras tradiciones, con la esperanza de mejorar tanto comprensión como resultados” (p.658).

Entre las diferencias de la TTG con las dos generaciones destacan (Hayes, 2004; Mañas, 2012 y Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012):

- Los cambios de primer orden dejan de ser la única alternativa
- Se comienza a utilizar el contextualizo funcional
- Hay un mayor énfasis en la experiencia subjetiva de la persona
- Se enfocan en la modificación de la función psicológica de la conducta de interés, a través de un cambio contextual.
- Se aborda el evento de trabajo de forma holística
- Abordan variables de corte cognitivo y existencial-humanista
- Abandonan el modelo de déficit, patología o carencia
- El criterio de eficacia radica en la consecución de metas valiosas
- Los principios generales del tratamiento son la activación y la aceptación
- El mecanismo causal es explicado como la condición humana posible al relacionarse con su entorno

Los dos principios fundamentales de las TTG son en primer lugar la aceptación, que busca abandonar la evitación experiencial al lograr aceptar tanto el malestar como los síntomas como parte de cotidianidad diario. El segundo principio es la activación en donde el cambio conductual está dirigido a los logros en vez de los síntomas eliminados (Ruiz, et al., 2012).

Por otro lado, los cimientos filosóficos de las TTG están basados en el contextualismo funcional, el cual tiene como metáfora el acto en el contexto, por lo que, enfatiza en que el evento sólo puede ser comprendido y analizado por medio del contexto, asimismo su criterio de verdad está basado en el pragmatismo, ocasionado que los criterios para el cumplimiento de metas y objetivos están basados en la verdad pragmática.

“Cuando un contexto incluye la fusión cognitiva y la evitación experiencial, los pensamientos, sentimientos y recuerdos, frecuentemente funcionan de forma dañina e interferente con la vida” (Ruiz et al., 2012, p.521), sin embargo, cuando se incluye la aceptación en estos contextos, aunque las variables mencionadas se mantengan igual, la forma en que afectan a la persona cambian.

Para terminar, entre las aportaciones de esta nueva generación se encuentra “la

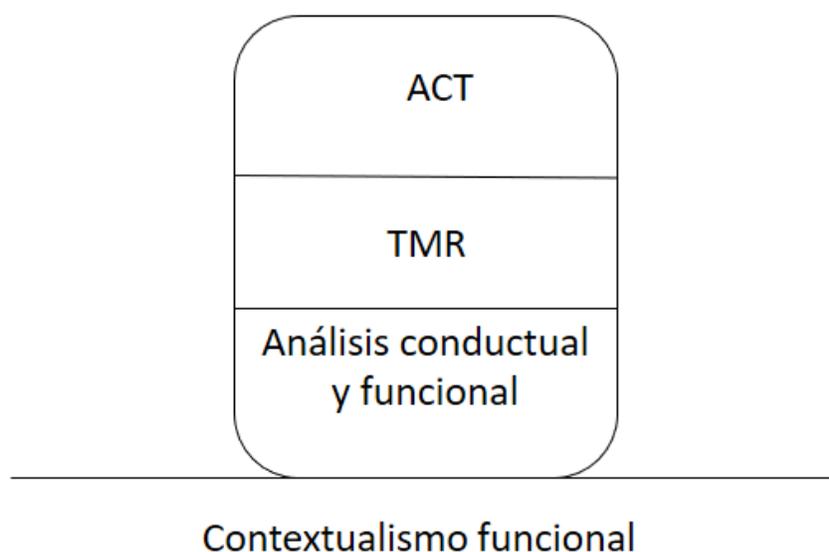
recuperación de las raíces contextuales de la terapia de conducta, las cuales habían sido abandonadas en la segunda generación, a la sazón dominada por la terapia cognitivo-conductual” (Pérez, 2006, p.159) y nuevo enfoque de trabajo donde el problema ya no se encuentra en la persona, sino que es externo.

4.2 Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)

4.2.1 Marco teórico y conceptual

El primer artículo donde se menciona la terapia de aceptación y compromiso (ACT) fue publicado en 1984 por Hayes. Asimismo, Barraca (2007) menciona que la ACT “postula la necesidad de abandonar los esfuerzos para desembarazarse de las sensaciones, los pensamientos o sentimientos aversivos y aceptarlos tal como son” (p.761), de aquí que surjan conceptos como la evitación experiencial y los valores personales, que guían a la persona para lograr su realización personal.

Por otro lado, es definida como un tipo de “psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva basada en la Teoría de los Marcos Relacionales, teoría del lenguaje y de la cognición humana que se encuadra dentro del conductismo radical, y que considera las cogniciones como conductas, sujetas a las mismas leyes” (Ruiz, et al., 2012, p.522). Estas mismas autoras retoman la metáfora del edificio de Harris y Hayes, (2009) para describir el desarrollo de la ACT, el cual se muestra a continuación:



Como se puede observar la ACT parte del contextualismo funcional, el cual es “una variedad específica del contextualismo, cuya premisa básica es la predicción y la influencia de eventos con un amplio nivel de precisión, alcance y profundidad” (Vargas y Ramírez, 2012, p.102), de esta manera los elementos conductuales son explicados en términos de variables contextuales, las cuales tienen como consecuencia una influencia directa en el comportamiento.

Además, esta terapia retoma la Teoría del Marco Relacional (TMR) la cual tiene sus orígenes en las premisas de que en un entrenamiento de igualación a la muestra “A-B y B-C se derivarán sin entrenamiento explícito B-A y C-B (simetría), A-C (transitividad) y C-A (combinación de simetría y transitividad o equivalencia), formándose así una clase de equivalencia entre los estímulos A, B y C que serían funcionalmente intercambiables” (Gómez, López y Mesa, 2006, p.493). De esta manera las principales relaciones que se abordan dentro de la TMR son las siguientes:

Relaciones de vínculo mutuo	Sí $A=B$ y $B=C$, entonces $B=A$ y $C=B$
Relaciones de vínculo combinatorio	Sí $A=B$ y $B=C$, entonces $A=C$ y $C=A$
Transformación o transferencia de funciones	Las funciones de E se pueden transferir a otro E que mantenga una relación

Entre los principales problemas en los que se aplica la ACT destacan ansiedad, mejoramiento de actividades deportivas, alcoholismo, violencia de pareja, trastornos alimentarios, casos de burnout, TOC, casos de epilepsia, fobia social, problemas de hipersexualidad, consumo de drogas, diabetes, depresión, esquizofrenia, psicosis, trastornos de la personalidad, tricotilomanía y estrés (Mañas, 2012).

4.2.2 Estructura y procedimiento de ACT

Ruiz et al. (2012) mencionan que el objetivo de la ACT es “producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación experiencial prevalece y no permite a la persona vivir con plenitud” (p.528). De esta manera no hay pasos fijos para la realización de esta terapia, ya que, su procedimiento consiste en una guía flexible que cuenta con diferentes estrategias, que depende de lo que el usuario reporte como conducta de interés

A continuación, se muestran los principales recursos clínicos para abordar la ACT (Barraca, 2007; Ruiz et al., 2012; León, Lahera y López, 2014 y Vargas y Ramírez, 2012):

- Desesperanza creativa. Tiene por objetivo lograr que el usuario se dé cuenta de los intentos que ha realizado para solucionar su problema no han sido eficaces y, por ende, empiece a generar nuevas alternativas.
- Orientación hacia valores. El usuario establece sus metas de acuerdo a sus creencias sobre la forma en que la que actúa y modifica aquellas relaciones que le impiden llegar a dichas metas.
- La estrategia de control de los eventos privados es el problema, no la solución.
- Aceptación. Consiste en vivir la experiencia al aceptar los sentimientos, emociones y pensamientos que se están teniendo y dándose cuenta que la persona no es el problema.
- Defusión cognitiva. Modificar el uso del lenguaje y cogniciones de tal manera que se alteren las relaciones de los eventos privados, de tal manera que las emociones sean apreciadas como sólo emociones, al igual los pensamientos y sentimientos.
- El yo como contexto. En esta fase se desvincula la construcción del “yo” de los recuerdos, pensamientos y emociones.
- La acción comprometida. El usuario acepta cumplir con sus metas, a pesar de las dificultades que se pueden presentar para cumplirlas.

4.3 Terapia Analítico-Funcional

Fernández (2006) describe a la terapia Analítico-Funcional (PAF) como:

“La Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) se basa en los principios de la filosofía conductual radical y el análisis de la conducta clínica, y forma parte de las terapias contextuales de la conducta. Se elaboró sobre el análisis conductual del ambiente psicoterapéutico, y acentúa las contingencias que ocurren en el contexto terapéutico, la equivalencia funcional, el reforzamiento natural, y el moldeamiento. Esta terapia pretende ir más allá del entrenamiento de habilidades,

para ser un contexto para el aprendizaje a través de la propia experiencia” (p.203).

La PAF tiene sus bases en el conductismo radical, debido a que el cambio es producido por las contingencias de reforzamiento que surgen en la relación terapéutica, las cuales tienen mayor cercanía e implicación en dicha relación. Para este aspecto se retoma la definición de Skinner (1957) de conducta verbal como la “conducta reforzada a través de la mediación de otras personas, no pretendemos, ni podemos, especificarla en ninguna forma, modo o medio” (p.14). El reforzamiento de dicha conducta es explicado con lo que Skinner denomina control de la audiencia, la cual se presenta cuando el medio social o contexto en el que se encuentra la persona, brinda un reforzamiento diferencial en consecuencia de los acontecimientos y cómo la persona hace un relato de los mismos. (Rodríguez, 1998).

Por otro lado, dentro de esta terapia, el término “conducta” es utilizado para referirse a los eventos privados como son pensamientos, sentimientos, recuerdos, emociones o intenciones, es decir, que aquí las cogniciones no son las causantes de la conducta de interés. Asimismo, este procedimiento es dirigido por el análisis funcional de la conducta.

Asimismo, la terapia Analítico-Funcional destaca la importancia de la relación entre el terapeuta y el usuario, ya que, esta terapia “se fundamenta en el análisis y moldeamiento del comportamiento verbal del paciente en tiempo real durante las sesiones de intervención. En este caso, la relación terapéutica se considera un modelo de relación interpersonal a generalizar a la vida diaria” (Kohlenberg et al., 2005, p.349).

La PAF, se encarga de “alterar las funciones de la conducta clínicamente relevante del cliente que se produce en la sesión terapéutica, y esto como medio para cambiar la conducta real que es objeto de tratamiento” (Rodríguez, 1998, p.86). Para lo anterior, surgen por aspectos sumamente importantes, el primero de ellos es el reforzamiento, el cual proviene de la reacción del terapeuta ante la respuesta del usuario y el segundo es la conducta verbal, la cual es considerada como el principal material clínico generado por la terapia.

En cuanto a la aplicación de la PAF, se deben tener cuenta tres puntos, los cuales son, el reforzamiento que ya ha sido explicado anteriormente, la generalización y la especificación de las conductas clínicamente relevantes (CCRs), las cuales se dividen en tres (Kohlenberg y Tsai, 1991 y Patrón, 2011):

- Los problemas del cliente que se manifiestan en la sesión, es decir, los motivos que propiciaron que el usuario asista a terapia.
- Las mejorías del cliente que se producen en la sesión, son los cambios que tiene el usuario en su repertorio conductual que le son benéficos, además, estos deben ser reforzados por el terapeuta y generalmente se utiliza el RDI o RDO.
- Las explicaciones que proporciona el cliente acerca de su conducta, en este punto el usuario explica las causas de sus “problemas” con relaciones de conducta-conducta, por lo que el terapeuta debe enseñarle a realizar un análisis funcional que le permita comprender la relación contingencial de su conducta y pueda dar nuevas alternativas para la misma.

En lo que respecta a la generalización, al ser el ámbito clínico un ambiente artificial, debe tenerse especial cuidado en comenzar a reforzar las conductas más similares a las que se desean lograr, para que de esta manera la persona logre ir generalizando estos comportamientos en los ámbitos cotidianos de su vida y no sólo se quede la respuesta en el consultorio.

Para la aplicación de esta terapia Kohlenberg y Tsai (1991) recomiendan los siguientes aspectos:

- Reforzar todas las respuestas verbales del usuario relacionadas con los estímulos presentes en el ámbito terapéutico.
- Propiciar relaciones entre eventos que ocurren tanto en el ambiente clínico como en la vida cotidiana.
- Propiciar la manifestación de sugerencias, deseos y peticiones.
- Utilizar la información que el usuario da sobre su vida, como metáforas para ejemplificar las nuevas metas.

Entre las principales aplicaciones de la PAF destacan los casos de depresión, dolor

crónico, trastorno por estrés postraumático y trastornos de la personalidad (Fernández, 2006).

4.4 Terapia Dialéctica Conductual

4.4.1 Fundamentos teóricos

La terapia dialéctica conductual o conductual dialéctica (TDC) desarrollada por la psiquiatra Marsha Linehan a finales de los años noventa “se basa en principios conductuales y cognoscitivos e incorpora elementos del zen. Es un tratamiento desarrollado y evaluado con mujeres que no sólo presentaban trastorno límite de la personalidad (TLP), sino que, además, tenían historias de intentos de suicidio” (Gempeler, 2008, p.136).

La TDC se fundamenta en la teoría biosocial del TLP, la cual explica que la variable con mayor influencia es la desregulación emocional, que es causada por una extrema vulnerabilidad emocional y un contexto invalidante, siendo la vulnerabilidad emocional “la alta sensibilidad y labilidad que presentan las personas con TLP frente a los estímulos emocionales negativos, manifestando una reactividad emocional de gran intensidad, con fácil activación de emociones intensas en situaciones en las que no es esperable” (Ruiz et al., 2012, p.536).

El contexto invalidante es la presentación de manera errática e inapropiada de respuesta ante las experiencias del usuario, generalmente vividas durante la infancia. Además, se caracteriza por el rechazo de las respuestas del individuo, el reforzamiento intermitente de la escalada emocional y sobresimplifica, es decir, la persona aprende a responder con grandes índices de frustración ante el fracaso (Ruiz et al., 2012 y Vásquez, 2016).

