



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Taller psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual  
sobre ansiedad e higiene del sueño en adultos

T E S I S

Que, para obtener el título de  
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

José Alfonso Vasconcelos Yáñez

**Director:** Dr. José Alfredo Contreras Valdez

**Revisora:** Dra. Angélica Juárez Loya

**Sinodales:**

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

Mtra. Nancy Angélica García Barajas

Mtra. Quetzal Natalia Galán López



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2021.



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.

A mi mamá, a mi papá,  
Ana María Yáñez y Aquiles Vasconcelos Segovia,

Por nuestra raza hablará el espíritu.

## **A manera de agradecimiento**

Agradezco, infinitamente, al Doctor José Alfredo, por ser más que un asesor, por el incondicional apoyo que me ha dado desde la formación académica, por su paciencia, su tiempo y su experiencia, ha sido un pilar en este proceso. Tengo en cuenta, qué es un ejemplo a seguir, por lo que aspiro a que el ejercicio de mi vocación esté orgulloso de mí. Además, agradezco la manifestación de cariño tan sincera que me impulsó a continuar la formación en el posgrado. Ha sido un honor que sea mi director tesis. Que se escuche un fuerte Goya.

A la Dra. Angélica, quién me ofreció su tiempo, su experiencia y paciencia, tan puntual en las recomendaciones para lograr sacar un trabajo como este, todo comentario venía cargado de valiosas observaciones. Ha sido un honor, Doctora.

A mis sinodales, la Mtra. Karla Suárez, Mtra. Natalia Galán y Mtra. Nancy Angélica García, quiénes a pesar de no conocernos en persona, me aceptaron y me dieron todo su apoyo, un impulso y un respaldo único.

A la directora Selene y a la profesora Ivonne, quiénes me permitieron, la realización de este taller. Muchas gracias por la confianza depositada en este proyecto.

A las participantes de este taller, quiénes confiaron en un estudiante con un deseo inmenso de darles lo mejor de lo mejor. Su apertura, su ímpetu por aprender y el gran esfuerzo por sanar, gracias.

A mis compañeras/os del seminario, quiénes la pasamos por mucho estrés, pero también por grandes alegrías, Gracias Esme, Eleazar, Karla, Karen, Melissa, Mariana, Sebastián...

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater. Siempre orgulloso de esta institución.

Que viva siempre Pumas de Universidad.

¿Cómo no te voy a querer?

¿Estoy listo, y tú?

Despiértame cuando me necesites.

## **A manera de dedicatoria**

No puedo dejar pasar la oportunidad, de dedicarle a la mujer que me amó antes de conocerme, a mi madre. Ana María Yáñez, gracias por tu amor, para ti esto, qué sin ti no hubiera podido. Te quiero, te amo. Quiero que estés bien siempre, que Dios te cante siempre, que los colibríes te bailen y que los girasoles te sonrían. Mi mente te guarda con amor, me transforma. Tu mirada me llena para valorarte cada instante sin importar lo que pase.

Para Aquiles Vasconcelos Segovia, que, a pesar de no estar más en este mundo, me mostraste tu intensidad por hacer las cosas, me demostraste que, si pude, lo logré papá. Me enseñaste el valor del apellido Vasconcelos, lo llevo tatuado en el alma. Así empieza este camino. Sé que estás orgulloso, pues al escribir estas palabras, me llegó un abrazo tuyo. Te amo, papá.

A mi madrina Nora, mi segunda madre, siempre me abrazaste en todos los momentos difíciles de mi vida, ahora te abrazo en los más hermosos. Desde que tengo memoria, siempre has estado ahí sin falta alguna.

A mi tío que no es mi tío, pero quiero más que a un tío, Luisito, llegaste a nuestras vidas sin saber que te convertirías en un ángel que necesitábamos mi madre y yo. Gracias por llegar a mi vida y darme la estructura que necesitaba.

Para mis hermanos y hermanas, quiénes a pesar de no tener ese lazo biológico, es algo fraterno, tan dulce y cariñoso que ustedes se convirtieron en algo más que hermanos. Esme quién día con día me escuchaste desesperado, llorando, enojado, pero también contento y lleno de júbilo, la hermana que siempre quise tener, ahora la tengo. A Alejandro (Txela), Nidome, Joe, Gil, Medel, Sebas, Claus, Aranza... ustedes son la familia que escogí.

Para mi familia scout, Cony, Alonso, Gabbo, Betsa, Arturo, Andrea Chabe, Daniel Potter, Jenn, tú y yo somos de la misma sangre. Para mis scouters, Gina, Gaby y Yis, Jorge 'Akela' e Irma 'Messua', Amadeo, Mike, Jas, Carlos Arroyo y Lucía, Julio y Chente, gracias por impregnarme el movimiento scout en el corazón. El honor me tiene en pie.

A mi terapeuta, Pili, conociendo cada rincón de mí, apoyándome en todo momento a crecer. Por supuesto, esto va para viejos amores, que jamás olvidaré, gracias por darme su apoyo y cariño.

Me queda decirles que los amo. A todos. A los que ya se fueron y a los que están conmigo, y que cada día me esfuerzo para que este amor se vuelva algo concreto, que se pueda convertir en motivo de alegría.

## Índice

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción.....	3
Marco Teórico .....	6
1. Ansiedad .....	6
1.1 ¿Qué es la ansiedad?.....	6
1.2 Prevalencia .....	7
1.3 La perspectiva categorial .....	8
1.4 El enfoque dimensional.....	11
1.5 La teoría del transdiagnóstico de los trastornos emocionales .....	12
1.6 Etiología y tratamiento de la ansiedad según el modelo cognitivo conductual .....	13
1.7 Aspectos generales de la terapia cognitivo conductual .....	16
1.8 Eficacia de la Intervención cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad .....	17
1.8 Psicoeducación de la ansiedad .....	19
1.9 Factores asociados.....	20
1.10 Ansiedad y su relación con el sueño .....	21
2. Higiene del sueño.....	23
2.1 Sueño .....	23
2.2 Higiene del sueño .....	24
2.3 Factores que propician una inadecuada higiene del sueño .....	29
2.4 Factores asociados.....	31
2.5 Intervención cognitivo conductual en higiene del sueño.....	34

3. Método .....	38
Planteamiento del problema .....	38
Pregunta de investigación.....	40
Hipótesis .....	40
Objetivo general.....	41
Objetivos específicos.....	41
Diseño de investigación .....	41
Alcance de la investigación.....	42
Definición de variables.....	42
Variable dependiente .....	42
Ansiedad.....	42
Higiene del sueño.....	42
Variable independiente .....	43
Participantes .....	43
Escenario.....	45
Instrumentos.....	45
Consideraciones éticas.....	47
Procedimiento.....	50
Análisis de resultados .....	53
4. Resultados .....	54
Efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad y la higiene del sueño: análisis individual.....	54
Cambio Clínico Objetivo .....	69
Efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad y la higiene del sueño: análisis grupal.....	71

Resultados cualitativos .....	75
5. Discusión.....	80
Referencias .....	89
Anexos .....	112
Anexo 1. Registro al taller.....	112
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico .....	113
Anexo 3. Cuestionario Cualitativo.....	114
Anexo 4. Consentimiento Informado.....	115
Anexo 5. Consentimiento Informado de fotografías.....	117
Anexo 6. Manual del participante.....	118
Anexo 7. Evaluación al facilitador (Fidelidad al tratamiento).....	152
Anexo 8. Cartas descriptivas .....	159



## Resumen

Las problemáticas que genera la ansiedad, en interacción con una mala higiene del sueño, resultan en graves consecuencias para la salud. La intervención cognitivo-conductual es eficaz para abordarlas, no obstante, aún no se ha identificado el efecto que puede tener la psicoeducación sobre las dos variables de forma conjunta. El propósito de esta investigación fue evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo grupal, con enfoque cognitivo conductual, para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño en adultos. Por medio de un muestreo intencional, participaron siete mujeres ( $M = 41.1$  años), madres de estudiantes que asistían a una primaria pública de la Ciudad de México. Se usó un diseño cuasi experimental de tipo *pre-post* con un solo grupo (se aplicó un protocolo de cinco sesiones, de dos horas de duración) y se realizó un seguimiento a un mes, mediante una llamada telefónica. Para medir la ansiedad se aplicó la escala de ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Para la higiene del sueño se utilizó el factor de Calidad Subjetiva de Sueño, así como 13 ítems de tres pruebas diferentes (Prueba Mexicana de Sueño, Pittsburgh y Atenas). También se indagó acerca de la eficacia del taller por medio de preguntas abiertas. Se diseñó un protocolo para evaluar el desempeño del facilitador y el apego al taller. Los análisis cuantitativos de tipo individual y grupal revelaron la eficacia del taller en la mayoría de las comparaciones, mientras que las respuestas cualitativas mostraron la eficacia del protocolo en todas las participantes. En conclusión, la psicoeducación grupal basada en el modelo cognitivo conductual es eficaz para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño.

**Palabras clave:** Taller psicoeducativo, ansiedad, higiene del sueño, tratamiento cognitivo-conductual

## **Abstract**

The troublesome generated by anxiety plus a poor sleep hygiene, results in serious health consequences. Cognitive-behavioral intervention is effective in addressing them, however, the effect that psychoeducation can have on both variables together has not been identified yet. The purpose of this research was to evaluate the efficacy of a psychoeducational workshop group, with a cognitive behavioral approach, to reduce anxiety and improve sleep hygiene in adults. Through and intentional sampling, seven women (M=41.1 age) participated, mothers of students who attended a public elementary school in Mexico City. A pre-post quasi-experimental design was used with a single group (a protocol of five sessions, lasting two hours was applied) and a one-month follow-up was carried out by phone call. To measure anxiety, the anxiety scale from the Mexican Inventory of Anxiety, Depression and Suicidal Ideation (IMADIS), and the Beck's Anxiety Inventory (BAI). For sleep hygiene, the Subjective Sleep Quality factor was used, as well as 13 items from three different tests (Mexican Sleep Test, Pittsburgh, and Athens). The effectiveness of the workshop was also investigated through open questions. A protocol was designed to assess performance of the facilitator. Quantitative analysis of individual and group revealed the efficacy of the workshop in most comparisons, while qualitative responses show the efficacy of the protocol in all participants. In conclusion, the psychoeducation group based on the cognitive behavioral model is effective to reduce anxiety and improve sleep hygiene.

**Keywords:** Psychoeducational workshop, anxiety, sleep hygiene, cognitive-behavioral treatment.

## Introducción

La ansiedad es un malestar que genera aversión hacia eventos futuros, se caracteriza por sensaciones físicas desagradables y síntomas cognitivos que no permiten la funcionalidad del individuo en su vida cotidiana debido a la constante sensación de intranquilidad (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; Sierra et al., 2003). En México, se sabe que el 11.6% de la población indicó padecerla (Medina-Mora et al., 2009; Secretaría de Salud, 2013). La ansiedad está vinculada con múltiples problemas, entre ellos, depresión (Belloch, 2012; Pardo et al., 2004; Risal, Manandhar, Linde, Steiner y Holen, 2016; Watson, Clark y Carey, 1988), alteraciones cardiovasculares, respiratorias, osteomusculares, cefaleas, digestivas y dermatológicas (Cano, 2010; Deng, Youki, Lyu y Lu, 2018; Pascual et al., 2008; Romero, 2018), entre otros. Sobre esta misma línea, la investigación de las últimas décadas ha puesto especial atención en el efecto que tiene la ansiedad en el sueño, debido a los diversos riesgos para la salud que esto implica (Del Río, 2006; Linares-Silva, 2016; Suh, 2018; Thorsetinsson et al., 2019).

Debido a la importancia que tiene el sueño en la vida de las personas, los especialistas han llegado al consenso de recomendar una serie de hábitos para mejorar la calidad de este, conocidos como higiene del sueño (Brown et al., 2002; Buela-Casal y Sierra, 2001; Fernández, 2018; Sierra et al., 2002). En México, se ha registrado que 28.4% de la población no descansa adecuadamente, esto repercute de forma negativa en la salud de la sociedad (Guerrero-Zúñiga et al., 2018). De manera que, así como la ansiedad, una inadecuada higiene del sueño está relacionada con diversos factores, por ejemplo, deterioro en habilidad motrices y cognitivas (Jiménez y Arana, 2019), desajuste hormonal (Simpson et al., 2017), enfermedades cardiovasculares (Delgado et al., 2019), entre otros. Lo que lleva a seguir indagando sobre la eficacia de las intervenciones para la higiene del sueño y la ansiedad.

Gracias a la investigación científica, se sabe que la intervención más eficaz para el abordaje de estas dos variables se basa en el modelo cognitivo conductual (Andersen et al., 2016; Barlow et al., 2015; Buela-Casal y Sierra, 2011; Pearl y

Norton, 2017; Wieman et al., 2020). Si bien, los tratamientos cognitivo-conductuales están conformados por diversas técnicas y actividades (Ruiz et al., 2012), la psicoeducación es un elemento imprescindible en ellos (Heinze y Camacho, 2010; Wieman et al., 2020). El propósito de esta investigación fue evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual, dirigido a disminuir la ansiedad y a mejorar la higiene del sueño, en un grupo de mujeres adultas. La eficacia del taller se evaluó, tanto al término de este, como después de un mes de haber finalizado.

Esta tesis se compone de varios capítulos. En los dos primeros se presenta el marco teórico. En el capítulo uno se explora la ansiedad, su definición, prevalencia y factores asociados, también la perspectiva categorial frente al enfoque dimensional y cómo estos convergen en la teoría del transdiagnóstico. En el mismo apartado también se abordan aspectos generales de la terapia cognitivo conductual y su eficacia. Esto lleva al segundo capítulo, donde se explica cómo se ha estudiado en los últimos años la higiene del sueño y la evidencia que ha demostrado el papel tan importante que esta posee para mejorar el descanso y, por ende, la calidad de vida de las personas.

La sección del método, que constituye el tercer capítulo, tiene el objetivo de explicar los pasos que se llevaron para atender el propósito general de esta investigación. Este estudio consistió en un diseño de investigación cuasi experimental con un solo grupo y con seguimiento (Montero y León, 2005). Participaron siete mujeres con una edad promedio de 41.1 años cuyos hijos asistían a una escuela primaria pública de la Ciudad de México, ubicada en la alcaldía Coyoacán, en la que se implementó un protocolo de 5 sesiones de 2 horas de duración, del 19 de febrero al 5 de marzo de 2020, con un diseño cuasi experimental de tipo *pre-post* con un solo grupo y con un seguimiento a un mes, mediante una llamada telefónica.

En el capítulo 4 (apartado de resultados) se podrá observar que el taller psicoeducativo, en términos generales, resultó eficaz para disminuir la ansiedad e

incrementar las conductas de higiene del sueño, de acuerdo con la medición cuantitativa y cualitativa, tanto en la comparación *pre-post*, como en el seguimiento.

Finalmente, en la discusión (capítulo 5) se detallarán las implicaciones que este estudio tuvo con respecto a la vinculación teórica, práctica y metodológica, junto con las necesidades de una población y los beneficios que obtuvo al participar en el taller. También se señalarán las fortalezas, limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.

## Marco Teórico

### 1. Ansiedad

Muchacho, tendrás  
que cargar esa carga  
(Lennon y McCartney, 1969)

#### 1.1 ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es un conjunto de indicadores de malestar emocional que trae una aversión hacia los eventos futuros. Se caracteriza por sensaciones físicas y síntomas cognitivos que no permiten la integración del individuo a su vida cotidiana debido a la sensación de intranquilidad (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; Sierra et al., 2003). A su vez, tiene consecuencias conductuales, representadas por la evitación de situaciones que pueden generar ansiedad (Barlow, 2002).

Es importante resaltar que la ansiedad es un estado emocional (compuesto por una variedad de sensaciones) que puede llegar a ser normal ante determinadas situaciones. En realidad, se experimenta cotidianamente en mayor o menor medida (Reyes-Ticas, 2010; Sáiz et al., 2003). Por ejemplo, el valor adaptativo de un estado emocional como la ansiedad suele confundirse con el miedo. La función principal del miedo es preparar a la persona ante un estímulo para tomar una decisión inmediata hacia una acción, donde esta decisión suele ser el ataque o huida ante un peligro, además de tener un valor comunicativo como una señal de alerta para los demás (Barlow, 2002). No obstante, cuando la ansiedad sobrepasa la capacidad de adaptación de la persona, se convierte en patológica y genera malestar significativo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

La ansiedad se caracteriza también por preocupaciones constantes que son difíciles de controlar, pues suelen ser permanentes, intensas, perturbadoras y crónicas. Además, aparecen frecuentemente con síntomas físicos en una amplia gama de situaciones o acontecimientos (Mendoza-Ojeda, 2019). Por otro lado, diversas investigaciones en el área de la fisiología, sobre aspectos relacionados con la ansiedad, han revelado que la hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas, junto con el control inhibitorio limitado por las estructuras corticales, son características de una persona con ansiedad (Barlow et al., 2015).

Es importante identificar los síntomas o indicadores de la ansiedad. Primero están los fisiológicos, que se refieren al conjunto de sensaciones internas, tales como taquicardia, sudoración excesiva, hiperventilación, tensión muscular, sequedad en la boca, náuseas y problemas para ingerir los alimentos (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; Jiménez, 2016; OMS, 2018). Después, se encuentran los indicadores cognitivos, que se refieren a aquellos pensamientos, ideas o imágenes que manifiestan preocupación excesiva (Barlow et al., 2015; Mendoza-Ojeda, 2019). Luego, están las respuestas conductuales, que aluden a comportamientos como inquietud, movimientos repetidos y torpes, conductas de evitación, búsqueda de seguridad y compulsiones (APA, 2013; Vázquez, 2019).

Para Barlow y su grupo de investigación (2011), una de las principales características de la ansiedad se encuentra en el intento por controlar, en exceso, las emociones positivas y negativas. Las personas preocupadas por la expresión y la experiencia de sus emociones pueden intentar estrategias de regulación emocional desadaptativas, por ejemplo, la supresión, que, a corto plazo, oculta e ignora las emociones, pero a largo plazo exacerba el malestar emocional que produce consecuencias no deseadas en indicadores fisiológicos, cognitivos, emotivos y conductuales (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; OMS, 2018). Los indicadores de la ansiedad ya sean leves o graves, dificultan significativamente la integración del individuo en el contexto laboral (Virues, 2005), familiar (Benitez y Caballero, 2017; Vargas, 2014), escolar (Benitez y Caballero, 2017) y en las relaciones interpersonales (Lacunza y Contini, 2016).

## **1.2 Prevalencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estimó que en 2015 había alrededor de 264 millones de personas en todo el mundo que padecían algún trastorno de ansiedad. Particularmente, en el continente americano, esto ocurre con una prevalencia de 7.7% en la población de mujeres y de 3.6% en la de hombres. En México se encontró que 11.6% de la población indicó padecer algún trastorno de ansiedad, donde predominan las mujeres con 3.7% y hombres con 1.4% (Medina-Mora et al., 2009; Secretaría de Salud, 2013). También se sabe que la ansiedad es un tipo de psicopatología de mayor prevalencia en las grandes

metrópolis, como lo es Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México (Medina-Mora et al., 2009).

Por otro lado, en el estudio de Monroy (2015) realizado en la Ciudad de México con una muestra de 454,160 pacientes del periodo de 2002 a 2014, se halló que la ansiedad se posicionó como tercer lugar en diagnóstico de relevancia en servicio de neurología y salud mental, pues 12% de estos pacientes requirieron dichos servicios. Además, es posible identificar la tendencia al crecimiento en cuanto a los trastornos de ansiedad, en estudios de la década pasada se pronosticaba que para el 2020, alrededor de 27 mil habitantes de esta ciudad serían diagnosticados con algún trastorno de ansiedad.

Por su parte, la OMS (2016), tras identificar el aumento de la prevalencia de ansiedad, calculó que este fenómeno le cuesta a la economía mundial un billón de dólares anuales. Una pérdida que se ve reflejada en un costo social, con un efecto mayor que las enfermedades crónicas no psiquiátricas (Muñoz, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007).

Al examinar la prevalencia en cuanto a la ansiedad en el mundo y, de forma específica en México, también es importante identificar la utilización de los servicios de atención a la salud mental. En el estudio de Medina-Mora et al. (2009), se identificó que solo 3.6% de las personas contactaron con estos servicios a partir de la aparición de la ansiedad. En la misma investigación se encontró que hay una proporción amplia de población que solicita apoyo, pero que no cumple con los criterios diagnósticos tradicionales. Esto representa una limitación importante, pues es necesario este diagnóstico para poder recibir la atención necesaria.

### **1.3 La perspectiva categorial**

El enfoque categorial establece la existencia de diagnósticos o trastornos mentales basados en la presencia de síntomas precisos, claros y descriptivos. Brinda información específica sobre los criterios para establecer el diagnóstico de cada trastorno. También proporciona un sistema de diagnóstico aplicable en diversos contextos de práctica, incluye la información de los trastornos, datos epidemiológicos, factores de vulnerabilidad e investigación neurológica (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013). Este modelo se ha conformado por grupos de



expertos para abordar los espectros de diagnóstico a lo largo del ciclo de vida, la expresión de los síntomas según el sexo y la cultura, y la influencia de la medicina (Sandín, 2013). Por medio de este modelo, el agrupamiento de signos y síntomas en categorías delimitadas sirve para identificar trastornos específicos con una etiología distinguida, un pronóstico y un tratamiento (Hernández-Guzmán et al., 2011).

La ansiedad se encuentra clasificada en diferentes diagnósticos dentro de los principales representantes del modelo categorial de la psicopatología: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). El uso de ambos manuales es frecuente por psicólogos clínicos y psiquiatras debido a la utilidad clínica que representa, pues se utilizan como referente para la detección de los indicadores que probabilizan la aparición de un trastorno emocional (Medina-Mora et al., 2019).

El DSM-V (APA, 2013) posee un apartado exclusivo para los trastornos de ansiedad, en donde se encuentra: el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que se caracteriza por una ansiedad persistente, con una preocupación excesiva con una duración de seis meses o más. La fobia específica, en la que se observa un miedo excesivo hacia situaciones, animales u objetos. La ansiedad o fobia social, que está dada por la preocupación excesiva ante las interacciones sociales y situaciones que involucran personas desconocidas. El trastorno de pánico, que se define por la experimentación recurrente e inesperada de una crisis de pánico, acompañada de una respuesta de pérdida del control. La agorafobia, que es la preocupación excesiva en situaciones como el uso de transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados o encontrarse en una multitud. También existe el trastorno de ansiedad inducido por alguna sustancia, que consiste en el desarrollo de síntomas después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicamentos, junto con este se encuentra el trastorno de ansiedad debido a una afección médica. Finalmente, el trastorno de ansiedad no especificado, que se diagnostica al presentar síntomas significativos de ansiedad, pero sin cumplir todos los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos mencionados antes.

La CIE-10 (OMS, 1992), por su parte, describe los trastornos de ansiedad en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento, en el cual los titula: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Esta categoría contempla los trastornos fóbicos de ansiedad, que los define con la ansiedad provocada exclusivamente por situaciones definidas que no son inseguras y suelen evitarse. Continúa con el trastorno obsesivo-compulsivo, cuya clasificación incluye la presencia de pensamientos obsesivos invariablemente angustiantes y actos compulsivos estereotipados recurrentes. Por último, se encuentran otros trastornos de ansiedad, donde la ansiedad es el síntoma principal, pero puede haber síntomas depresivos, obsesivos e incluso fóbicos.

Si bien, el modelo categorial contiene ventajas, la investigación científica ha revelado que los límites propuestos entre diversos trastornos son difusos y no logran explicar la realidad de una forma adecuada, de modo que no resulta ser el modelo óptimo para abordar la ansiedad (Agudelo et al., 2007; Kotov et al., 2017). Además, una desventaja de su uso recae en que se limita a la descripción de los síntomas de los trastornos mentales en el momento presente, lo cual dificulta analizar la gravedad de la sintomatología a la luz del desarrollo psicológico. Por otro lado, las clasificaciones se basan en un consenso de expertos más que en investigación científica, por lo que su validez se ve comprometida. Adicionalmente, el problema de la comorbilidad es también frecuente, ya que hay grupos de síntomas de la ansiedad presentes en otras categorías. A consecuencia de la comorbilidad excesiva, se ha optado por crear más categorías diagnósticas (Agudelo et al., 2007). Por último, se ha observado que muchos pacientes con un mismo diagnóstico presentan perfiles sintomáticos muy diferentes (Bosswell et al., 2013; Echeburúa et al., 2014).

El uso del modelo categorial, a su vez, puede traer consecuencias como la *psicopatologización* de problemas cotidianos o la generación de pacientes con falsos positivos y la estigmatización del paciente según la categoría diagnóstica (Echeburúa et al., 2014). Debido a las desventajas del enfoque categorial, se ha optado por investigar la pertinencia del modelo dimensional de la psicopatología para el abordaje de la ansiedad.

#### **1.4 El enfoque dimensional**

En principio, el enfoque dimensional se compone de una influencia bidireccional de variables biológicas y contextuales; plantea que la conducta humana es un sistema dinámico y adaptativo que influye en el ambiente donde se desenvuelve (Hernández-Guzmán et al., 2011). Particularmente, en la psicopatología, representa una desviación cuantitativa de la normalidad a lo largo de varias dimensiones en donde las personas cambian constantemente (Hernández-Guzmán et al., 2011). El sistema dimensional estudia las manifestaciones clínicas basándose en el agrupamiento natural de atributos, en lugar de una asignación de categorías, por lo que es más adecuado para describir fenómenos que se distribuyen de forma continua y que no poseen límites arbitrarios (Sandín, 2013). De esta manera, la evaluación dimensional se aparta del diagnóstico tradicional del modelo categorial (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Un ejemplo de un modelo dimensional, derivado de la investigación empírica, es el propuesto por Clark y Watson (1991) conocido como el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión. Los autores postularon la existencia de dos dimensiones del afecto independientes una de la otra, el afecto negativo y el afecto positivo, así como una tercera de hiperactivación fisiológica. En la dimensión de afecto negativo, se agrupan síntomas de malestar en general, que representan el grado en el que una persona experimenta distintos estados aversivos, por ejemplo, estar enojado, temeroso, triste, preocupado, culpable o autocrítico. Por otro lado, la dimensión de afecto positivo incluye el gusto por hacer actividades, entusiasmo, relación agradable con el ambiente, seguridad en uno mismo, sentimientos de afiliación, dominancia social y bienestar en general. Por último, está la dimensión de hiperactivación fisiológica, que se define como manifestaciones de tensión y activación somática, como respiración entrecortada, vértigo o mareos, boca seca o temblores y sacudidas. Este modelo explica que tanto la ansiedad, como la depresión, compartirían los síntomas de la dimensión del afecto negativo. Pero la ansiedad se caracterizaría por la presentación de una elevada hiperactivación fisiológica, mientras que la depresión incluiría pocos indicadores de afecto positivo (Kotov et al., 2017).

Barlow et al. (2015), en consonancia, han postulado la teoría de la triple vulnerabilidad, la cual ha brindado una explicación de la naturaleza de las emociones según el desarrollo psicológico del individuo. En primer lugar, existe una contribución genética común, conocida como vulnerabilidad biológica generalizada, la cual se centra en la base genética del temperamento, esta se encuentra latente, a no ser que se active mediante estímulos o circunstancias ambientales. En segundo lugar, se encuentra la vulnerabilidad psicológica generalizada que está dada con experiencias tempranas que contribuyen a que el individuo interiorice una especie de falla constante en el control de sus acciones (por ejemplo, estilos de crianza sumamente restrictivos donde no se permiten los errores; ambientes de sobreprotección o negligencia). Si estas dos vulnerabilidades se presentan, la persona tiene mayor riesgo de experimentar ansiedad. Por último, existe la vulnerabilidad psicológica específica, la cual implica un incremento en la probabilidad de aprender respuestas particulares ante la ansiedad, ya sea por modelamiento de los padres o cuidadores o por causa de algún evento traumático.

### **1.5 La teoría del transdiagnóstico de los trastornos emocionales**

El enfoque categorial y el dimensional convergen en la teoría del transdiagnóstico, la cual postula que los diferentes trastornos de ansiedad son sencillamente pequeñas variaciones de dimensiones comunes que les subyacen (por ejemplo, el afecto negativo y la regulación emocional; Barlow et al., 2011). Esta teoría surgió en el área de los trastornos alimentarios (Fairburn et al., 2003), pero debido a la evidencia empírica que la ha sustentado (Fairburn et al., 2009 y 2015; Sivyer et al., 2020), Barlow et al., (2011) desarrollaron la línea de investigación del transdiagnóstico en el área de los problemas emocionales como la ansiedad, la depresión y los problemas somáticos (Aldao et al., 2016). El planteamiento central y la principal aportación de la teoría del transdiagnóstico consiste en desarrollar un tratamiento dirigido a las dimensiones medulares que explican los trastornos (por ejemplo, la dimensión de la regulación emocional, en el caso de los diferentes tipos de ansiedad y depresión), el cual sería eficaz para disminuir la sintomatología de todos los trastornos cuya dimensión subyacente sea la misma (Barlow et al., 2015). Esta premisa central permitiría romper las barreras del modelo categorial, no

obstante, se apoya de éste para lograr describir y explicar los diferentes trastornos psicológicos desde dimensiones genéricas (Sandín, 2012). De este modo, surge la encomienda de establecer y diferenciar entre factores transdiagnósticos y procesos clínicos específicos (Barlow et al., 2015; Sandin, 2012).

## **1.6 Etiología y tratamiento de la ansiedad según el modelo cognitivo conductual**

Existen posturas que pretenden explicar las causas de la ansiedad a partir de diversos postulados teóricos, por ejemplo, el modelo psicodinámico, el humanista o la teoría de la Gestalt (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019). No obstante, esta tesis se enfocará en el modelo teórico que cuenta con más respaldo científico en el abordaje de la ansiedad, que es el cognitivo conductual (Barlow et al., 2015; Carpenter et al., 2018; Wieman et al., 2020).

La investigación científica de la ansiedad, desde el modelo cognitivo conductual, ha tomado en cuenta la conducta y su relación con el entorno a partir de los principios del aprendizaje, donde esta es el eje principal de la ansiedad (Watson, 1924). Por ejemplo, una persona con ansiedad, ante un animal u objeto, se verá reflejada en la evitación de la situación. Watson (1919), con el sustento del condicionamiento clásico de Pávlov (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019), realizó aportes relevantes a la investigación de la ansiedad. Dentro de estos, se encuentra su delimitación como una respuesta emocional en función de antecedentes, entendidos como estímulos (por ejemplo, una araña) y una respuesta ante el estímulo, entendida como consecuencia (evitación), así mismo, agregó que la ansiedad depende de la frecuencia y duración de dicha consecuencia. De esta manera, Watson (1924) presentó la ansiedad como una respuesta emocional condicionada, aprendida por la asociación de un estímulo incondicionado (por ejemplo, la aparición de una araña) y un estímulo neutro (luz), por tanto, al ver una luz genera malestar.

Skinner (1969) investigó la relación que existe entre la conducta y el ambiente en el que una persona está expuesta. Postuló que la conducta está dada por sus consecuencias que surgían del reforzamiento positivo o negativo. El reforzamiento positivo y negativo aumenta la probabilidad de la ocurrencia de la conducta, pero el

reforzamiento negativo impide que un evento aversivo provoque consecuencias negativas, así pues, genera una nueva conducta que permite evitar o controlar esta consecuencia (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019). Por ejemplo, el caso de una exposición ante un público puede ser reforzada negativamente por estímulos como apartarse de la situación (evitación), en consecuencia, esto puede generar en la persona ansiedad por cada vez que se presenta en público, reflejada en conductas como sudoración y palpitaciones excesivas, así como mayor evitación de la situación. Este proceso permitió explicar la ansiedad como una respuesta emocional reforzada negativamente por comportamientos evitativos dirigidos a la prevención y control de la aversión (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019).

Por otra parte, la ansiedad también involucra procesos cognitivos, los cuales recibieron un gran interés por parte de los representantes de la segunda generación del modelo cognitivo conductual, es decir, a partir de las teorías del procesamiento de la información. Dentro de estos investigadores se encuentran Bandura y Walters (1974), que, a partir de sus investigaciones sobre el aprendizaje social de conductas hostiles y ansiosas, postularon los principios fundamentales del aprendizaje observacional de la ansiedad. Esta teoría explica cómo la conducta de un individuo modela o actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, de manera que, el procedimiento de modelado permite el desarrollo de mecanismos involucrados en la evolución de la ansiedad, y no necesariamente involucran reforzamiento, sino por medio de la observación (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019).

Además, los modelos cognitivos que subyacen a la ansiedad que han recibido mayor atención por parte de la comunidad científica son el de Aaron Beck y Albert Ellis. Básicamente, la teoría de Beck posiciona a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar circunstancias percibidas como eventos inadvertidos (Clark y Beck, 2012). La respuesta de ansiedad involucra un sistema de procesamiento de la información que se basa en dos procedimientos. El primero, se conoce como valoración primaria de la amenaza, que se ejecuta de manera automática para evaluar la probable amenaza de un estímulo, de modo que, una persona con

ansiedad sobrevalora la probabilidad de que ocurra alguna adversidad. El segundo, se conoce como revaloración secundaria, donde hay atención centrada en la debilidad de la persona, por lo que hay una inaccesibilidad del pensamiento de manera constructiva, por consiguiente, se genera y se mantiene una preocupación incontrolable, al reforzar la sobreestimación inicial de la amenaza. En este proceso una persona con ansiedad suele ser más consciente de estas respuestas más lentas e intencionadas que son responsables de la persistencia de la ansiedad (Díaz-Kuaik y De la Iglesia, 2019).

Por su parte, Ellis (1990) conceptuó el término ideas irracionales, haciendo referencia a los pensamientos rígidos acerca de la persona misma, de otras o situaciones específicas. Ellis propuso un método terapéutico conocido como Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), psicoterapia basada en la premisa de que las emociones y conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de cómo se desprende la interpretación que haga de la realidad (Ellis y Grieger, 1990). De manera que, la TREC atiende a la persona con ansiedad en la identificación de pensamientos irracionales, que resultan ser disfuncionales en su día a día y le ayuda a sustituir estas creencias por otros más racionales, por lo tanto, más eficientes. En esta visión, se plantea el modelo ABC que funge como un esquema que permite identificar el estímulo activador (A), por ejemplo, una exposición ante el público; posteriormente, la serie de creencias (B), que puede inclinarse en ideas irracionales como la catastrofización de la exposición, y finalmente las consecuencias (C), que resultarían de la interpretación que la persona hace de A, en este caso puede desembocar en ansiedad (Cabezas y Lega, 2006). Con estas dos posturas, Ellis y Beck permiten identificar cómo el procesamiento de la información puede explicar el origen y el mantenimiento de los síntomas de la ansiedad. No obstante, también existe el modelo contextual que ofrece otra visión.

En un intento de abordar la ansiedad desde otro punto de vista, en años más recientes, algunos investigadores han mostrado un interés específico en argumentar que la ansiedad es parte de la vida de las personas. Sin embargo, en su esfuerzo por no experimentar la ansiedad, las personas desarrollan diferentes

comportamientos dirigidos a evitarla, los cuales se vuelven tan repetitivos que desencadenan problemas psicológicos en distintas áreas que inicialmente no estaban relacionadas con el estímulo inicial y, paradójicamente, propician más ansiedad (Arch et al., 2012; Hayes et al., 1999). Existen una serie de consecuencias que impiden el desarrollo óptimo de las personas, es importante contemplar el tratamiento con el mayor respaldo científico (Barlow et al., 2015).

### **1.7 Aspectos generales de la terapia cognitivo conductual**

Debido a las múltiples complicaciones para la salud que conlleva la ansiedad, se han desarrollado diversas líneas de investigación con el propósito de crear tratamientos eficaces dirigidos a estas problemáticas. Particularmente la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha resultado ser la intervención más eficaz para tratar estas complicaciones (Barlow et al., 2015). Se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, pues esta se fundamenta en principios y métodos validados empíricamente (Plaud, 2001).

La TCC posee rasgos característicos (Ruiz et al. 2012). El primero es que se trata de un ámbito de intervención en la salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, y conductuales desadaptadas y de carácter aprendido; el segundo, por tratarse de un ámbito dirigido a la salud, cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos. Otro rasgo en la TCC es que cuenta con una naturaleza educativa, particularmente psicoeducativa, que se orienta hacia cambios cognitivos y conductuales (Rascon et al. 2011; Ruiz et al. 2012). Por último, la TCC cuenta con un carácter de autoevaluación a lo largo del proceso terapéutico, lo que le permite mejorar el tratamiento y darle énfasis a la metodología experimental, proveniente del conductismo.

Para lograr comprender la TCC es importante identificar sus bases teóricas y metodológicas. En primer lugar, la Terapia de Conducta (TC) parte de la idea de que la conducta es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje, propuestos por el condicionamiento clásico de Pávlov, la ley del efecto de Thorndike, el conductismo de Watson y el condicionamiento operante de Skinner (Ruiz et al. 2012). A esta etapa de desarrollo de la TC, se le conoce como la primera generación de la Terapia Cognitivo Conductual (O'Donohue, 2009). Posteriormente,



la segunda generación logra superar las deficiencias y limitaciones de la TC; de ser así, las contribuciones más importantes son la teoría del aprendizaje social y las del enfoque cognoscitivo (Ruiz et al. 2012). Finalmente, en la tercera generación se encuentran las conocidas terapias contextuales (Ruiz et al. 2012). Las técnicas del modelo contextual van dirigidas a afrontar los síntomas de la ansiedad mediante la acción comprometida, la atención al momento presente o la aceptación del malestar. Algunas terapias de las más empleadas en este abordaje teórico son las de atención plena (*mindfulness*), aceptación y compromiso, dialéctica conductual o analítico funcional (Arch et al. 2012). Es importante mencionar, que la conformación de la TCC como modelo está dada por los criterios de eficacia, de esta manera se fija en las circunstancias sociales y económicas, así, su principal intervención radica en atender la salud en general y la salud mental en particular (Ruiz et al. 2012).

### **1.8 Eficacia de la Intervención cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad**

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad es uno de los trastornos más prevalentes (Medina-Mora et al. 2009; Monroy, 2015; OMS, 2017; Secretaría de Salud, 2013), de modo que es también uno de los más comunes de tratar. Esto ha propiciado un incremento en el número de tratamientos psicológicos que tienen como propósito disminuir esta problemática. En este sentido, se ha observado que la terapia cognitivo conductual es efectiva para reducir los síntomas de la ansiedad y mejorar el funcionamiento de los individuos (Barlow et al., 2015; Heinze y Camacho, 2010; Wieman et al., 2020).

Es importante mencionar que existe basta evidencia científica en favor de la TCC como una intervención eficaz para disminuir la ansiedad (Andersen et al. 2016; Pearl y Norton, 2017; Wieman et al., 2020). Es por lo que, en los últimos años, se han desarrollado nuevos protocolos con base en la teoría del transdiagnóstico. El más conocido, debido a la elevada eficacia que ha mostrado para disminuir los síntomas de los llamados trastornos emocionales (Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2015; Sandin, 2012; Sauer-Zavala et al., 2012), es el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015), en el que se abordan los trastornos de ansiedad.

El protocolo unificado aprovecha las aportaciones realizadas por las teorías cognitivo-conductuales para condensar e incorporar principios comunes de los tratamientos avalados de forma empírica, en particular, reevaluar las interpretaciones negativas, modificar las conductas desadaptativas, prevenir la evitación emocional y utilizar procedimientos de exposición emocional. Se apoya de prácticas durante la sesión, un autoregistro del paciente, tareas para casa y mantener objetivos claros y medibles. De esta manera, aborda las carencias en la regulación emocional, comunes en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015).

Frente a esto se encuentra el metaanálisis de Carpenter et al. (2018), quienes mantienen que el tratamiento tiene eficacia moderada en trastornos de ansiedad, principalmente, con efectos a largo plazo en el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada. En contraste, en el metaanálisis de Pearl y Norton (2017) se respalda la suposición teórica de que los modelos de tratamiento transdiagnóstico son sólidos en presencia de pacientes con diagnósticos diferentes, pues los efectos del tratamiento transdiagnóstico no se vieron significativamente afectados por la comorbilidad con otros trastornos. Por lo tanto, se sugiere que es preferible apearse a una intervención bajo el modelo transdiagnóstico, en apego al respaldo que ha ofrecido la evidencia científica (Barlow, et al., 2017; González-Robles et al., 2019).

Aunque el protocolo unificado de Barlow et al., (2011) ha sido diseñado para su aplicación en formato individual, existe la posibilidad de aplicarlo en grupo (Bullis et al., 2015; Sandín, 2012). Los estudios que respaldan su eficacia han identificado una mejoría significativa en la calidad de vida, sintomatología clínica y funcionamiento social (Bullis et al., 2015; Talkovsky et al., 2017).

El tratamiento cognitivo-conductual está conformado por diversas técnicas y actividades (Ruiz et al., 2012) que deben ser guiadas por el personal de la salud mental capacitado (Heinze y Camacho 2010). De esta manera, es necesario elaborar un plan terapéutico con base en la severidad de la ansiedad. Posteriormente, es importante ayudar en la elección del paciente tras un análisis al mostrar costos y beneficios de la intervención, no obstante, un paso imprescindible

al iniciar el tratamiento es la psicoeducación (Heinze y Camacho, 2010; Wieman et al., 2020).

### **1.8 Psicoeducación de la ansiedad**

La psicoeducación se define como el proceso enseñanza-aprendizaje orientado a generar cambios cognitivos y conductuales (Rubio, 2017; Ruiz et al., 2012). Los antecedentes a los programas psicoeducativos se hallan en clínicas de Europa y Estados Unidos alrededor de la década de 1970. Estos programas estaban conformados por personal médico, donde el objetivo era familiarizar a los pacientes con Trastorno Bipolar con su enfermedad. De esta manera, surge la psicoeducación informativa, que suele ser breve y prioriza la transmisión de información sistematizada acerca de la enfermedad por encima de otros factores. Así, la psicoeducación, provee al paciente herramientas que le permitan ser proactivo en la comprensión y tratamiento de su padecimiento (Colom, 2011).

A diferencia de la psicoeducación informativa, está la psicoeducación interactiva, que se caracteriza por programas largos, en los que se da importancia a aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces de la enfermedad, el manejo de síntomas, la regularidad de hábitos e identificar situaciones desencadenantes. Además, promueve la modificación de actitudes y conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad por medio de cambios en su estilo de vida, reevaluar pensamientos y creencias de la enfermedad, una adherencia al tratamiento y una mejora en el manejo de desencadenantes o incluso en la detección precoz de recaídas (Jiménez, 2016).

En la psicoeducación dirigida a la ansiedad, se explica el papel histórico natural de esta emoción, pues cuenta con beneficios evolutivos de lucha o huida. A su vez, favorece la adherencia al plan terapéutico al eliminar mitos o prejuicios sobre el tratamiento o sobre la emoción misma (Heinze y Camacho, 2010). También, se enseña al paciente que el objetivo del tratamiento es entender la ansiedad, así como el valor adaptativo de esta (Barlow et al., 2015).

Asimismo, se utilizan herramientas como el modelo de los tres componentes para explicar cómo los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionadas y cómo contribuyen a la ansiedad (Barlow et al., 2015; Bullis et al.,

2015). Además, se promueve el uso de técnicas de relajación como la respiración diafragmática con el uso de imaginación (García, 2016; Payne 2009). Es fundamental recalcar la importancia del trabajo en casa, con él, es posible consolidar diferentes habilidades en las que se han trabajado durante las sesiones presenciales. Por lo tanto, los participantes se les enseña la importancia del automonitoreo y autorregistro a través del modelo de los tres componentes, adaptados a diferentes trastornos de la ansiedad (Wieman et al., 2020).

Tras identificar la intervención más eficaz para la ansiedad por medio de la psicoeducación, es importante reiterar que al no llevar un tratamiento en el que se contemple la intervención cognitivo conductual o no dar un seguimiento adecuado, puede resultar en múltiples riesgos para la salud (Miró et al., 2005).

### **1.9 Factores asociados**

La ansiedad es un tipo de psicopatología que se asocia con múltiples disfunciones psicológicas. Por ejemplo, diversos estudios (Belloch, 2012; Pardo et al., 2004; Risal et al., 2016) han reportado alta comorbilidad entre ansiedad y depresión. Además, se ha encontrado también una fuerte asociación con el abuso de sustancias como pueden ser alcohol, tabaco y drogas de origen ilícito o medicamentos, tales como psicofármacos o analgésicos (Villarosa-Hurlocker et al., 2019). Dicha relación se puede explicar debido al efecto que producen estas sustancias con el fin de atenuar o evitar los síntomas de la ansiedad (Martínez-Vispo y Becoña, 2016; Risal et al., 2016; Salazar et al., 2018).

Por otro lado, la ansiedad está implicada en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), donde se ha visto que actúa como predictor (Pineda-García et al., 2017) y presenta comorbilidad (Solano y Antonio, 2012). Particularmente, también se ha reportado relación entre la fobia social y la insatisfacción corporal (Calderón et al., 2010; Solano y Antonio, 2012); así mismo, la búsqueda de perfeccionismo (Egan et al., 2013) afecta las relaciones sociales. Esto debido a que estas tres problemáticas comparten una preocupación elevada acerca de la aprobación social.

En cuanto a las relaciones sociales e interpersonales, se ha visto que las personas que padecen ansiedad, con frecuencia actúan de forma agresiva o pasiva

(Fortes et al., 2014), esto les dificulta generar posibilidades de mantener redes de apoyo adecuadas y solucionar conflictos en formas adaptativas. En cuanto a la dimensión de la personalidad, se ha visto que la ansiedad está relacionada con trastorno de la personalidad esquizotípico, el paranoico, el evitativo, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, el dependiente y el límite (Noel et al., 2019).

Por otra parte, dentro del contexto físico, debido a que la ansiedad se caracteriza por una respuesta fisiológica (APA, 2013; Cano, 2010; Díaz y De la Iglesia, 2019; OMS, 2018). Entonces, esta respuesta puede desencadenar amplias alteraciones cardiovasculares y presentarse como un factor de riesgo para otros tipos de enfermedades físicas (Emdin et al., 2016), como respiratorias, osteomusculares, cefaleas, digestivas o dermatológicas (Cano, 2010; Deng et al., 2018; Pascual et al., 2008; Romero, 2018).

En esta misma línea, los investigadores de las últimas décadas han puesto especial atención en el efecto que tiene la ansiedad en el sueño (Navarro y Dávila, 1998), debido a los diversos riesgos para la salud que esto implica (Miró et al., 2005).

### **1.10 Ansiedad y su relación con el sueño**

En diversas investigaciones, se ha visto que, si se padece ansiedad, es probable que se tenga problemas en el dormir, de manera que, la ansiedad está asociada con la calidad del sueño (Cheng et al., 2016). Esto es posible identificarlo, pues puede estar reflejado en algunos trastornos del sueño como el insomnio (Thun et al., 2019).

Por otro lado, se sabe que la ansiedad y la apnea obstructiva del sueño mantienen una relación, pues la ansiedad no permite el uso adecuado del tratamiento de la terapia de presión de aire (C-PAP), que es primordial para el tratamiento (Díaz y Brown, 2016). Aunado a los trastornos más frecuentes del sueño (Mohar, 2018), existen contradicciones en el estudio de la ansiedad en relación con el sueño.

En el estudio de Thorsetinsson et al. (2019), se indicó cómo es que la rumia cognitiva, entendida como pensamientos intrusivos característicos de la ansiedad, está vinculada con una mala calidad de sueño. En la investigación de Linares-Silva

(2016) se encontró una relación entre la ansiedad y una mala calidad de sueño en estudiantes. Otro estudio en mujeres estudiantes correlacionó positivamente la ansiedad con la eficiencia del sueño y el nivel de perturbación de este ante situaciones estresantes (Suh, 2018), lo que implica una contradicción en la relación de la ansiedad con el sueño.

Si bien, el estudio integral de la ansiedad es parte importante de la psicopatología, es necesario contemplar su prevalencia, etiología y factores asociados. Esta tesis no centra su estudio en los trastornos del sueño, sino en una variable que ha adquirido mayor importancia en los últimos años dentro de la línea de investigación del papel del psicólogo en el sueño, conocida como higiene del sueño.

## 2. Higiene del sueño

Por favor no me levantes, no me  
sacudas, solo estoy durmiendo  
(Lennon y McCartney, 1966)

### 2.1 Sueño

Según la Real Academia Española (2014) el sueño es el acto de dormir. De acuerdo con definiciones más complejas, se sabe que el sueño es un proceso vital mediante el cual el organismo realiza su restauración, homeostasis y conservación de la energía (Fernández de Lara, 2018). Además, se define como un estado de inmovilidad conductual en reposo, una reducción del umbral de respuesta a estímulos externos, de forma rítmica y reversible (Bahena Velázquez, 2012; Montes Rodríguez et al., 2006). No obstante, el sueño no tiene implicaciones únicamente a nivel fisiológico, sino que afecta al individuo en los múltiples contextos donde se desenvuelve. El sueño resulta esencial, pues el tiempo que se le dedica a dormir oscila alrededor de un tercio de la vida del ser humano, de modo que la calidad del sueño se convierte en un factor de relevancia para la salud (Miró et al., 2005; Sierra et al., 2002).

Debido a lo anterior, los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más importantes a nivel público (Sierra et al., 2002). En el estudio de los trastornos del sueño se han identificado los más frecuentes, por ejemplo, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, que se caracteriza por la obstrucción de vías respiratorias que detienen el flujo de aire pues ocasiona despertares breves durante la noche (Carrillo-Mora et al., 2018); particularmente, la apnea del sueño en México afecta 25.2% al 29.5% de la población de 18 a 60 años (Guerrero-Zúñiga et al., 2018). Otro trastorno frecuente es el insomnio, que se define como la dificultad para conciliar o mantener el sueño (Carrillo-Mora et al., 2018), el cual afecta 39% de la población de entre 18 y 65 años en México (García, 2019).

En un inicio, para tratar el insomnio de intensidad leve a moderada, surgió la higiene del sueño, que consiste en una serie de recomendaciones que están enfocadas a mejorar los hábitos saludables para aumentar la calidad de sueño (Fernández de Lara, 2018). Sin embargo, el estudio de la higiene del sueño ha

revelado diferentes beneficios en la salud, llegando a consolidarse como un grupo de recomendaciones que funcionan de forma eficaz para mejorar la calidad de sueño de las personas, independientemente de si presentan o no un trastorno. Este trabajo de investigación se centrará en dichas recomendaciones.

## **2.2 Higiene del sueño**

Se sabe que el sueño está determinado por cuatro dimensiones diferentes: 1) tiempo circadiano, esto es el horario en el que se duerme; 2) factores intrínsecos del organismo, tales como la edad, el sexo, patrones de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir; 3) conductas que facilitan o inhiben el sueño, y 4) el ambiente donde se duerme (Sierra et al., 2002). La higiene del sueño se divide en el conjunto de conductas que facilitan el sueño y recomendaciones ambientales (Fernández de Lara, 2018), de manera que se encarga de la influencia de estos dos aspectos sobre la calidad del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001; Fernández de Lara, 2018).

En general, la higiene del sueño está conformada por factores conductuales, por ejemplo, la nutrición, la práctica de ejercicio y consumo de determinadas sustancias como estimulantes o hipnóticos. Por otro lado, los factores ambientales son la exposición al ruido, la temperatura y la iluminación, por mencionar algunos (Brown et al., 2002; Fernández de Lara, 2018; Sierra et al., 2002).

Se ha abordado la higiene del sueño de otras maneras, diversos autores proponen medidas de higiene del sueño distintas. Por ejemplo, Halal (2014) tras un metaanálisis de estudios pediátricos sobre la higiene del sueño, la ha conceptualizado en función de la modificación ambiental y conductas, por ejemplo, el establecimiento de un lugar apropiado para iniciar el sueño o acurrucarse para dormir con los padres en la misma cama. Aunado a los cambios en el ambiente, incluye cambios comportamentales como la práctica de actividades relajantes durante la vigilia, amamantar para dormir, evitar mirar la televisión en la cama o no beber bebidas ricas en cafeína cerca de la hora de acostarse, así como generar rutinas y prácticas que fomenten un sueño de buena calidad y duración suficiente.

Así como los niños poseen un ciclo del sueño de acuerdo con su desarrollo (Papalia y Martorell, 2017), también existe la higiene del sueño para otros grupos de edad, por ejemplo, en el adulto mayor. En el estudio de esta población, Gooneratne y



Vitiello (2014) han propuesto la higiene del sueño enfocada en modificación ambiental, por ejemplo, mantener el dormitorio oscuro, temperatura cómoda, así como bloquear ruidos. Además, los autores han dado un énfasis a las recomendaciones conductuales, como crear un patrón de sueño estable, reducir la tensión antes de dormir y modificar la dieta.

Otro ejemplo es de Buela-Casal y Sierra (2001), quienes enfatizan que se trata de hábitos que contemplan modificaciones ambientales y conductuales que determinan la calidad del sueño. Estos hábitos rara vez son suficientemente intensos para constituir la causa principal de un trastorno de sueño, pero en caso de no seguirse, pueden agravar un problema ya existente de sueño o dificultar la mejora con el tratamiento de un trastorno del sueño. En la tabla 1 y la tabla 1.1, se presentan las principales recomendaciones conductuales y ambientales de la higiene del sueño que han brindado los principales investigadores de este tema (Aguilar Robledo y Escobar Briones, 2002; Buela-Casal y Sierra, 2001; Carlson, 2001).

## **Tabla 1**

### *Recomendaciones ambientales de higiene del sueño*

---

Reducir el ruido al amueblar la habitación o colocar cortinas de tela gruesa, Las paredes de la habitación deben ser de colores cálidos (por ejemplo, amarillo o naranja).

La habitación debe ventilarse todos los días, mantener una temperatura e higiene adecuadas. Se recomienda una temperatura de 20<sup>o</sup>-22<sup>o</sup> C y humedad de un 40-70 por 100.

No dormir con plantas en la habitación

Utilizar una cama que no sea demasiado pequeña, si se duerme con pareja es recomendable usar un tamaño adecuado.

Elegir un colchón de buena calidad, ni tan duro ni tan blando y que logre adaptarse al cuerpo.

Elegir almohadas adecuadas, que no sean demasiado gruesas y que sostengan la nuca.

Utilizar una luz cálida en la habitación, pero al dormir es importante mantener oscuridad total

---

*Nota:* Conjunto de recomendaciones ambientales de Higiene del Sueño según Buela-Casal y Sierra (2001); Carlson (2001); Clemente (2019); Carrillo-Mora et al. (2018) y Goonerate (2014).

## Tabla 1.1

### *Recomendaciones conductuales de higiene del sueño*

---

Práctica de ejercicio físico durante el día facilita el sueño por la noche, evitar hacerlo dos horas antes de dormir.

La cena debe hacerse temprano y con baja cantidad de carbohidratos.

Evitar ingerir grandes cantidades de azúcar, tales como dulces o refrescos por lo menos dos horas antes de ir a la cama.

Evitar consumir bebidas con cafeína, tal como el café, té o bebidas energéticas por lo menos seis horas antes de ir a la cama.

Evitar el consumo de alcohol antes de ir a dormir, en caso de ingerir, es recomendable esperar dos horas antes de ir a la cama.

No fumar durante varias horas antes de ir a acostarse.

Mantener un horario regular de sueño, independientemente de las horas que se durmieron durante la noche y no recuperar las horas perdidas de sueño.

Evitar siestas largas durante el día. Las siestas se recomiendan de máximo 20 minutos en el día.

Generar una rutina para antes de dormir para señalar que ya es momento de dormir.

Si no se logra conciliar el sueño en 20 minutos, es recomendable levantarse y hacer alguna actividad relajante en otra habitación.

Evitar el uso de electrónicos, tales como celular, tableta o televisión antes de dormir.

Al despertar evitar su uso.

Evitar pensar sobre sus actividades del día u organizar y planear sus actividades futuras mientras trata de dormir. Se recomienda realizar una lista de pendientes antes de irse a acostar para atender al día siguiente.

El uso de la cama es exclusivo para dormir y relaciones sexuales.

Se recomienda el uso de pijama o ropa especial que permita dormir.

Evitar dormir con mascotas.

---

*Nota:* Conjunto de recomendaciones conductuales de Higiene del Sueño según Buela-Casal y Sierra (2001), Carlson, (2001), Clemente (2019), Carrillo-Mora et al. (2018), González Hernández et al. (2017) y Gooneratne y Vitello (2014).

Otra propuesta que permite entender la higiene del sueño es la que brinda la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, 2da edición ICSD-2, que recopila los criterios diagnósticos de diversos trastornos del sueño (Academia Americana de Medicina del Sueño, 2005). Esta edición coloca dentro de la categoría de Problemas relacionados con el sueño, a la Inadecuada Higiene del Sueño, que se define como un trastorno del sueño debido al desempeño de actividades de la vida diaria que son inconsistentes con el comportamiento y ambiente que rodea al individuo, que puede ser nocivo para la calidad del sueño. Es importante destacar que esto coincide con la forma en que tradicionalmente se ha dividido a la higiene del sueño, división que radica en la modificación ambiental y la implementación de conductas que van a incidir sobre la calidad del sueño y prevenir dificultades en el mismo.

Para lograr evaluar algún trastorno del sueño o la calidad del sueño, es necesario el uso de estudios e instalaciones específicas, como el estudio polisomnográfico, que consiste en el análisis de la actividad eléctrica cerebral mediante electrodos fijados sobre puntos claves de la cabeza. No obstante, este tipo de estudios resultan costosos y complicados (Carrillo-Mora et al., 2018). Por lo que el autoinforme es también una alternativa adecuada para la evaluación (Pineda et al., 2013; Sierra et al., 2002).

Se han elaborado diferentes instrumentos de medición de las conductas de higiene del sueño, tal es el caso del Índice de Higiene del Sueño (Mastin et al., 2006), que recopila las medidas de higiene del sueño en un autoinforme, el cual toma como base el criterio diagnóstico de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (American Sleep Disorders Association, 1990) y se centra en conductas referentes a la higiene del sueño. Si bien, este índice complementa la investigación para detectar una mala o buena calidad del sueño, estaría limitado a comparación de otros estudios, pues no contempla la modificación ambiental (Gooneratne y Vitiello, 2014; Halal, 2014; Sierra et al., 2002). Además, el índice no cuenta con validación en población mexicana, únicamente se encuentra traducido al español (Tello et al., 2009) y dirigido a adultos mayores, más no para población en general (Varela et al., 2010).

Debido a los escasos estudios psicométricos en México acerca de la higiene del sueño, es preferible enfocar la medición sobre la calidad del sueño, pues el fin último de las recomendaciones de la higiene del sueño, es mejorar la calidad y así promover una vida saludable (Buela-Casal y Sierra, 2001; Brown et al., 2002; Centro de Sueño y Neurociencias, 2020; Sierra et al., 2002).

### **2.3 Factores que propician una inadecuada higiene del sueño**

De manera general, el no dormir es una conducta que se refuerza con bastante frecuencia en la sociedad mexicana, por ejemplo, al asistir a reuniones sociales o al trabajar durante la madrugada para incrementar la productividad. Por lo tanto, si existe una mala higiene del sueño, es muy probable que se padezca de afecciones en la calidad de este. Por lo que es importante identificar las causas de una mala higiene del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001).

En primer lugar, se encuentra el comportamiento que inhibe una buena higiene del sueño. Por ejemplo, aquellas personas que no toleran las consecuencias de una pérdida de sueño, durante el día recurrirán más rápidamente a prácticas como siestas largas, pues estas constituyen una desregulación en el ritmo circadiano (Jiménez y Arana, 2019). Por otro lado, hay personas que se encuentran en una preocupación por la somnolencia, fatiga o estado de ánimo, por lo tanto, recurren a conductas como el consumo de estimulantes, tales como la nicotina, el café, alimentos o bebidas azucaradas. Este consumo representa una interferencia en el sueño, lo que constituye un atentado contra la higiene de este. Estas conductas, que pueden a corto plazo aumentar el estado de alerta y el estado de ánimo, a largo plazo contribuyen a la inestabilidad del ciclo de sueño-vigilia (Academia Americana de Medicina del Sueño, 2005; Buela-Casal y Sierra, 2001; Brown et al., 2002; Fernández de Lara, 2018; Sierra et al., 2002).

Por otro lado, el consumo de alcohol realiza una función de promover el sueño a corto plazo, no obstante, a largo plazo, genera una mala calidad del sueño, además de propiciar un efecto diurético que aumenta el fraccionamiento del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001; Ruiz, 2018). En otros casos, es importante identificar los efectos secundarios de fármacos y evitar el uso de sustancias adictivas, pues también afectan el sueño (Fernández de Lara, 2018).