Linehan define el componente dialéctico como el balance entre la aceptación y el cambio (Gempeler, 2008), siendo así que la dialéctica cobra un papel en esta terapia ya que, gracias a este balance es que se logra el cambio conductual (Ramírez y Vargas, 2012), dando solución a las limitaciones que impedían completar el tratamiento de personas con TLP.

Gempeler (2008), Ramírez y Vargas (2012), Ruiz et al. (2012), Vargas (2012) y Vásquez (2016) concuerdan en que las principales aplicaciones de esta terapia son:

- Trastorno límite de la personalidad

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de control de los impulsos
- Ira
- Impulsividad

4.4.2 Estructura y procedimiento

Para trabajar la TDC hay diferentes modalidades, que se describen a continuación:

- Terapia individual. Se trabaja la generalización de habilidades en sesiones semanales.
- Entrenamiento de habilidades. Tienen por objetivo lograr la adquisición y fortalecimiento de las nuevas habilidades
- Consulta telefónica. Se puede dar durante el período de espera entre las sesiones programadas para dar buenas noticias o en caso de crisis
- Terapia de los familiares. Para lograr un resultado más eficaz se les brinda psicoeducación a los familiares del usuario, asimismo, se trabaja la disminución de la emoción expresada.
- Terapia de los terapeutas. Aquí se brinda supervisión a los terapeutas y se les brinda las herramientas para el manejo del estrés.

El tratamiento se divide en (Gempeler, 2008; Ramírez y Vargas, 2012; Ruiz et al., 2012; Vargas, 2012 y Vásquez, 2016):

- Pretratamiento. Se realiza la evaluación del usuario, se da una orientación, que le permita al usuario realizar un compromiso con la terapia y después se realizan los objetivos y acuerdos entre el usuario y el terapeuta.
- Fase 1 del tratamiento. Por medio de cuatro metas se intenta que el usuario logre cambiar su comportamiento descontrolado a uno controlado.

Meta 1. Reducir y eliminar los comportamientos que atentan contra su vida

Meta 2. Reducir y eliminar los comportamientos que interfieren con el tratamiento

Meta 3. Disminuir los comportamientos que atentan contra la calidad de vida del usuario.

Meta 4. Que le usuario aprenda a centrarse en el presente, manteniendo relaciones

adecuadas al entender y tolerar emociones

- Fase 2 del tratamiento. Se trata de reducir la evitación experiencial, mediante la meta de experimentar sentimientos en forma adecuada.
- Fase 3 del tratamiento. Esta fase consiste en que el usuario logre construir una vida propia al resolver sus problemas y busque una mayor estabilidad, mediante la meta de aumentar auto respeto, incrementar calidad de vida.
- Fase 4 del tratamiento. Se trabaja desde el zen para que el usuario tenga un trabajo espiritual, bajo la meta de trabajo espiritual y libertad.

Por último, Gempeler, (2008) menciona que las estrategias con las que se trabaja se dividen en:

- Dialécticas. Se busca que el usuario abandone el pensamiento dicotómico y comience a aceptar las diferentes alternativas existentes. Además, el terapeuta debe hacer uso de metáforas, paradojas, mitos, cuentos y demás recursos literarios, para hacer una síntesis de lo expuesto ante el usuario.
- Nucleares. Estas estrategias se dividen en dos, la primera es la validación, en la que hay 6 niveles, que son el interés genuino por el usuario: el entendimiento y reflexión de lo dicho; comprensión de aspectos no comunicados por el usuario; mostrar por qué es causada la conducta; mostrar aspectos razonables de la respuesta del entorno y creerlo capaz de cambio. La segunda es la resolución de problemas.
- Estilísticas. Hacen referencia al estilo de comunicación y se dividen en comunicación recíproca e irreverente.
- Dirección de caso. Se puede trabajar asesorando a paciente, interviniendo en el entorno, supervisando y asesorando.
- Integradas. Es la mezcla de dos o más de las estrategias anteriores.

4.5 Terapia Conductual Integrada de Pareja

La terapia conductual integrada de pareja (TCIP) en los postulados de Neil Jacobson y Gayla Margolin en 1979, ya que, ellos proponen que los problemas de pareja son causados por el déficit de los miembros de la misma en habilidades de solución problemas en conjunto, intercambio de comportamientos positivos y

comunicación. Esta terapia ha sido probada empíricamente dando buenos resultados con parejas en situación de crisis (Morón, 2006).

Vargas y Ramírez (2013) describen a la TCIP como “propuesta de intervención psicoterapéutica, la cual hace hincapié en que las personas acepten patrones de comportamiento considerados como inadmisibles en sus parejas” (p.54). Esta terapia tiene su origen en el conductismo radical y retoma los postulados del contextualismo.

Morón (2006) señala que terapia integral de pareja utiliza las siguientes dos intervenciones:

- I. Intercambio conductual. Para lograr la satisfacción de la relación se promueve el intercambio de comportamientos positivos entre los integrantes de la pareja, para ello se dejan tareas que fomenten los cambios deseados en el ambiente real de la pareja, además, se hace hincapié en el seguimiento de reglas, lo que genera que el repertorio sea menos flexible y de esta manera no se presenten cambios en las contingencias ambientales que antes ocasionaban los problemas en la relación.
- II. Entrenamiento en resolución de problemas y comunicación. Brinda las herramientas necesarias a los miembros de la pareja para poder afrontar de manera exitosa los problemas en el futuro, lo cual es interpretado por la pareja una manera de prevención ante los futuros conflictos que podrían generarse por la carencia de estas habilidades.

Para comparar las dos intervenciones anteriores Jacobson (1984) realizó un experimento en que obtuvo como resultados que si sólo se aplica el intercambio conductual hay un progreso más rápido, pero los resultados no se pueden mantener y tienden a decaer. A diferencia, de dar el entrenamiento en resolución de problemas y comunicación, que, si permite el mantenimiento y generalización de los resultados, por lo anterior es que se recomienda hacer uso de ambas estrategias, para obtener resultados significativos.

Dentro de este enfoque son tres los patrones destructivos que caracterizan los conflictos de pareja, el primero de ellos es la coerción mutua, es decir, que después haber pasado mucho tiempo juntos alguno de los integrantes de la pareja intenta

cambiar el comportamiento de la otra persona. El segundo es la difamación que ocurre cuando la coerción mutua incremental ocasionando que los miembros de la pareja vean al otro como deficiente y el tercero es la polarización que se presenta cuando las formas de relacionarse con el otro son más extremistas debido a los dos puntos antes mencionados (Fernández, 2018).

Borrero (2012), indica que para realizar la intervención en esta terapia es necesario trabajar con dos componentes clave que son la aceptación y el cambio. En primera instancia para trabajar la aceptación las estrategias que se utilizan son la unión empática acerca del problema, el desapego unificado, la tolerancia este último con el fin de que la pareja pueda recuperarse rápidamente de los conflictos que se les presentan. Por otro lado, como ya se mencionó anteriormente para el cambio se trabajan el intercambio conductual y el entrenamiento en resolución de problemas y comunicación.

Por último, Vargas y Ramírez (2013) proponen los siguientes requisitos como fundamentales para que el terapeuta pueda llevar a cabo la intervención:

- Atención a material relacionado al análisis funcional:
- Aceptación
- Habilidad en el uso del lenguaje de forma que se adecue a las particularidades de los consultantes
- Sensibilidad al contexto
- Habilidad para descubrir y mantener el foco en la formulación
- Habilidad para mantener una atmósfera

4.6 Terapia de Activación Conductual

En 2010, Barraca define la terapia de activación conductual (TAC) como un “procedimiento bien estructurado, aunque flexible y con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo” (p.184). Al igual que en las terapias anteriores, se hace hincapié en el análisis funcional y el contextualismo.

Aunado a lo anterior, para comprender el origen de la TAC es necesario retomar a Skinner con sus trabajos sobre la relación entre los factores ambientales y el

comportamiento, pero es hasta los trabajos de Ferster (1973) y Lewinsohn (1974) que se da una explicación funcional tanto de la depresión como de la activación conductual.

En primera instancia la teoría de Fester propone que la depresión es ocasionada por un aumento en respuestas de evitación y escape, las cuales se presentan a la par de un decremento en la presentación de las conductas ajustadas a las demandas del contexto, por ello, es que estos fenómenos deben ser analizados de forma funcional para de esta manera establecer las relaciones contingenciales que basadas en la ejecución de actividades reforzantes que logren un cambio en dichas conductas (Bianchi y Muñoz, 2014).

En segundo lugar, la teoría de Lewinsohn propone como eje central de la depresión el refuerzo poco contingente por parte del contexto, asimismo, señala que las personas con depresión decrementan sus habilidades sociales, generando una evitación social, siendo que con base en lo anterior, este autor afirma que para disminuir las respuestas de depresión es necesario que la intervención este diseñada a la programación de actividades que logren incrementar las tasas de refuerzo positivo para el usuario (Bianchi y Muñoz, 2014).

Por otro lado, la depresión es explicada desde AC desde un punto de vista contextualista, ya que, se entiende como un grupo de conductas dadas a partir de un determinado contexto, por lo que las consecuencias dependen de la historia personal y el medio ambiente, en vez de únicamente las cogniciones o respuestas físicas como se creía anteriormente (Pérez, 2007). En consecuencia, de lo anterior es que la AC se enfoca en lograr cambios en la interacción con el ambiente para modificar las respuestas de la persona ante este.

A continuación, se muestran los pasos señalados por Vargas (2018), para llevar a cabo la AC:

- I. Redacción por parte del usuario y terapeuta de los reforzadores que están manteniendo la conducta de interés, así como actividades que propicien su modificación.
- II. El usuario propone metas conductuales, las cuales serán evaluadas por el terapeuta

- III. Mediante reforzadores y en ocasiones castigos, se crea un diseño para modificar la conducta del usuario
- IV. Se evalúan los resultados

Además, también existen diez principios para llevar a cabo la AC, los cuales son:

- I. Cambiar la forma en cómo se hacen las cosas, cambia la forma en la que se sienten
- II. Algunos comportamientos son los que mantienen la depresión
- III. Lo que ocurre antes y después del comportamiento permite establecer las actividades necesarias para disminuir la depresión
- IV. La vida debe guiarse a través de un plan, en vez de un estado de ánimo
- V. Los cambios van de lo general a lo particular
- VI. Enfocarse en las actividades que son más reforzantes
- VII. El terapeuta tiene el papel de facilitador
- VIII. La AC requiere de procesos de desarrollo de diversas alternativas, así como su evaluación
- IX. Hacer las cosas
- X. La AC es un trabajo en equipo entre el terapeuta y el usuario

Bianchi y Henao (2015) mencionan que hay tres vertientes de la AC, siendo la primera, propuesta por Bianchi y Henao (2015) en la que se “identifican patrones evitativos que pueden estar manteniendo la depresión y promueve incrementar actividades placenteras o productivas que pueden proveer refuerzo positivo, por ende, mantenerse, con la subsecuente mejora en el estado de ánimo” (p.71).

Para terminar, se puede afirmar que en la actualidad la terapia de activación conductual ha probado su eficacia clínica mediante diversas investigaciones y estudios de casos, por lo cual es que se ha logrado incorporar en los nuevos manuales psicológicos (Barraca, 2010).

4.7 Mindfulness

4.7.1 Definición de mindfulness

El surgimiento del mindfulness fue en la cultura budista con la figura de Siddharta Gautama hace 2500 años, siendo el iniciador de esta tradición religiosa y filosófica el buda Shakyamuni. Mindfulness es un término que se utiliza para traducir de la lengua pali la palabra “sati” que denota conciencia, atención, recuerdo que en castellano es traducido como atención o consciencia plena. El mindfulness tuvo su auge en occidente en Estados Unidos con Kabat Zinn quien en 1978 lo aplicó en un programa de reducción del estrés (Bennett y Dorjee, 2015; Moñivas, García, G. y García R., 2012; Parra, Montañés, J., Montañés, M. y Gutiérrez, 2012; Ruiz et al., 2012 y Vásquez, 2016).

“un nuevo recurso interno que permite ser consciente de los patrones reactivos automáticos y evolucionar hacia una relación con la experiencia más genuina y menos condicionada, aportando al sujeto la capacidad de elaborar respuestas de calidad ante los estímulos. Hecho que tiene repercusiones directas en sus niveles de salud y en el sentimiento de bienestar y felicidad” (Moñivas et al., 2012, p.85).

Por otro lado, Parra et al. (2012) definen el mindfulness como una “aproximación para incrementar la conciencia y responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al distress emocional y al comportamiento desadaptativo” (p.30). Estos autores también mencionan se trata de lograr consciencia plena de estímulos externos e internos para aceptarlos de tal manera que la persona viva la experiencia plena de aquí y el ahora.

Para Vásquez (2016) el mindfulness consiste en

“entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, tratando de sacarlas de la tiranía del lenguaje y, por lo tanto, del prejuicio y subyugación a las categorías y conceptos. Como proceso psicológico, mindfulness, supone focalizar la atención en lo que estamos haciendo o sintiendo, para ser conscientes del devenir de nuestro organismo y conductas. Para ello hay que pasar de la

reactividad de la mente (respuestas automáticas e inconscientes) a la responsabilidad (respuestas controladas y conscientes), es decir sacar a la mente del piloto automático” (p.44).

El mindfulness tiene aplicaciones para el manejo de estrés, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de conducta alimentaria, somatización, trastornos de personalidad, dolor, cáncer, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, esclerosis múltiple, fibromialgia y artritis reumatoide (Bennett y Dorjee, 2015; Moñivas et al. R., 2012; Parra et al., 2012; Ruiz et al., 2012 y Vásquez, 2016).

Para terminar, es importante decir que Bennett y Dorjee (2015) explican que además del interés clínico existe un creciente interés en desarrollar por medio del mindfulness habilidades de atención plena en el contexto de la educación como un medio para mejorar el bienestar psicológico junto con las habilidades relacionadas con el trabajo y el rendimiento de los niños y adolescentes.

4.7.2 Componentes

Los componentes del mindfulness son los siguientes (Brito, 2011; Rosenzweig, Reibel, Greeson, y Brainard, 2010; Ruíz et al., 2012 y Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998):

- Atención al momento presente

Atención sostenida

Cambio atencional

No elaborar pensamientos, sentimientos y sensaciones a medida que surjan.