De igual manera, la higiene del sueño se ve influenciada por la alimentación, pues una cena pesada o fuerte, minutos antes de dormir, propicia dificultad en el sueño. Además, ir a la cama con hambre o tras haber consumido bastantes líquidos, pueden representar una segmentación en el sueño (Ruiz, 2018). Aunado a la dieta, se sabe que la práctica ejercicio físico se asocia con un mejor dormir, no obstante, si se realiza dos horas previas antes de ir a la cama, puede retrasar la conciliación del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001).

Otro elemento relevante es el ambiente en el que se duerme, que engloba las circunstancias que no permiten conciliar adecuadamente el sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001). Se sabe que la habitación donde se duerme debe ser un lugar con colores cálidos (por ejemplo, amarillo o anaranjado), amueblado, ventilado, oscuro y silencioso a la hora de dormir. En caso contrario, puede perturbar el sueño con facilidad. De igual manera, influye la vestimenta para dormir y la comodidad tanto del colchón como de las almohadas para facilitar el sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001; Ruiz, 2018). En algunos casos, se ha visto que la presencia de mascotas en el lugar de dormir de las personas puede resultar una complicación para dormir, pues las mascotas poseen patrones de sueño diferentes, por lo que puede generar despertares durante la noche (Ruiz, 2018).

Aunado al ambiente, se ha visto en las últimas décadas un aumento en el uso de dispositivos electrónicos, tales como televisión, computadora, celular o tabletas (Fundación Nacional de Sueño, 2011; Thomas, 2014). La exposición a la luz de dichos dispositivos se ha asociado con un retraso en la latencia en el inicio del sueño, por lo tanto, una disminución en la calidad, así como en el estado de alerta al día siguiente (Alvarenga et al., 2018).

Por último, es importante destacar que existen diferentes factores (como las actividades económicas cotidianas, el estrés laboral, la demanda social, las creencias erróneas sobre el sueño, las jornadas laborales prolongadas o los turnos rotarios), que provocan que las personas duerman menos de 7 a 9 horas, que son las recomendadas para los adultos (Jiménez y Arana, 2019). En México, como reflejo de esto, se ha registrado que 28.4% de la población duerme menos de 7 horas (Guerrero-Zúñiga et al., 2018), esto implica una restricción de sueño, si la

población se acostumbra a este mal hábito, podría resultar en consecuencias graves para la salud, aunado a los factores mencionados previamente (Jiménez y Arana, 2019).

Tras identificar los principales factores que predisponen una mala higiene del sueño, es posible distinguir las consecuencias a las que están vinculadas, es decir, los factores asociados que se describen a continuación.

## **2.4 Factores asociados**

Una mala higiene del sueño se ha visto asociada con múltiples factores. Entre ellos, se sabe que en México la mala higiene del sueño es más frecuente en áreas urbanas (Guerrero-Zúñiga et al., 2018). Por otro lado, se encuentra el impacto en el ámbito económico, donde la falta de sueño tiene incidencia negativa sobre el área escolar (Bahena-Velázquez, 2012) y laboral (Oficina de Información Científica y Tecnológica, 2018). Por lo que, una inadecuada higiene del sueño deriva en somnolencia excesiva, que, resulta en accidentes laborales, accidentes de tránsito o daños colaterales a terceros (Guerrero-Zúñiga et al., 2018; Pandi-Perumal et al., 2006; Philip et al., 2019) además, se puede presentar un deterioro en habilidades motrices y cognitivas (Jiménez y Arana, 2019).

Por su parte, una mala higiene del sueño está relacionada con afecciones en algunas funciones cognitivas. Por un lado, está la memoria, pues las complicaciones en el sueño durante una noche afectan el almacenamiento y manejo temporal de la información (Jiménez y Arana, 2019), además de empeorar el rendimiento de la memoria al día siguiente (Lira y Custodio, 2018). Por su parte, se ha visto que los hábitos de sueño están vinculados al razonamiento lógico y con ello, la atención y vigilancia, por lo que también incide en el rendimiento de la vida cotidiana (Lucio Monar y Sánchez Rodríguez, 2019). Aunado a las afecciones cognitivas, la toma de decisiones y el juicio social se ven alterados, de ser así, esto representaría un riesgo latente en el día a día (Ying Lau et al., 2019).

De igual manera, la inadecuada higiene del sueño va a incidir sobre el estado de ánimo de la persona (Academia Americana de Medicina del Sueño, 2005). Sumado a esto, se ha visto que también las relaciones sociales se ven afectadas, pues la persona puede presentar dificultades en la comunicación al mostrar

irritabilidad y confusión (Jiménez y Arana, 2019; Miró et al., 2005). Además, una mala calidad de sueño está correlacionada con la disfunción sexual (Gutierrez Velarde, 2019; Shindel et al., 2008). De modo que el sueño es fundamental para preservar una mejor calidad de vida, junto con el bienestar en la salud que genera una buena noche de descanso (Miró et al., 2005).

Por otro lado, se sabe que los malos hábitos de sueño, particularmente la restricción de este, se da un desajuste hormonal, que puede traer consigo una deficiencia en el sistema inmunológico, por lo tanto, un incremento en enfermedades infecciosas (Simpson et al., 2017). En suma, con el desajuste hormonal, se puede generar sobrepeso y obesidad (Chamorro et al., 2018), pues incrementa el hambre nocturna, con ello el consumo de alimentos con altos niveles de calorías y carbohidratos al día siguiente o durante la noche y, como consecuencia, una resistencia a la insulina (Reutrakul y Van Cauter, 2018). De esta manera, los malos hábitos también están vinculados al riesgo de padecer diabetes (Escobar et al., 2013). Además, se ha encontrado que una mala higiene del sueño se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares que pueden dar paso a eventos cerebrovasculares (Delgado Rubio et al., 2019), no obstante, la apnea del sueño sin tratar está más vinculada con enfermedades respiratorias (Barashi et al., 2015). Debido a la asociación que existe entre la higiene del sueño y estas enfermedades, se puede ocasionar una exigencia excesiva en los servicios de salud (Miró et al., 2005).

Desde otro punto de vista, hay estudios que reportan una relación de la inadecuada higiene del sueño con trastornos psicológicos, tal es el caso de la depresión, donde las personas que padecen este trastorno afectan sus hábitos del dormir (Jiménez-Genchi et al., 2012). Se ha visto que aquellos que padecen de una pobre calidad de sueño, tienen disfunción diurna, esto se convierte en un riesgo de elevar los niveles de síntomas de depresión (Peltz y Rogge, 2016; Rehimí et al., 2016).

Además, existe un estudio entre los problemas del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria, donde se hace una correlación entre las dificultades para mantener el sueño y la sensación de no haber tenido un sueño reparador con



problemas de imagen corporal e intentos recurrentes de perder peso en mujeres jóvenes (Seigel, Broman y Hetta, 2004; Valera et al., 2016). Aunado a lo anterior, también hay un aumento en los atracones nocturnos, debido a los despertares o desvelos, consecuencia, en ocasiones, de una mala higiene del sueño (Escobar et al., 2013; Orozo, 2018).

Finalmente, es posible determinar que existe una asociación entre la ansiedad e higiene del sueño y viceversa, una relación bidireccional que puede explicarse en función de los indicadores fisiológicos, cognitivos y respuestas conductuales que no permiten la realización de hábitos saludables del sueño. A su vez, la mala higiene del sueño, al no permitir un adecuado descanso, promueve afecciones fisiológicas y cognitivas que pueden desembocar en el desarrollo de ansiedad (Del Río, 2006; Linares-Silva, 2016; Suh, 2018; Thorsetinsson et al., 2019). Por otro lado, se puede desarrollar una preocupación excesiva para lograr dormir, esto sucede antes y durante el sueño, reflejo también de una mala higiene del sueño (Academia Americana de Medicina del Sueño, 2005).

Se sabe que el acceso al diagnóstico y tratamiento para un problema de sueño es muy difícil debido a la disponibilidad actual de servicios de salud especializados (Carrillo-Mora et al., 2018). Esto representa un tema relevante para la salud pública pues hay escasas intervenciones en México y, particularmente en la Ciudad de México, que se encarguen de mejorar los hábitos mediante la higiene del sueño como prevención en la salud (Guerrero-Zúñiga et al., 2018). Además, se ha visto que el contexto urbano influye en el desarrollo de dificultades en el sueño (Chami et al., 2019). De esta manera, es importante contemplar el ritmo de vida de una metrópoli, como lo es la Ciudad de México, pues incrementa la posibilidad de desarrollar ansiedad, así como problemas de sueño (Del Río, 2006).

Tras identificar los principales factores asociados, en las últimas décadas se han desarrollado diversos tratamientos para mejorar la higiene del sueño. La intervención cognitivo conductual, dirigida a la higiene del sueño, es la alternativa más eficaz, la cual se describe en el siguiente apartado.

## **2.5 Intervención cognitivo conductual en higiene del sueño.**

Llevar una inadecuada higiene del sueño propicia múltiples problemas de salud en general (Guerrero-Zúñiga et al., 2018). Así, han surgido diversas intervenciones para mejorar la calidad del sueño, no obstante, en las últimas décadas, el tratamiento cognitivo conductual se posiciona como primera línea de atención (Buela-Casal y Sierra, 2001; Chung et al., 2017; Clemente, 2019).

Es importante resaltar que la higiene del sueño es la base del tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio (Maness y Khan, 2015) más no lo sustituye (Buela-Casal y Sierra, 2001), sin embargo, no es necesaria la presencia del diagnóstico de insomnio o esperar a que aparezca un trastorno del sueño para mejorar la calidad del dormir en la vida cotidiana (González Hernández et al., 2017). Así, es posible establecer que la higiene del sueño es una entrada de fácil acceso y de un costo económico bajo, pero con beneficios altos en diversas áreas, a saber: calidad de vida, funcionamiento diurno y una labor de promoción de la salud (Chung et al., 2017; Sierra et al., 2002).

Por su cuenta, las recomendaciones de higiene de sueño ocupan un lugar importante para la TCC en el campo de la psicoeducación sobre los problemas del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2011; Escobar-Córdoba y Echeverry-Chabur, 2017). De modo que es posible hacer de la psicoeducación de la higiene del sueño una intervención independiente. Se ha mostrado que la intervención en higiene del sueño arroja cambios positivos en calidad subjetiva de sueño, así como su eficiencia (Martínez et al., 2014). En estudios como el de Dobson et al., (2019) han identificado en una intervención la necesidad y la eficacia de intervenciones del sueño dirigidas a pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. No obstante, la investigación de los últimos años se ha enfocado en el tratamiento cognitivo conductual para insomnio (Martínez et al., 2014; Kalmbach et al., 2019) donde no se le da el seguimiento adecuado para la aplicación de las recomendaciones de higiene del sueño, bajo la justificación de que la higiene del sueño no es la causa primaria o suficiente para un objetivo terapéutico, y, por tanto, solo funge como condición de control de intervención mínima. Esto indica un hueco en la literatura de investigación.

Al llevar la psicoeducación al terreno de los trastornos emocionales e higiene del sueño en conjunto, se ha visto una mejoría en depresión con la combinación entre la administración de Lorazepam y la aplicación de la intervención en higiene del sueño. No obstante, la diferencia de la higiene del sueño como tratamiento independiente logra una efectividad tanto en calidad de sueño como en síntomas depresivos sin generar riesgo alguno (Rehimi et al., 2016). En esta misma línea, se ha analizado la intervención sobre el diagnóstico mixto de ansiedad-depresión, donde ha resultado una disminución en insomnio, no obstante, la intervención fue dirigida al diagnóstico, mas no al insomnio (Thun et al., 2019). Aunado a esto, se ha investigado sobre la ansiedad y problemas relacionados con el sueño, tales como dificultad para conciliarlo, despertares nocturnos, resistencia para ir a la cama, ansiedad en la noche, disfunción diurna y pesadillas. Donde se dio psicoeducación en habilidades cognitivas y exposición al malestar para la ansiedad en jóvenes. Resultó que la resistencia a la hora de acostarse y la ansiedad al dormir mejoraron después del tratamiento (Peterman et al., 2016). En estos dos estudios, no hubo intervención directa sobre problemas de sueño, a pesar de esto, las investigaciones destacan que intervenir sobre la psicopatología repercute en una mejora del sueño.

Por otro lado, el uso de nuevas tecnologías abre la posibilidad de realizar intervenciones a distancia. Tal es el caso de un estudio que utilizó mensajería de texto como herramienta, los resultados arrojaron que, si bien las mediciones de aprendizaje sobre el sueño, higiene del sueño y calidad del sueño no fueron significativas, estos sí mejoraron en un sentido clínico (Gipson et al., 2018). Pese a la mejoría, no hubo un seguimiento pertinente, pero abre la posibilidad de usar nuevas tecnologías.

Una investigación durante la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2 que genera COVID-19, consistió en la revisión del tratamiento cognitivo conductual para el insomnio, en el marco de la contingencia sanitaria en Europa (Altena et al., 2020). Se planteó que las propiedades homeostáticas del sueño se ven afectadas debido a la baja interacción social, cambio de rutinas, baja exigencia en los horarios, incluso la no exposición a la luz solar. De manera que se da la preexistencia del insomnio como factor de riesgo para desarrollar Trastorno por Estrés Post-Traumático. Este

estudio destaca las principales intervenciones sobre el insomnio que son: la higiene del sueño, reestructuración cognitiva, intención paradójica y restricción del sueño, que debe ser la primera línea de atención. Además, contempla la población de mujeres y niños, que se trata de una población de riesgo. Así mismo, se sugieren alternativas que surgen del confinamiento en casa, estas recomendaciones giran en torno a la psicoeducación de higiene del sueño.

Como se puede apreciar, el tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio es el más frecuente en la investigación científica, por lo tanto, la intervención sobre higiene del sueño resulta escasa. El metaanálisis de Chung et al. (2017) sostiene que a la falta de atención en la psicoeducación de higiene del sueño se mantiene como simple información, sin dar una orientación al cambio cognitivo y conductual, lo que implica un hueco en la literatura de investigación que necesita atenderse. Además, se suma la falta de claridad en la fidelidad al tratamiento, lo que implica otro vacío para mejorar la psicoeducación como intervención (Chung et al., 2017).

Chung et al. (2017) refieren que los estudios de intervención son ambiguos, pues no se compara la implementación, aceptabilidad y parámetros de costo-beneficio con otras investigaciones. Por otro lado, se rescata la posibilidad que en la psicoeducación de higiene del sueño no existe un gran riesgo o efectos adversos, por lo que resulta en un acercamiento ideal para personas que puedan tener un problema pasajero de sueño (Campos Morales, 2018; Martínez et al., 2014; Rehimí et al., 2016). La eficacia de la psicoeducación de higiene del sueño es baja en comparación con un tratamiento cognitivo conductual para el insomnio, a pesar de esto, la higiene del sueño se posiciona como una alternativa eficaz para mejorar el dormir de las personas, sin la necesidad de que estas presenten un trastorno del sueño (Chung et al., 2017).

Son pocas las intervenciones que priorizan la intervención cognitivo conductual a la higiene del sueño. También, son insuficientes las intervenciones que incluyan la higiene del sueño y ansiedad, esto indica otro hueco en la literatura científica. Otro más resulta en las mediciones de los estudios, pues estos contienen diseños experimentales pre-post, más no se da un seguimiento a lo largo de la

intervención y después de concluirlo. Por último, es importante resaltar que la investigación sobre intervención no toma en cuenta otros problemas de sueño, que no sean exclusivos de un trastorno, o incluso la posibilidad de mejorar la calidad de sueño (Chung et al., 2017; Campos Morales, 2018; Martínez et al., 2014).

### 3. Método

Tómalo con calma, no lleses el mundo sobre tus hombros  
(Lennon y McCartney, 1968)

#### Planteamiento del problema

Como se ha mencionado, la ansiedad es un problema emocional caracterizado por la presencia de indicadores cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos; que se ve reflejado en consecuencias negativas de relevancia social, pues no permite la integración del individuo en áreas de su vida cotidiana (APA, 2013; Benitez y Caballero, 2017; Díaz y De la Iglesia, 2019; Lacunza y Contini, 2016; Vargas, 2014; Virues, 2005). Este padecimiento se ha acrecentado alrededor del mundo, en México 11.6% de la población indicó padecer algún trastorno de ansiedad (Medina-Mora et al., 2009). En la Ciudad de México, la ansiedad ocupa el tercer lugar entre los diagnósticos psiquiátricos (Monroy, 2015), además, el ritmo de una metrópoli puede traer consigo un aumento en la sintomatología de este padecimiento (Del Rio, 2006). Aunado al costo en la economía mundial (OMS, 2016), el costo social es aún más elevado, pues no se ha dado la atención adecuada a 3.6% de las personas que lo solicitan (Medina-Mora et al., 2009).

La ansiedad predice diversos problemas médicos, tales como alteraciones cardiovasculares, respiratorias, osteo-musculares, cefaleas, digestivas y dermatológicas (Cano, 2010; Deng et al., 2018; Emdin et al., 2016; Pascual et al., 2008; Romero, 2018). Asimismo, puede influir en la aparición y el mantenimiento de un amplio número de problemas psicológicos, como depresión, abuso de sustancias (Martínez-Vispo y Becoña, 2016; Risal et al., 2016; Salazar et al., 2018; Villarosa-Hurlocker et al., 2019), trastornos de la conducta alimentaria (Pineda-García et al., 2017), dificultades en la interacción social (Lacunza y Contini, 2016). Dentro de todos los factores asociados con la ansiedad, el sueño es uno de los que mayor interés han recibido en la investigación sobre la salud (Miró et al., 2005; Sierra et al., 2002).

El sueño tiene una relación bidireccional con la ansiedad que se aprecia en una mala calidad de sueño y, por ende, en una disfunción diurna debido al inadecuado descanso durante la noche (Cheng et al., 2016; Del Río, 2006; Linares-

Silva, 2016; Suh, 2018; Thorsetinsson et al., 2019). En México, la mala higiene del sueño es más frecuente en áreas urbanas (Del Rio, 2006; Guerrero-Zúñiga et al., 2018), donde el impacto social recae en el área escolar (Bahena-Velázquez, 2012) y laboral (Oficina de Información Científica y Tecnológica, 2018), así como en accidentes de tránsito o daños colaterales (Guerrero-Zúñiga et al., 2018; Pandi-Perumal et al., 2006; Philip et al., 2019). Además, de somnolencia diurna excesiva, disfunciones cognitivas, irritabilidad, confusión y afecciones en la vida sexual. Una higiene del sueño inapropiada también se relaciona con depresión (Rehimi et al., 2016), trastornos de la conducta alimentaria (Escobar et al., 2013; Orozo, 2018; Peltz y Rogge, 2016), desajustes hormonales y deficiencia en el sistema inmunológico (Reutrakul y Van Cauter, 2018; Simpson, Haack y Mullington, 2017). Incluso, la preocupación excesiva para dormir genera indicadores de ansiedad, conformando un círculo vicioso. (Academia Americana de Medicina del Sueño, 2005; Jiménez y Arana, 2019; Lira y Custodio, 2018; Lucio y Sánchez Rodríguez, 2019; Gutierrez Velarde, 2019; Shindel et al., 2008; Miró et al., 2005; Ying Lau et al., 2019).

Para contrarrestar la mala calidad de sueño, existen una serie de recomendaciones y hábitos, conocidos como higiene del sueño (Buela-Casal y Sierra, 2011). La intervención psicológica dirigida a mejorar la higiene del sueño es la base del tratamiento cognitivo conductual para el insomnio, por lo que ocupan un lugar importante en el campo de la psicoeducación sobre los problemas de sueño. Por su parte, la intervención cognitivo-conductual es la que mejores resultados ha ofrecido para el abordaje de la ansiedad. Dentro de las principales técnicas que se usan en la TCC se encuentra la psicoeducación. Como sus principales propósitos están mejorar la motivación y compromiso con el tratamiento, eliminar mitos y prejuicios, desarrollar conciencia de las emociones, entender el papel de las experiencias emocionales a través de pensamientos desadaptativos, identificar la evitación emocional y prevenir recaídas, con el apoyo de la teoría del transdiagnóstico (Barlow et al., 2015; Heinze y Camacho, 2010; Jiménez, 2016).

La literatura de investigación empírica no ha identificado el efecto que puede tener la psicoeducación dirigida, de forma conjunta, a la higiene del sueño y la

ansiedad. Debido a que la intervención más eficaz para la ansiedad contempla la psicoeducación como una de las estrategias imprescindibles, y a que la psicoeducación resulta necesaria en el abordaje de la higiene del sueño, resultaría de gran utilidad evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa dirigida a la calidad del sueño y a la ansiedad.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación fue evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo grupal, con enfoque cognitivo conductual con base en el protocolo transdiagnóstico de Barlow et al., (2015) para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño en un grupo de adultos. La hipótesis de que dicha intervención mostraría un efecto benéfico, surge a partir de que en la psicoeducación se realizan diferentes actividades que dotarían a las personas de técnicas para un mejor manejo de la ansiedad y de la higiene del sueño, por ejemplo: brindar información verídica desde un ambiente de respeto y empatía, realizar balances decisionales, establecer objetivos claros y medibles, desarrollar la ambivalencia para producir cambios comportamentales, fomentar la autoeficacia, eliminar información falsa, disminuir la catastrofización del problema, entre otras.

### **Pregunta de investigación**

¿Un taller psicoeducativo con enfoque cognitivo-conductual, será eficaz para disminuir la ansiedad e incrementar la higiene del sueño en un grupo de adultos?

¿Los efectos del taller psicoeducativo se mantendrán, o incluso mejorarán, después de un mes de su finalización?

### **Hipótesis**

Hi: El taller psicoeducativo, con enfoque cognitivo conductual, será eficaz para disminuir la ansiedad e incrementar la higiene del sueño en el grupo de adultos.

Ho: El taller psicoeducativo, con enfoque cognitivo conductual, no será eficaz para disminuir la ansiedad ni incrementar la higiene del sueño en el grupo de adultos.

### ***Hipótesis del seguimiento***



Hi: Los efectos, tanto para la ansiedad como para la higiene del sueño, se mantendrán o incluso mejorarán después de un mes de haber finalizado el taller psicoeducativo.

Ho: Los efectos, tanto para la ansiedad como para la higiene del sueño, no se mantendrán ni mejorarán después de un mes de haber finalizado el taller psicoeducativo.

### **Objetivo general**

Investigar si la implementación de un taller psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual disminuye la ansiedad e incrementa la higiene del sueño en un grupo de adultos, tanto a corto plazo (post intervención) como a mediano plazo (seguimiento a un mes).

### **Objetivos específicos**

Diseñar un taller psicoeducativo, con enfoque cognitivo conductual, con técnicas dirigidas al abordaje de la ansiedad y a la higiene del sueño.

Implementar el taller psicoeducativo para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño en un grupo de adultos.

Evaluar la eficacia del taller psicoeducativo por medio de la comparación *pre-post* de los puntajes de ansiedad e higiene del sueño.

Realizar un seguimiento de los resultados del taller psicoeducativo un mes después de su terminación.

### **Diseño de investigación**

Se realizó un diseño cuasi experimental de tipo pre-post con un solo grupo y con seguimiento, donde se tomaron mediciones en cada una de las sesiones de la intervención, así como un mes después de esta para evaluar la eficacia del taller (Montero y León, 2005).

## **Alcance de la investigación**

Se trata de un estudio descriptivo que buscó especificar los resultados sobre las variables medidas de ansiedad e higiene del sueño de las personas que estuvieron en el taller (Hernández et al., 2014).

## **Definición de variables**

### **Variable dependiente**

#### ***Ansiedad***

##### ***Definición conceptual.***

La ansiedad es problema emocional, principalmente caracterizado por preocupaciones constantes de múltiples tipos, que no corresponden necesariamente con el grado verdadero del peligro que se percibe. Se caracteriza también por sensaciones físicas desagradables y síntomas cognitivos que no permiten la integración del individuo a su vida cotidiana debido a la sensación permanente de intranquilidad (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

##### ***Definición operacional.***

Con el propósito de presentar mayor evidencia sobre la evaluación de la eficacia del taller, la ansiedad se definió operacionalmente de dos formas. Por un lado, la sumatoria de la puntuación obtenida de dos factores del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida IMADIS (Jurado, 2017), el factor Respuestas cognitivas (ítems: 1, 15, 16 y 17) y el factor Respuestas fisiológicas (ítems: 3, 4, 11, 18, 19, 20 y 21). Por otro, la sumatoria de la puntuación obtenida en los 21 ítems del Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et al., 2001).

#### ***Higiene del sueño***

##### ***Definición conceptual.***

Conjunto de prácticas conductuales y de modificación de ambiente, orientadas a mejorar la calidad en el sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001).

##### ***Definición operacional.***

Con el propósito de presentar mayor evidencia sobre la evaluación de la eficacia del taller, la higiene del sueño se definió operacionalmente de dos formas. En primer lugar, se encuentra la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 2, 3, 6, 7 y 8 del factor Calidad de sueño de la Prueba Mexicana para evaluar el Sueño (Pineda et al., 2013). En segundo lugar, se obtuvo la sumatoria de la puntuación obtenida en tres ítems: el ítem 6 del factor *Calidad de sueño subjetiva* de la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Jiménez et al., 2008), el ítem 4 del factor *Duración total del dormir* y el ítem 5 del factor *Calidad General del Dormir* en la Escala Atenas de Insomnio (Nenclares y Jiménez, 2005).

### **Variable independiente**

#### ***Taller psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual***

##### ***Definición conceptual.***

Intervención que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje al considerar la importancia de la dinámica grupal como herramienta (Rubio, 2017). Promueve la modificación de actitudes y conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad por medio de cambios en su estilo de vida, reevaluar pensamientos y creencias de la enfermedad, una adherencia al tratamiento y una mejora en el manejo de desencadenantes o incluso en la detección precoz de recaídas (Jiménez, 2016).

##### ***Definición operacional.***

Cinco sesiones grupales presenciales impartidas por el autor de esta tesis y un grupo de estudiantes de psicología, con una duración de 120 minutos cada una, en las que se realizaron diferentes actividades programadas dirigidas a brindar técnicas psicológicas para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño. También se realizó una sesión de seguimiento por vía telefónica, un mes después de que terminó la última sesión, con una duración de 30 minutos aproximadamente.

### **Participantes**

Por medio de un muestreo intencional se obtuvo una muestra inicial de 11 adultos. Dos participantes se eliminaron ya que solo se presentaron a la primera

sesión del taller, mientras que otros cuatro se eliminaron debido a los criterios de eliminación del estudio. Por lo cual, la muestra final se conformó por 7 participantes, las cuales eran madres de niños que asisten a una escuela primaria de la alcaldía Coyoacán. Se contó con siete mujeres con una media de edad de  $M = 41.14$ ,  $DE = 6.38$ . Los datos de las participantes se pueden apreciar en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Características de las participantes*

Participante	Edad	Sexo	Escolaridad	Asistencia a las sesiones
Participante 1	51	Mujer	Bachillerato	4/5
Participante 2	34	Mujer	Bachillerato	5/5
Participante 3	32	Mujer	Carrera técnica	5/5
Participante 4	44	Mujer	Bachillerato	4/5
Participante 5	42	Mujer	Licenciatura	4/5
Participante 6	42	Mujer	Secundaria	5/5
Participante 7	43	Mujer	Bachillerato	5/5

Nota: Todas las participantes realizaron exitosamente la actividad de seguimiento, un mes después de la quinta sesión del taller.

**Criterios de Inclusión**

- Ser mayor de 18 años.
- Ser madre, padre o cuidador legal de algún estudiante de la escuela primaria donde se realizó el taller.
- Contar con habilidades básicas de lectura y escritura que les permitiera realizar las actividades del taller.
- Firmar el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Estar bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento de iniciar el taller.
- Haber estado bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico durante los tres meses previos al inicio del taller.

### **Criterios de eliminación**

- Faltar a más de una sesión de las cinco que conformaron el taller.
- No haber respondido los cuestionarios psicométricos en su totalidad.

### **Escenario**

El taller psicoeducativo se realizó en una escuela primaria ubicada en la alcaldía Coyoacán de la Ciudad de México (se omite información específica para garantizar el anonimato de las participantes). La escuela cuenta con 12 grupos, dos correspondientes a cada grado escolar.

Las sesiones se llevaron a cabo en un salón de usos múltiples de aproximadamente 50 metros cuadrados, ubicado en planta baja, el cual cuenta con aproximadamente 30 bancos y 25 sillas, así como tres mesas grandes plegables. También hay una televisión de aproximadamente 45 pulgadas, conexión Wi-Fi de internet, ventilación e iluminación natural y artificial que propician el desarrollo óptimo de múltiples actividades, tales como reuniones de trabajo, danza, o teatro, por lo que resulta ideal para la ejecución de un taller psicoeducativo.

### **Instrumentos**

Se diseñó un cuestionario, exclusivamente para esta tesis, mediante el cual se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, alcaldía o municipio de residencia, último grado de estudios educativo o si cursaban alguno en ese momento, ocupación actual, cantidad de hijos, si duermen solos o con alguien más (de ser así, con quién), si padecían alguna enfermedad crónica, así como si tenían el diagnóstico de enfermedad mental y si estuvieron bajo tratamiento psiquiátrico en los últimos tres meses. Este cuestionario está en el Anexo 2.

Para medir la ansiedad se utilizaron dos escalas, con la intención de contar con dos medidas independientes que permitieran evaluar de una forma más objetiva la eficacia del taller. La primera fue la subescala de ansiedad del IMADIS (Jurado, 2017), con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96. Cuenta con un total de 21 reactivos con escala de medición tipo Likert que oscila entre 0 y 4 (0= Nunca, 4 = Siempre). No obstante, debido a que el factor “Interacción Social” de esta escala mide una dimensión de la ansiedad que no se abordó dentro del contenido del taller (ansiedad social, que se define como la presencia de ansiedad ante situaciones cotidianas, en las que se interactúa con diversas personas percibidas como conocidos o desconocidas), en esta tesis solo se utilizaron dos factores de este cuestionario, “Respuestas fisiológicas” (siete ítems;  $\alpha = 0.89$ ) y “Respuestas cognitivas” (cuatro ítems;  $\alpha = 0.92$ ); estos dos factores se abreviaron como IMADIS-A.

En segundo lugar, se usó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés; Beck et al., 1988) adaptado a población mexicana (Robles et al., 2001). Posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84. Está conformado por 21 reactivos con una escala de medición tipo Likert, cuyos valores oscilan entre 0 y 3 (0 = Poco o nada, 3 = Severamente).

Debido a la falta de instrumentos diseñados para evaluar la higiene del sueño específicamente, fue necesario combinar algunos ítems de diferentes instrumentos para conformar una medida de esta variable. Para esto, se utilizaron tres ítems de diferentes escalas. El ítem “Duración total del dormir” con un coeficiente de correlación ítem total de 0.76 y el ítem “Calidad del sueño” con coeficiente de 0.80 de la escala de Atenas de insomnio (Soldatos et al., 2000), adaptada a población mexicana (Nenclares y Jiménez, 2005) y el ítem “¿Cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?” con un coeficiente de 0.77 del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Buysse et al., 1989) adaptado a población mexicana (Jiménez et al., 2008). Debido a que la escala de respuesta de los tres ítems es compatible, es decir, oscila entre 0 y 3, se decidió conformar un solo índice, al cual se le nombró *Pittsburgh/Atenas* a partir de la sumatoria de los tres reactivos.

Para añadir mayor evidencia con respecto a la medición de la higiene del sueño, se usó también el factor de “Calidad de Sueño” de la Prueba Mexicana de Sueño abreviada PMS (Pineda et al., 2013) compuesto por cinco reactivos, con un alfa de Cronbach de 0.74; se empleó este factor porque teóricamente es congruente con la definición de higiene del sueño. La PMS tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.78 y está conformada por una escala tipo Likert que oscila entre un 1 y 4 (0 = No me ha ocurrido en el último mes; 3 = Me ocurre 4 veces o más a la semana). Las preguntas que se usaron en esta tesis para medir higiene del sueño se agruparon en un solo cuestionario diseñado exclusivamente para esta investigación.

Los puntajes de las medidas de ansiedad, IMADIS-A y BAI, permiten concluir que, a menor puntaje, menor ansiedad; a diferencia de las medidas de sueño, Pittsburgh/Atenas y PMS, cuyos puntajes bajos indicarían una mejor calidad de sueño.

De forma independiente a los instrumentos psicométricos, se utilizaron las siguientes preguntas abiertas para obtener evidencia cualitativa acerca de la eficacia del taller, así como permitir que las participantes brindaran su opinión sobre el mismo: 1) ¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad? Sí/No ¿Por qué?; y 2) ¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño? Sí/No ¿Por qué? El formato de dichas preguntas se halla en el Anexo 6.

### **Consideraciones éticas**

A los asistentes se les explicó el objetivo y los alcances de la investigación. Se les aclaró, a su vez, que su participación sería totalmente voluntaria, anónima y libre de coerción; y que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión. Asimismo, se les pidió que firmaran un consentimiento informado en el que se especificaron los posibles riesgos y beneficios de la intervención (Ver Tabla 3). De forma independiente, se les invitó a que firmaran un segundo consentimiento informado en el que autorizaban la toma de fotografías durante algunas actividades del taller y su posible presentación en esta tesis. La investigación se apegó, en todo momento, a los principios enmarcados en el Código

de Ética del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Los ejemplares de los consentimientos informados de participación, así como el referente a las fotografías, se encuentran en los Anexos 7 y 8, respectivamente.

Además, se contó con dos protocolos, uno de seguridad en caso de emergencias, y otro para atender alguna posible crisis emocional. El protocolo de emergencias consistió en verificar que no existieran obstáculos en la ruta de evacuación, que las salidas de emergencia estuvieran disponibles y que las personas identificaran la zona de repliegue. En caso de siniestro, se atenderían las indicaciones de los profesores capacitados por protección civil encargados de las actividades como evacuación o repliegue, primeros auxilios, combate a incendios e identificar personal o estudiantes faltantes en caso de emergencias. Por otro lado, el protocolo de contención emocional consistiría en: mantener una comunicación adecuada con la persona en crisis, mantener la calma, demostrar comprensión y empatía y realizar escucha activa. Se buscaría también ayudar a que la persona angustiada se sintiera más segura, comprendida, respetada y atendida. Se comprobaría la seguridad de la persona y se evaluaría si fuera necesaria la atención médica. Se buscaría tratar de resolver las necesidades específicas de la persona en ese momento, se brindaría información verídica y adecuada a la situación, y se pondría en contacto con algún familiar o persona de confianza en caso de ser necesario. Estos dos protocolos se pueden encontrar en las cartas descriptivas en el Anexo 11.



**Tabla 3**

*Riesgos y beneficios de la participación en el taller*

---

Riesgos	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dada a la invitación a los padres para participar, se podrían sentir inseguros por tratarse de un taller que aborda temas de tipo emocional (como la ansiedad). También podrían sentir desconfianza a causa de que brindarían algunos datos personales y compartirían fotografías de sus habitaciones. Por ende, se les otorgó por escrito el consentimiento informado donde se explicó la confidencialidad del taller, los alcances académicos del estudio, así como los datos de contacto para aclaración de dudas. Las fotografías se enviaron directamente al autor de esta tesis de forma privada, mediante WhatsApp.</li><li>• Al tratar en el taller el tema ansiedad, no se descartó la posibilidad de ocurrencia de alguna crisis de tipo emocional. Para ello, se tenía listo un protocolo específico.</li><li>• Debido a que el taller se realizó en una escuela pública, era necesario conocer los protocolos de protección civil diseñados para cualquier acontecimiento fortuito. Por ende, el equipo de trabajo también conocía el protocolo de protección civil en caso de emergencias.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los fines del taller están enfocados a disminuir los síntomas de la ansiedad, así como mejorar la higiene del sueño. Ya que estas dos variables están relacionadas, es posible otorgar un beneficio a corto y a largo plazo en favor de la salud de las participantes sin costo alguno.</li><li>• El contenido del taller está basado en las guías cognitivo-conductuales que cuentan con evidencia científica para el abordaje de la ansiedad y de la higiene del sueño. Además, con el fin de mejorar el taller, sesión con sesión se contó con el apoyo de psicólogos pasantes, egresados de Facultad de Psicología de la UNAM, con el fin de apegarse al máximo al tratamiento, según los contenidos teóricos y prácticos que se establecieron previamente.</li><li>• A las autoridades escolares que permitieron la realización del taller se les notificó el programa de trabajo con anticipación. Además, se les entregaron fotocopias de las identificaciones de los estudiantes que</li></ul>

---

- 
- Tras el anuncio de la contingencia sanitaria a causa de la enfermedad COVID-19 en México, se dio por concluido el taller de forma anticipada con el fin de prevenir contagios. Se llevó a cabo el cierre del taller el 11 de marzo de 2020, con las medidas sanitarias de prevención pertinentes de acuerdo con la OMS (2020). colaboraron el taller. En agradecimiento con la escuela, se invitó a los estudiantes de sexto año a asistir a un taller de Higiene del sueño. No obstante, la realización de dicho taller está pendiente hasta el momento en el que se presenta esta tesis, dada la suspensión de actividades ocasionada por la contingencia sanitaria por COVID-19.
- 

## **Procedimiento**

Tras haber obtenido la autorización correspondiente por parte de las autoridades de la escuela primaria, se lanzó una convocatoria a los padres y madres de los alumnos que asisten a la escuela para invitarlos a participar en el taller. Se realizó un muestreo no probabilístico, donde las participantes acudieron de manera voluntaria a la dirección de la escuela para registrarse al taller, en las fechas establecidas en la convocatoria (del 5 al 12 de febrero de 2020; ver Anexo 1). A quienes decidieron asistir, se les pidió que completaran su registro con apoyo de la profesora responsable de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI), quien les dio un comprobante para confirmar su participación. Al iniciar el taller se les solicitó que firmaran los consentimientos informados y que respondieran la batería de instrumentos psicométricos.

Este taller, estaba planeado para llevarse a cabo en seis sesiones (19 y 26 de febrero; 4, 11, 18 y 25 de marzo del año 2020). Debido a la contingencia sanitaria causada por la enfermedad COVID-19 que inició el lunes 30 de marzo, el taller se dio por finalizado el 18 de marzo. La intervención consistió en cinco sesiones (una por semana) de aproximadamente dos horas cada una. Al inicio de cada sesión, se aplicó la batería de instrumentos psicométricos. El contenido de las sesiones está basado en técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la ansiedad adaptadas del

Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011) y recomendaciones para mejorar la higiene del sueño propuestas por Buela-Casal y Sierra, (2001). Tal y como lo marcan diferentes guías de tratamiento basadas en el paradigma teórico cognitivo conductual, se asignaron actividades para realizar en casa entre cada sesión. Se diseñó una bitácora que se entregó a cada participante, la cual permitía la sistematización de las actividades para cada sesión, así como las tareas para casa (ver Anexo 9). A continuación, se describe brevemente el contenido general de las seis sesiones. La descripción específica de cada sesión se puede consultar en el Anexo 11.

Sesión 1: Bienvenida con las autoridades escolares, presentación del equipo de trabajo, firma de consentimientos informados, técnica de balance decisional, primer llenado de batería psicométrica y línea base personalizada.

Sesión 2: Definición de ansiedad e higiene del sueño. Técnica de respiración diafragmática con imaginería. Eliminación de mitos y creencias sobre el sueño. Recomendaciones conductuales sobre higiene del sueño.

Sesión 3: Técnica de análisis funcional de la conducta. Técnica de reevaluación cognitiva de pensamientos “trampa”. Recomendaciones conductuales de higiene del sueño.

Sesión 4: Técnica de conciencia emocional centrada en el presente. Análisis de recomendaciones ambientales de higiene del sueño.

Sesión 5: Definición de conductas de evitación. Técnica de tolerancia al malestar. Recomendaciones conductuales de higiene del sueño.

Sesión 6: Cierre con autoridades escolares. Resolución de dudas, recomendaciones para el futuro. Entrega de reconocimientos.

Como apoyo para la logística del taller, se utilizó el servicio de mensajería instantánea WhatsApp a través de un grupo en el que se incorporaron a las participantes con el título “Taller Ansiedad y Sueño 2020”. Como reglas para utilizar este recurso, se acordó usarlo exclusivamente para mantener comunicación sobre

el taller, en un horario de las 9:00 a las 21:00 horas. Esta herramienta permitió establecer recordatorios de las actividades para casa los miércoles, viernes y lunes.

El autor de esta tesis fue el responsable directo de diseñar, organizar e implementar el taller psicoeducativo. Sin embargo, en todo momento recibió la ayuda de un equipo de trabajo conformado por cinco estudiantes y una egresada de la Facultad de Psicología de la UNAM, con un rango de edad de entre 20 y 22 años, quienes contaban con experiencia para brindar psicoeducación en población comunitaria.

Para evaluar la fidelidad al tratamiento del autor de esta tesis al realizar el taller, durante las cinco sesiones, una pasante de la licenciatura en psicología de la UNAM se encargó de calificar los conocimientos y habilidades del ponente, así como sus elementos paralingüísticos. Para tal encomienda, previamente a la implementación del taller se diseñó una rúbrica de evaluación exclusivamente para este estudio. En cuanto a conocimientos y habilidades, la rúbrica incluye: apego al contenido teórico, establecimiento de *rapport*, orden de las actividades de la carta descriptiva, uso de tiempos adecuados, cumplimiento de objetivos teóricos y prácticos del taller, ejemplos planteados, aplicación adecuada de instrumentos y seguimiento. Sobre los elementos paralingüísticos, la rúbrica permite evaluar: tono de voz y pronunciación, vocabulario, postura y contacto visual, recibimiento de las participantes, uso del material según la actividad, actitud profesional, orden del mobiliario, espacio exclusivo para resolver dudas, así como mantener control de grupo y establecer reglas claras y precisas. La rúbrica de calificación se encuentra en el Anexo 10. Tras hacer un análisis de la conducta del responsable del taller en función del porcentaje total obtenido en las rúbricas a lo largo de las cinco sesiones (conocimientos y habilidades = 90%; elementos paralingüísticos = 94%), se puede añadir evidencia acerca de la fidelidad al tratamiento.

Finalmente, se realizó un seguimiento después de haber transcurrido un mes de la conclusión del taller. Los días 18 y 19 de abril de 2020, se realizaron llamadas telefónicas para realizar una breve entrevista a los participantes y solicitarles que completaran la batería psicométrica que se utilizó durante el taller. Por último, se les

agradeció por haber participado en el taller y se les proporcionaron algunos números de atención psicológica en caso de ser necesarios durante la contingencia.

### **Análisis de resultados**

Se realizaron los análisis estadísticos para describir los resultados de la muestra, entre ellos, medidas de tendencia central, de variabilidad y frecuencias. El posible efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad y la higiene del sueño se evaluó de manera individual y grupal. Para el análisis individual se utilizó el análisis de frecuencias y se consideró la existencia de un efecto significativo en caso de existir un cambio superior al 20% en cada contraste (según los criterios de cambio clínico objetivo propuestos por Cardiel, 1994), donde se compararon las puntuaciones *pre* y *post*, y *pre* contra el seguimiento. Por otra parte, para evaluar el efecto de la intervención de manera grupal, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon haciendo la comparación *pre-post* y *pre-seguimiento*. Por último, el análisis de la información cualitativa de cada participante se presenta al final de la sección efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad e higiene del sueño de forma grupal.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 23 y la generación de gráficas por medio de Microsoft Office Excel 2019.

## 4. Resultados

Déjalo ser  
(McCartney, 1970)

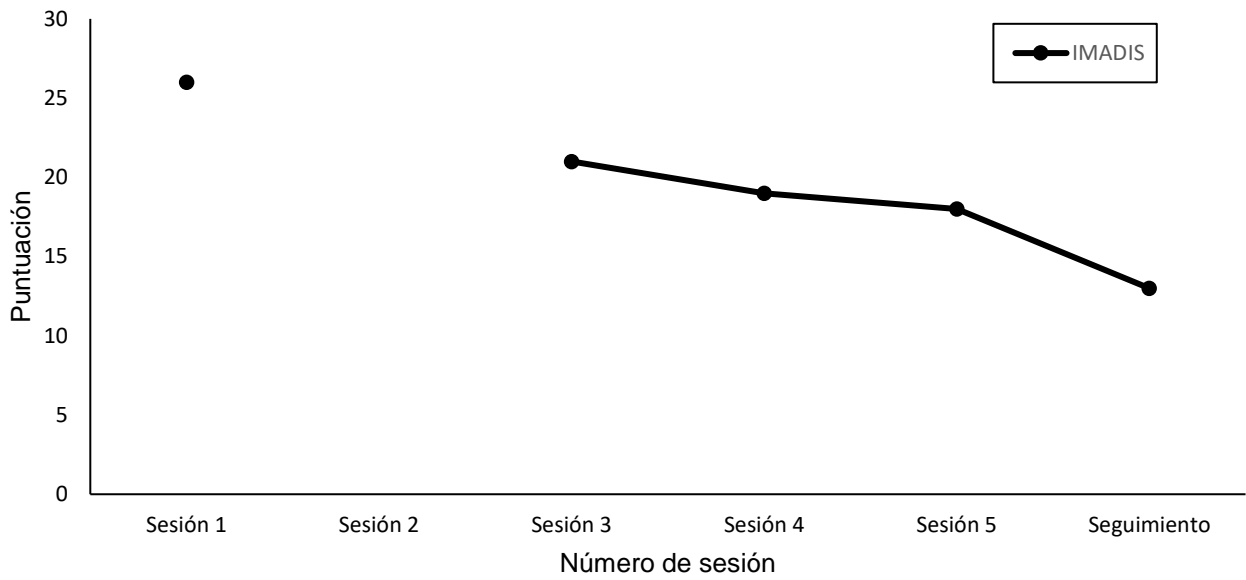
### **Efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad y la higiene del sueño: análisis individual**

En las siguientes figuras, se muestran los efectos de la intervención por cada participante e instrumento. La tendencia general permite observar que, en la mayoría de las participantes, se puede apreciar una disminución en las puntuaciones de ansiedad y sobre higiene del sueño a lo largo del taller, además de un mantenimiento en el seguimiento. En las puntuaciones de ansiedad (IMADIS-A y BAI), hay decrementos claros a partir de la sesión 3. Gran parte de los resultados cuantitativos sobre ansiedad coinciden con los de higiene del sueño, lo que lleva a analizar las calificaciones de esta variable.

Por el lado de higiene del sueño, es posible notar una disminución de las puntuaciones a partir de la sesión 3 o 4 según el participante. Resalta el mantenimiento de las calificaciones a partir de la sesión 4 hasta el seguimiento, esto es favorable, ya que indica que las primeras 2 sesiones hasta la finalización, tuvieron repercusiones positivas recurrentes a lo largo del taller. Por otro lado, de manera general, hubo divergencias en algunos participantes que tuvieron una inasistencia durante el taller, lo que pudo implicar que hay repuntes sobre las calificaciones, no obstante, también se pudo deber a variables extrañas (Figuras 1.1 a 7.4).

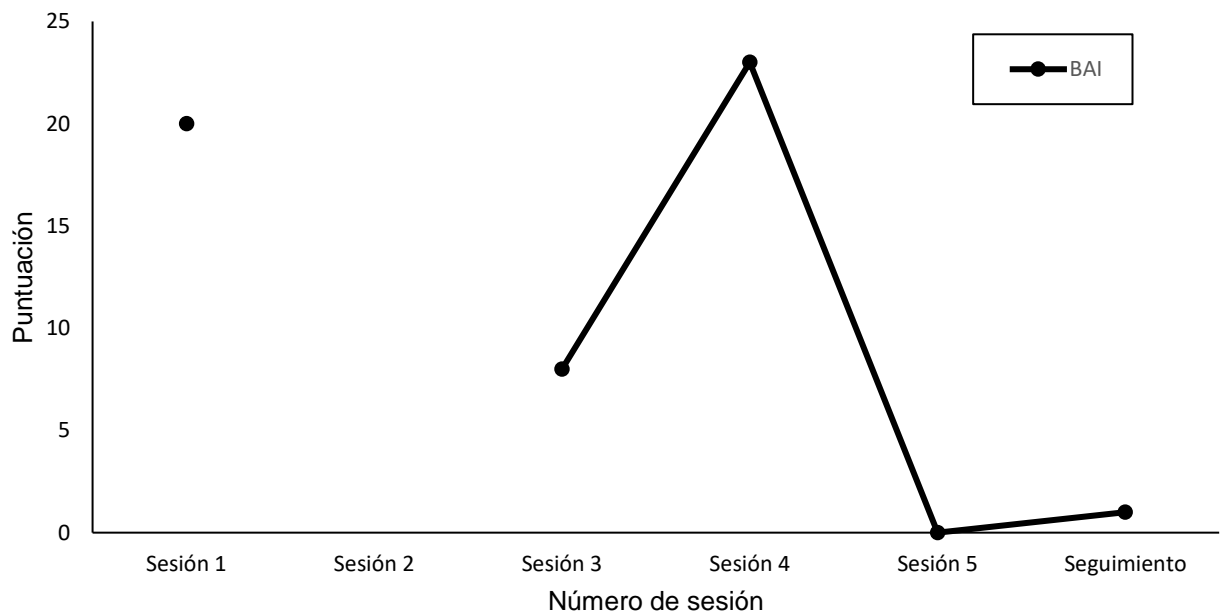
**Figura 1.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 1 obtenidos mediante el IMADIS-A*



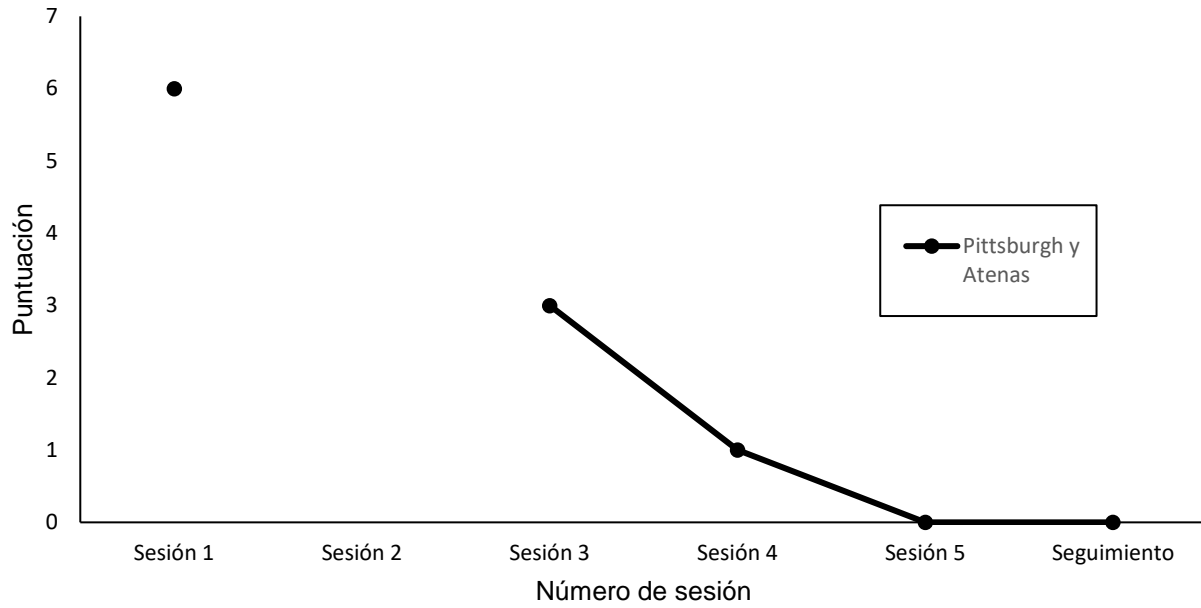
**Figura 1.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 1 obtenidos mediante el BAI*



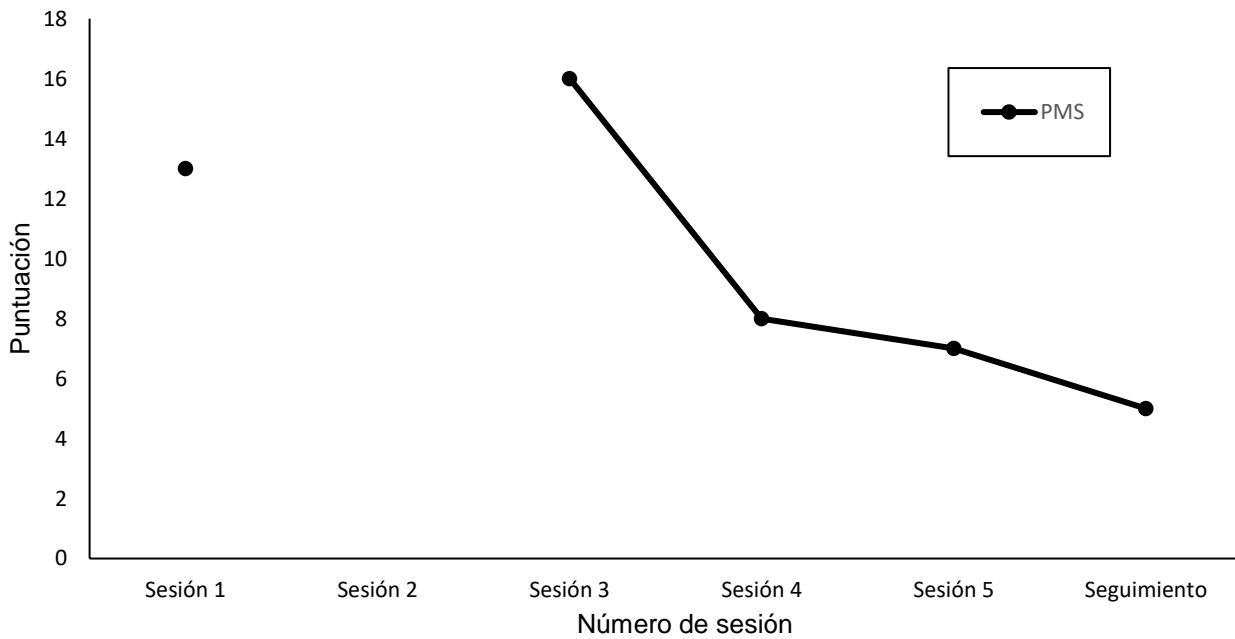
**Figura 1.3**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 1 obtenidos mediante el índice Pittsburgh/Atenas*



**Figura 1.4**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 1 obtenidos mediante la Prueba Mexicana de Sueño (PMS)*

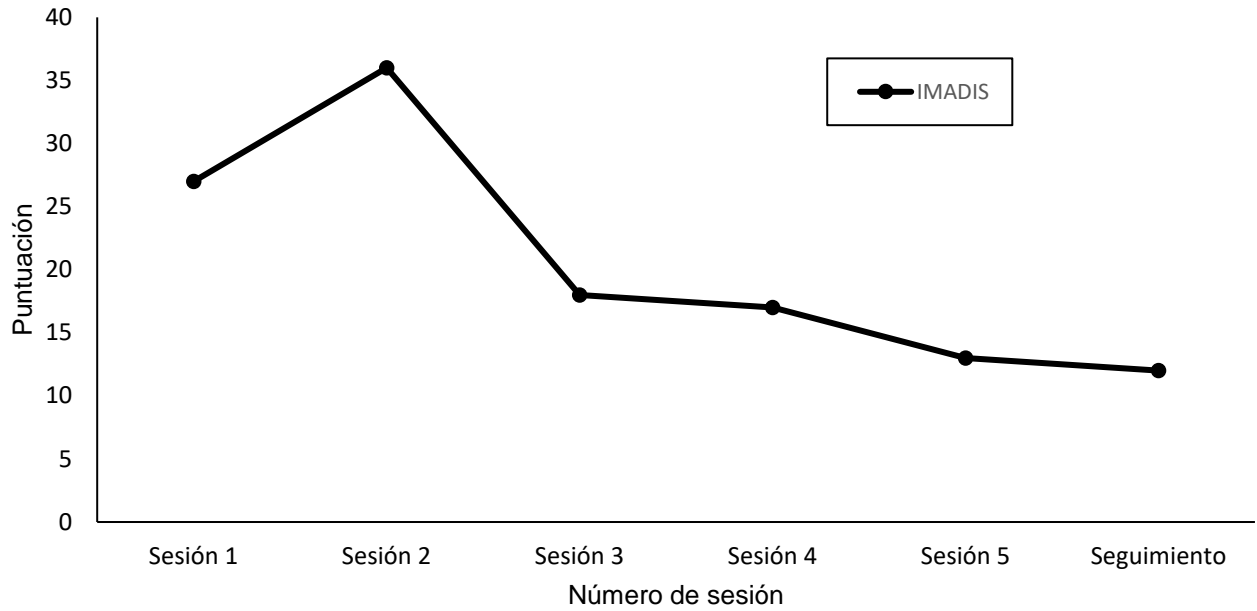




**Figura 2.1**

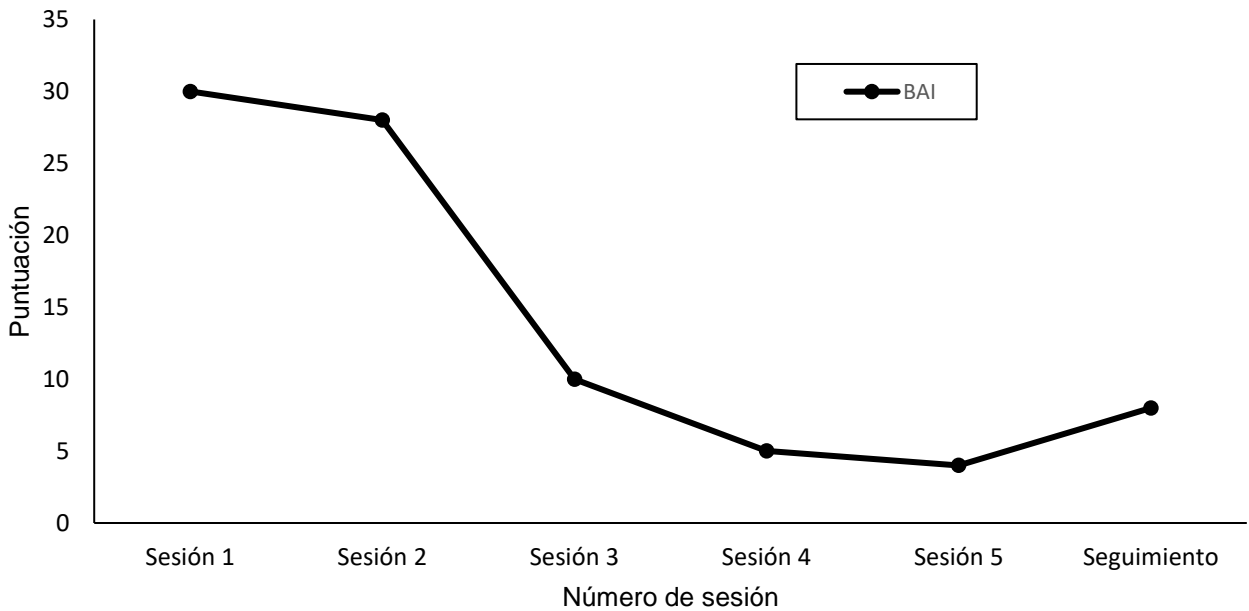
*Niveles de ansiedad de la participante 2 obtenidos mediante el IMADIS-*

*A*



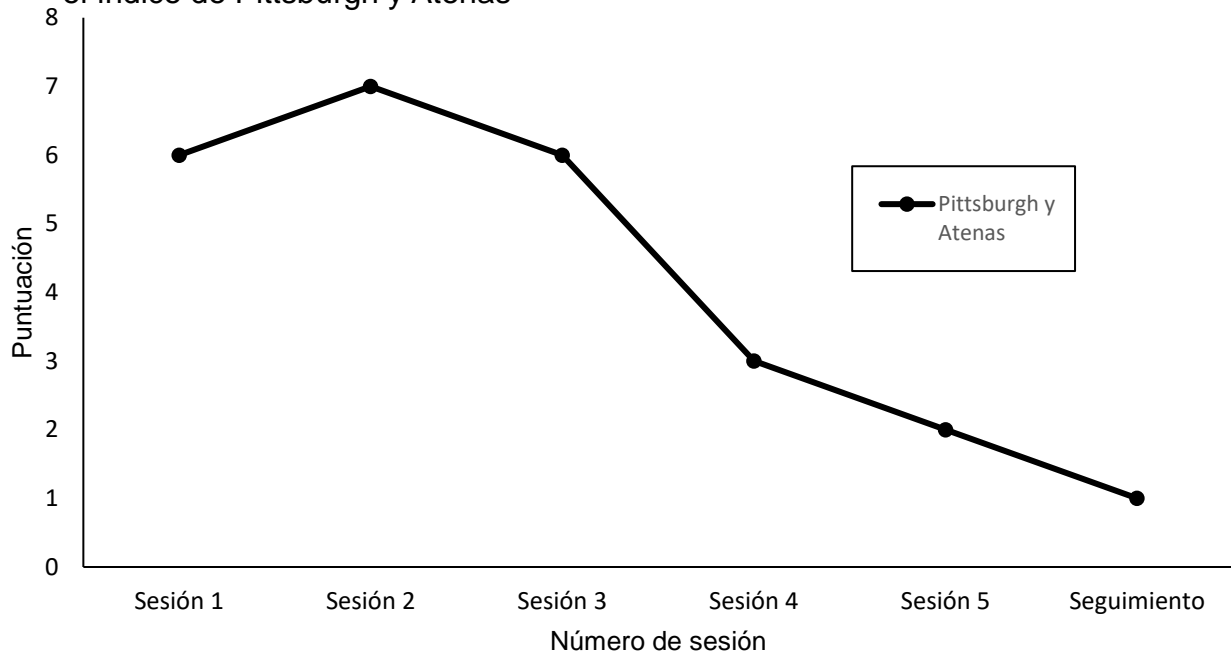
**Figura 2.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 2 obtenidos mediante el BAI*