- Apertura a la experiencia
- Aceptación
- Dejar pasar
- Intención

4.7.3 Programa de reducción del estrés basado en mindfulness

4.7.3.1 Estructura

Desde un enfoque de psicoeducación el programa se lleva a cabo en 8 sesiones por semana que duran 2 horas y media. Durante el programa se practica yoga, se

dan instrucciones guiadas de mindfulness, a la par de una práctica de meditación de entre 45 y 60 minutos, para llegar a la consciencia de la vida cotidiana, dando como resultado una meditación formal y la práctica informal de mindfulness (Ruiz et al., 2012)

- Meditación formal. La práctica de lo enseñado a los participantes, además, ellos deben practicar 45 minutos al día
- Práctica informal. Aplicar el mindfulness en las diferentes situaciones diarias

4.7.3.2 Técnicas

Las técnicas aplicadas para este programa son las siguientes (Brito, 2011; Rosenzweig, Reibel, Greeson, y Brainard, 2010; Ruiz et al., 2012 y Shapiro et al., 1998):

- Autoexploración corporal (body scan).
- Meditación mindfulness o vipassana, en posición sentada o bien caminando
- Estiramientos y posturas de Hatha Yoga.
- Atención a la vida cotidiana.
- Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena.

4.7.3.3 Procedimiento

En las primeras dos semanas durante 45 minutos por seis días por semana se lleva a cabo el bodyscan, acompañado de 10 minutos de la meditación sentada. Durante las semanas 3 y 4 el tiempo de práctica es el mismo, pero ahora se alternan el bodyscan y el yoga y la meditación aumenta a 15 o 20 minutos diarios. En las semanas 5 y 6 la meditación sentada incrementa a 30 o 45 minutos diarios, que se alternan con yoga y se da inicio a la meditación al caminar. En la semana 7 por 45 minutos diarios se utiliza el método que haya resultado más cómodo y el participante lo desea puede seguir combinándolos, por último, en la octava semana al menos 2 veces en la semana se debe realizar el bodyscan y continuar con el yoga y la meditación (Aherne, et al., 2016; Brito, 2011; Rosenzweig et al., 2010; Ruiz et al. y Shapiro et al., 1998).

4.7.4 Evidencia empírica

Brito (2011) realizó un Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena, en el que utilizó la meditación para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes y trabajadores de un hospital público semi-rural del sur de Chile. Para la evaluación de los resultados se utilizaron las escalas autoaplicadas de depresión BDI-II de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996) y de Ansiedad SAS de Zung (1971). Los resultados reportados por los participantes fueron contar con herramientas concretas para enfrentar el estrés, mayor conocimiento, auto-aceptación/auto-valorización y autocontrol /disminución impulsividad, aprender a relajarse y descubrimiento de una sabiduría interna.

En 2015 Bennett y Dorjee realizaron una investigación con el propósito de explorar la aceptabilidad y el impacto de un curso de reducción de estrés basado en mindfulness con estudiantes de sexto grado autoseleccionados de género mixto que estudian para General Exámenes de Certificado de Educación (CME). El estudio siguió un diseño controlado no aleatorizado con un seguimiento de 3 meses. Los participantes (11 en el grupo de capacitación, 13 controles) informaron sobre la aceptabilidad del curso después de su finalización. Además, completaron medidas de autoinforme que evaluaban la depresión, la ansiedad, el estrés (DASS 21) y el bienestar (OMS-5) antes del inicio (Tiempo 1), después de su finalización (Tiempo 2) y en el seguimiento (Tiempo 3). También se evaluó el impacto de la participación en el rendimiento académico y las ausencias médicas.

Se encontraron diferencias de efecto entre los grupos de entrenamiento y control en las puntuaciones de depresión en T2 ($d = 0.57$, $p = 0.09$, una cola) y T3 ($d = 0.57$, $p = 0.08$, una cola), con el grupo de entrenamiento más bajo. Además, hubo un efecto en la reducción de la ansiedad de T2 a T3 ($d = 0.74$, $p = 0.07$, dos colas) solo en el grupo de entrenamiento. Los resultados también revelaron una diferencia en el logro académico entre los dos grupos en T3 ($d = 0.65$, $p = 0.08$, una cola), con estudiantes en el grupo de entrenamiento que obtuvieron mejores calificaciones.

En la misma línea Bamber y Schneider (2016) realizaron una investigación teórica sobre 57 estudios con el objetivo de analizar los efectos del mindfulness en casos de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. Los investigadores examinaron

la ansiedad en 40 estudios, el estrés autoinformado en 34, el estrés fisiológico en 11 y la atención plena en 24. Treinta y tres de 40 y 25 de 34 estudios mostraron disminuciones significativas en la ansiedad y el estrés, respectivamente; 22 de 24 mostraron un aumento en la atención plena. El estrés fisiológico tuvo resultados que indican la necesidad de más investigación. En general, la meditación de atención plena es prometedora para reducir el estrés y la ansiedad en los estudiantes universitarios. Además, hay una serie de diferencias en las intervenciones de atención plena, incluida la frecuencia, la duración, el método de instrucción y la inclusión del yoga, que necesitan un examen cuantitativo para determinar cuál es el más efectivo.

En lo que respecta a la población estudiantil de la carrera de medicina, Shapiro et al. (1998), realizaron una investigación con el fin de examinar los efectos a corto plazo de un programa de MBSR durante ocho semanas. Los resultados mostraron que el programa logró reducir el estado autoinformado y la ansiedad característica, los informes de angustia psicológica general, incluida la depresión, aumentaron los puntajes en los niveles generales de empatía, y los puntajes en una medida de las experiencias espirituales evaluadas al final de la intervención.

Aunado a lo anterior, Aherne et al. (2016), realizaron un estudio con el objetivo de examinar las percepciones y las calificaciones de satisfacción después de aplicar un programa de mindfulness en estudiantes de primer año y el segundo año. Realizaron un diseño de pre y postest, obteniendo como resultado que el programa de MBSR se asoció con altos niveles de satisfacción y comentarios positivos, además logró satisfacer las necesidades individuales del participante y promover el medio ambiente para un exitoso programa de autocuidado.

Un estudio similar fue el realizado por Rosenzweig et al. (2010), cuyo objetivo fue examinar la efectividad de la intervención MBSR en estudiantes de medicina. Participaron durante 10 semanas estudiantes de segundo año elegidos para participar en un MBSR de 10 semanas, los cuales se dividieron en grupo experimental y control, para la evaluación se utilizó el Perfil de estados de ánimo (POMS). Los resultados mostraron que hubo alteración del estado de ánimo total mayor en el grupo experimental.

En conclusión, podemos decir que las terapias de tercera generación tratan de solucionar las limitaciones de las dos etapas anteriores, tomando en cuenta variables como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica y los valores. Además, de tomar como base filosófica el contextualismo funcional. De esta manera las terapias dentro de las TTG son la terapia de aceptación y compromiso, la terapia analítico funcional, la terapia dialéctica conductual, la terapia conductual integrada de pareja, la terapia de activación conductual y el Mindfulness, siendo este último el más utilizado en programas de reducción del estrés.

Aunando a lo anterior para este trabajo se implementaron dos talleres de manejo del estrés académico, utilizando las técnicas de TCC para el primero y las técnicas de TG, para el segundo. A continuación, se describe el método utilizado.

5. MÉTODO

Objetivo general

Implementar un taller de manejo de estrés académico con los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Objetivos específicos

Evaluar el nivel de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Identificar el estilo de afrontamiento del estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Reducir los niveles de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Analizar las diferencias entre los niveles de estrés académico de los estudiantes de odontología de la FES Iztacala antes y después de la intervención.

Analizar las diferencias entre los niveles de estrés académico entre el grupo de intervención con técnicas cognitivo-conductuales y el grupo de intervención con técnicas de tercera generación.

Preguntas de investigación

¿Cuál es el nivel de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala?

¿Qué estilo de afrontamiento emplean los estudiantes de odontología de la FES Iztacala ante el estrés académico?

¿Disminuirá el nivel de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala después de la intervención?

¿Existen diferencias entre los niveles de estrés académico de los estudiantes de odontología de la FES Iztacala antes y después de la intervención?

¿Existe alguna diferencia entre los niveles de estrés académico el grupo de intervención con técnicas cognitivo-conductuales y el grupo de intervención con técnicas de tercera generación?

Hipótesis

Existen diferentes niveles de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Predomina un estilo de afrontamiento del estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala.

Si se implementa un taller de manejo de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala, entonces se reducirán sus niveles de estrés académico

Existen diferencias entre la intervención con técnicas cognitivo-conductuales y la intervención con técnicas de tercera generación en la reducción de los niveles de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala

Tipo de diseño

El tipo de diseño fue cuasiexperimental, porque se realizó con la manipulación deliberada de variables y se observó el fenómeno en su ambiente natural para analizarlo, también es transversal debido a que se recolectaron los datos en un sólo momento, para describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014).

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se empleó en este trabajo fue descriptivo comparativo cuasiexperimental, multivariable de grupos independientes, donde se evaluaron los niveles de estrés académico de los estudiantes antes y después de la intervención en un grupo con técnicas cognitivo-conductuales y un grupo con técnicas de tercera generación. El tipo de diseño fue pre-test post-test de grupos independientes con intervención.

Escenario

El escenario en el que se realizaron ambas intervenciones fue en el aula de diplomados de la Clínica Odontológica Ecatepec FESI-UNAM en un horario de 9 a.m. a 1 p.m. Se escogió este escenario debido a que al ser estudiantes que se encontraban realizando su servicio social había disponibilidad para la aplicación de la intervención con dicha población.

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional y los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron se mencionan a continuación:

-Criterios de inclusión: Hombres y mujeres entre 22 y 29 años que sean estudiantes de la carrera de odontología de la FES Iztacala, que estén realizando su servicio social en la Clínica Odontológica Ecatepec FESI-UNAM.

-Criterios de exclusión: Estudiantes de la carrera de odontología de la FES Iztacala, que estén realizando su servicio social en la Clínica Odontológica Ecatepec FESI-UNAM que no puedan asistir a mínimo tres de las sesiones programadas para la intervención o que debido a sus actividades en el servicio social no puedan asistir mínimo a tres horas de las cuatro horas programadas para cada sesión.

Participantes

-Intervención con TCC: Seis estudiantes de la carrera de odontología que cursaban su servicio social en la Clínica Odontológica Ecatepec FESI-UNAM, de los cuales había cinco mujeres y un hombre con edades entre 22 y 24 años.

-Intervención con TTG: Ocho estudiantes de la carrera de odontología que cursaban su servicio social en la Clínica Odontológica Ecatepec FESI-UNAM, de los cuales había cinco mujeres y tres hombres con edades entre 22 y 29 años.

Instrumentos

Uno de los instrumentos que se utilizó fue el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sadín y Chorot (2003), en su versión adaptada la población mexicana por González y Landero (2007), el cual tiene 21 ítems que evalúan 7 formas de afrontamiento, las cuales son solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo emocional y religión; dichas formas de afrontamiento, se agrupan en dos dimensiones planteadas por Lazarus y Folkman (1989) que son el afrontamiento dirigido al problema y a la emoción. Este instrumento está diseñado para

responderse en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos. Es un cuestionario de autoaplicación (anexo1).

El segundo instrumento fue el inventario SISCO, diseñado por Barraza (2006) que delimita las características que suelen acompañar el estrés académico de personas desde nivel de educación media superior hasta nivel posgrado. Además, está conformado por 31 ítems de los cuales hay un ítem filtro, otro de escalamiento tipo Lickert para identificar el nivel de intensidad del estrés académico, ocho ítems para identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores, quince ítems para identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor y seis ítems que identifican la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento (anexo 2).

El tercer instrumento que se utilizó fue el Inventario de Ansiedad de Beck (2011), que tiene por objetivo valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Tiene 21 ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 0 y 63. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo" (anexo 3).

Procedimiento

Para la aplicación de la estrategia de manejo de estrés académico en estudiantes de odontología, se hicieron dos grupos, el primero fue el grupo al que se le aplicaron técnicas de TCC (técnicas de administración del tiempo, TREC, entrenamiento en solución de problemas, relajación e inoculación del estrés) y el segundo grupo al que se le aplicaron técnicas de tercera generación (psicoeducación activación conductual, Mindfulness, terapia de aceptación y compromiso y terapia dialéctico funcional), como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. *Tabla de diseño*

TCC			TTG		
Sesión	Técnica	Duración	Sesión	Técnica	Duración
	Administración del				
1	tiempo	4 horas	1	Psicoeducación	4 horas
2	TREC	4 horas	2	Activación conductual	4 horas
3	Solución de problemas	4 horas	3	Mindfulness	4 horas
4	Relajación	4 horas	4	Terapia de aceptación y compromiso	4 horas
5	Inoculación del estrés	4 horas	5	Terapia dialítico funcional	4 horas

Además, a cada uno de los grupos se les aplicó antes y después de la intervención el Cuestionario de afrontamiento del estrés (Sadín y Chorot, 2003), el inventario SISCO (Barraza, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (2011), con el fin de evaluar su estilo de afrontamiento, nivel de estrés académico y nivel de ansiedad, respectivamente y de esta manera lograr evaluar los resultados de dicha intervención. Las sesiones descritas para cada intervención se pueden observar en los anexos 4 y 5.

La intervención para cada grupo tuvo una duración de 20 horas que fueron distribuidas a lo largo de cinco días en un horario de 9 a.m. a 1 p.m. en el mes de febrero del 2020. Los estudiantes se inscribieron al taller mediante la plataforma de PROSAP de la F.E.S. Iztacala.

Plan de análisis y tabulación

Para determinar si hubo un cambio significativo antes y después de la intervención en los grupos de TCC y TGG se aplicó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon, para cada grupo. Para analizar las diferencias entre los grupos de TCC y TGG se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney.

Los datos demográficos se tabularon en una tabla para cada grupo en las que se pusieron los datos de edad, promedio académico, lugar de residencia, género y estado civil. También se hicieron tablas con los datos del rango promedio de frecuencias del cuestionario SISICOM así como los resultados del mismo para el

Pre-test y Post-test de cada grupo.