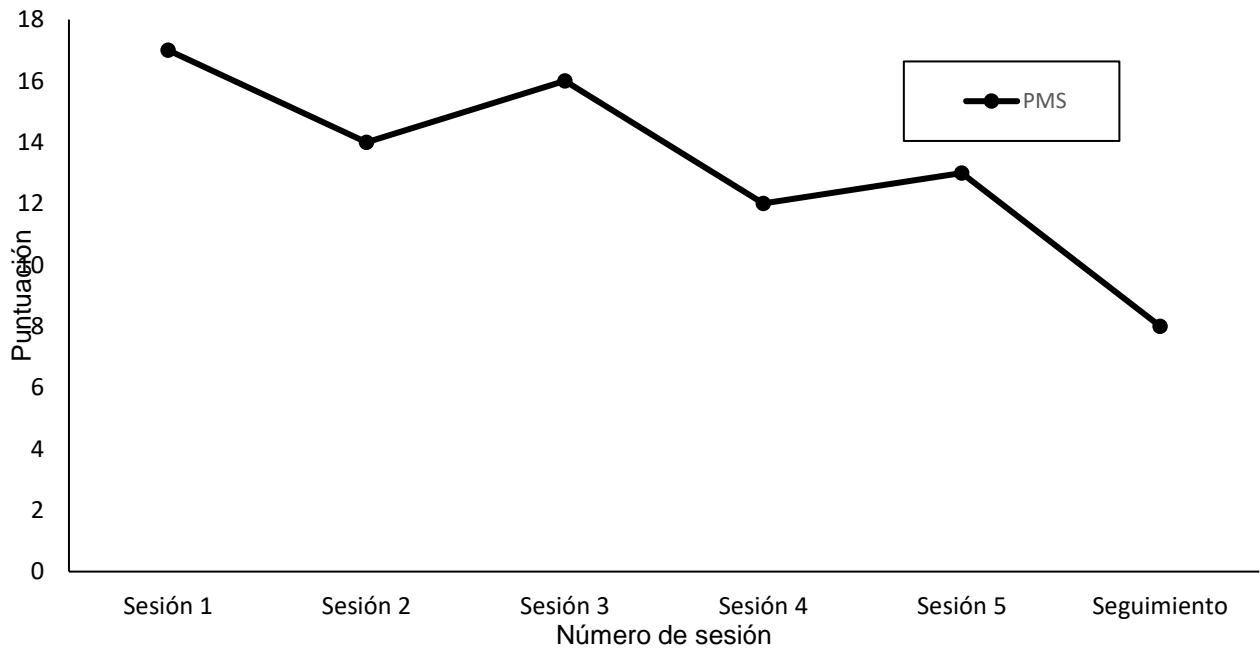
**Figura 2.3**

Niveles de calidad de sueño del Participante 2 obtenidos mediante el índice de Pittsburgh y Atenas



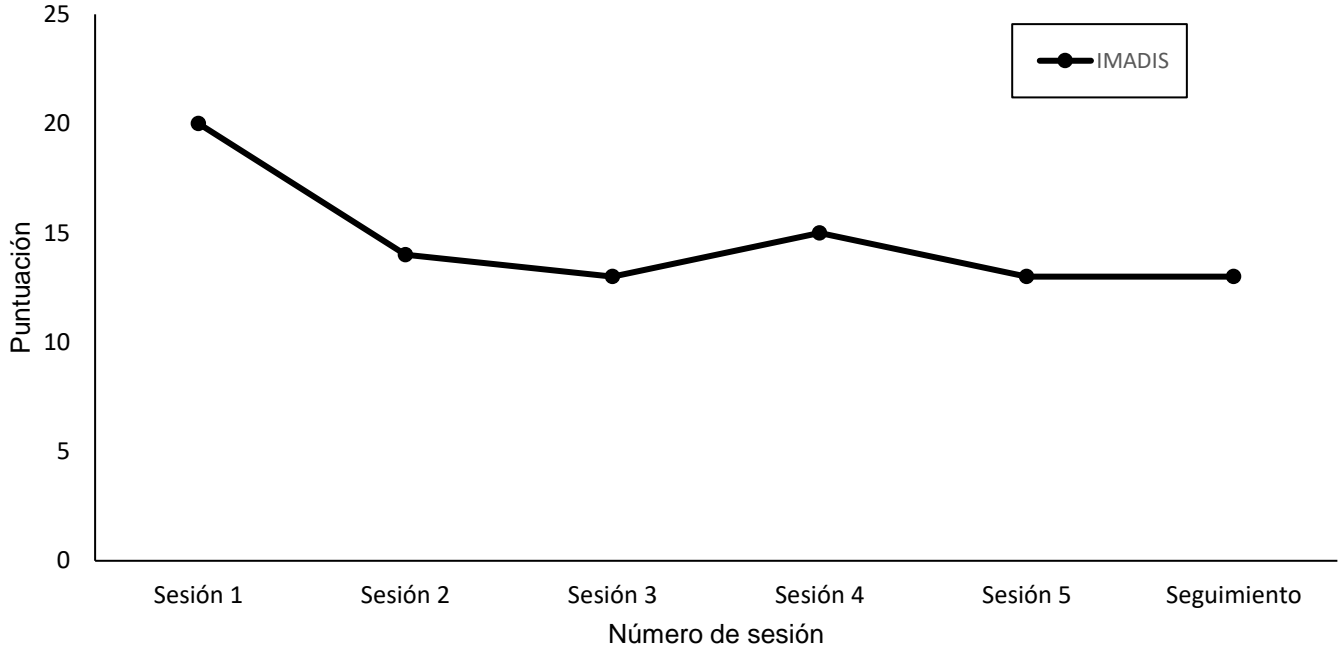
**Figura 2.4**

Niveles de calidad de sueño del Participante 2 obtenidos mediante la PMS



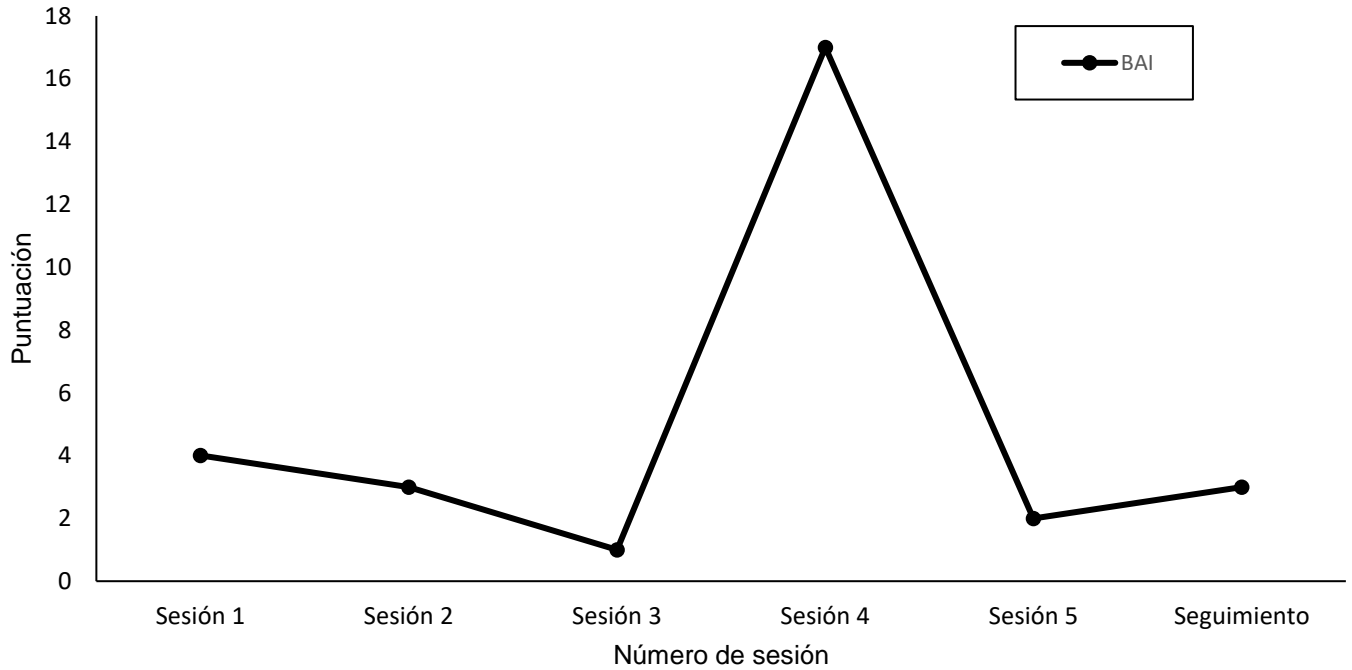
**Figura 3.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 3 obtenidos mediante el IMADIS-A*



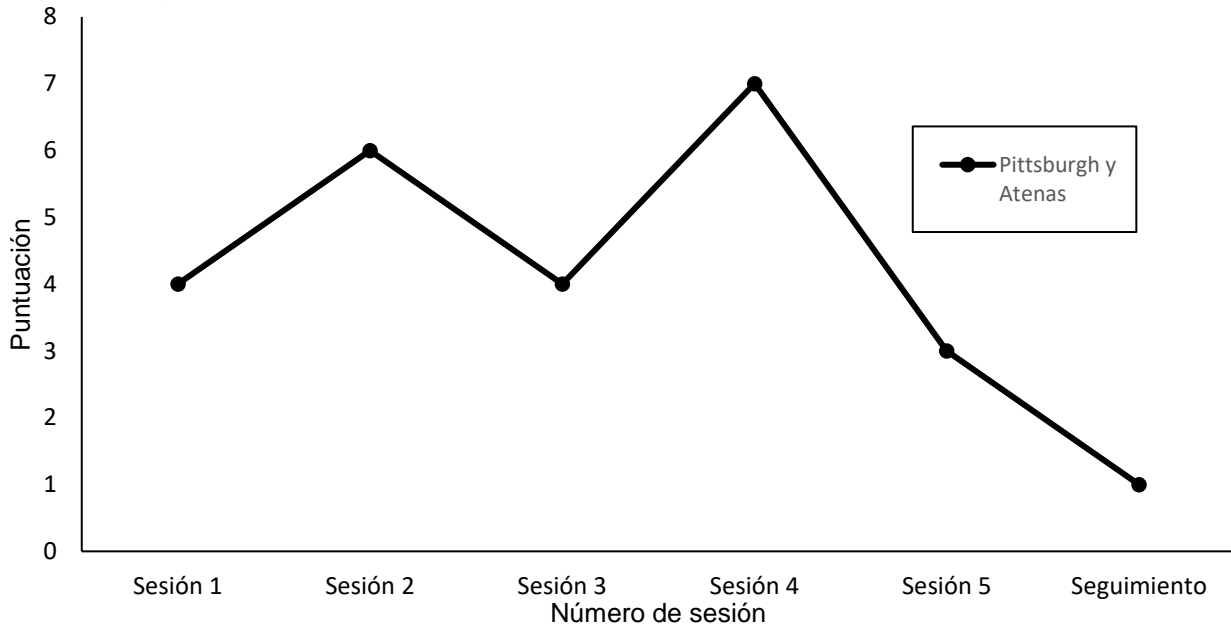
**Figura 3.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 3 obtenidos mediante el BAI*



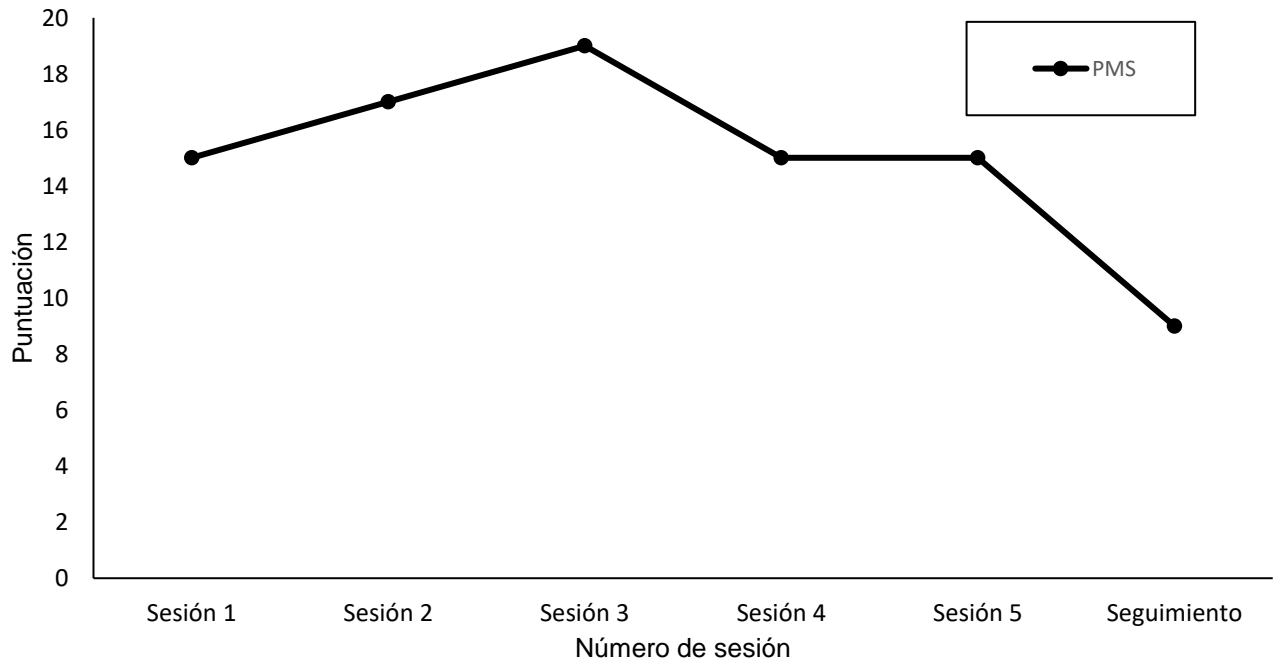
**Figura 3.3**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 3 obtenidos mediante Pittsburgh y Atenas*



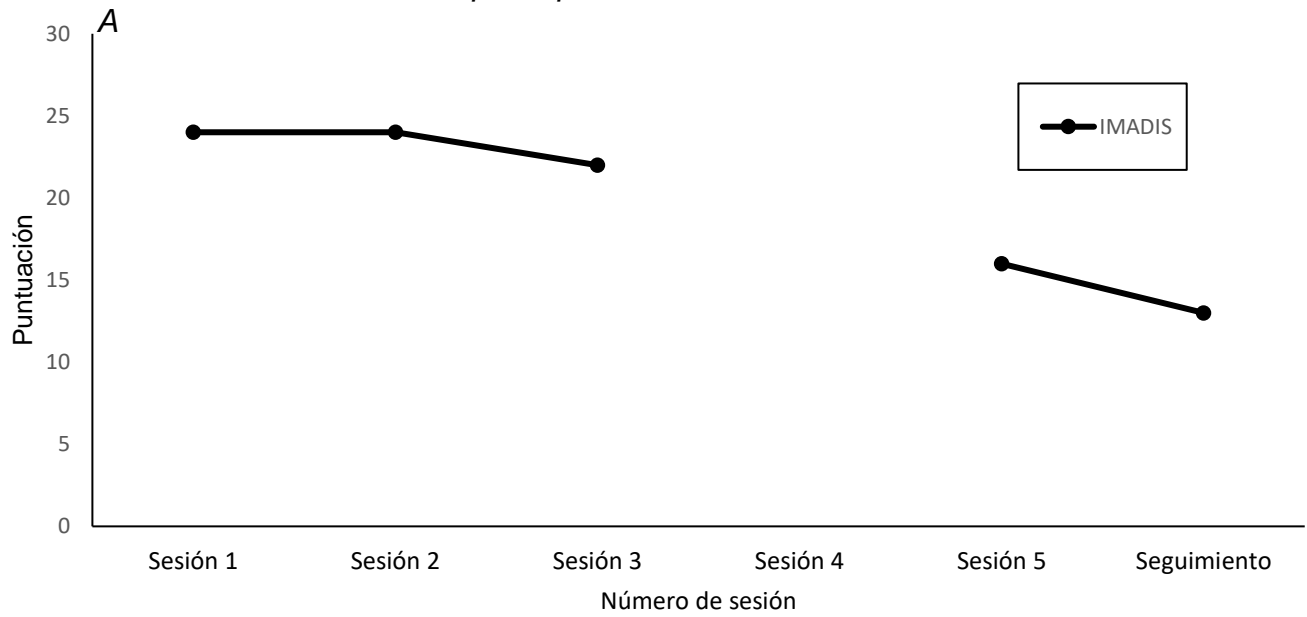
**Figura 3.4**

*Niveles de calidad de sueño del Participante 3 obtenidos mediante la PMS*



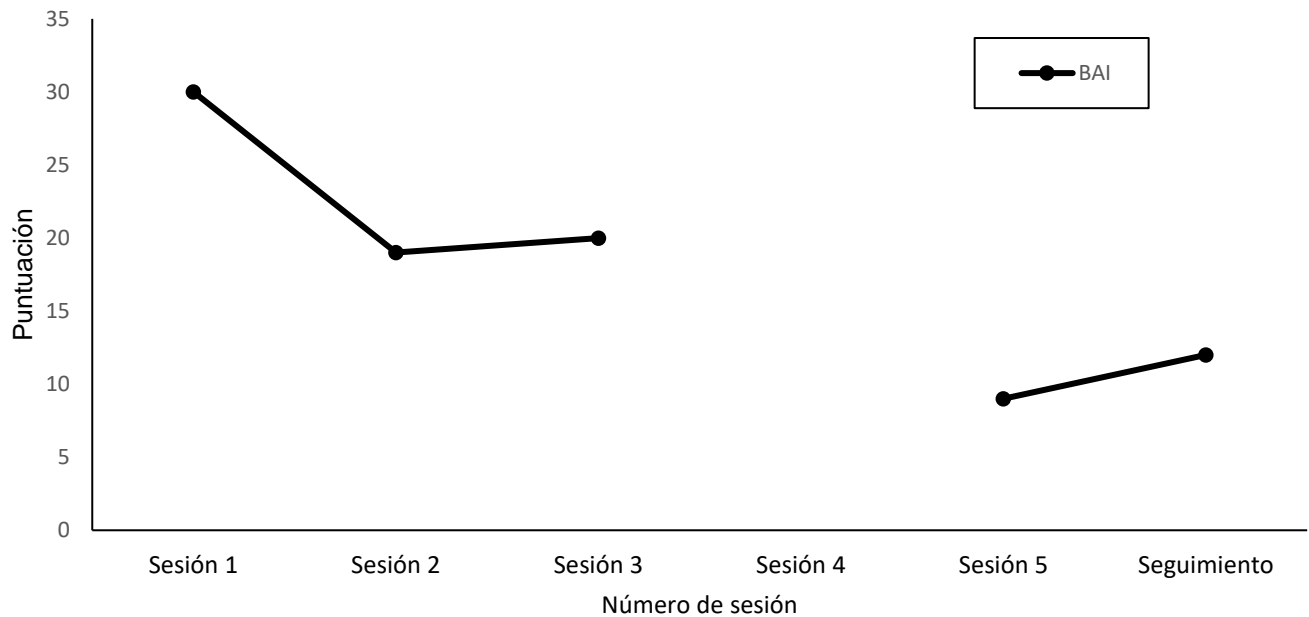
**Figura 4.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 4 obtenidos mediante el IMADIS-*



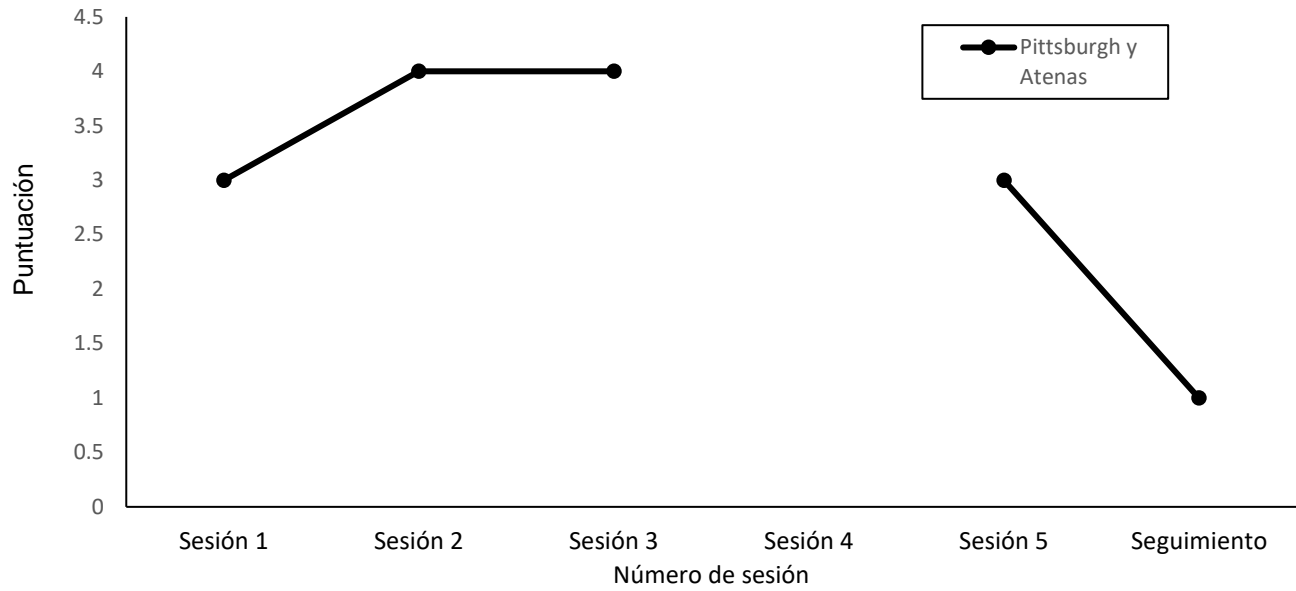
**Figura 4.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 4 obtenidos mediante el BAI*



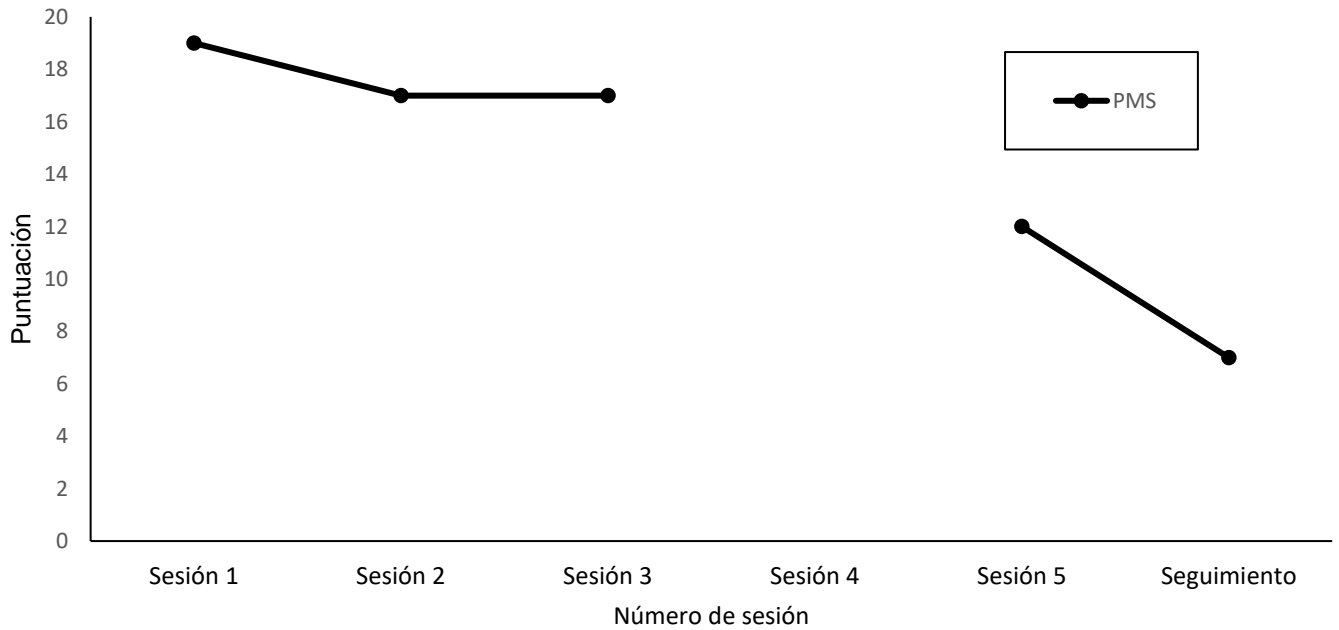
**Figura 4.3**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 4 obtenidos mediante Pittsburgh/Atenas*



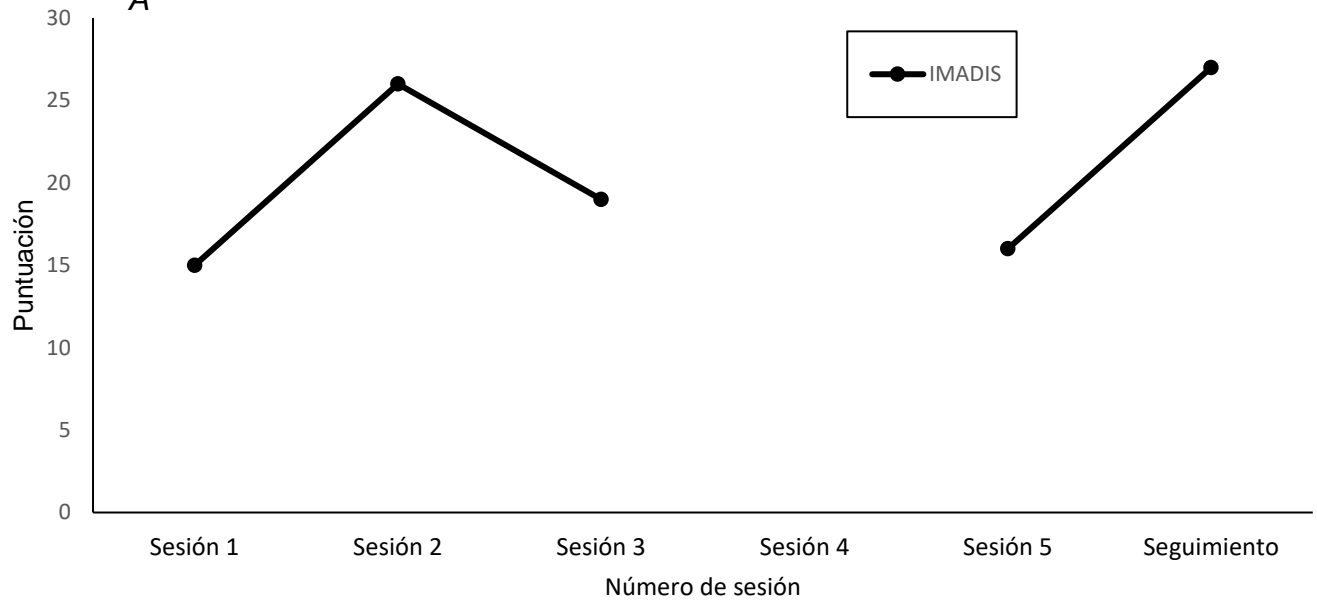
**Figura 4.4**

*Niveles de calida de sueño de la participante 4 obtenidos mediante la PMS*



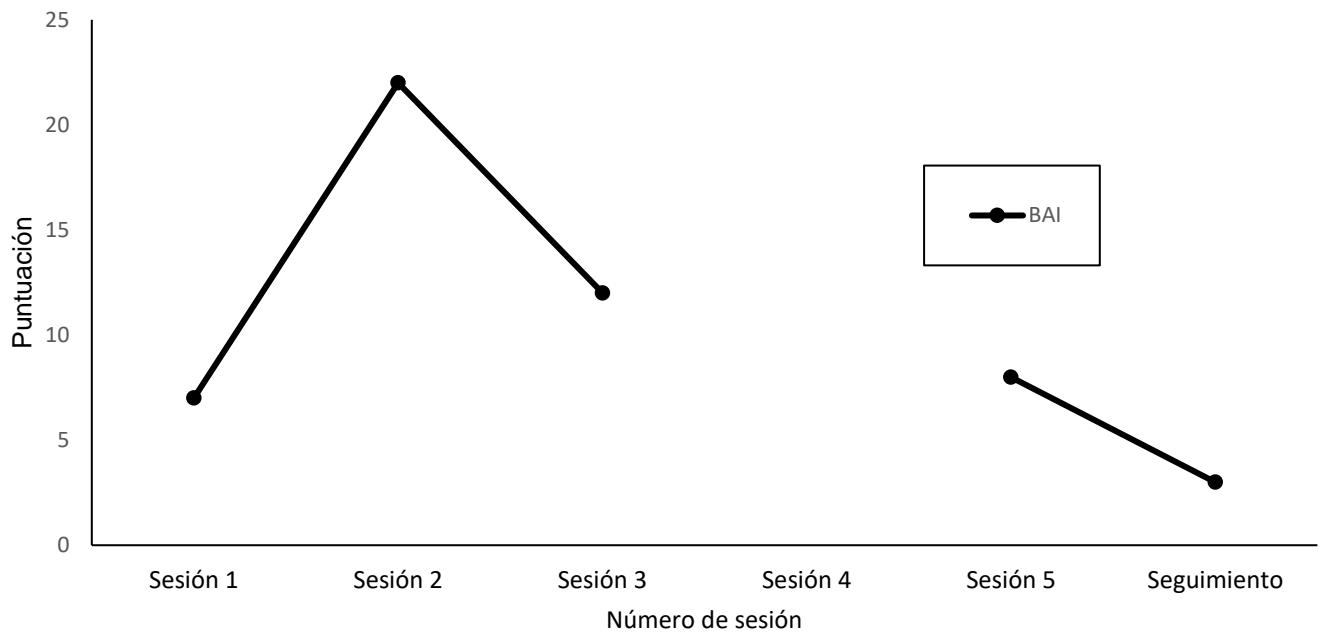
**Figura 5.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 5 obtenidos mediante el IMADIS-A*



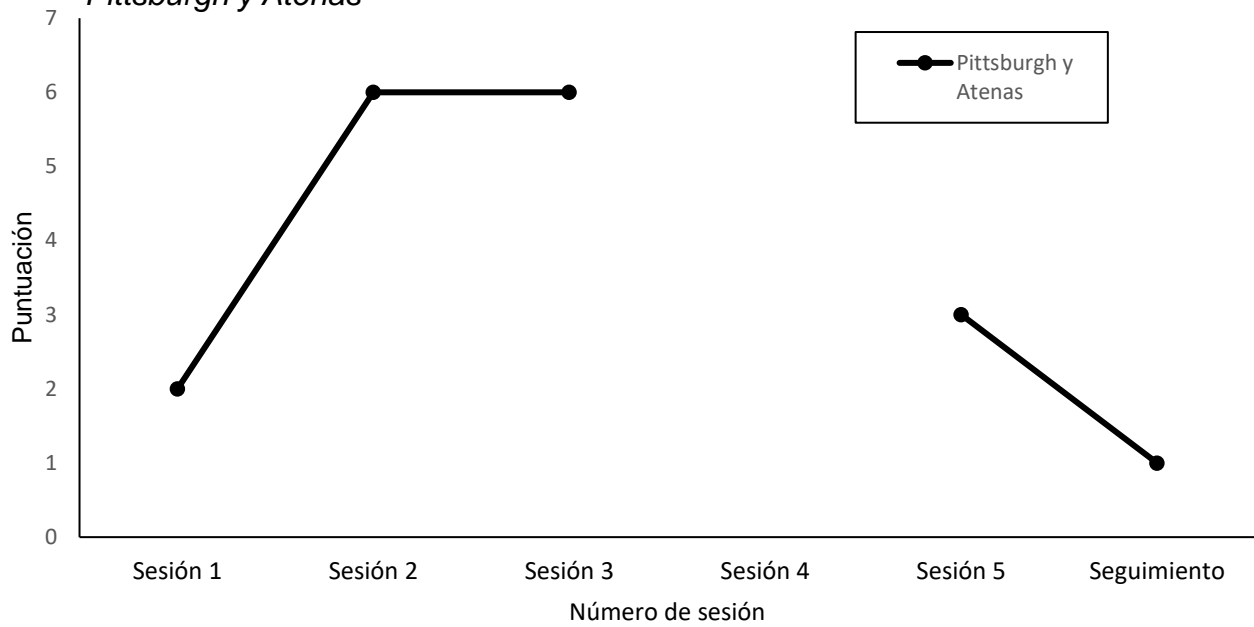
**Figura 5.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 5 obtenidos mediante el BAI*



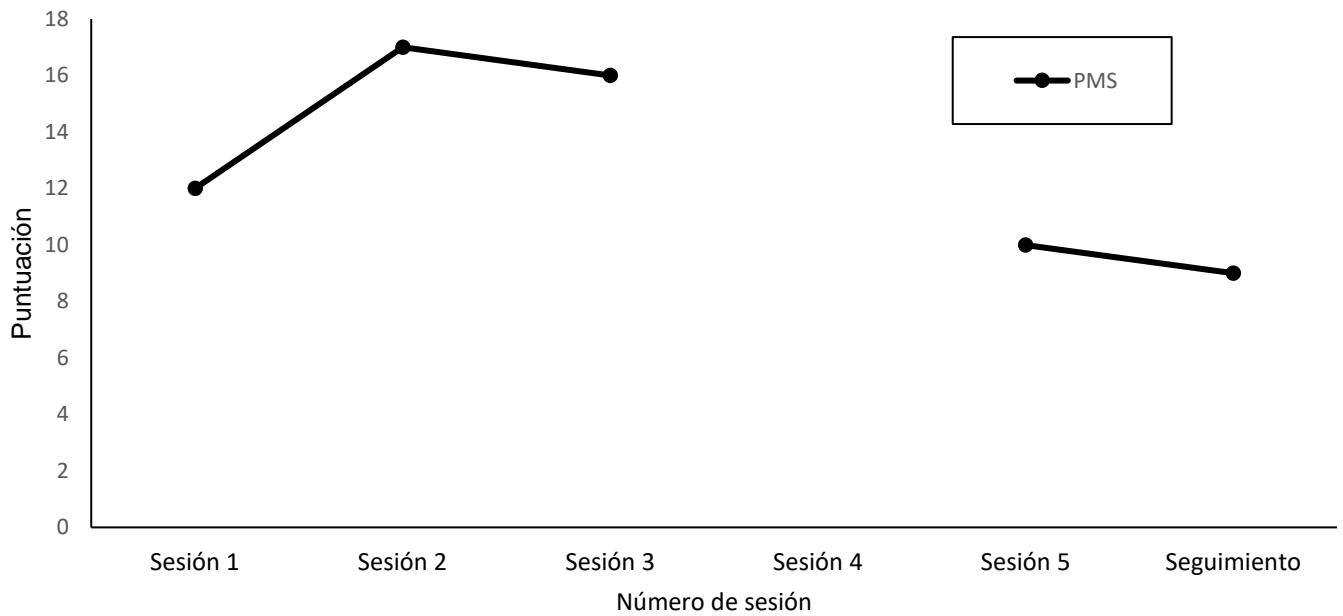
**Figura 5.3**

*Niveles de calidad del sueño de la participante 5 obtenidos mediante Pittsburgh y Atenas*



**Figura 5.4**

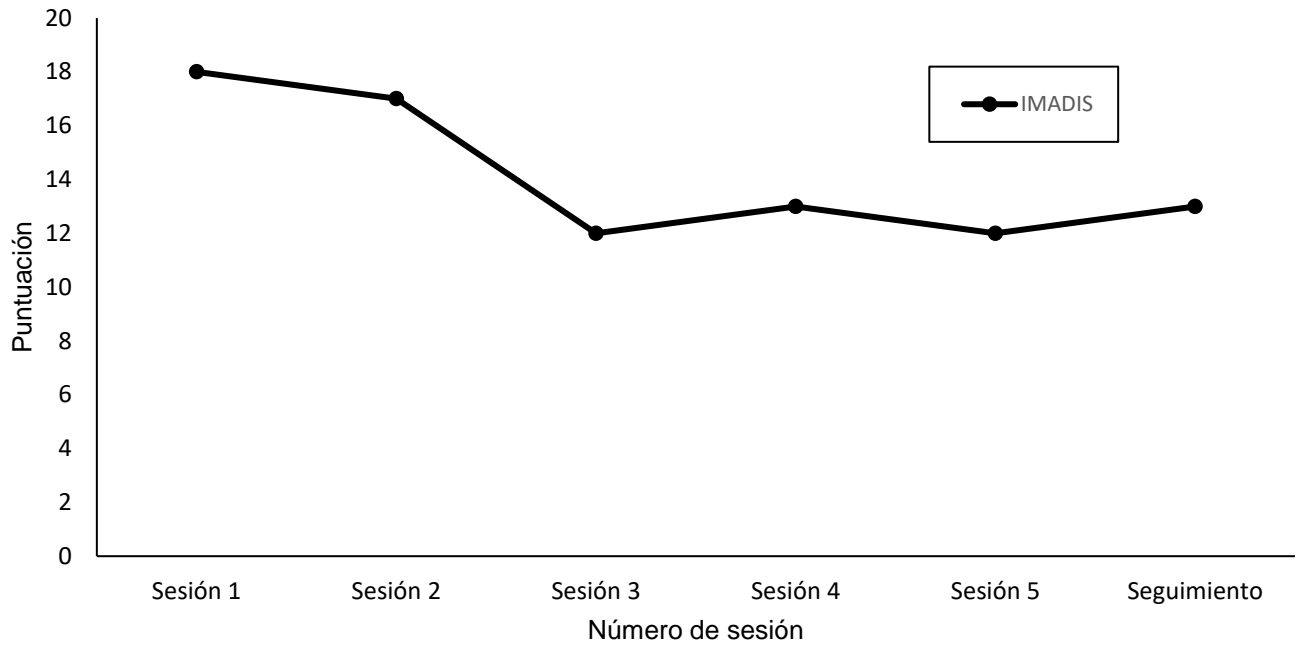
*Niveles de calidad de sueño de la participante 5 obtenidos mediante la PMS*





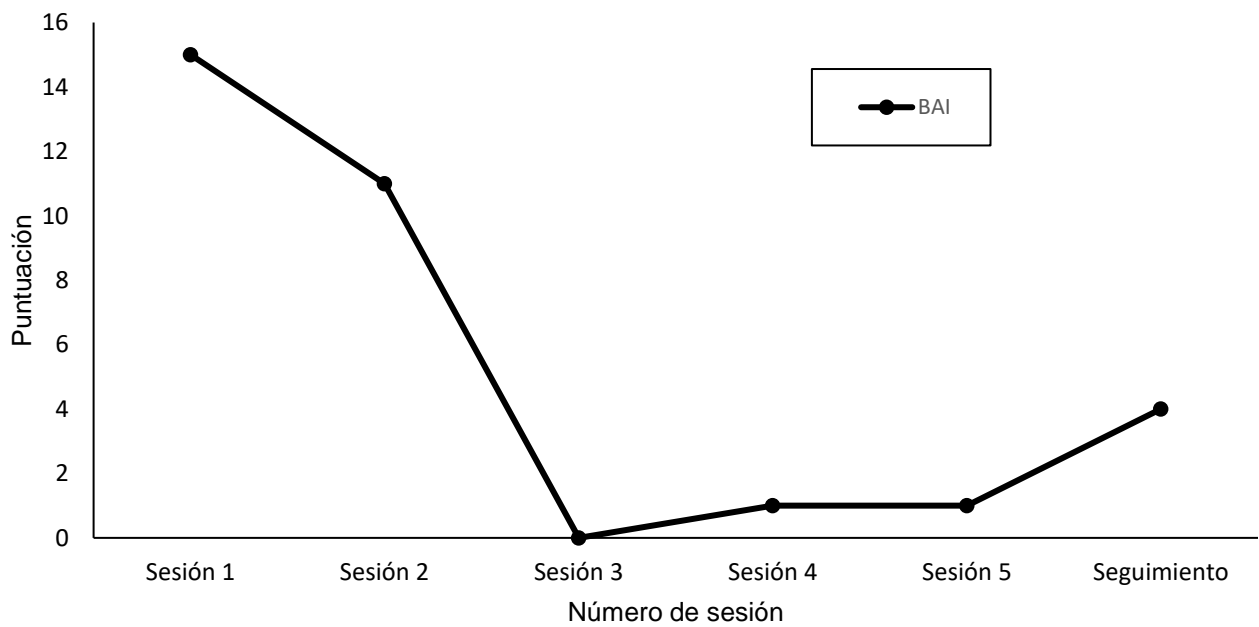
**Figura 6.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 6 obtenidos mediante el IMADIS-A*



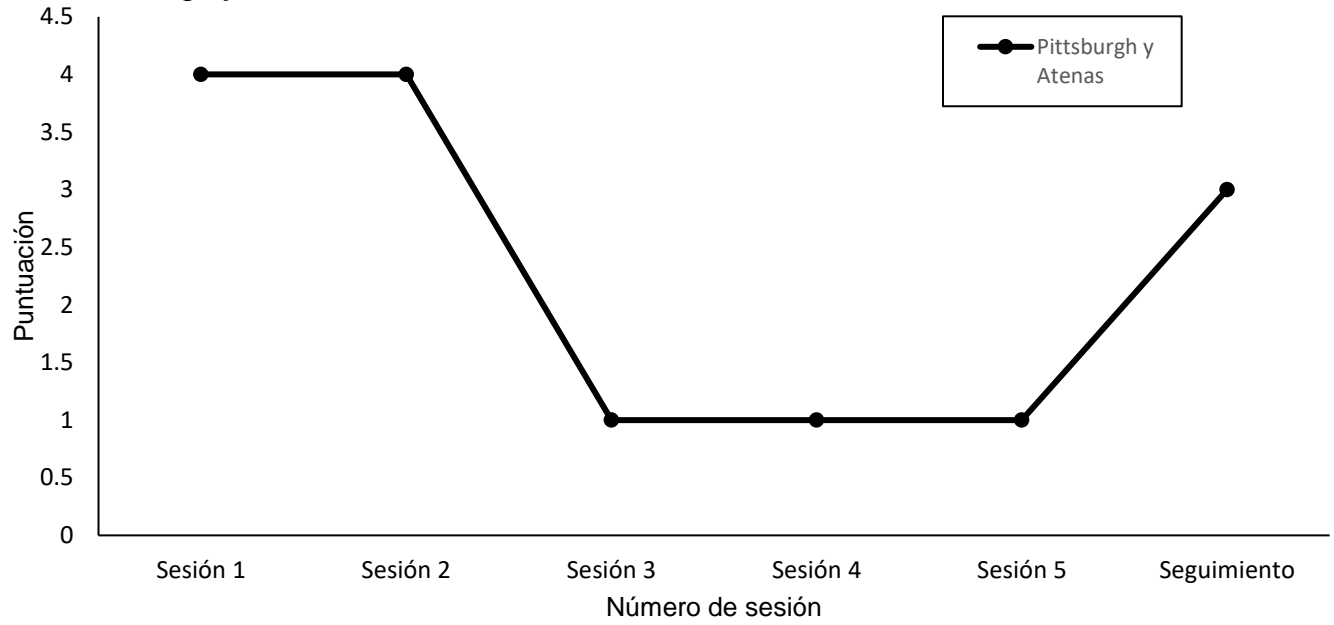
**Figura 6.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 6 obtenidos mediante el BAI*



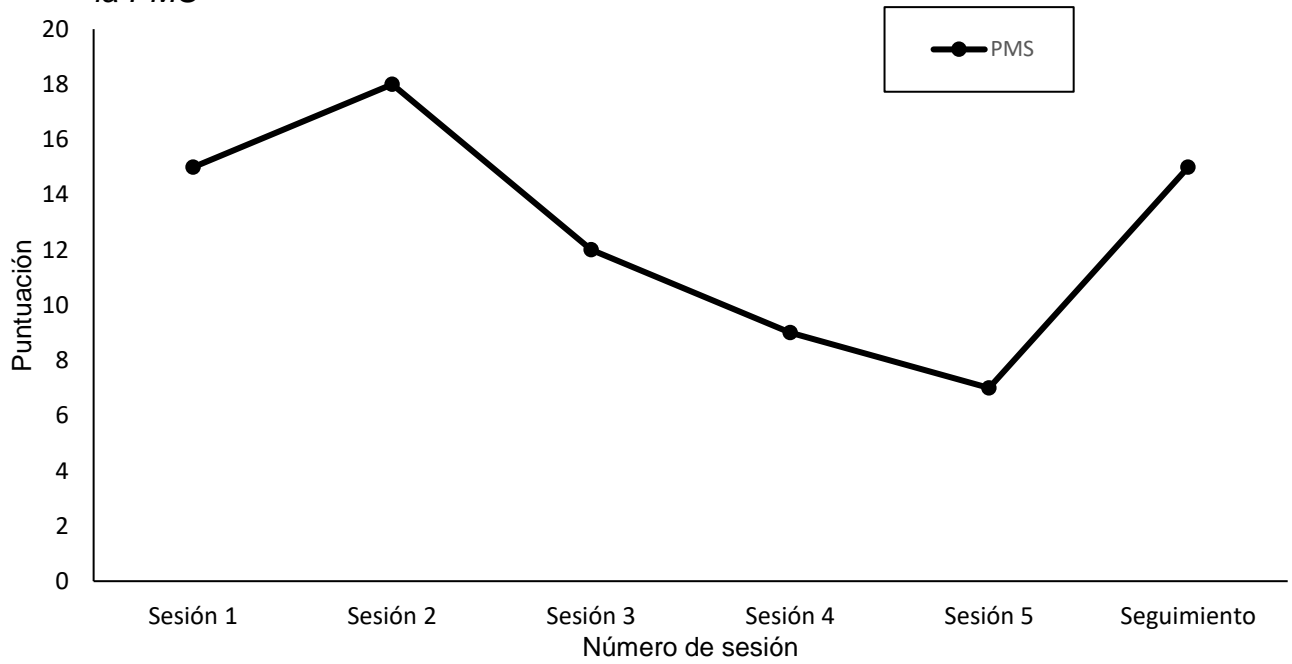
**Figura 6.3**

*Nivele de calidad de sueño de la participante 6 obtenidos mediante Pittsburgh y Atenas*



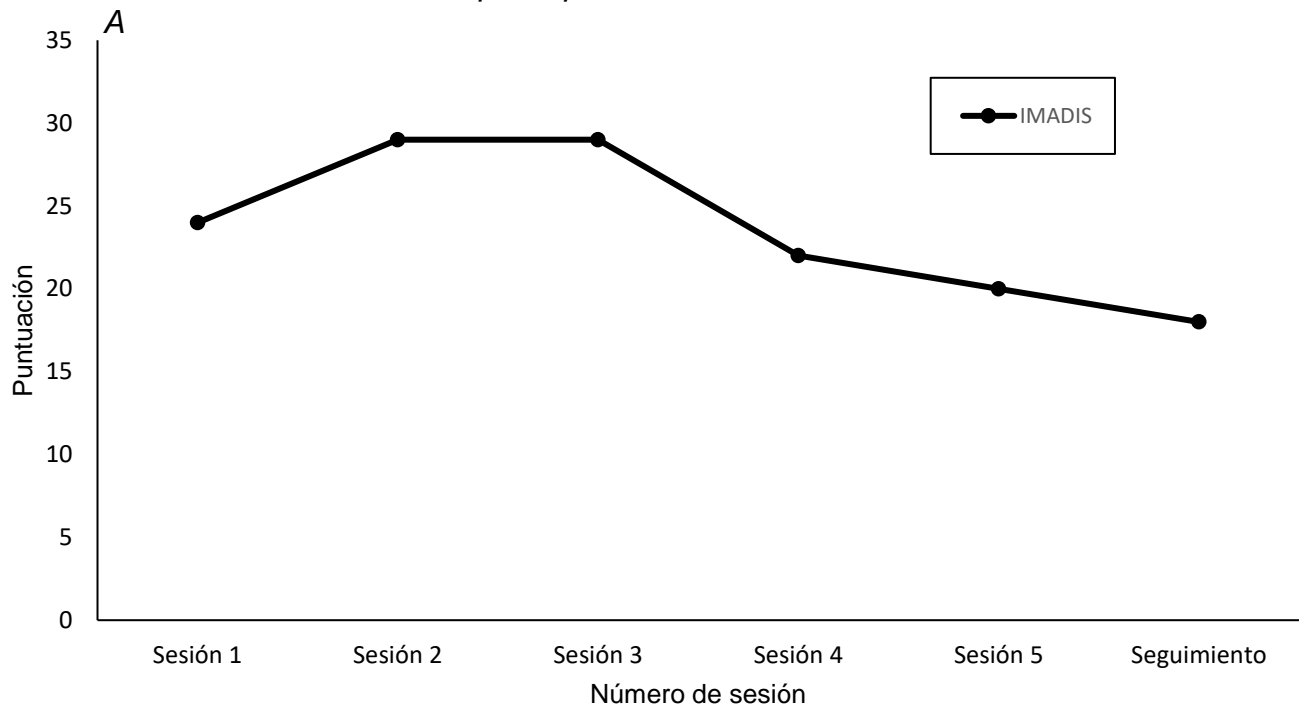
**Figura 6.4**

*Niveles de calidad de sueño de de la participante6 obtenidos mediante la PMS*



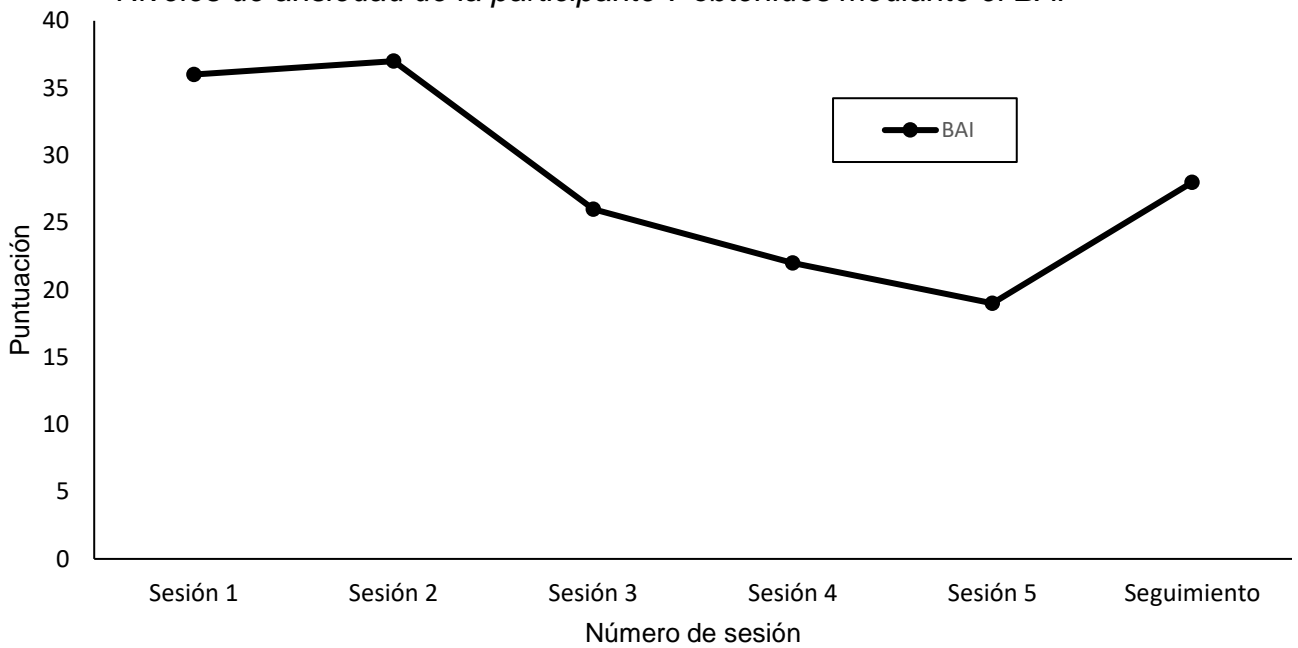
**Figura 7.1**

*Niveles de ansiedad de la participante 7 obtenidos mediante el IMADIS-*



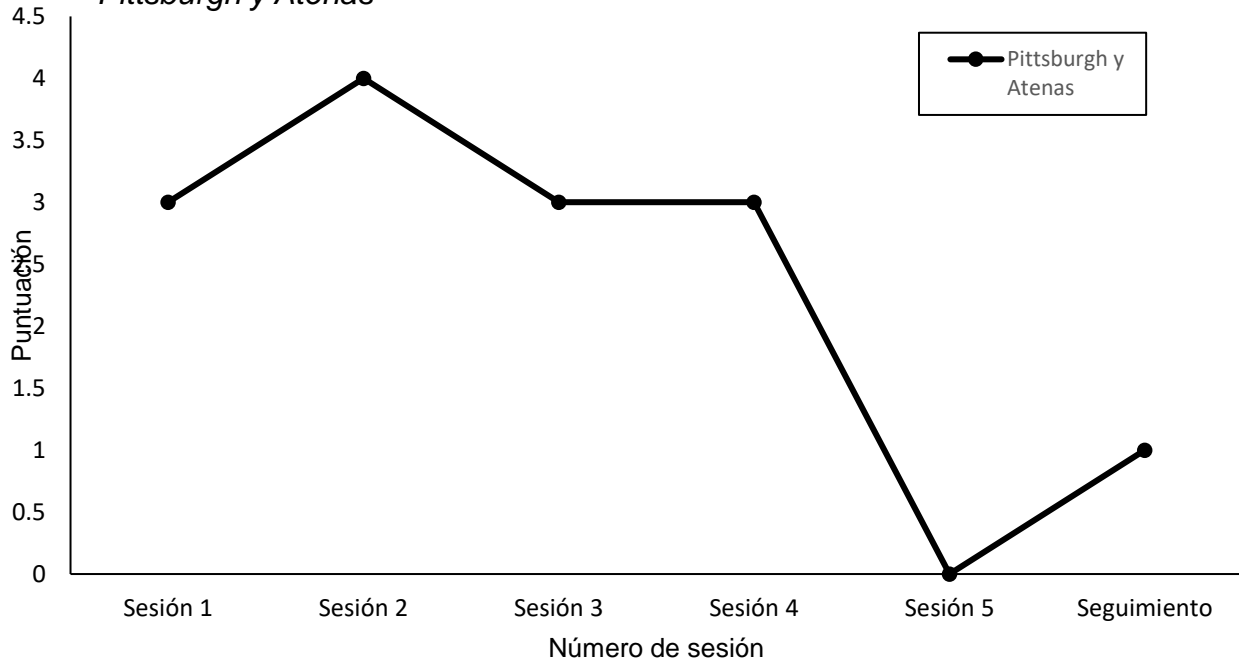
**Figura 7.2**

*Niveles de ansiedad de la participante 7 obtenidos mediante el BAI*



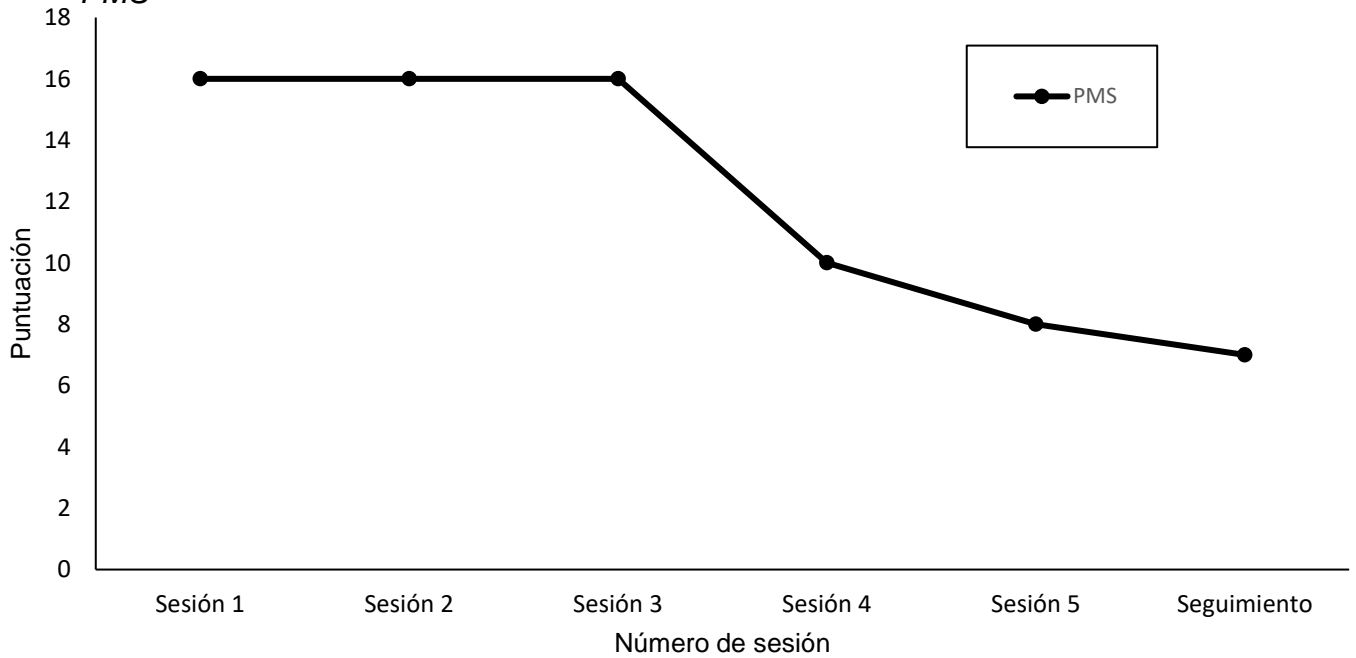
**Figura 7.3**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 7 obtenidos mediante Pittsburgh y Atenas*



**Figura 7.4**

*Niveles de calidad de sueño de la participante 7 obtenidos mediante la PMS*



## **Cambio Clínico Objetivo**

Se realizó el análisis del cambio clínico objetivo de acuerdo con las recomendaciones de Cardiel (1994), quien ha sugerido la existencia de un cambio clínico si los puntajes a comparar experimentan una variación igual o mayor del 20%. En la medición pre-post hay mejoría en la mayoría de las participantes sobre higiene del sueño. No obstante, en la escala de IMADIS solo hubo una participante que presenta porcentaje de cambio positivo ( $CCO \geq -20\%$ ), sin embargo, seis de las participantes resultaron con CCO positivo en la escala BAI. Por otro lado, hay un cambio clínico positivo también en cinco de las participantes en la sumatoria de los ítems de las escalas de Pittsburgh y Atenas, asimismo, en la PMS.

En la medición post-seguimiento se encuentra de igual manera una mejoría y mantenimiento. En general, no hubo casos con deterioro que pudiera considerarse clínicamente objetivo en alguna escala ( $CCO \geq 20\%$ ); sin embargo, la participante 5 no mostró mejoría en alguna de las mediciones. Particularmente, en las participantes 3 y 5 no hubo un cambio clínico positivo en los porcentajes del pre-post, tanto para ansiedad como para higiene del sueño, sin embargo, la participante 3 tuvo un aumento en higiene del sueño en la comparación pre-seguimiento. Resalta la participante 2, quién logró mejoría y un mantenimiento de ansiedad e higiene del sueño en todas las mediciones, tanto en pre-post como en el post-seguimiento.