Se realizaron gráficas que muestran los porcentajes de estilos de afrontamientos y los resultados del Inventario de Ansiedad antes y después de la intervención de cada grupo. Además, se realizaron dos gráficas más para comprar rangos promedio de los estilos de afrontamiento y del nivel de ansiedad entre ambos grupos.

5.1 Resultados y análisis de resultados

Para el grupo de intervención cognitivo-conductual se trabajó con siete participantes (seis mujeres y un hombre), sin embargo, por causas externas una de las participantes dejó de asistir después de la segunda sesión, por lo que se le consideró como muerte experimental y sólo se tomaron en cuenta los resultados obtenidos por los otros seis participantes.

A continuación, se muestran los datos sociodemográficos de dicho grupo de los cuales todos los participantes eran solteros con lugar de residencia en el Estado de México, cuatros de ellos estudiaban y trabajaban, mientras dos de ellos únicamente estudiaban, la media del promedio académico fue de 7.815 con una media de edad de 22.83 (tabla 2).

Tabla 2.

Datos demográficos Grupo TCC

Participante	Ocupación	Género	Edad	Estado civil	Lugar de residencia	Promedio académico
1	Estudia y trabaja	Femenino	23	Soltero	Edo. Méx	8.4
2	Estudia y trabaja	Femenino	24	Soltero	Edo. Méx	7.8
3	Estudia y trabaja	Masculino	23	Soltero	Edo. Méx	7.45
4	Estudia	Femenino	23	Soltero	Edo. Méx	7.94
5	Estudia y trabaja	Femenino	22	Soltero	Edo. Méx	8
6	Estudia	Femenino	22	Soltero	Edo. Méx	7.3

Para evaluar los efectos antes y después de la intervención del grupo de TCC se les administraron tres instrumentos que fueron el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sadín y Chorot (2003), el Inventario SISCO (Barraza, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (2011).

Para determinar si hubo un cambio significativo en los resultados antes y después de la intervención se aplicó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon. El Inventario de Ansiedad de Beck mostró que el nivel de ansiedad de los

participantes cambió significativamente ($z=.028$, $p<.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención.

A continuación, se pueden observar los resultados obtenidos en esta prueba, siendo que antes de la intervención tres participantes tuvieron un nivel moderado, dos un nivel leve y uno un nivel grave de ansiedad, sin embargo, después de la intervención ninguno presentó un nivel grave de ansiedad, pero tres participantes obtuvieron un nivel mínimo, dos un nivel leve y uno un nivel moderado de ansiedad (figura 2).

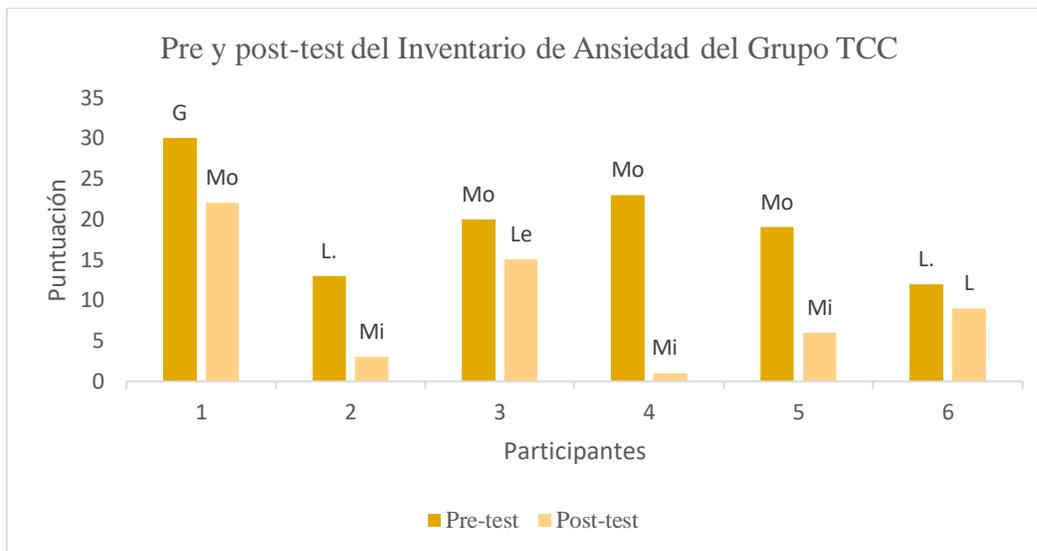


Figura 2. Pre-test y Post-test del inventario de ansiedad del grupo TCC

Los resultados del inventario SISCO mostraron que tanto la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.027$, $p<.05$) y la frecuencia de presencia de síntomas del estrés ($z=.027$, $p<.05$) cambió significativamente entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención, lo cual se ilustra en la tabla 3.

Por otro lado, la frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento no tuvo un cambio significativo ($z=.080$, $p<.05$), aunque aumentó en los participantes uno, dos, tres y cuatro, manteniéndose igual en el participante cinco y disminuyendo en el participante seis.

Tabla 3
Pre-test y Post-test del Inventario SISCO de grupo TCC

Participante	Demandas externas		Síntomas		Afrontamiento	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1	31.25	16.25	32.6	20	35	40
2	35	15	29.33	14.67	35	41.67
3	21.25	12.5	34	26	16.67	25
4	35	26.25	20	12.67	30	33.33
5	31.25	26.25	25.33	14.67	26.67	26.67
6	26.25	23.75	33.33	25.33	28.33	26.67

Para el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) se encontró que hubo un cambio en los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa ($z=.042$, $p<.05$), solución de problemas ($z=.039$, $p<.05$) y expresión emocional abierta ($z=.043$, $p<.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención cognitivo-conductual.

En lo que respecta a los estilos de afrontamiento de reevaluación positiva ($z=.137$, $p<.05$), evitación ($z=.140$, $p<.05$), religión ($z=.750$, $p<.05$) y búsqueda de apoyo social ($z=.114$, $p<.05$) no mostraron un cambio significativo antes y después de la intervención. Además, la evitación se mantuvo como estilo de afrontamiento predominante antes y después de la intervención (figuras 3 y 4).

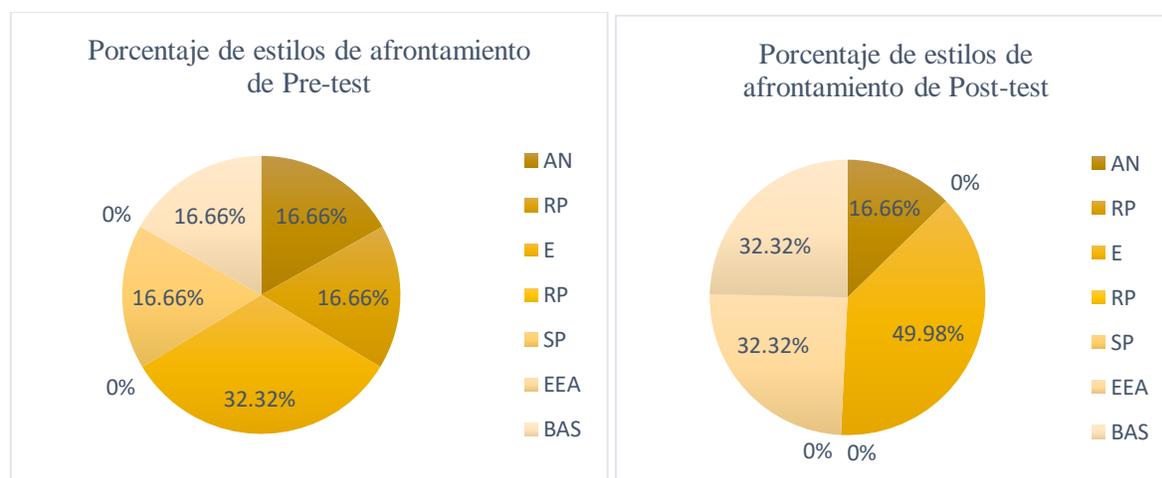


Figura 3. Porcentajes de los estilos de afrontamiento en el Pre-test del grupo TCC

Figura 4. Porcentajes de los estilos de afrontamiento en el Post-test del grupo TCC

Por otro lado, para el grupo de intervención con técnicas de tercera generación (TTG) se trabajó con nueve participantes (seis mujeres y tres hombres), sin embargo, por causas externas una de las participantes no asistió a las dos últimas sesiones, por lo que se le consideró como muerte experimental y sólo se tomaron en cuenta los resultados obtenidos por los otros ocho participantes.

A continuación, se muestran los datos sociodemográficos de dicho grupo, los cuales fueron que cinco trabajaban y estudiaban, mientras los otros tres sólo estudiaban, seis de ellos vivían en el Estado de México y dos en CDMX. La media del promedio académico fue de 8.05 y la de edad fue de 24 años (tabla 4).

Tabla 4.

Datos demográficos del Grupo TTG

P	Ocupación	Género	Edad	Estado civil	Lugar de residencia	Promedio académico
1	Estudia y trabaja	Masculino	26	Soltero	CDMX	7.8
2	Estudia y trabaja	Femenino	29	Casado	Edo. Méx.	7.8
3	Estudia y trabaja	Masculino	22	Soltero	Edo. Méx.	8.6
4	Estudiante	Femenino	24	Soltero	Edo. Méx.	8.2
5	Estudiante	Femenino	22	Soltero	Edo. Méx.	7.9
6	Estudia y trabaja	Femenino	24	Soltero	Edo. Méx.	7.8
7	Estudiante	Femenino	23	Soltero	CDMX	8.1
8	Estudia y trabaja	Masculino	22	Soltero	Edo. Méx.	8.2

Para evaluar los resultados antes y después del grupo con intervención de TGG se les administraron a los participantes tres instrumentos que fueron el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sadín y Chorot (2003), el Inventario SISCO (Barraza, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (2011).

Para determinar si hubo un cambio significativo en los resultados antes y después de la intervención se aplicó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon. El Inventario de Ansiedad de Beck mostró que el nivel de ansiedad de los participantes no cambió ($z=.088$, $p<.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención.

A continuación, se pueden observar los resultados obtenidos en esta prueba, siendo que antes de la intervención los ocho participantes presentaron un nivel leve de

ansiedad y después de la intervención cinco de ellos presentaron un nivel mínimo de ansiedad mientras que los otros tres se mantuvieron con un nivel leve de ansiedad (figura 5).

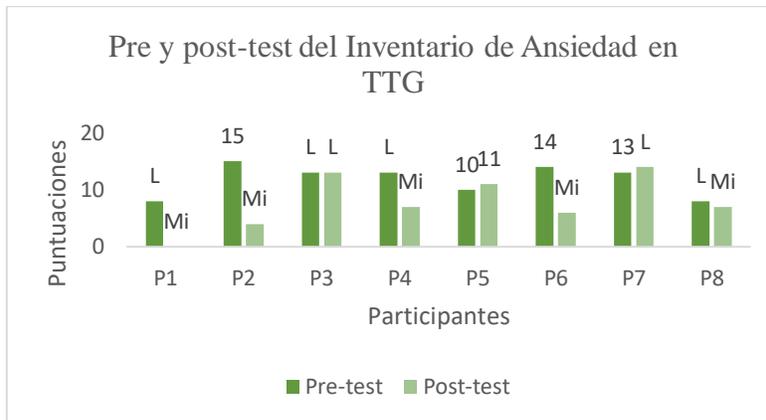


Figura 5. Pre-test y Post-test del inventario de ansiedad en grupo TG

Los resultados del inventario SISCO mostraron que tanto la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.034$, $p<.05$) y la presencia de síntomas del estrés cambió significativamente ($z=.017$, $p<.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención, lo cual se ilustra en la tabla 5. Por otro lado, la frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento no tuvo un cambio significativo ($z=.50$, $p<.05$), aunque aumentó en los participantes seis y siete manteniéndose igual en los participantes tres, cuatro y ocho y disminuyendo en los participantes uno, dos y cinco.

Tabla 5.

Pre-test y Post-test del Inventario SISCO grupo TG

Participante	Demandas externas		Síntomas		Afrontamiento	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1	42.5	35	24.67	19.33	35	33.33
2	35	22.5	26.67	23.33	35	15
3	28.75	26.25	32.67	31.33	25	25
4	35	35	28	18.67	33.33	33.33
5	25	0	21.33	0	28.33	0
6	21.25	16.25	25.33	17.33	31.67	35
7	16.25	18.75	18	18.67	21.67	36.67
8	22.5	18.75	22	18	38.33	38.33

En los estilos de afrontamiento del estrés se encontró que no hubo un cambio significativo en autofocalización negativa ($z=.799$, $p<.05$), solución de problemas ($z=.260$, $p<.05$), expresión emocional abierta ($z=.343$, $p<.05$), reevaluación positiva ($z=1$, $p<.05$), evitación ($z=.181$, $p<.05$), religión ($z=.1$, $p<.05$) y búsqueda de apoyo social ($z=.393$, $p<.05$). Entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención TGG el estilo predominante en el pre-test fue la evitación y en el post-test fue la búsqueda de apoyo social como se observa en las figuras 6 y 7.

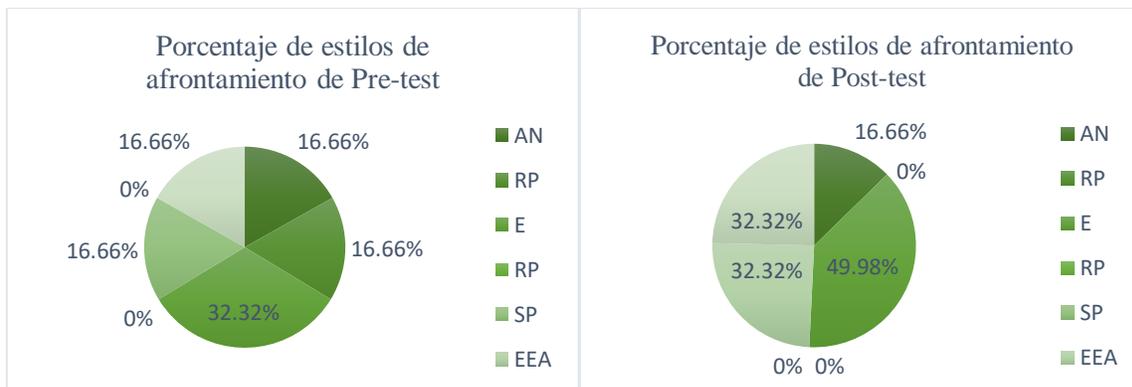


Figura 6. Porcentajes de los estilos de afrontamiento en el Pre-test del grupo TG

Figura 7. Porcentajes de los estilos de afrontamiento en el Post-test del grupo TG

Para evaluar si existieron diferencias significativas entre el grupo de TCC y TGG antes y después de la intervención se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. En el caso del nivel de ansiedad se trabajó con grupos heterogéneos, porque hubo diferencias significativas ($z=.043$ $p<.05$) antes de la intervención, sin embargo, después de esta ya no se mostraron diferencias entre ambos ($z=.846$ $p<.05$).

Además, los rangos promedio mostraron que el grupo de TC tuvo una disminución de 10.08 a 7.25 en su rango promedio de nivel de ansiedad, a diferencia del grupo de TG que tuvo un aumento de 5.56 a 7.69 en el nivel de ansiedad, lo que permite suponer que la intervención con TCC logra disminuir la ansiedad (figura 8).

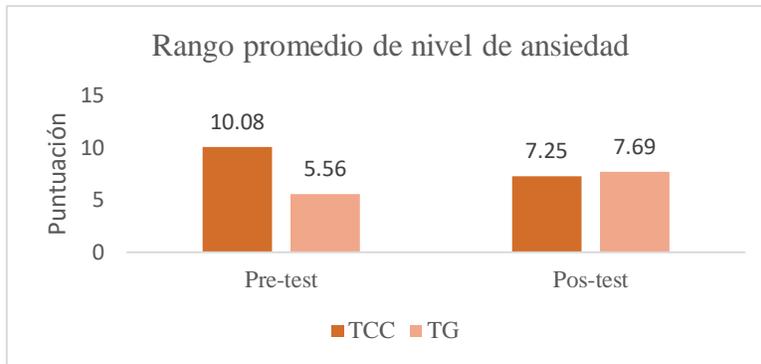


Figura 8. Rango promedio del nivel de ansiedad

En lo que respecta al cambio en los niveles de estrés académico ambos grupos fueron homogéneos, porque no se presentaron diferencias significativas en la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.662$ $p<.05$), ni en la presencia de síntomas de estrés ($z=.142$ $p<.05$) ni tampoco en el uso de estrategias de afrontamiento ($z=.573$ $p<.05$) antes de la intervención. Del mismo modo no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.573$ $p<.05$), ni en la presencia de síntomas de estrés ($z=.950$ $p<.05$) ni tampoco en el uso de estrategias de afrontamiento ($z=.573$ $p<.05$), después de la intervención entre ambos grupos.

No obstante, el rango promedio de la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estresores y se presentan síntomas del estrés muestra que en el grupo de TCC hubo una disminución de 8.08 a 6.75 y de 9.42 a 7.33 respectivamente a diferencia del grupo de TGG en que aumentó de 7.06 a 8.06 y de 7.33 a 7.66.

Además, el uso de estrategias de afrontamiento aumentó de 6.75 a 8.25 en el grupo de TCC a diferencia del grupo de TGG en que aumentó, mostrando que la intervención con TCC fue más eficiente para trabajar con el estrés académico que la intervención con TGG (tabla 6).

Tabla 6.
Rango promedio de frecuencias

Frecuencia	Pre-test		Post-test	
	TCC	TG	TCC	TG
Demandas externas valoradas como estresores	8.08	7.06	6.75	8.06
Síntomas	9.42	6.06	7.33	7.66
Uso de estrategias de afrontamiento	6.75	8.06	8.25	6.94

Significancia de *.05, **.01 y ***.001

Aunando a lo anterior, se encontró que las principales causas del estrés académico en el grupo de TCC antes de la intervención fueron la competencia con los compañeros del grupo, sobrecarga de tareas y trabajos escolares, evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.), el tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.) y el tiempo limitado para hacer el trabajo.

En contraste se encontró que las principales causas del estrés académico en el grupo de TG antes de la intervención fueron la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, personalidad del profesor, evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.), el tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.) y la participación.

En ambos grupos los principales síntomas físico fueron la fatiga crónica y los trastornos del sueño, pero en el grupo de TGG también se reportaron dolores de cabeza. En los síntomas psicológicos para el grupo de TCC los principales fueron ansiedad, tristeza, irritabilidad y falta de concentración, en cambio en el grupo de TGG sólo se reportaron la incapacidad para relajarse y la irritabilidad. El principal síntoma conductual en ambos grupos fue el aislamiento y en el grupo de TCC también se reportó un aumento en consumo de alimentos.

Para los estilos de afrontamiento del estrés se encontró que no hubo un cambio significativo en los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa ($z=.282$, $p<.05$), solución de problemas ($z=.950$, $p<.05$), expresión emocional abierta ($z=.282$, $p<.05$), reevaluación positiva ($z=.414$, $p<.05$), evitación ($z=.950$, $p<.05$) y búsqueda de apoyo social ($z=.852$, $p<.05$) entre ambos grupos antes de la

intervención, pero si hubo diferencias en el estilo de religión ($z=.043$, $p<.05$).

Después de la intervención con ambos grupos, no se encontraron cambios significativos en los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa ($z=.228$, $p<.05$), solución de problemas ($z=.662$, $p<.05$), expresión emocional abierta ($z=.755$, $p<.05$), reevaluación positiva ($z=.523$, $p<.05$), de religión ($z=.345$, $p<.05$) y búsqueda de apoyo social ($z=.491$, $p<.05$) entre ambos grupos antes de la intervención, pero si hubo diferencias en el estilo evitación ($z=.020$, $p<.05$). En la figura 9 se muestran los rangos promedio de cada uno de los estilos de afrontamiento.

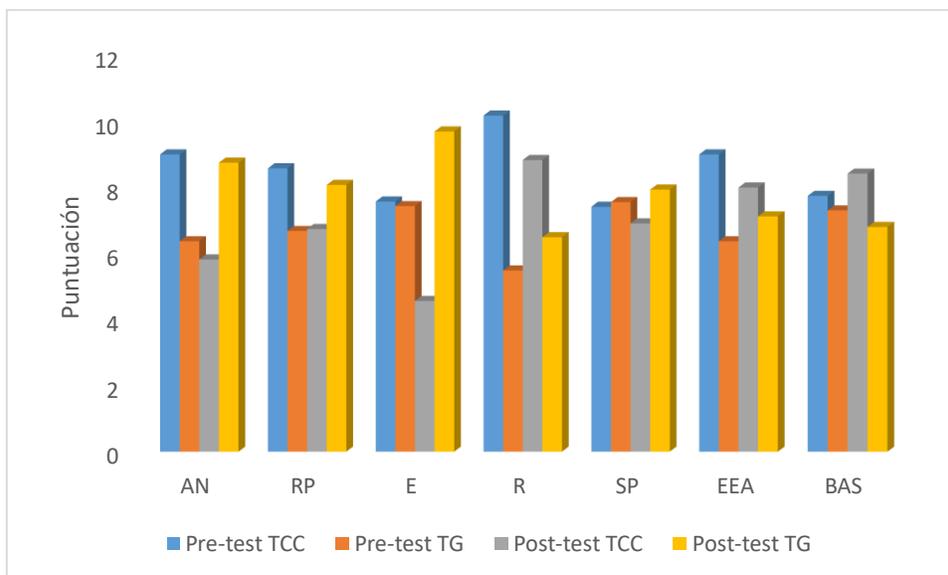


Figura 9. Rangos promedio de los estilos de afrontamiento.

5.2. Discusión

El objetivo general de la presente investigación fue implementar un taller para el manejo de estrés académico con los estudiantes de odontología de la FES Iztacala, el cual, si se cumplió ya que se implementaron dos talleres, el primero de ellos con técnicas de TCC y el segundo con técnicas de TGG.

Con base en la evidencia empírica de que la terapia de la conducta es que la que brinda mejores resultados en la disminución de ansiedad y estrés. En primer lugar, para la TCC los trabajos de Díaz et al. (2005) Dyrbye, Thomas y Shanafelt (2005) y Villarroel y González (2015), demuestran resultados significativos para la disminución de estrés académico y en segundo lugar los trabajos de Aherne et al. (2016), Brito (2011), Bamber y Schneider (2016), Rosenzweig et al. (2010) y Shapiro

et al (1998) muestran evidencia de la eficacia de la intervención de TG para la disminución del estrés.

Respecto a los resultados se encontró que las principales causas del estrés académico fueron la competencia con los compañeros del grupo, sobrecarga de tareas y trabajos escolares, las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.), el tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.), personalidad del profesor, participación y el tiempo limitado para hacer el trabajo.

Lo anterior concuerda con lo propuesto por De la Llata y Lozano (2018), Santa María y Córdoba (2018) y Zvauyaet et al (2017), quienes mencionan que los principales estresores en los estudiantes de odontología se encuentran la sobrecarga de trabajo, las evaluaciones, las exigencias de los profesores y el poco tiempo que tienen para entregar sus trabajos.

Entre los principales síntomas físicos en ambos grupos se encontraron fatiga crónica, trastornos de sueño y dolores de cabeza, síntomas descritos por Anuradha et al (2017), Brenneisen et al (2016), Marty et al (2005), Peltzer et al (2017), Schwenk y Davis (2010) y Shi et al (2015) como consecuencias físicas del estrés académico.

Los síntomas psicológicos reportados fueron ansiedad, tristeza, irritabilidad, falta de concentración e incapacidad para relajarse, los cuales también son mencionados como consecuencia del estrés académico en diversos trabajos (Anuradha et al., 2017; Díaz, 2010; Aktekin et al., 2001; Brenneisen et al., 2016; Cuttilan, Sayampanathan y Ho, 2016; Dahlin, Joneborg y Runeson, 2005; Fawzy y Hamed, 2017 y Shi et al., 2015).

Por su parte el único síntoma conductual reportado en ambos grupos fue el aislamiento y en el grupo de TCC también se reportó un aumento en consumo de alimentos, dichas consecuencias son mencionadas por Anuradha et al. (2001); Aktekin et al. (2001), Fawzy y Hamed (2017) y Shi et al. (2015) como resultado del estrés académico.

En lo que respecta a los niveles de ansiedad los rangos promedio mostraron que el

grupo de TC tuvo una disminución de 10.08 a 7.25 a diferencia del grupo de TG que tuvo un aumento de 5.56 a 7.69, lo cual muestra que la intervención con TCC tuvo resultados favorables en la disminución de ansiedad como postulan Esteve (2009), Meichenbaum (1987), Polaino (1982) y Sánchez, Comeche, y Mas (2002).

Por su parte los resultados del grupo de TG al no mostrar disminución en el nivel de ansiedad discrepan con los postulados de Bennett y Dorjee (2015), Moñivas, García, G. y García R. (2012), Parra et al. (2012), Ruiz et al. (2012) y Vásquez (2016), quienes dicen que la TG disminuye la ansiedad.

La evitación fue un estilo predominante en ambos grupos en la evaluación inicial y en la evaluación final sólo se mantuvo en el grupo de TCC, ya que, en el grupo de TG cambió a la búsqueda de apoyo social después de la intervención. Aunado a esto, algunos autores (Barraza, 2006; Del toro, Gorguet y Ramos, 2011; y Espíndola, López et al., 2014), mencionan que la evitación uno de los estilos más frecuentes de afrontamiento.

Por otro lado, la hipótesis de que, si se implementa un taller de manejo de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala, entonces se reducirán sus niveles de estrés académico se acepta, ya que en el grupo de TCC, debido a que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.027$, $p<.05$) y la frecuencia de presencia de síntomas del estrés ($z=.027$, $p<.05$) cambiaron significativamente entre las mediciones efectuadas antes y después de la intervención, al igual que en el grupo de TTG en el que la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.034$, $p<.05$) y la presencia de síntomas del estrés también cambió significativamente ($z=.017$, $p<.05$) Sin embargo, se rechaza la hipótesis de que existen diferencias entre la intervención con técnicas cognitivo-conductuales y la intervención con técnicas de tercera generación en la reducción de los niveles de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala debido a que ambos grupos fueron homogéneos, al no presentar diferencias significativas en la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.662$ $p<.05$), ni en la presencia de síntomas de estrés ($z=.142$ $p<.05$) ni tampoco en el uso de estrategias de afrontamiento ($z=.573$ $p<.05$) antes de la intervención.

Del mismo modo no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estímulos estresores ($z=.573$ $p<.05$), ni en la presencia de síntomas de estrés ($z=.950$ $p<.05$) ni tampoco en el uso de estrategias de afrontamiento ($z=.573$ $p<.05$), después de la intervención entre ambos grupos. Aunque el rango promedio de la frecuencia en que las demandas externas son valoradas como estresores y se presentan síntomas del estrés muestra que en el grupo de TCC hubo una disminución de 8.08 a 6.75 y de 9.42 a 7.33 respectivamente a diferencia del grupo de TTG en que aumentó de 7.06 a 8.06 y de 7.33 a 7.66.

La otra hipótesis de que predomina un estilo de afrontamiento del estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala fue aceptada ya que, en ambos grupos en la evaluación inicial el estilo predominante fue la evitación. Respecto a la hipótesis de que existen diferentes niveles de estrés académico en los estudiantes de odontología de la FES Iztacala, se acepta ya que en ambos grupos se presentaron en la evaluación inicial los niveles grave, moderado y leve.

Además, es importante mencionar que una variable extraña que influyó fue que debido a que los participantes estaban realizando su servicio social durante la aplicación del curso, dos de ellos no pudieron asistir a todas las sesiones, ni se les pudo aplicar la evaluación final, porque faltaban debido a que surgían emergencias con sus pacientes de la clínica y ellos debían ir atender a los pacientes, por lo cual se les consideró como muerte experimental.