**Tabla 4***Porcentaje de cambio clínico*

		IMADIS-A	BAI	Pittsburgh/Atenas	PMS
Participante 1	Pre/Post	-15%	*-32%	*-67%	*-30%
	Pre/Seguimiento	*-24%	*-30%	*-67%	*-40%
Participante 2	Pre/Post	*-25%	*-41%	*-44%	*-20%
	Pre/Seguimiento	*-27%	*-35%	*-56%	*-45%
Participante 3	Pre/Post	-13%	-3%	-11%	0%
	Pre/Seguimiento	-13%	-2%	*-33%	*-30%
Participante 4	Pre/Post	-15%	*-33%	0%	*-35%
	Pre/Seguimiento	*-20%	*-39%	*-22%	*-60%
Participante 5	Pre/Post	2%	2%	11%	-10%
	Pre/Seguimiento	*22%	-6%	-11%	-15%
Participante 6	Pre/Post	-11%	*-22%	*-33%	*-40%
	Pre/Seguimiento	-9%	*-27%	-11	0%
Participante 7	Pre/Post	-7%	*-27%	*-33%	*-40%
	Pre/Seguimiento	-11%	-13%	*-22%	*-45%

Nota: IMADIS-A = Índice Mexicano Ansiedad Depresión e Ideación Suicida Subescala de Ansiedad; BAI = *Beck's Anxiety Inventory*, PMS = Prueba Mexicana de Sueño

\*Indica que hubo cambio clínico significativo.

## **Efecto del taller psicoeducativo sobre la ansiedad y la higiene del sueño: análisis grupal**

Se obtuvieron los siguientes estadísticos de forma grupal por instrumento.

**Tabla 5**

*Estadísticos descriptivos de los ítems cognitivos y respuestas fisiológicas de la subescala de ansiedad (IMADIS-A)*

Número de sesión	Media	Desviación estándar	Mediana
1	21.44	4.58	24
2	24.57	7.34	26
3	18.78	5.51	19
4	16.83	3.25	16
5	15.43	2.93	16
Seguimiento	15.44	4.79	13

**Tabla 6***Estadísticos descriptivos de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI)*

Número de sesión	Media	Desviación estándar	Mediana
1	21.44	4.58	24
2	24.57	7.34	26
3	18.78	5.51	19
4	16.83	3.25	16
5	15.43	2.93	16
Seguimiento	15.44	4.79	13

**Tabla 7***Estadísticos descriptivos de los tres ítems del índice Pittsburgh/Atenas*

Número de Sesión	Media	Des. Estándar	Mediana
1	3.44	1.74	3
2	4.57	1.98	4
3	3.11	2.14	3
4	2.83	2.22	2.50
5	1.71	1.38	2
Seguimiento	1.00	.86	1



**Tabla 8***Estadísticos descriptivos de los cinco ítems de la Prueba Mexicana de Sueño*

Número de Sesión	Media	Des. Estándar	Mediana
1	13.67	3.80	15
2	15.29	3.45	17
3	14.11	4.22	16
4	10.33	2.73	9.50
5	10.29	3.14	10
Seguimiento	8.33	2.78	8

Se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar las mediciones *pre* y *post* de las puntuaciones globales de las escalas de IMADIS-A, BAI, Pittsburgh y Atenas y PMS. A su vez, se realizó la prueba de Wilcoxon para comparar las puntuaciones totales del pre con las del seguimiento (ver tabla 9 y tabla 10, respectivamente).

En primer lugar, en la tabla 9 se identifican diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post de las puntuaciones totales de las escalas BAI ( $z=-2.366$ ,  $p < 0.05$ ), Pittsburgh/Atenas ( $z=-2.375$ ,  $p < 0.05$ ) y PMS ( $z=-2.207$ ,  $p < 0.05$ ). Sin embargo, las diferencias en el IMADIS-A no resultaron estadísticamente significativas ( $z=-1.521$ ,  $p > 0.05$ ).

Por otro lado, hay diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y seguimiento de las puntuaciones totales de las escalas IMADIS-A ( $z=-2.201$ ,  $p < 0.05$ ), BAI ( $z=-2.197$ ,  $p < 0.05$ ) y PMS ( $z=-2.207$ ,  $p < 0.05$ ).

**Tabla 9**

*Puntuaciones pre-post de las mediciones de ansiedad y calidad de sueño en todas las participantes*

Escala	Pre	Post	Estadístico Z	Valor p
IMADIS-A	22	15.43	-1.521	.128
BAI	20.29	6.14	-2.366	.018*
Pittsburgh y Atenas	4	1.71	-2.375	.018*
PMS	15.29	10.29	-2.207	.027*

\* $p < .05$

**Tabla 10**

*Puntuaciones pre-seguimiento de las mediciones de ansiedad y calidad de sueño en todas las participantes*

Escala	Pre	Seguimiento	Estadístico Z	Valor p
IMADIS-A	22	15.57	-2.201	.028*
BAI	20.29	8.43	-2.197	.028*
Pittsburgh y Atenas	4	1.14	-1.897	.058
PMS	15.29	8.57	-2.207	.027*

\* $p < .05$

### **Resultados cualitativos**

Al finalizar el taller, se realizaron preguntas a las participantes para indagar sobre el efecto de este en las dos variables dependientes: 1) “¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad? Sí/No ¿Por qué?;” y 2) “¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño? Sí/No ¿Por qué?”. (Ver las tablas de la 11 a la 17). Todas las participantes coincidieron en que el taller les ayudó a disminuir su ansiedad e incrementar su higiene del sueño.

Las respuestas a la pregunta 1 se centraron en la identificación de la ansiedad, así como de las emociones en general. Las participantes rescatan que les fue posible reconocer los síntomas de la ansiedad con más facilidad. Además, la técnica de relajación con imaginación fue su preferida, pues indicaron que les ayuda a manejar mejor los síntomas. Las respuestas a la pregunta 2 destacan por referir el uso de recomendaciones conductuales de higiene del sueño, tales como: disminuir el uso del celular, anotar los pendientes antes de ir a la cama y horarios nocturnos estables.

**Tabla 11***Respuestas cualitativas de la participante 1*

Constructo	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí, Porqué todas las ideas e indicaciones que nos dieron son cosas que diario se llevan a cabo, pero con los tips que nos mostraron, como identificarlas y como relacionarlas, así como llevarlas e introducirlas como reconocerlas en nuestra vida diaria”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí. A mí me ayudó demasiado tanto por las indicaciones como por el taller, tomar tiempo para mí porqué quitar la pantalla del cuarto no dormir por las tardes, el horario de la cena como el orden del cuarto me siento más tranquila a la hora de ir a la cama a dormir”.

**Tabla 12***Respuestas cualitativas de la participante 2*

Constructo	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí, aprendí técnicas de relajación como la respiración diafragmática, aprendí a identificar los síntomas de la ansiedad, muchos de ellos que desconocía que se relacionaban con esta”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí, las recomendaciones de higiene del sueño fueron muy efectivas, aunque no todas las he podido aplicar, ya tengo el listado y poco a poco los iré aplicando”.

**Tabla 13***Respuestas cualitativas de la participante 3*

Constructo	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí, primero porqué realmente no sabía los síntomas de la ansiedad y a qué nivel la tengo. Pude reconocer algunos síntomas y trabajarlos ya sea en casa como en el trabajo. Nos enseñaron técnicas para respirar y eso es algo que me ha ayudado muchísimo.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Puedo saber el cómo tener un sueño reparador y un descanso, aunque no lo tenga mucho por cuestiones laborales, pero ya sé cómo puedo hacerlo cuando tengo tiempo o en vacaciones. Puse en práctica algunas técnicas como el de no ver el celular antes de dormir y la verdad aparte de que duermo más tiempo siento que descanso”.

**Tabla 14***Respuestas cualitativas de la participante 4*

Constructo	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí, Me ayudó a tomarme mi tiempo a respirar y el concentrarme en lo que esta o estaba viviendo y así calmarme un poco. Aprendí a reconocer mis emociones”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí. Saber que hacer antes de dormir me ayudó mucho por ejemplo el celular, era muy dependiente de él a la hora de ir a la cama, pero ahora ya lo abandoné pues ni para despertador lo utilizo”.

**Tabla 15**

*Respuestas cualitativas de la participante 5*

Constructo	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí. Muchos síntomas que jamás relacioné con la ansiedad, comencé a identificarlos. El conocer los cambios que tenía que hacer desde mi casa, mi persona, la respiración, etc. Me ayudaron a sentirme mejor. Además, he de reconocer que pienso, si es un sentimiento e identificar mis sensaciones y emociones también me ayuda a conocerme más y a poder expresar lo que siento”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí. Identifique en este tiempo preocupaciones y pendientes que tenía, que la verdad ya me estaba quitando el sueño, el resolver estos asuntos y el ir cambiando hábitos como levantarme más temprano, y el poner horarios, escribir y hacer un horario me han ayudado mucho a mejorar mi calidad de sueño. Estoy tomando en cuenta, cambios que quiero realizar a no tan largo plazo y hábitos que estoy cambiando poco a poco para tener un buen descanso”.

**Tabla 16**

*Respuestas cualitativas de la participante 6*

Pregunta	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí. A tomar las cosas con calma y a relajarme, a pensar más en el hoy y no adelantarme a pensar en el mañana”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí. Aprender a anotar pendientes a preparar todo lo que puedo hacer antes de dormir y dormir temprano sin preocupación a relajarme con la respiración y a tomar las cosas con calma”.

**Tabla 17**

*Respuestas cualitativas de la participante 7*

Pregunta	Respuesta
¿En general, este taller te ayudó a manejar tu ansiedad?	“Sí. En primera por qué o conocía síntomas de la ansiedad, conozco y acepto mis emociones sin juzgarlas, me ayudó a poner en orden mi vida ya que sabiendo que es la ansiedad y sus síntomas. Con el taller me ayudó a saber cómo controlar mi ansiedad. Gracias”.
¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad de sueño?	“Sí. Porqué siguiendo las recomendaciones he podido dormir mejor, tener un mejor descanso, me han ayudado mucho las recomendaciones y las seguiré aplicando”.

## 5. Discusión

Y al final, el amor que tomas es  
igual al amor que haces.  
(Lennon y McCartney, 1969)

El propósito de esta investigación fue evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo, con enfoque cognitivo conductual, para disminuir la ansiedad y mejorar la higiene del sueño en un grupo de mujeres adultas. La eficacia de este taller se evaluó no solo al término de este (*pre-post*), sino también un mes después de haber concluido (*pre-seguimiento*).

Con respecto al posible efecto del taller sobre la ansiedad, se plantearon dos hipótesis. Se esperaba que la sintomatología de la ansiedad disminuyera al finalizar la intervención y al transcurrir un mes de haber concluido (seguimiento). Dichas hipótesis se establecieron a partir de la evidencia que ha mostrado la intervención cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad al implementar procedimientos de reevaluación de las interpretaciones negativas, modificación de conductas desadaptativas, prevención de la evitación emocional y uso de procedimientos de exposición emocional (Barlow et al., 2015; Ruiz et al., 2012)

Si bien, el efecto del taller psicoeducativo no se percibe significativo en función de todos los resultados de la evaluación cuantitativa, en términos generales, la tendencia señala que hubo eficacia para aminorar los síntomas de la ansiedad. El análisis individual reveló que existe un decremento y mantenimiento de los síntomas de la ansiedad al término de la intervención y en el seguimiento, por lo que se puede concluir que hay un cambio clínico significativo a nivel individual (Cardiel, 1994). Mientras, el análisis grupal, también mostró que hay diferencias estadísticamente significativas reportadas en la evaluación *pre-post*, así como en la evaluación *pre-seguimiento*. Por ende, la disminución de la ansiedad también se observó en el seguimiento que se realizó después de un mes de haber concluido el taller. Es importante mencionar que mientras en el BAI hubo una mejora en la evaluación *post* en la mayoría de las participantes, no fue así en el IMADIS-A. Esto puede deberse a que el BAI mide síntomas fisiológicos en su mayoría, razón que pudo haberse vinculado directamente con las actividades del taller, tal como la respiración diafragmática o la conciencia centrada en el presente. A diferencia del IMADIS-A,



en donde se identifican respuestas cognitivas y fisiológicas, en actividades directas del taller pueden incidir sobre las señales de la ansiedad, no obstante, las mismas técnicas y herramientas brindadas se pudieron ocupar durante la contingencia sanitaria por COVID-19, lo que puede explicar la recuperación en el seguimiento.

Por otra parte, la evaluación cualitativa demostró que las participantes, por unanimidad, informaron que el taller había sido de utilidad para adquirir habilidades y estrategias que les permitieron manejar sus síntomas de ansiedad. En ella, se encontró que fue posible atenuar los síntomas de la ansiedad, tanto a corto, como a largo plazo. Estos resultados, en conjunto, apoyan las dos hipótesis planteadas con respecto a la ansiedad y, pueden explicarse teóricamente en función del tipo de técnicas que se implementaron en el taller.

Por un lado, la psicoeducación se refiere al proceso de enseñanza-aprendizaje, en una dinámica grupal, en la que se promueve el cambio de actitudes y conductas. Mediante la psicoeducación, las participantes lograron modificar cogniciones y conductas, para manejar la ansiedad de forma adecuada, lo cual les permitió mejorar su estilo de vida. Por otro lado, se sabe que las técnicas cognitivo-conductuales, especialmente, el análisis funcional de la conducta, la reevaluación cognitiva, la eliminación de mitos sobre la ansiedad, la consciencia emocional y las técnicas de relajación (Barlow et al., 2015; Ruiz et al., 2012), contribuyen a la disminución de los síntomas de la ansiedad debido a que estas abordan la regulación emocional, pues la ansiedad se caracteriza, en cierta manera, por el intento de controlar en exceso sucesos y emociones, positivas y negativas. En esta tesis, se implementaron las técnicas de entendimiento de las emociones, entrenamiento en consciencia emocional junto con técnicas de relajación e imaginería (García, 2016; Payne, 2009) y reevaluación cognitiva, porque se buscaba que las participantes desarrollaran una mayor consciencia de sus patrones de respuesta emocional y que identificaran sus factores desencadenantes. Además, también se pretendía incrementar habilidades para observar las experiencias en el momento presente sin juzgar, en conjunto con el aprendizaje de las diferentes formas en la que se puede modificar un patrón de pensamiento desadaptativo

(*trampa*) para así aumentar la flexibilidad en la valoración de diversos contextos (Barlow et al., 2015).

Otra de las razones por las que el taller mostró eficacia para disminuir la ansiedad, es que esta constituye un problema emocional caracterizado por preocupaciones constantes de múltiples tipos, que no corresponden necesariamente con el grado real del peligro que se percibe. Se caracteriza también por sensaciones físicas desagradables y síntomas cognitivos que no permiten el funcionamiento óptimo de la persona en su vida diaria (APA, 2013, Díaz y De la Iglesia, 2019; Sierra et al., 2003). Por lo que las actividades prácticas del taller, como el autorregistro y automonitoreo mediante una bitácora al realizar cada una de las actividades, el modelamiento y el formar parte de un grupo de *WhatsApp* (Barlow et al., 2015; Colom, 2011; Gipson et al., 2018; Jiménez, 2016; Wieman et al., 2020); influyeron en el decremento de la sintomatología de la ansiedad. Cabe señalar que las asistentes al taller realizaron sus actividades para casa de manera constante, es decir, hubo una adherencia al tratamiento, así como un incremento de la disposición y motivación para el cambio de comportamiento de las participantes, y el fomento de la autoeficacia para concluir el taller.

Los hallazgos de este trabajo, relacionados con la disminución de la ansiedad, coinciden con los estudios de Bullis et al., (2015), Heinze y Camacho (2010), Jiménez (2016), Talkovsky et al., (2017) y Wieman et al., (2020), quienes encontraron que, gracias a la intervención grupal basada en la psicoeducación de las emociones, automonitoreo y el entendimiento de las emociones, se logra el decremento de la ansiedad.

Con respecto al efecto del taller psicoeducativo sobre la higiene del sueño, también se esperaba como hipótesis que mejorara la higiene del sueño tras finalizar el taller, así como después de haber transcurrido un mes de seguimiento. Dichas hipótesis se plantearon a la luz de la literatura de investigación sobre la higiene del sueño, la cual ha sugerido que la psicoeducación sobre los problemas del sueño, enfocada en las recomendaciones conductuales y ambientales, tiene el fin de generar alternativas para mejorar el descanso de las personas sin la necesidad de

que estas padezcan un trastorno de sueño (Buela-Casal y Sierra, 2001; Campos Morales, 2018; Chung et al., 2017; Martínez et al., 2014; Rehimí et al., 2016).

De la misma forma que en el caso de la ansiedad, para la higiene del sueño se realizaron evaluaciones cuantitativas y cualitativas. La evaluación cuantitativa individual sugirió que existe un aumento en la calidad y cantidad de sueño en la mayoría de las participantes. Al igual que en la ansiedad, es posible ver cambios sustanciales en el análisis de cambio clínico objetivo planteado por Cardiel (1994). Por su parte, la evaluación cuantitativa grupal mostró que hay cambios estadísticamente significativos. Finalmente, por medio del análisis cualitativo, se encontró que todas las participantes coincidieron en que el taller les ayudó a mejorar su calidad de sueño. Asimismo, la mayoría de las participantes respondió que existe cierta dificultad para realizar algunas prácticas de higiene de sueño, las cuales, solamente, se pueden llevar a cabo a un largo plazo debido a que implican un gran esfuerzo para realizarlas, así como un gasto importante de dinero y tiempo, estas pueden ser el orden de la habitación, el color o la iluminación de la habitación. No obstante, se rescata que las recomendaciones conductuales fueron las más accesibles, como el listado de tareas antes de dormir y establecimiento de horarios nocturnos. En conjunto, estos resultados añaden evidencia en favor de las dos hipótesis relacionadas con la higiene del sueño.

Estos hallazgos pueden explicarse debido a que el protocolo que se aplicó en el taller, consistía en actividades que han mostrado eficacia para mejorar la higiene del sueño en distintos estudios (Buela-Casal y Sierra, 2011; Martínez et al., 2014; Escobar-Córdoba y Echeverry-Chabur, 2017), tales como la eliminación de mitos y creencias sobre el sueño, la explicación detallada de la higiene del sueño y sus recomendaciones, y el análisis funcional de la conducta relacionado con situaciones sobre el dormir. Estas herramientas cognitivo-conductuales sirvieron para motivar a las personas a generar de hábitos saludables en su calidad subjetiva de sueño. De acuerdo con Sierra et al., (2002), esta información permite el entendimiento de la importancia de la higiene del sueño en diferentes contextos, pues genera beneficios en diversas áreas, como la calidad de vida, el funcionamiento diurno y la promoción de la salud. En este estudio se implementaron técnicas (el automonitoreo por medio

de una bitácora, así como la motivación al cambio en prácticas rutinarias en el dormir) dirigidas a lograr dicha encomienda.

Los resultados de esta investigación son congruentes con los trabajos de varios autores (Escobar-Córdoba y Echeverry-Chabur, 2017; Dobson et al., 2019; Kalmbach et al., 2019; Martínez et al., 2014; Rehimí et al., 2016) quienes han posicionado a la psicoeducación de la higiene del sueño como una alternativa útil y eficaz. Gracias a la enseñanza interactiva de nuevos hábitos comportamentales, al automonitoreo con registro de las conductas, así como la modificación ambiental, se logra una mejora en la calidad y cantidad de sueño, y un incremento en la motivación al cambio. Así, se evita que la higiene del sueño permanezca como una simple información con carácter pasivo (Chung et al., 2017).

Como fortaleza de este estudio, destaca el uso de tres diferentes formas de medición para la variable dependiente, dos cuantitativas (diferentes instrumentos de autoinforme) y una cualitativa (preguntas abiertas para que las participantes pudieran brindar un referente subjetivo, además de expresar su opinión hacia el taller). La combinación de los paradigmas cuantitativo y cualitativo, como bases para evaluar la eficacia de este estudio, se traduce en que las conclusiones emitidas pueden contar con mayor solidez empírica.

Otra fortaleza con la que cuenta este estudio es haber desarrollado un protocolo complejo para evaluar la fidelidad al tratamiento por parte del facilitador (el autor de esta tesis) durante todo el taller. Dicho protocolo consistió en la evaluación de conocimientos, habilidades y elementos paralingüísticos. Se realizaban ensayos un día antes de asistir a la sede, con el fin de disminuir la cantidad de errores, además, mediante la retroalimentación del grupo de investigación hacia el autor de esta tesis, fue posible adquirir y mejorar las competencias profesionales.

Cabe resaltar que, a través de esta práctica constante, fue posible el desarrollo y adquisición de habilidades clínicas, tales como la validación y escucha activa, la empatía, el establecimiento de *rappor*t, habilidades interpersonales, aplicación de batería de instrumentos, seguimiento, así como un adecuado manejo

de grupo a través del trabajo en equipo y liderazgo. Estas competencias y habilidades valieron como experiencia profesional como psicólogo clínico.

Ya en el escenario, la psicóloga pasante encargada de dicha evaluación se posicionó detrás de las participantes como observadora, mientras calificaba la conducta del facilitador por medio de la rúbrica que se diseñó para este taller. Gracias a la colaboración de un grupo de investigación fue posible diseñar e implementar una evaluación objetiva externa de la conducta del facilitador, con el fin de dictaminar si este se apegaba al contenido teórico y práctico de la intervención, así como de elementos paralingüísticos que implementaba durante las sesiones. El elevado porcentaje de conductas y elementos paralingüísticos que logró el autor de esta tesis al dirigir las sesiones del taller ofrece evidencia acerca de la fidelidad al tratamiento (Ver anexo 10)

Por otro lado, con el apoyo de una medición preprueba, es posible identificar el nivel de ansiedad e higiene del sueño predeterminado en el grupo, después por medio de una medición posprueba, es posible identificar los cambios. No obstante, para poder identificar los cambios a un mediano plazo que se dieron durante el taller se realizó el seguimiento a un mes tras finalizar la intervención, con el fin de no dejar pasar mucho tiempo y que otras variables afectaran los beneficios que se desarrollaron durante el taller (Hernández-Sampieri et al., 2014). El seguimiento, elemento metodológico que permite analizar el posible cambio o mantenimiento de las variables estudiadas después de un tiempo de haber concluido la intervención (Hernández Sampieri et al., 2014), es una fortaleza de este trabajo, pues ha permitido conocer el estado de los participantes y cómo fue que les ayudaron las estrategias del taller durante ese lapso. Es de suma importancia señalar que los resultados se mantuvieron al momento de realizar la llamada de seguimiento, durante la cual las personas ya estaban viviendo un momento crítico de la contingencia sanitaria por COVID-19 (19 de abril de 2020), periodo en el que la población estaba experimentado diferentes tipos de malestar psicológico (Altena et al., 2020).

Por otra parte, es importante señalar las limitaciones de este estudio. En principio, el muestreo fue intencional y se realizó por medio de una convocatoria

abierta dirigida a personas voluntarias que desearan participar en el estudio, por lo que los resultados pueden verse afectados a consecuencia de los sesgos que entraña este tipo de muestreo. Además, la intención inicial era brindar atención a la mayor cantidad posible de personas mediante la promoción del taller en los horarios de entrada y salida de los estudiantes, no obstante, fueron únicamente siete las participantes que se mantuvieron. Por ende, se sugiere en futuras investigaciones el uso del muestreo aleatorio simple y el aumento del número de las participantes para incrementar la validez de la intervención y disminuir las probabilidades de que el grupo pudiere ser atípico (Hernández Sampieri et al., 2014).

Una limitación adicional se observa en que no se encontró un instrumento validado en población mexicana que permitiera medir el constructo higiene del sueño, fue por lo que se conformó un índice a partir de indicadores de tres instrumentos. Es importante la creación y validación de escalas que se dediquen a la medición de higiene del sueño, como la propuesta por Mastin et al. (2006), quienes han recopilado las medidas conductuales de higiene del sueño.

Adicionalmente, esta investigación tiene un diseño cuasi experimental de tipo *pre-post* con un solo grupo (Montero y León, 2005). Se ha criticado a los diseños de un solo grupo, principalmente por su debilidad en la validez interna, pues no incluyen un grupo control (Hernández Sampieri et al. 2014). Para posteriores estudios, se sugiere la incorporación de un grupo control con el fin de determinar con exactitud en qué medida las variables dependientes se ven afectadas por la intervención y así poder conocer con mayor precisión los efectos de la variable independiente de forma más sólida (Hernández Sampieri et al. 2014).

La conclusión de esta tesis se fundamenta en diferentes elementos. Con respecto a los factores que propiciaron llevarla a cabo, destaca que antes de comenzar a realizar este estudio, se trabajó en el escenario realizando prácticas profesionales bajo supervisión, como parte del programa académico de dos asignaturas de la licenciatura en Psicología (Psicopatología y personalidad e Intervención en niños I). En dicho escenario de prácticas, el autor de esta tesis detectó algunas necesidades y dialogó con las autoridades de la escuela para llegar a un acuerdo. Gracias a que las autoridades responsables estuvieron de acuerdo

con el protocolo y ofrecieron todas las facilidades, este pudo implementarse, brindando beneficios en la salud psicológica de las personas y efectuando una contribución social importante en el contexto donde se realizó. Los talleres psicoeducativos han sido un espacio seguro para diferentes personas, quienes lograron cambios positivos mediante la implementación de actividades que permitieron el desarrollo de habilidades y estrategias, así como de la modificación cognitivo, conductual y ambiental, a corto y a largo plazo.

Este estudio logró retomar elementos de una teoría avalada por la práctica basada en evidencia, para fundamentar la realización de una intervención con un sustento sólido. La implementación de una metodología firme con una evaluación cuantitativa y cualitativa, con comparaciones *pre-post* y con un seguimiento, permitió el desarrollo de una contribución óptima y necesaria, pues, tras la conclusión de dicho taller, se pudo observar un impacto positivo en la salud psicológica de las personas, a pesar de que ya se encontraban viviendo la contingencia sanitaria por COVID-19, en la que se sabe que los problemas psicológicos han incrementado significativamente (Altena et al. 2020).

Con esta investigación se promueve la importancia de implementar intervenciones basadas en la psicoeducación, en escenarios donde la población comunitaria se reúne cotidianamente y, por ende, puede beneficiarse de este tipo de estudios con mayor facilidad. En esta tesis se decidió contribuir a mejorar en las habilidades de regulación emocional y los hábitos de sueño, no obstante, no son los únicos temas que se pueden proponer para hacer un trabajo comunitario, entre ellos se puede trabajar con habilidades sociales, crianza positiva, violencia de género, habilidades para la vida, entre otros que permitan mejorar la calidad de vida y donde el fin último sea el de ayudar a la población, lo cual también se traducirá en generación de competencias y beneficios en la formación de psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por medio de este estudio, se observa la importancia de llevar la psicoeducación a poblaciones que la necesitan con el propósito de mejorar su salud. La ansiedad y la mala higiene del sueño son variables que pueden encontrarse fácilmente en gran parte de la población. A pesar de que, muchas veces, son

problemas que se vuelven *silenciosos*, es posible identificarlos al implementar prácticas profesionales en escenarios clínicos. Realizar una detección de necesidades de la población, en interacción con las convicciones e intereses personales del psicólogo, llevan a la reflexión de cómo es posible contribuir para apoyar a la población conforme la formación y los conocimientos adquiridos en la licenciatura, de tal manera que el beneficio se vea reflejado para todas las partes implicadas: el estudiante, el escenario, las participantes y la universidad.



## Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberg, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.  
<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16113>
- Aguilar Robledo, R., & Escobar Briones, C. (2002). Ritmos biológicos y mecanismos generales de regulación. En R. Aguilar Robledo, & C. Escobar Briones, *Motivación y conducta: sus bases biológicas* (págs. 57-75). Manual Moderno.
- Aldao, A., Dylan, G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development. *Development and Psychopathology*, 28, 927-946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., . . . Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*, 1-7.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.13052>
- Alvarenga, R., Arévalo, R., Díaz, L., Ibarra, G., Nuila, A., & Valle, A. (2018). Impacto de la luz emitida por dispositivos electrónicos móviles en la calidad del sueño. *Sinapsis UJMD*, 8(1), 68-74.  
<http://www.sinapsisujmd.org/index.php/sinujmd/article/view/19>
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety and depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2018). *What is Cognitive Behavioral Therapy?* APA.  
<https://www.apa.org/ptsd-%20guideline/patients-andfamilies/%20cognitive-behavioral>

- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 673-690. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000229>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 750-765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127-138. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232007000200004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004&lng=pt&tlng=es)
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Díaz de Santos.
- Bahena Velazquez, M. S. (2012). *Trastornos del sueño en escolares con trastorno de déficit de atención e hiperactividad del servicio de hiene mental de la UMAE Hospital General Centro Médico Nacional La Raza*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Bandura, A., & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barashi, N., Ruiz, R., Marín, L., Ruiz, P., Amado, S., Ruíz, A., & Hidalgo. (2015). Síndrome de apnea/hipoapnea obstructiva del sueño y su asociación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Colombiana de Cardiología*, 22(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2014.08.009>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., . . . Cassiello-Robb, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza editorial.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893-897. [10.1037/0022-006x.56.6.893](https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.6.893)
- Belenky, G., Wesensten, N., Thorne, D., Thomas, M., Sing, H., & cols. (2003). Patterns of performance degradation and reformation during sleep restriction and subsequent recovery: a Sleep dose-response study. *Journal of Sleep Research*(12), 1-12.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Benitez, A., & Caballero, M. C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y función familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, *20*(1), 221-231. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>
- Boswell, J., Farchione, T., Sauer-Zavala, S., Murray, H., Fortune, M., & Barlow, D. (2013). Anxiety sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic

- Construct and Change Strategy. *Behavior Therapy*, 44(3), 417-431.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006>
- Brown, F., Buboltz, W., & Soper, B. (2002). Relationship of sleep awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine*, 28, 33-39. <https://doi.org/10.1080/08964280209596396>
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, & J. C. Sierra, *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (págs. 393-438). Biblioteca Nueva.
- Bullis, J., Sauer-Zavala, S., Bentley, K., Thompson-Hollands, J., Carl, J., & Barlow, D. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for grupo delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>
- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición hospitalaria*, 25(4), 641-647. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000400017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017)
- Campos Morales, R. M. (2 de julio de 2018). Trastornos del sueño [Entrevista]. *Conciencia Psicología y Sociedad*. (B. Camacho, M. Gutiérrez Lara, Entrevistadores, & F. Zaldívar Jiménez, Editor) Radio UNAM. <https://www.radiopodcast.unam.mx/podcast/audio/15221>
- Cano, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*(968), 12-16.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En M. L., C.-V. F., & H. García-Romero, *Epidemiología Clínica* (págs. 189-189). Mc GrawHill

- Carlson, N. (2001). Sueño y vigilia. En N. Carlson, *Fisiología de la conducta* (págs. 296-302). Allyn and Bacon.
- Carpenter, J., Andrews, L., Witcarft, S., Powers, M., Smiths, J., & Hofmann, S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K. G., Sánchez-Vázquez, I., & Rangel-Caballero, M. F. (2018). Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 6-20.
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J., & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 5-15.
- Centro de Neurociencias y Sueño (2020). *Higiene de sueño*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chami, H., Bechnak, A., Isma'eel, H., Talih F, N. L., & Nasrallah, M. T. (2019). Sleepless in Beirut: Sleep difficulties in an urban environment with chronic psychosocial stress. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(4), 603-614. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7724>
- Chamorro, R., Farias, R., & Peirano, P. (2018). Regulación circadiana, patrón horario de alimentación y sueño: Enfoque en el problema de obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 45(3), 285-292. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000400285>
- Cheng, Q., Liu, T., Huang, H., Peng, Y., & Jiang, S. M. (2016). Association between personal basic information, sleep quality, mental disorders and erectile function: a cross-sectional study among 334 Chinese outpatients. *Andrologia*, 49(3), 1-5. <https://doi.org/10.1111/and.12631>

- Chung, K.-f., Lee, C.-t., Yeung, W.-F., Chan, M.-S., Chung, E., & Lin, W.-L. (2017). Sleep hygiene education as a treatment. *Family Practice*, 35(4), 365-375. 10.1093/fampra/cmz122
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Clemente Luna, S. (2019). *El tratamiento psicoterapéutico del insomnio: desde Freud hasta la higiene del sueño*. Tesis de Grado. Madrid: Universidad Internacional de La Rioja.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147S-165S. [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60200-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60200-6)
- Del Río Portilla, I. Y. (2006). Estrés y sueño. *Revista mexicana de neurociencia*, 7(1), 15-20. <http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-03.pdf>
- Delgado Rubio, R., Barranco Obís, P., & Sánchez López, A. P. (2019). Trastornos del sueño y enfermedades cardiovasculares. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 1, 22-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7027272>
- Deng, H., Youki, W., Lyu, H., & Lu, D. (2018). Risk factors of depressive and anxiety symptoms in patients with digestive organic disease [消化系统器质性疾病患者焦虑抑郁的临床研究]. *Chinese Journal of Primary Medicine and Pharmacy*, 25(10), 1252-1255. <https://www.doi.org/10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2018.10.008>

- Díaz, M., & Pareja, J. (2008). Tratamiento del insomnio. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 32(4), 116-122. <https://medes.com/publication/46137>
- Díaz, S. V., & Brown, L. K. (2016). Relationships between obstructive sleep apnea and anxiety. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 22(6), 563-569. <https://www.doi.org/10.1097/MCP.0000000000000326>
- Díaz-Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
- Dobson, L., Stutzman, S., Hicks, A., & Olson, D. (2019). Higiene del sueño en pacientes con enfermedad respiratoria crónica. *Nursing (Ed. española)*, 36(6), 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.11.014>.
- Dong, L., Soehner, A., Harvey, A., Bélanger, L., & Morin, C. (2018). Treatment agreement, adherence, and outcome in cognitive behavioral treatments for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 294-299. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000269>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica.*, 32, 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0718->
- Secretaría de Educación Pública (2018). *Guía para elaborar el programa escolar de protección civil*. Secretaría de Educación Pública. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/multimedia/RSC/BASICA/Documento/201808/201808-RSC-cYNgcsRRbr-proteccionC2018.pdf>
- Egan, S. J., Watson, H., Kane, R., McEvoy, P., Fursland, A., & Nathan, P. R. (2013). Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 905-913. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9516-x>
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona: Desclée de Brouwer.