Un error metodológico que se presentó fue que la cantidad de participantes hombres y mujeres no fue similar, por lo cual no se pudo evaluar si el género era una variable que influye en la presencia del estrés como señalan Amézquita et al. (2003), Backovic et al. (2012), Brenneisen et al. (2016), Maceo (2013), Martín (2007) y Segura y Pérez (2016).

Para futuras investigaciones se sugiere que más del 50% del trabajo sea con dinámicas, porque, los participantes reportaban en las sesiones que estas les permitieron comprender mejor los conceptos expuestos. Además, de que debido al cansancio que presentaban por las actividades del servicio social, ayudaban a que todos se mantuvieran participando durante las sesiones. También se sugiere

trabajar con grupos de diez personas para tratar de remediar la muerte experimental y que siga siendo un grupo pequeño para su fácil manejo.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión hay que mencionar que el estrés es un fenómeno que altera los aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de un individuo, ocasionado por la presencia de diversos estímulos estresores en el ambiente. Además, existen diversos tipos de estrés en los que destacan el distrés, eustrés, estrés laboral, estrés postraumático y estrés académico.

Por otro lado, del estrés deriva el estrés académico en universitarios, que es la alteración a nivel físico, cognitivo y conductual que sufre el estudiante debido a estresores relacionados con el ámbito académico. Los niveles de estrés son más altos en estos casos, porque, el joven además de ingresar a la Universidad debe cumplir nuevas responsabilidades provenientes de la nueva etapa adulta a la que ingresa.

Exámenes, tareas, entregas de proyectos, exposiciones, forma de evaluar del profesor, relaciones existentes entre profesorado y alumnado, así como entre los mismos compañeros, exigencias familiares, expectativas personales, dinámica de la clase, becas y ambiente físico de la escuela son los estímulos relacionados al estrés académico en universitarios.

Resultado de lo anterior, los universitarios que estén expuestos constantemente a este tipo de estrés pueden presentar problemas de sueño, baja en el rendimiento académico, resfriados, olvidos, sudoración excesiva, tristeza, enojo, pérdida o aumento de peso, insomnio, taquicardia, ansiedad, depresión, alteraciones de los sistemas inmunológicos y cardiacos, para terminar en deserción estudiantil e incluso suicidio, siendo los estudiantes de las carreras de medicina y odontología los que más lo presentan.

Por lo anterior es que este trabajo estuvo enfocado en brindarle a los estudiantes las herramientas para afrontar de mejor manera este fenómeno, mediante dos talleres, el primero con técnicas de TCC y el segundo con técnicas de TG, los cuales lograron disminuir los síntomas de los participantes y en el caso del primer lugar se redujo el nivel de ansiedad, demostrando que la TCC es muy eficiente para abordar esta problemática. Además de que brindó la oportunidad de probar la eficacia de las técnicas de TG dado que aún no hay muchas investigaciones en población

mexicana con estas técnicas.

Por último, es de suma importancia trabajar con estos estudiantes para brindarles las herramientas de afrontamiento del estrés y sus consecuencias de una manera efectiva, ya que, es esta población la que mayores consecuencias negativas. Asimismo, se presenta un estilo de afrontamiento predominante de evitación y la mayoría de las investigaciones sólo están enfocadas en identificar las causas y resultados de este fenómeno en vez de buscar una solución.

REFERENCIAS

- Abbott, J. y Sutherland, C. (1990). Cognitive, cardiovascular and haematological responses of Type A and Type B individuals prior to and following examinations. (313-338). En M.J. Strube (ed.), *Type A Behavior* Londres: Sage Publications.
- Adolfo, G. (2002). Estrés: Desarrollo histórico y definición. *Revista Argentina de anesthesiología*. 60(6), 350-353
- Aherne, D., Farrant, K., Hickey, L., Hickey, E., McGrath, L. y McGrath, D. (2016). Mindfulness based stress reduction for medical students: optimising student satisfaction and engagement. *BMC Medical Education* 16(209), 1-11.
- Aktekin, M., Karaman, T., Senol, Y., Erdem, S., Erengin, H. y Akaydin, M. (2001) Anxiety, depression and stressful life events among medical students: A prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 35(1), 12-17.
- Alfonso, B., Calcines, M., Moteaguado, R., y Nieves, Z. (2015). Estrés académico. *EDUMECENTRO*. 7(2), 163-178.
- Alzahem, A., Van, H., Alaujan, A., Schmidt, H. y Zamakhshary, M. (2010). Stress amongst dental students: a systematic review. *Eur J Dent Educ* 15(1), 8-18
- Amézquita, M., González, R. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 32(4), 341-56.
- Anuradha, R., Dutta, R., Raja, J., Sivaprakasam, P. y Patil, A. (2017) Stress and stressors among medical undergraduate students: A cross-sectional study in a private medical college in Tamil Nadu. *Indian J Community Med* 42(4), 222-225
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teen through the twenties. *American Psychologist*, 55, (S/N), 469-480.
- Backovic, D., Zivojinovic, J., Maksimovic, J. y Maksimovic, M. (2012). Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatr Danub*. 24(2), 175-81.
- Baldassin, S., Alves, T., de Andrade, A. y Nogueira, L. (2008). The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: A cross-sectional study. *BMC Med Educ* 8(60), 25-30.
- Bamber, M. y Schneider, J. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Res Rev* 18(S/N), 1-32.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso ACT. *Miscelánea comillas*. 65(127), 761-781.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud* 21(2), 183-197.
- Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. En: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129.
- Barraza, A., González, L., Garza, A. y Cázares, F. (2019). El estrés académico en alumnos de odontología. *Revista mexicana de estomatología*. 6(1), 12-26.

- Barrio, N., y Mazo, R. (2011). Estrés académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 3(2), 65-82.
- Becoña, E. y Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo–Conductual: Antecedentes Técnicas. *Revista Liberabit*, 3, 49-70
- Bedoya, F., Matos, J. y Zelaya, E. (2014) Niveles de estrés académico, manifestaciones psicósomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima en el año 2012. *Rev Neuropsiquiatr* 77(4), 262-270.
- Belmonte, G., Ruíz, R. y Herruzo, J. (2016). Patrón de conducta tipo a y b, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción psicológica*,13(1), 119-128.
- Benbassat, J., Baumal, R., Chan, S. y Nirel, N. (2011). Sources of distress during medical training and clinical practice: suggestions for reducing their impact. *Med Teach*. 33(6), 486-90.
- Berrio, N. y Mazo, R. (2011). Estrés académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2). 65-82.
- Blanco, K., Cantillo, N., Castro, Y., Downs, A. y Romero, A. (2015). Estrés académico en los estudiantes del área de la salud en una universidad pública, Cartagena (tesis de licenciatura). Universidad De Cartagena. Colombia.
- Borrero, A. (2012). Efecto de la terapia conductual integrativa de pareja en la insatisfacción, de acuerdo con el orden de presentación de las estrategias de intervención (tesis de maestría). Colombia: Universidad Javeriana
- Brenneisen, M., Souza, S., Silveira, P., Itaqui, M., de Souza, A., Campos, E., de Abreu, B., Hoffman, I., Magalhães, C., Lima, M., Almeida, R., Spinardi, M. y Tempiski P. (2016) Factors associated to depression and anxiety in medical students: A multicenter study. *BMC Med Educ* 16(1), 282-289.
- Brito, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (mindfulness): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas*. 10(1), 221-242
- Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo veintiuno editores.
- Cabanach, R., Souto, A. y Franco, V. (2016). Escala de estresores académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios. *Rev Iberoam Psicol Salud* 7(2). 41-50.
- Caldera, J., Pulido, B. y Martínez, M. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo*. 7, 77-82
- Campo, G. y Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 30.(4); 351-358.
- Campo, J., Reyes, J., Ortiz, C., Quintero, L. y Herrera, J. (2006) Niveles de la presión arterial y de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Salud, Universidad del Valle. *Colombia Médica* 37(2), 21-25.

- Carrasco, M. (2008). Técnicas de Autocontrol. En F. Labrador. (Coord.). Técnicas de Modificación de Conducta. España: Ediciones Pirámide. Pág. 379-399
- Choliz, M. (1999). Técnicas para el control de la activación y: relajación (2-15). En: Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Valencia: Universidad de Valencia
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 24(4), 385-396.
- Cormier, W. y Cormier, S. (1994). Evaluación de Procesos y resultados terapéuticos. En W. Cormier & S. Cormier. (AA.). Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao: Descleé de Brouwer. Pag 317-365.
- Cuttilan, A., Sayampanathan, A. y Ho, R. (2016) Mental health issues amongst medical students in Asia: A systematic review. *Ann Transl Med* 4(1), 72-83
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2005). Las técnicas de condicionamiento encubierto. *Revista de terapia cognitivo conductual.* 9(S/N), 1-5.
- Dahlin, M., Joneborg, N. y Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 39(6), 594-604.
- Danerí, M. (2012). Psicobiología del estrés. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- De la Llata, C. y Lozano, E. (2018). Estrés académico en la práctica clínica del odontólogo.
- De la Rosa, G., Chang, S., Delgado, L., Oliveros, L., Murillo, D., Ortiz, R., Vela, G., y Yhuri, N. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de Medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Médica de México.* 151, 443-49.
- DGT. (2014). Otros factores de riesgo: El estrés. Madrid: Ministro del interior.
- Díaz, Y. (2010) Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Rev Hum Med* 10(1), 8-17.
- Díaz, Y., Ortigoza, E., Díaz, A. y Castillo Y. (2005). Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 40(5),1-13.
- Dobson, K. (1988). *Handbook of cognitive behavioural therapies.* London: Hutchinson.
- Driskell, J. y Salas E. (1991). Group decision making under stress. *J Appl Psychol.* 76(1), 473–478.
- Dyrbye, L., Massie, F., Eacker, A., Harper, W., Power, D. y Duming, S. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among U.S. medical students. *JAMA.* 304(11),1173-1180
- Dyrbye, L., Thomas, M. y Shanafelt, T. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Clin Proc* 80(12), 1613-22.
- Enns, M., Cox, B., Sareen, J. y Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ,* 35(11), 1034-1042
- Espinoza, A. Pernas I. y González, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas

- y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*. 18(3), 697-717.
- Esteve, J. (2009). La inoculación del estrés: una técnica adecuada para aumentar la seguridad de los profesores debutantes ante situaciones potencialmente conflictivas. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*. 1(0), 195-207
- Fawzy, M. y Hamed, S. (2017) Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res* 255(S/N), 186-194.
- Fernández, A. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé*, 5(2), 203-229.
- Fernández, A. (2018). Estudio de la efectividad de un programa de terapia de pareja para víctimas del terrorismo (tesis doctoral). España: Universidad Complutense de Madrid
- Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34(1), 77-100.
- García, M. y Escalera, E. (2011). El estrés académico ¿una consecuencia de las reformas educativas del nivel medio superior? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (3), 156-175.
- García, R., Pérez, F., Pérez, J, y Natividad, L. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154, 20-31.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 37(1),136-148
- Gómez, S., López, F. y Mesa, H. (2006). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- González, H., Delgado, H., Escobar, M. y Cárdenas, M. (2014) Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *Rev Fundación Educación Médica* 17(1), 47-54.
- González, M. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 19(3), 1027-1047. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/57271/50811>
- Gutiérrez, J. (2005). Eustrés. El antídoto. *Ergonomía y Psicosociología*. 18(S/N). 10-13.
- Gutiérrez, J., Montoya. L., Toro, B., Briñón M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med* 24(1), 7-17.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.

- Hernández, C., Rodríguez, M. y Arévalo, N. (2004). Factores causantes de estrés en los trabajadores, de la recolección de desechos sólidos de la alcaldía municipal de la Ciudad de Delgado (tesis de licenciatura). San Salvador: Universidad Francisco Cavidia.
- Hernández, J. (1996). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina UPB* 25(S/N), 177-80.
- Hoyo, M. (2018). Estrés laboral. Madrid: Ministerio del trabajo y asuntos laborales.
- IMSS. (2011). Guía de diagnóstico y manejo de estrés postraumático. México: Instituto mexicano del seguro social.
- Ingram, R.E. y Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy, 2nd ed.* (pp. 53-65). New York: Plenum Press.
- ISSSTE (2016). Guía para el estrés, causas, consecuencias y prevención. México: Prevención de riesgos en el trabajo.
- Jacobson, N.S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: the relative effectiveness of behavioral exchange and communication/problemsolving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305
- Jiménez, T., Gutiérrez, A., Hernández L., y Contreras, C. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología* 24(2), 353-360.
- Juárez, A. (2007). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en Salud*.vol. 9(1), 57-64.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, NY, US: McGraw-Hil
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- LeBlanc, V. (2009). The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Acad Med*; 84(10),25-33.
- Lemos, M., Pérez, M. y López, D. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *Archivos de medicina*. 14(23). 2-8.
- León, L., Lahera, G. y López, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34 (124), 725-740.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. & Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *EduPsyqué*. 2(1); 95-102.
- Maceo, O. (2013). Estrés académico: causas y consecuencias. *Multimed*. 17(2), 1-15.
- Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología de la Universidad de Almería* 40(S/N) 26-34.
- Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de*

- Psicología Colegio Oficial de Psicología*. 25(1), 87-99.
- Martínez E., y Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educadores*. 10(2), 1-15.
- Marty, C., Matías, G., Figueroa, M., Larrain, D. y Cruz, C. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 43(1), 25-32.
- Masten, R., Tusak, M., Zalar, B., y Zihelr S. (2009). Stress, coping and social support in three groups of university students. *Psychiatr Danub* 21(1), 41-48.
- Maya, C. (2016). Ansiedad y estrés en los estudiantes de odontología (tesis de licenciatura). Sevilla: Universidad de Sevilla
- Mayoga, O. (2017). El estrés académico y su correlación con la ansiedad en estudiantes universitarios de la carrera de medicina de la ciudad de Ambato. (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica de Ecuador sede Ambato.
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(2000), 172-189.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. España: Ediciones Martínez Roca, S. A.
- Moñivas, A., García, G. y García R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría *Portularia*, 12(S/N), 83-89
- Moreno B. y Baez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Morón, R. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykhé*, 5(2) 273-286
- Mosley, T., Perrin, S., Neral, S., Dubbert, P., Grothues, C. y Pinto, B. (1994). Stress, coping, and wellbeing among third-year medical students. *Acad Med*. 69(9), 765-767.
- Muñoz, F. (1999). El estrés académico. Incidencia del sistema de enseñanza y función moduladora de las variables psicosociales en la salud, bienestar y el rendimiento de los estudiantes universitarios. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- Neidhardt, J., Weinstein, M., y Conry, R. (1989). Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Madrid: Deust.
- NIH. (2016). Trastorno por estrés postraumático. Estados Unidos de América: National Institute of mental health.
- Orlandini, A. (1999). El estrés, qué es y cómo evitarlo. México, Fondo de Cultura económica.
- Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., y Gutiérrez, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (27), 29-46.
- Patrón, F. (2011). Psicoterapia analítico funcional: la necesidad de incluir tecnología

- operante en el consultorio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2), 108-125.
- Peltzer, K., Pengpid, S., Sychareun, V., Ferrer, A., Low, W., Win, H., Rochmawati, E. y Turnbull, N. (2017) Prehypertension and psychosocial risk factors among university students in ASEAN countries. *BMC cardiovascular disorders* 17(1), 230-246.
- Pérez, J. (2017) Capítulo 1 ¿Qué es el estrés? (18-22) En: Trata el estrés con PNL. Editorial Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- Pérez, J., García, R. y Pérez, F. (S/A). Guía para el manejo del estrés académico. Valencia: Facultad de Psicología.
- Pérez, M. (2006) La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista costarricense de psicología*. 30(46), 17-33.
- Polaino, A. (1982). El estrés de los profesores: Estrategias psicológicas para su manejo e control. *Revista española de pedagogía*. 40(157), 17-45.
- Polo A, Hernández J, y Poza C. (1996). Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Dialnet*, 2(3), 159-172.
- Preciado Pozos, B., M., Acosta, M., Aguilera, M. y Delgado, D. (2014) Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicología Educativa* 20(1), 47-52.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. N°2, 251-257. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>
- Qamar, K., Khan, N. y Kiani, M. (2015). Factors associated with stress among dental students. *J Pak Med Assoc* 65(S/N), 753-55
- Ramírez, R. y Vargas, L. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 137(3), 53-64.
- Ranasinghe, P., Wathurapatha, W., Mathangasinghe, Y. y Ponnampereuma, G. (2017) Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. *BMC Med Educ* 17(41), 1-15.
- Rivadeneira, C., Minici, A., y Dahab J. (2010). El impacto del estrés sobre la salud física. *Revista de terapia cognitivo conductual*. 18(0), 1-6.
- Roblero, J. (2017). Estrés académico en Estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador (tesis de licenciatura). Ecuador: Universidad central del ecuador facultad de ciencias psicológicas carrera de psicología clínica.

- Rodas, R. (2009). Análisis conductual aplicado. Colombia: Universidad de Manizales
- Rodelo, J., López, N., y Gómez, R. (2016). Situaciones escolares asociadas al estrés psicosocial en estudiantes de básica secundaria de la ciudad de Riohacha. *Boletín Virtual*. 5(6), 148-163.
- Rodríguez, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la «psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 10(1), 85-96
- Rodríguez, J. (2018). Efectos del estrés en el organismo. España: Clínica Universidad de Navarra.
- Rodríguez, M., Sanmiguel, M., Muñoz, A. y Rodríguez, C. (2014). El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista iberoamericana de educación*. 66, 105-122.
- Rodríguez, R. y de Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*. 57(1), 62-78.
- Rojas, A. y Tobón, S. (2005). Capítulo uno. surgimiento y evolución de la terapia cognitivo conductual: avances, problemas y perspectivas (11-58). En: Terapia cognitivo-conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. España: Editorial Universidad de Manizales
- Román, C. y Hernández, Y. (2011). El estrés académico: una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2), 1-14.
- Román, C., Ortiz, F. y Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*. 7 (46), 1-8.
- Rosa, A., Sánchez, J. y Olivares, J. (1999). Efectos diferenciales de las técnicas de autocontrol en problemas clínicos de salud y de salud en España: Una revisión meta-análítica. *Estudios de psicología*. 62, 23-37. Recuperado de: <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7044.pdf>
- Rosales, R. (2014). Estrés y salud (tesis de licenciatura). España: Universidad de JAÉN Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
- Rosenzweig, S., Reibel, D., Greeson, J. y Brainard, G. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction Lowers Psychological Distress In Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2), 88–92
- Ruíz, C. (2011). Introducción a la terapia cognitivo conductual. España: Sociedad catalana de psicología.
- Ruiz, M. Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Sajid, A., Ahmad, T. y Khalid, T. (2015) Stress in medical undergraduates; its association with academic performance. *Bangladesh J Med Sci* 14(2), 135-141.
- Salinas, J. (2001). Psicología clínica: el enfoque cognitivo conductual. En M., L.

- Rodríguez & P. Landa (Coord.). Modelos de psicología clínica y su aplicación. México: Editorial Pax México Pag. 1-82.
- Sánchez, V., Comeche, M. y Mas, B. (2002). Entrenamiento en inoculación de estrés en un síndrome de intestino irritable. Caso único. *Acción psicológica* 1(S/N), 71-80.
- Santa María, D. y Córdoba, F. (2018). Factores asociados al estrés en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 28(4):252-58.
- Santamaría, S., Rodríguez, V., Jurado, S. y Barranco, J. (2010) Programa de condicionamiento encubierto para el autocontrol del tabaquismo: fase exploratoria. *Revista científica electrónica de psicología. UAEH. S/V(10)*, 18-26.
- Schwenk, T. y Davis, L. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 304(11), 1181-1189
- Segura, R y Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en psicología*. 36(S/N), 105-120.
- Seijas, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33 (119),511-523.
- Shaikh, S., Shaikh, A. y Magsi, I. (2010) Stress among medical students of university of interior Sindh. *Med Channel* 16(4) 538-540.
- Shapiro, S., Schwartz, G. y Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. y Wang, L. (2015) The mediating role of resilience in the relationship between big five personality and anxiety among Chinese medical students: A cross-sectional study. *PloS one* 10(3), 1-12.
- Skinner, B. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton- Century-Crofts.
- Stavroula, L. (2004). *La organización del trabajo y del estrés*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- Stephoe, A. (2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *International Journal of Psychophysiology*, (37, 3): 299-308.
- Stewart, S. Lam, T., Betson, C. y Wong, C. (1999). A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ*. 33(4),243-50.
- Suarez, N. y Díaz, L. (2014). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista Salud Pública*.17(2), 300-313.
- Terrace, H. (1971). Awareness as viewed by conventional and by radical behaviorism. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- Toribio, C. y Franco, S. (2016). Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante *Salud y administración*. 6(7), 11-18.
- Torres, L., Córdoba, A., Galindo, P., Chávez, M., Platas, E., Verduco, W. y Fernández,

- J. (2011). Diagnóstico y manejo del estrés postraumático. México: Secretaría de Salud.
- Toševski, D., Milovančević, M. y Gajic, S. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Curr Opinion in Psychiatry*. 23(1), 48-52.
- Vallejo, L. y Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica* 13(2), 157-167.
- Vargas, L. y Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales* 4(138), 101-110.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-psiquiatría*. 79(1), 42-51. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Vásquez, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Rev Neuropsiquiatria*. 79(2), 108-118.
- Vélez, A. y Roa, C. (2005). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educ Med*. 8(2), 24-32.
- Villaruel, A. y González, M. (2015). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-1387.
- Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J., Mitchell, E., Carr, J. y Van R. (1988). A biopsychosocial model of medical student distress. *J Behav Med*. 11(4),311-331.
- Yates, J. (1970). La Definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(2), 113-121.
- Zvauya, R., Oyebode, F., Day, E., Thomas, C. y Jones, L. (2017) A comparison of stress levels, coping styles and psychological morbidity between graduate-entry and traditional undergraduate medical students during the first 2 years at a UK medical school. *BMC res notes* 10(93), 1-10.

ANEXOS



ANEXO I
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FOLIO: FES _____

Datos Generales:

Sexo F M Edad Semestre Promedio Académico .

Lugar de residencia _____ Ocupación _____

Estado Civil: Casado Soltero Unión Libre

Instrucciones: Lea con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recuerde en qué medida la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
4. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
6. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
11. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
12. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
16. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
17. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

¡Gracias por tu participación!



ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FOLIO: FES _____

Datos Generales:

Sexo F M Edad Semestre Promedio Académico .

Lugar de residencia _____ Ocupación _____

Estado Civil: Casado Soltero Unión Libre

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes ítems y conteste según sea el caso.

1.- Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

Sí No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "sí", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de preocupación o nerviosismo, donde (1) es poco y (5) mucho.

1 2 3 4 5

3.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia te inquietaron las siguientes situaciones:

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
La competencia con los compañeros del grupo					
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares					
La personalidad y el carácter del profesor					
Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)					
El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)					
No entender los temas que se abordan en la clase					
Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)					
Exposiciones, etc.) Tiempo limitado para hacer el trabajo					
Otra					

4.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas, psicológicas y

Reacciones físicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)					
Fatiga crónica (cansancio permanente)					
Dolores de cabeza o migrañas					
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea					
Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.					
Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
Reacciones psicológicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)					
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)					
Ansiedad, angustia o desesperación.					
Problemas de concentración					
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad					
Reacciones comportamentales					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir					
Aislamiento de los demás					
Desgano para realizar las labores escolares					
Aumento o reducción del consumo de alimentos					
Otras (especifique)					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre

5.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o el nerviosismo

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias ideas o sentimientos sin dañar a otros)					
Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas					
Elogios a sí mismo					
La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)					
Búsqueda de información sobre la situación					
Ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa)					
Otra					

¡Gracias por tu participación!



ANEXO 3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FOLIO: FES _____.

Datos Generales:

Sexo F M Edad Semestre Promedio Académico .

Lugar de residencia _____ Ocupación _____

Estado Civil: Casado Soltero Unión Libre

Instrucciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los items atentamente e indique cuánto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

¡Gracias por tu participación!

Anexo 4 Intervención de TCC

Sesión 1 Administración del tiempo	
Objetivo: Los participantes harán un cronograma para organizar sus actividades diarias	
Materiales: Computadora, proyector, 15 impresiones con los instrumentos de evaluación, 2 plumones de pizarrón, cuadernos, plumas y 15 hojas de color.	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 30 minutos Fase 3: 2 horas y media Fase 4: 30 minutos
Fase 1 Familiarización	
Actividad 1	Bienvenida al taller
Actividad 2	Explicación sobre cuál es el objetivo y la importancia del taller
Actividad 3	Explicación sobre la manera en la que se va a trabajar durante el taller, así como los requisitos para la obtención de la constancia
Actividad 4	Fiesta. Se explica que va a haber una fiesta, y que cada cual debe llevar algo, pero que empiece con la inicial de su nombre. El primero comienza diciendo su nombre y lo que va a llevar a la fiesta. El segundo repite lo que dijo el anterior, y luego dice su nombre y lo que va a llevar a la fiesta.
Actividad 5	Corazones. En 5 hojas blancas se dibuja en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgan en dos. Deben rasgarse de manera que queden sus bordes irregulares, haciendo así un total de 10 partes, uno para cada participante. Se colocan los papeles en el centro, sobre una mesa. Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel. Luego, buscan al compañero que tiene la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente. Al encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, datos personales, gustos, etc., experiencias, etc. Al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias
Actividad 6	Quien calla paga. Se colocarán 9 participantes en círculo y 1 en el centro. Cuando la persona a cargo de la actividad diga el nombre de alguno de los participantes del círculo, esa persona debe decir el nombre de otro participante, así como un dato que se haya dicho en la actividad anterior, antes de que la persona en el centro lo toque, de lo contrario cambia lugar con la persona del centro.
Fase 2 Evaluación	
Actividad 1	Se les explicará brevemente en qué consisten los instrumentos de evaluación que se les administrará y se les darán las instrucciones para su resolución
Actividad 2	Aplicación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (Sadín y Chorot, 2003)
Actividad 3	Aplicación del inventario SISCO (Barraza, 2006)
Actividad 4	Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (2011)

Fase 3 Intervención	
Actividad 1	Ejemplos. Se les pedirá a los participantes que den ejemplos de su vida diaria en los que, por no haber administrado su tiempo, no pudieron llevar a cabo todas las actividades que habían planeado.
Actividad 2	Exposición. Mediante una presentación de Power Point se les explicará la técnica de administración de tiempo, incluyendo la redacción de objetivos, metas a corto y largo plazo y actividades, así como su importancia para afrontar el estrés.
Actividad 3	Cronograma. Se les explicará cómo realizar un cronograma
Actividad 4	Receso
Actividad 5	Objetivos. Se le pedirá que cada uno redacte 5 objetivos a los que quiere llegar y cuando todos hayan acabado, se les pedirá que cada uno pase a anotar uno de sus objetivos al pizarrón, para que entre todo el grupo se le haga una retroalimentación sobre si cumple las características necesarias y de no cumplirlas entre todos se les ayudará a corregirlo.
Actividad 6	Metas. Se le pedirá que cada uno redacte 6 metas a corto plazo y 3 metas a largo plazo y cuando todos hayan acabado, se les pedirá que cada uno pase a anotar una de sus metas al pizarrón, para que entre todo el grupo se le haga una retroalimentación sobre si cumple las características necesarias y de no cumplirlas entre todos se les ayudará a corregirlo.
Actividad 7	Cronograma. Se le pedirá que cada uno diseñe un cronograma sobre sus actividades del día siguiente, basándose en los objetivos antes redactados y cuando todos hayan acabado, se les pedirá que cada uno diga su ejemplo, para que entre todo el grupo se le haga una retroalimentación sobre si cumple las características necesarias y de no cumplirlas entre todos se les ayudará a corregirlo.
Fase 4 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Tarea. Se les pide que realicen un cronograma sobre sus actividades de esa semana basándose en sus objetivos y metas
Sesión 2 Reestructuración cognitiva	
Objetivos: Los participantes identificarán sus distorsiones cognitivas Los participantes modificarán sus distorsiones cognitivas	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos y plumas	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas

	Fase 3: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la reestructuración cognitiva
Actividad 2	Distorsiones cognitivas. Se les explicará qué y cuáles son las distorsiones cognitivas y posteriormente se le pedirá a cada uno de ellos que de un ejemplo sobre alguna y diga cuál es y porqué
Actividad 3	Receso
Actividad 4	<p>Debate. Se les explicará cómo debatir las distorsiones cognitivas y se les darán preguntas para ayudarlos durante el proceso “¿Esto es totalmente cierto? ¿Qué evidencias tengo de que vayan a pensar que soy tonto o inútil? ¿Y tengo el poder de adivinar lo que va a pasar y lo que va a pensar la gente? ¿Me sirve de algo pensar que me va a salir mal? ¿Hace que me ponga menos nervioso? Si realmente me pongo nervioso, ¿es lo más terrible que me podría pasar? ¿Podré soportarlo?”</p> <p>Posteriormente, se les pedirá que entre todos debatan con sus compañeros sobre las distorsiones cognitivas que mencionaron en el ejemplo anterior o alguna otra con la que quieran trabajar.</p>
Actividad 5	<p>Pensamientos alternativos. Cuando cada debate haya terminado, cada persona debe dar un pensamiento alternativo sobre los ejemplos usados en el debate anterior y entre los demás compañeros deben dar una retroalimentación sobre ello. Objetivos. Se le pedirá que cada uno redacte 5 objetivos a los que quiere llegar y cuando todos hayan acabado, se les pedirá</p>

	que cada uno pase a anotar uno de sus objetivos al pizarrón, para que entre todo el grupo se le haga una retroalimentación sobre si cumple las características necesarias y de no cumplirlas entre todos se les ayudará a corregirlo.
Actividad 6	Registro. Se les enseñará cómo realizar un y cómo llenarlo y después se les pedirá que llenen los rubros del registro usando el ejemplo que dieron en la actividad anterior
Fase 3 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Se les entregará la tarea de la sesión pasada revisada y se les pedirá que hagan un registro sobre las distorsiones cognitivas que hayan presentado durante la semana pasada

Sesión 3 Entrenamiento en solución de problemas	
Objetivos: Los participantes definirán específicamente un problema Los participantes darán 3 alternativas para la solución de un problema	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos y plumas	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas Fase 3: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es el entrenamiento en solución de problemas

Actividad 2	Problema. Se les pedirá que todos describan un problema que hayan tenido y qué mencionen qué estilo de solución de problemas ocuparon y cuáles fueron sus resultados y consecuencias
Actividad 3	Receso
Actividad 4	Alternativas. Entre todos darán posibles alternativas a los problemas de sus compañeros
Actividad 5	Evaluación. Cada persona deberá escoger 2 alternativas, para ser evaluadas individual y grupalmente sobre los aspectos de resolución, bienestar, tiempo, esfuerzo y qué se necesita para lograrlo
Fase 3 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Se les entregará la tarea de la sesión pasada revisada y se les pedirá que hagan un ejemplo sobre cómo utilizar la técnica en un caso de la vida diaria y que para la siguiente sesión lleven un tapete de yoga
Sesión 4 Relajación	
Objetivo: Los participantes aplicarán los pasos para la relajación de Jacobson	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos, plumas y tapete de yoga (se le pedirá a los participantes que lo traigan para la actividad)	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas Fase 3: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la relajación y los tipos de relajación que existe, pero haciendo énfasis sobre la relajación progresiva de Jacobson y se les entregará una hoja con los pasos a seguir
Actividad 2	Receso
Actividad 3	Relajación. Durante el resto de la sesión se les aplicará esta técnica
Fase 3 Cierre	

Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Se les entregará la tarea de la sesión pasada revisada y se les pedirá que practiquen por quince minutos la técnica de relajación en su casa.

Sesión 5 Inoculación del estrés	
Objetivo: Los participantes aplicarán las técnicas aprendidas para la disminución del estrés	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, 15 hojas impresas con los instrumentos, cuadernos y plumas	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 2 horas y media Fase 3: 30 minutos Fase 4: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la inoculación del estrés
Actividad 2	Conceptualización. Cada participante definirá algún problema que le causa estrés y lo compartirá como los demás para comprobar que sea concreto, específico y en términos conductuales y entre todos se le dará una retroalimentación
Actividad 3	Receso
Actividad 4	Coping. Se dará un ejemplo de cómo aplicar el estilo de afrontamiento dirigido

	al problema y después se les pedirá que entre todos hagan ejercicios de role playing para simular casos en los que se aplique de manera adecuada este estilo de afrontamiento.
Actividad 5	Técnicas. Se les pedirá que digan qué técnicas de las aprendidas anteriormente les pueden ayudar a resolver los problemas que les causan estrés y se les dará otras alternativas como toma de perspectiva, contacto con personas en situación similar, desviación de la atención. apoyo social y expresión emocional
Fase 3 Post-Evaluación	
Actividad 1	Aplicación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (Sadín y Chorot, 2003)
Actividad 2	Aplicación del inventario SISCO (Barraza, 2006)
Actividad 3	Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (2011)
Fase 4 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante el curso

Anexo 5
Intervención con técnicas de tercera generación

Sesión 1 Psicoeducación	
Objetivos: Los participantes definirán qué es el estrés, así como sus causas y consecuencias Los participantes seleccionarán la estrategia de síntesis de información que les resulte más eficiente	
Materiales: Computadora, proyector, 15 impresiones con los instrumentos de evaluación, 2 plumones de pizarrón, cuadernos, plumas y 15 hojas de color.	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 30 minutos Fase 3: 2 horas y media Fase 4: 30 minutos
Fase 1 Familiarización	
Actividad 1	Bienvenida al taller
Actividad 2	Explicación sobre cuál es el objetivo el objetivo y la importancia del taller
Actividad 3	Explicación sobre la manera en la que se va a trabajar durante el taller, así como los requisitos para la obtención de la constancia
Actividad 4	Fiesta. Se explica que va a haber una fiesta, y que cada cual debe llevar algo, pero que empiece con la inicial de su nombre. El primero comienza diciendo su nombre y lo que va a llevar a la fiesta. El segundo repite lo que dijo el anterior, y luego dice su nombre y lo que va a llevar a la fiesta.
Actividad 5	Corazones. En 5 hojas blancas se dibuja en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgan en dos. Deben rasgarse de manera que queden sus bordes irregulares, haciendo así un total de 10 partes, uno para cada participante. Se colocan los papeles en el centro, sobre una mesa. Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel. Luego, buscan al compañero que tiene la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente. Al encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, datos personales, gustos, etc., experiencias, etc. Al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias
Actividad 6	Quien calla paga. Se colocarán 9 participantes en círculo y 1 en el centro. Cuando la persona a cargo de la actividad diga el nombre de alguno de los participantes del círculo, esa persona debe decir el nombre de otro participante, así como un dato que se haya dicho en la actividad anterior, antes de que la persona en el centro lo toque, de lo contrario cambia lugar con la persona del centro.
Fase 2 Evaluación	
Actividad 1	Se les explicará brevemente en qué consisten los instrumentos de evaluación que se les administrará y se les darán las instrucciones para su resolución

Actividad 2	Aplicación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (Sadín y Chorot, 2003)
Actividad 3	Aplicación del inventario SISCO (Barraza, 2006)
Actividad 4	Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (2011)
Fase 3 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Mediante una presentación de power point se explicará cuáles son los estilos de aprendizaje y formas de sintetizar información
Actividad 2	Se harán 3 equipos y se les pedirá que entre todos hagan un ejemplo de cuadro sinóptico de un tema que ellos prefieran y lo expongan ante los demás para que le hagan una retroalimentación.
Actividad 3	Se harán 3 equipos y se les pedirá que entre todos hagan un ejemplo de mapa mental de un tema que ellos prefieran y lo expongan ante los demás para que le hagan una retroalimentación.
Actividad 4	Receso
Actividad 5	Se harán 3 equipos y se les pedirá que entre todos hagan un ejemplo de mapa conceptual de un tema que ellos prefieran y lo expongan ante los demás para que le hagan una retroalimentación.
Actividad 6	Se harán 3 equipos y se les pedirá que entre todos hagan un resumen de un texto que se les entregará y lo expongan ante los demás para que le hagan una retroalimentación.
Actividad 7	Se explicará qué es el estrés, cuáles son sus causas y consecuencias
Actividad 8	Se les explicará qué y cuáles son los estilos de afrontamiento y se les pedirá que digan con cual se sienten identificado y porqué
Fase 4 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Sesión 2 Activación conductual	
Objetivos: Los participantes identificarán las variables que siguen manteniendo sus respuestas de estrés	
Los participantes darán 3 alternativas para disminuir el estrés	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos y plumas	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas Fase 3: 30 minutos

Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la activación conductual
Actividad 2	Conducta de interés. Se les pedirá a los participantes que escriban cuáles son las causas que les producen estrés y hacen que este se siga manteniendo expliquen porque, para después compartirlo con sus demás compañeros
Actividad 3	Metas. Cada participante redactará 3 metas que quiera lograr para cambiar las situaciones anteriores y compartirá una de ellas con sus compañeros para evaluarla
Actividad 4	Receso
Actividad 5	Reforzadores y castigos. Se les explicará brevemente qué son los reforzadores y castigos, posteriormente, se les pedirá que den ejemplos de ellos y después de que redacten qué reforzadores y castigos podrían utilizar con ellos mismos para el cumplimiento de sus metas y después se les pedirá que lo compartan con sus compañeros para la retroalimentación.
Actividad 6	Alternativas. Se le pedirá a todos los participantes que den ideas de actividades que puedan ayudar a que cada uno de sus compañeros y a lograr sus metas y después de le pedirá a cada uno que escoja las actividades que le parezcan más eficientes o en su defecto que de sus propias alternativas y explique la razón de ello

Actividad 7	Se hará una dinámica para que recuerden los 10 principios básicos de la AC
Fase 3 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Se les pedirá que diseñen un plan semanal para lograr alguna de sus metas y que para la siguiente sesión lleven algún fruto seco que les agrade

Sesión 3 Mindfulness	
Objetivo: Los participantes lograrán mantener una concentración constante	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos, plumas y 1 fruto seco por participante (se le pedirá que cada participante traiga su fruto seco favorito para la actividad).	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas Fase 3: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es el mindfulness
Actividad 2	Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena
Actividad 3	Retroalimentación
Actividad 4	Receso
Actividad 5	Ejercicio de bodyscan en el área de jardineras
Actividad 6	Retroalimentación
Actividad 7	Ejercicio de meditación sentada
Fase 3 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado

Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión
Actividad 3	Se les entregará la tarea de la sesión pasada revisada y se les pedirá aplicar la atención plena en algún momento del día y describir en una hoja cómo fue el proceso, así como sus pensamientos y sensaciones
Sesión 4 Terapia de aceptación y compromiso	
Objetivos: Los participantes definirán específicamente la conducta que quieren cambiar Los participantes darán alternativas para cambiar sus conductas de interés y definirán las consecuencias que puede tener las alternativas propuestas	
Materiales: Computadora, proyector, 2 plumones de pizarrón, cuadernos y plumas.	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 3 horas Fase 3: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la AC
Actividad 2	Desesperanza creativa. Se le pedirá a los participantes que escriban 2 dos problemas que tengan y no hayan podido solucionar o no de la manera en que desean. Luego tendrán que mencionar las acciones que intentaron para solucionarlo y por qué no funcionaron y al final lo compartirán con los demás
Actividad 3	Alternativas. Entre todos darán soluciones para las problemáticas que expresan sus compañeros, atendiendo a las razones por las que las soluciones que intentaron han fallado.
Actividad 4	Receso
Actividad 5	Aceptación. Se le pedirá a los participantes que con base en la exposición y la actividad anterior cuál es la funcionalidad de la aceptación y cómo podrían aplicarla
Actividad 6	Defusión cognitiva. Se dará una explicación de cómo modificar el lenguaje para que las emociones sean apreciadas como sólo emociones, al igual los pensamientos y sentimientos. Luego se pedirán que hagan parejas y mediante un ejercicio de juego de roles simulen situaciones donde pueden usar este nuevo cambio en su lenguaje
Actividad 7	Problemas. Se explicarán que pueden presentarse problemas cuando intenten aplicar esta técnica y se debe estar preparado para ellos. Posteriormente, se le pedirá a cada uno de ellos que menciones posibles problemas que pueden presentarse al afrontar su problema y si está o no, dispuesto a afrontarlas y de qué manera
Fase 3 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión

Sesión 5 Dialéctica funcional	
Objetivos: Los participantes evaluarán el cumplimiento de las metas de la primera sesión Los participantes expresarán alternativas basadas en las técnicas aprendidas durante la semana para la disminución de su estrés	
Materiales: Computadora, proyector, 15 hojas impresas con los instrumentos, 2 plumones de pizarrón, cuadernos y plumas	Duración: Fase 1: 30 minutos Fase 2: 2 horas y media Fase 3: 30 minutos Fase 4: 30 minutos
Fase 1 Inicio	
Actividad 1	Se inicia la sesión saludando y posteriormente preguntando ¿qué ha ido mejor desde la última vez que nos vimos? Y se les pide a todos los participantes que respondan la pregunta, posteriormente se les pedirá que entreguen su tarea y comenten cómo les fue al realizarla.
Actividad 2	Explicación de cómo se trabajará durante esa sesión
Fase 2 Intervención	
Actividad 1	Exposición. Se hará una presentación en power point sobre qué es la terapia dialéctica funcional
Actividad 2	Receso
Actividad 3	Evaluación de las metas planteadas en la primera sesión
Actividad 4	Se realizarán propuestas para mejorar el cumplimiento de las metas
Actividad 5	Se hará un debate grupal sobre cómo utilizar las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores para la disminución del estrés
Fase 3 Post-Evaluación	
Actividad 1	Aplicación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (Sadín y Chorot, 2003)
Actividad 2	Aplicación del inventario SISCO (Barraza, 2006)
Actividad 3	Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (2011)
Fase 4 Cierre	
Actividad 1	Preguntas. Se les pedirá a los participantes que hagan todas las preguntas que hayan quedado
Actividad 2	Resumen, Se dará un resumen sobre lo que se trabajó en la sesión, así como de los temas revisados y se les pedirá que se una retroalimentación sobre lo trabajado durante el curso