- Emdin, C., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A., & Hunn, B. H. (2016). Met-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *The American Journal of Cardiology*, 118(4), 511-519. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>
- Escobar, C., González Guerra, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R., & Angeles-Castellanos, M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 133-142. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232013000200007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000200007)
- Escobar-Córdoba, F., & Echeverry-Chabur, J. (2017). Psicoeducación en el síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS). *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 105-107. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59544>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders a "Transdiagnostic" Theory and Treatment. *Behaviour Research Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8).
- Fairburn, C., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., . . . Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H., Jones, R., Murphy, R., . . . Cooper, Z. (2009). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902-909. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Farchione, T. J., Fariholme, C. P., & Ellard, K. K. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>



- Fernández de Lara, C. P. (2018). *Efecto de la severidad del insomnio de adultos mayores tras aplicar medidas de higiene del sueño*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., & Labrador-Méndez, M. (2019). Factores que interfieren en el curso del tratamiento de los problemas de ansiedad: La prolongación y la terminación prematura del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 15-20. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2876>
- Fortes, M., Pereira, A., & Da Silva, M. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 22(3), 423-440. <https://www.researchgate.net/publication/269518512>
- Foundation, N. S. (noviembre de 2011). *Sleep foundation media center*. Annual sleep america poll exploring connections with communications technology use and sleep: <https://sleepfoundation.org/media-center/press-realise/annual-sleep-america-poll-exploring-connections-communications-technology-use->
- García, G. (14 de Marzo de 2019). 39% de insomnes en México. *Noticias NEO*. <https://www.revistaneo.com/articles/2019/03/14/39-de-insomnes-en-mexico>
- García, T. (2016). *Ansiedad rasgo y ansiedad estado y programa de intervención en técnicas de relajación*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García-López, L. J., Irurtia, M. J., Caballo, V., & Díaz-Castela, M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19(1), 223-236.
- Gerhard Heinze, M., & Camacho Segura, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. (B. Shosha, J. Del Bosque, J. Alfaro, & M. E. Medina-Mora, Edits.) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Gipson, C., Chilton, J., Dickerson, S., Alfred, D., & Haas, B. (2018). Effects of a sleep hygiene text message. *Journal of American College Health*, 2-26. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1462816>

- González Hernández, B., Morales López, C., Pineda Sánchez, J., & Guzmán Saldaña, R. (2017). Importancia de la higiene del sueño en la vida cotidiana. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 5(10). <https://doi.org/10.29057/icsa.v5i10.2479>
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Quero, S., & Botella, C. (2019). Upregulating Positive Affectivity in the transdiagnostic treatment of Emotional Disorders: A randomized pilot study. *Behavior Modification*, 26-55. <https://doi.org/10.1177/0145445517735631>
- Gooneratne, N. S., & Vitiello, M. V. (2014). Sleep in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 591-627. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.007>
- Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford Press.
- Guerrero-Zúñiga, S., Gaona-Pineda, E., Cuevas-Nasu, L., Torre-Bouscoulet, L., Reyes-Zúñiga, M., Shamah-Levy, T., & Pérez-Padilla, R. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo. *Salud Pública de México*, 60(3), 347-355. <https://doi.org/10.21149/9280>
- Gutierrez Velarde, P. (2019). *Disfunción erectil asociado a trastornos del sueño en estudiantes adultos jóvenes de la Universidad Ricardo Palma en el año 2018*. Tesis de Licenciatura. Universidad Ricardo Palma. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1777/PGUTIERREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En R. Hernández Sampieri, F. C. C., & B. L. M.P., *Metodología de la investigación* (págs. 126-170). McGraw Hill.

- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J. A., & Freyre, M.-Á. (2019). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *10(2)*, 1-13. <http://dx.doi.org/>
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista mexicana de psicología*, *28(2)*, 111-120. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631001.pdf>
- Jacobson, E. (1970). *Modern treatment of tense patients: Including the neurotic and depressed with case illustrations, follow-ups, and EMG measurements*. Oxford: Charles C Thomas.
- Jiménez Ramos, B. I. (2016). *Taller psicoeducativo para disminuir síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de psicología*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares, A., Esquivel, G., & De la Vega, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, *144(6)*, 491-496.
- Jiménez, B., & Arana Lechuga, Y. (2019). La importancia del sueño en la vida cotidiana. *Contactos, Revista de Educación en Ciencias e Ingeniería*, *112*, 62-68. <https://contactos.izt.uam.mx/index.php/contactos/article/view/33>
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & Sandoval Rincón, M. (2012). Higiene de sueño en pacientes deprimidos con síntomas de insomnio y buenos durmientes. *Psiquiatría*, *28*, 25-30. <http://mail.psiquiatriasapm.org.mx/publicaciones/RevistaAnterior/2012Enero-Abril/2012Enero-Abril.pdf#page=27>
- Jurado, S. (2017). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida: Manual para aplicación y calificación*. Facultad de Psicología UNAM.

- Kalmbach, D., Cheng, P., Arnedt, J., Anderson, J., Roth, T., Fellman-Couture, C., . . . Drake, C. (2019). Treating insomnia improves depression, maladaptive thinking, and hyperarousal in postmenopausal women: comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBTI), sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep Medicine*, *55*, 124-134. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.11.019>
- Kaplan, K., & Harvey, A. (2014). Tratamiento de las alteraciones del sueño. En D. Barlow, *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso* (págs. 1140-1194). Manual Moderno.
- Kazdin, A. (1993). *Historia de la modificación de la conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., . . . Lynam, D. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Lacunza, A. B., & Contini, E. N. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*, *16*(1), 73-94. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- Lennon, J., & McCartney, P. (1966). I'm only sleeping [Canción grabada por The Beatles]. En Revolver. EMI Studios.
- Lennon, J., & McCartney, P. (1969). Carry that weight [Canción grabada por The Beatles]. En Abbey Road. EMI Studios.
- Lennon, J., & McCartney, P. (1969). The End [Canción grabada por The Beatles]. En Abbey Road. EMI Studios.
- Lichstein, K. (1988). *Clinical relaxation strategies*. Oxford: John Wiley and Sons.
- Linares-Silva, B. (2016). *Nivel de ansiedad asociada a la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos de medicina*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín.

- Lira, D., & Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista Neuropsiquiatria*, 81(1), 20-28. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Lucio Monar, E., & Sánchez Rodríguez, K. (2019). *Calidad del sueño y la atención de los estudiantes de Educación General Básica Superior y Bachillerato de la Unidad Educativa PArticular San Pedro Pascual*. Tesis de Licenciatura. Universidad Central de Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18807>
- Maness, D., & Khan, M. (2015). Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *American Family Physician*, 92-12. <https://doi.org/10.1016/2013.05.008>
- Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J., & Buela-Casal, G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal Behavioral Medicine*, 37, 683-697. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9520-y>
- Martínez-Vispo, C., & Becoña, E. (2016). La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 118-122. [10.1016/j.anyes.2016.10.005](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.005)
- Mastin, D., Bryson, J., & Corwyn, R. (2006). Assessment of Sleep Hygiene Using the Sleep Hygiene Index. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 223-227. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9047-6>
- McCartney, P. (1968). Hey Jude [Canción grabada por The Beatles]. EMI Studios.
- McCartney, P. (1970). Let it be [Canción grabada por The Beatles]. En Let It Be. EMI Studios.
- American Academy of Sleep Medicine (1997). *International classification of sleep disorders*. Darien: American Academy of Sleep.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Del Carmen, M., Rojas, E., Fleiz, C., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en resultados

- de la encuesta mundial de salud mental. En P. O. Salud, *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 79-89). OPS.
- Medina-Mora, M., Robles, R., Rebello, T., Domínguez, T., N., M., Juárez, F., . . .  
 Reed, G. (2019). Guías CIE-11 para trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad y estrés en utilidad clínica y fiabilidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 1-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.09.003>
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192. 10.180/16506073.1977.9626708
- Mendoza Ojeda, F. (2019). *Propuesta de un taller dirigido a personas adultas para afrontar el trastorno de ansiedad*. Tesina de Licenciatura. UNAM.
- Ministerio, D. (2008). *Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Agencia Laín Entralgo.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. D., & Buela-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 14(1), 11-27.
- Mohar, E. (31 de mayo de 2018). Los Trastornos de Sueño Más Frecuentes en México. *Muy Interesante*. <https://www.muyinteresante.com.mx/salud-y-bienestar/los-trastornos-de-sueno-mas-frecuentes-en-mexico/>
- Monroy, C. A. (13 de Abril de 2015). *Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la Ciudad de México; Análisis de datos del 2002 al 2014*. Actualidad Clínica en Psicología:  
<https://actualidadclinica.wordpress.com/2015/04/13/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2002-al-2014/>
- Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.

- Montes Rodríguez, C., P.E., R.-O., Urteaga-Urias, E., Aguilar-Roberto, R., & Prospero-García, O. (2006). De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales una aproximación a las funciones del sueño. *Revista de Neurología*, 43(7), 409-415. <https://doi.org/10.33588/rn.4307.2005285>
- Muñoz, M. d., Medina-Mora, M. E., Borges, G. B., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDREVISTA=81&IDARTICULO=16211&IDPUBLICACION=1656>
- Navarro, J. F., & Dávila, G. (1998). Psicopatología y sueño II. Trastornos por ansiedad. *Psicología Conductual*, 6(1), 103-114.
- Nenclares, A., & Jiménez, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental*, 28(5), 34-39.
- Noel, O. R., Stone, L. E., & Segal, D. L. (2019). Relationships between anxiety and personality disorder features in younger and older adults. *Innovation in Aging*, 3(1), 312-316. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.1143>
- O'Donohue, W. (2009). A brief history of cognitive behavior therapy: Are there troubles ahead? En W. O'Donohue, & J. Fisher, *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. NJ: John Wiley & Sons.
- Ohayon, M., Caulet, M., Philip, P., Guilleminault, C., & Priest, R. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of internal medicine*, 157(22), 2645-2652. [10.1001/archinte.1997.00440430127015](https://doi.org/10.1001/archinte.1997.00440430127015)
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-11*. Organización Panamericana de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento de 400%*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Organización Mundial de la Salud.
- Orozco-Gómez, Á. M., Eustache-Rodríguez, V., & Grosso-Torres, L. M. (2016). Programa de intervención cognoscitivo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(75), 75-85. <https://doi.org/10.18270/rce.v7i7.1450>
- Orozo Alarcón, P. G. (2018). *Hábitos de sueño y dieta y su relación con sobrepeso y obesidad en el personal de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, Ambato*. Tesis de Magister. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Pandi-Perumal, S., Verster, J., Kayumov, L., Lowe, A., Santana, M., Pires, M., . . . Mello, M. (2006). Sleep disorders, sleepiness and traffic safety: a public health menace. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39(7), 863-871. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2006000700003>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). Desarrollo físico y cognoscitivo en la niñez temprana. En D. E. Papalia, & G. Martorell, *Desarrollo humano* (págs. 194-229). McGraw Hill.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*(13), 13-28.
- Pascual, J. C., Castaño, J., Espluga, N., Díaz, B., García-Ribera, C., & Balbuena, A. (2008). Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 130(8), 281-285. <https://www.doi.org/10.1157/13116589>
- Payne, R. A. (2009). *Técnicas de relajación: guía práctica para el profesional de la salud*. Paidotribo.



- Pearl, S., & Norton, P. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 46, 11-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Peltz, J., & Rogge, R. (2016). The indirect effects of sleep hygiene and environmental factors on depressive symptoms in college students. *Sleep Health*, 2(2), 159-166. <https://www.doi.org/10.1016/j.sleh.2016.01.007>
- Peterman, J., Carper, M., Elkins, R. M., Comer, J., Pincus, D., & Kendall, P. (2016). The effects of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety on sleep. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 78-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.006>
- Philip, P., Taillard, J., & Micoulaud-Franchi, J.-A. (2019). Sleep restriction, sleep hygiene and driving safety. *Sleep Medicine Clinics*, 407-412. [10.1016/j.jsmc.2019.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.07.002)
- Pineda, J., Ortiz, E., Ayala, F., & Domínguez, B. (2013). Construcción y validación de una prueba mexicana para evaluar sueño. Resultados Preliminares. *Psicología y Salud*, 23(1), 131-139. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.523>
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., & Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 49-55. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.10.001>
- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57(9), 1089-1102. [10.1002/jclp.1125](https://doi.org/10.1002/jclp.1125)
- Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K., & Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical papers*, 155(4), 385-295. [10.5507/bp.2011.008](https://doi.org/10.5507/bp.2011.008)
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (22° ed.).
- Rascon, G., Hernández, D., Casanova, R., Alcántara, C., & Sampedros, S. (2011). *Guía psicoeducativa para personal de la salud que atiende a familiares y*

*personas con trastornos mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Rehimi, A., Ahmadpanah, M., Shamsaei, F., Cheraghi, F., Sadeghi Bahmani, D., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2016). Effect of adjuvant sleep hygiene psychoeducation and lorazepam on depression and sleep quality in patients with major depressive disorders: results from a randomized three-arm intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 1507-1515. <https://www.doi.org/10.2147/NDT.S110978>
- Reutrakul, S., & Van Cauter, E. (2018). Sleep influences on obesity, insulin resistance and risk of type 2 diabetes. *Metabolism*, *84*, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.02.010>
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca Virtual de Salud: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Steiner, T. J., & Holen, A. (2016). Anxiety and depression in Nepal: prevalence, comorbidity and associations. *BMC Psychiatry*, *16*(102). 10.1186/s12888-016-0810-0
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, *18*(2), 211-218.
- Romero, M. I. (2018). *[Tesis de Licenciatura]*. Universidad San Francisco de Quito USFQ.
- Rubio Martínez, B. (2017). *Propuesta de un taller psicoeducativo y de reflexión para el empoderamiento de las mujeres que viven en situación de violencia*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclé de Brouwer.

- Ruiz, P. (27 de noviembre de 2018). *sumédico.com*. ¿Qué causa una mala calidad del sueño?: <https://sumedico.lasillarota.com/nutricion/que-causa-una-mala-calidad-del-sueno/315302>
- Sáiz, P., Duran, A., Paredes, B., & Bousoño, M. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En J. Bobes, M. Bousoño, P. González, & P. Sáiz, *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (págs. 61-91). Masson.
- Salazar, C. A., Alonso, M. M., Benavides, R. A., & Garza, L. (2018). Consumo de drogas médicas, medicamentos de venta libre y alcohol en adultos. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 583-600. <http://dx.doi.org/10.30681/252610102967>
- Secretaría de Salud (2013). *Programa de acción específico Salud Mental 2013-2018*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>
- Sánchez, J. (2019). *La terapia cognitivo conductual asistido por tecnología en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en jóvenes*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184. [https://www.aeppc.net/arc/01\\_2012\\_n3\\_sandin.pdf](https://www.aeppc.net/arc/01_2012_n3_sandin.pdf)
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12925/11972>
- Sauer-Zavala, S., Howell, J., Gallagher, M. B., Ametaj, A., & Barlow, D. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>

- Seigel, K., Broman, J. E., & Hetta, J. (2004). Problemas de sueño y síntomas de trastornos de la. *The European journal of psychiatry*, 18(1), 5-13. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2004000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000100001&lng=es&tlng=es)
- Shindel, A., Ferguson, G., Nelson, C., & Brande, S. (2008). The sexual lives of medical students: a single institution survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 769-803. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00744.x>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Sierra, J., Jiménez-Nacarro, C., & Martín-Ortiz, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6), 35-43.
- Simpson, N., Haack, M., & Mullington, J. (2017). Sleep and Immune Regulation. *Sleep Disorders Medicine*, 195-203. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6578-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6578-6_12)
- Sivyer, K., Allen, E., Cooper, Z., Bailey-Straebler, S., O'Connor, M., Fairburn, C., & Murphy, R. (s.f.). Mediators of change in cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy for eating disorders: A secondary analysis of a transdiagnostic randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1928-1940. <https://doi.org/10.1002/eat.23390>
- Skinner, B. (1969). *Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis*. Appleton Century Crofts.
- Skjernov, M., Bach, B., Fink, P., Fallon, B., Soegaard, U., Simonsen, & E. (2019). DSM-5 personality disorders and traits in patients with severe health anxiety. *The journal of nervous and mental disease*, 1-10. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001108>



- American Sleep Disorders Association(1990). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Rochester: American Sleep Disorders Association.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código de Ética del Psicólogo Mexicano*. Trillas.
- Solano, N., & Antonio, C. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72723439007>
- Suh, M. (2018). Salivary Cortisol Profile Under Different Stressful Situations in Female College Students: Moderating Role of Anxiety and Sleep. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(5), 279-285.  
<https://www.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000394>
- Talkovsky, A., Paulus, D., Kuang, F., & Norton, P. (2017). Quality of Life Outcomes Following Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(2), 93-114.  
[https://doi.org/10.1521/ijct\\_2017\\_10\\_01](https://doi.org/10.1521/ijct_2017_10_01)
- Tecnológica Oficina de Información Científica. (2018). Restricción voluntaria del sueño. *Foro Consultivo*, 26, 1-6.  
[https://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-026.pdf](https://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-026.pdf)
- Tello, T., Varela, L., & Ortiz, P. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adultos Mayor Mirones, EsSalud. *Acta médica peruana*, 26(1), 22-26.
- Thomas, S. (2014). *A Survey of sleep disorders in college students: a study of prevalence and outcomes*. Alabama: University of Alabama.  
[https://ir.ua.edu/bitstream/handle/123456789/2069/file\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ir.ua.edu/bitstream/handle/123456789/2069/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Thorsetinsson, E. B., Brown, R., & Owens, M. M. (2019). Modeling the Effects of Stress, Anxiety, and Depression on Rumination, Sleep, and Fatigue in a

- Nonclinical Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(5), 355-359. <http://www.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000973>
- Thun, E., Sivertsen, B., Knapstad, M., & Smith, O. (2019). Unravelling the Prospective Associations Between Mixed Anxiety-Depression and Insomnia During The Course of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychosomatic Medicine*, 81(4), 333-340. <https://www.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000676>
- Totterdell, P., Reynolds, D., Parkinson, B., & Briner, R. (1994). Associations of sleeping with everyday mood, minor symptoms and social interaction experience. *Sleep*(17), 466-475.
- Valera Fernández, M. R., Coletas Juanico, J., Ramírez Sánchez-Carnerero, M. Á., Gracia Arnau, A., Valera Fernández, A. B., & Marín Artero, M. J. (2016). Trastornos del sueño y trastornos de la conducta alimentaria. relajación con risoterapia. Estudio Piloto. *Revista Enfermería Salud Mental*, 3, 5-12. <https://www.doi.org/10.5538/2385-703X.2016.3.5>
- Varela, L., Tello, T., Ortiz, P., & Chávez, H. (2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada para adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 233-237.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000200001&script=sci_arttext)
- Vázquez, M. F. (2019). *Evaluación del tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en modalidad a Distancia*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Vigil, A. (2017). PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 3-11. <http://www.integracion-academica.org/attachments/article/172/Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V5N15.pdf#page=7>

- Villarosa-Hurlocker, C., M., Bravo, A., Pearson M, M., & Team, P. S. (2019). The Relationship Between Social Anxiety and Alcohol and Marijuana Use Outcomes Among Concurrent Users: A Motivational Model of Substance Use. *ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH*, 43(4), 732-740. <https://doi.org/10.1111/acer.13966>
- Virues, R. A. (25 de Mayo de 2005). *Estudio sobre ansiedad*. Recuperado el 10 de Enero de 2020, de Revista PsicologíaCientífica.com: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Watson, J. (1919). *Psychology: From standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincott. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Watson, J. (1924). *El conductismo*. Paidós.
- Wieman, S. T., Kind, S., & Baker, A. W. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. En E. Bui, M. E. Charney, & A. W. Baker, *Clinical handbook of anxiety disorders form theory to practice* (págs. 221-250). Humana Press.
- Ying Lau, E., Wong, M., Rusak, B., Ching Lam, Y., Kwok Wing, Y., Tseng, C.-h., & Mei Chun lee, T. (2019). The coupling of short sleep duration and high. *Psychology & Health*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1594807>
- Zapata, J., Rangel, A. M., & García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>

## Anexos

### Anexo 1. Registro al taller

 <p><b>Facultad de Psicología</b></p>	<hr/> <p><i>Registro al taller sobre ansiedad y sueño</i></p> <hr/>	
<p><b>Nombre</b> _____</p>		
<p><b>Grado y grupo de mi hijo(a)</b> _____</p>		
<p>Aprenderá técnicas que ayudan a disminuir la ansiedad y mejorar su calidad de sueño.</p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• 6 sesiones en total, (una cada miércoles durante seis semanas).</li><li>• Todos los miércoles del 19 de febrero al 25 de marzo.</li><li>• Horario: 8:00-10:00.</li><li>• Sede: Colegio Victoriano Guzmán.</li></ul>		
<p><b>CUPO LIMITADO a 20 personas</b></p>		
<p><b>Requisitos:</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Asistir a todas las sesiones.</li><li>✓ Edad de 18 a 60 años.</li><li>✓ No estar bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico por al menos 3 meses previos.</li></ul>		
<p><b>*Copia para la escuela</b></p>		
<hr/> <p>Firma y fecha</p>		



## Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### DATOS GENERALES

Nombre completo:

\_\_\_\_\_

¿Eres hombre o mujer?    HOMBRE                    MUJER Edad: \_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Alcaldía o municipio donde vives: \_\_\_\_\_

Último nivel de estudios terminado: \_\_\_\_\_

¿Actualmente cursas algún nivel educativo?: \_\_\_\_\_

Si respondiste que sí, ¿En cuál? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿A qué te dedicas?: \_\_\_\_\_

¿Te han diagnosticado con alguna enfermedad médica? \_\_\_\_\_

Si respondiste que sí, ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_

¿En los últimos seis meses has recibido el diagnóstico de una enfermedad mental por parte de un psiquiatra? \_\_\_\_\_

Si respondiste que sí, ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿Duerme solo(a) o con alguien más?

En caso de que sea con alguien más escriba quién: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado o toma actualmente algún medicamento en los últimos 3 meses?

Si respondiste que sí, ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Cuestionario Cualitativo

1. ¿En general, este taller te ayudó manejar tu ansiedad?

Sí

No

¿Por qué?

2. ¿En general, este taller te ayudó a mejorar tu calidad del sueño manejar tu ansiedad?

Sí

No

¿Por qué?

## Anexo 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Ciudad de México, 19 de febrero de 2020

Estimado(a) padre/madre/cuidador(a),

Presente:

La Escuela Primaria Profesor Victoriano Guzmán y la Facultad de Psicología de la UNAM, tenemos el agrado de invitarle a participar en el taller psicoeducativo sobre ansiedad e higiene de sueño, los miércoles 19 y 26 de febrero, así como el 4, 11, 18 y 25 de marzo. En este taller usted aprenderá técnicas que ayudan a disminuir la ansiedad y mejorar su calidad de sueño.

El taller es totalmente gratuito, lo único que necesitamos para que pueda usted inscribirse es que cubra con los requisitos previamente establecidos en la convocatoria y que confirme su asistencia con las autoridades de la primaria. Le sugerimos que asista con disponibilidad de tiempo, debido a que el taller durará aproximadamente dos horas (de las 08:00 am a las 10:00 am). Lo esperamos con mucho gusto.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al aceptar participar en el taller, comprendo que:

- Mi participación es totalmente voluntaria y libre de coerción.
- El taller forma parte de la tesis profesional de José Alfonso Vasconcelos Yáñez, quien estudia el 8° semestre de la licenciatura en Psicología, en la Facultad de Psicología de la UNAM; y quien estará a cargo de dicho taller.
- El estudiante que dirigirá el taller recibirá apoyo de otros alumnos de la Facultad de Psicología. En todo momento conoceré la identidad de todos los estudiantes que participen.
- Por tratarse de una tesis profesional de licenciatura, en dicho documento aparecerán por escrito algunos datos de los participantes: la edad, el sexo, el grado escolar y los resultados que obtuvieron. Sin embargo, en la tesis no se escribirá ni mi nombre, ni el nombre de la escuela donde se realizó el taller (principio de anonimato).
- En el taller se me brindará información sobre la ansiedad, sus consecuencias y algunas técnicas que puedo usar voluntariamente para disminuirla.
- En el taller se me brindará información sobre la higiene del sueño, sus beneficios y algunas técnicas que puedo usar voluntariamente para mejorarla.
- Tengo derecho de preguntar acerca de este taller sobre cualquier cosa que yo desee en cualquier momento.

- Al decidir participar o no en este estudio, no habrá repercusiones de ninguna clase hacia la evaluación académica o hacia el trato con mi hijo(a).
- Tengo derecho de abandonar el taller en el momento que yo lo desee sin que existan repercusiones de ninguna clase hacia mi o hacia mi hijo(a).
- El grupo de estudiantes que realizará el taller estará apegándose en todo momento a los principios éticos enmarcados en el código de ética profesional del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010. México: Trillas).

Al escribir mi nombre y mi firma en este espacio, acepto participar en el taller

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 5. Consentimiento Informado de fotografías



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Ciudad de México, 19 de febrero de 2020

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS

**Al aceptar aparecer en fotografías durante el taller, comprendo que:**

- Mi aparición es totalmente voluntaria y libre de coerción.
- Las fotografías forman parte de la tesis profesional de José Alfonso Vasconcelos Yáñez, quien estudia el 8° semestre de la licenciatura en Psicología, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Las fotografías tomadas para el taller serán utilizadas como evidencia para la tesis profesional del alumno.
- Las fotografías que proporcione para el taller serán utilizadas como evidencia para la tesis profesional del alumno.
- Tengo derecho de retirar el consentimiento en el momento que yo lo desee sin que existan repercusiones de ninguna clase hacia mi o hacia mi hijo.
- Las fotografías serán únicamente de espaldas sin necesidad de que aparezca mi rostro total o parcial con el fin de no comprometer la confidencialidad y anonimato de la participación durante el taller.
- Las fotografías serán tomadas por otros alumnos de la Facultad de Psicología. En todo momento conoceré la identidad de todos los estudiantes que participen en la toma de fotografías.
- El grupo de estudiantes que realizará el taller estará apegándose en todo momento a los principios éticos enmarcados en el código de ética profesional del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010. México: Trillas).
- Tengo derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento durante el taller.

Al escribir mi nombre y mi firma en este espacio, acepto la aparición y proporción de fotografías durante el taller.

Nombre y firma: \_\_\_\_\_



**Universidad  
Nacional Autónoma  
de México**



**Facultad de Psicología**

**Bitácora del taller sobre Ansiedad e  
Higiene del sueño:  
“Solo estoy durmiendo”**



**Mi nombre:**

---

## Inicio

Esta bitácora está diseñada para que las personas que tomen la decisión de ingresar al taller *Solo estoy durmiendo* tengan una mejor comprensión de las actividades que realizarán sobre ansiedad e higiene del sueño. Es importante resaltar que no es necesario tener un diagnóstico de un profesional para poder participar en este taller, sino para público en general

Vivimos en una ciudad caótica, con un ritmo de vida veloz y con un constante movimiento por lo que no estamos a salvo de experimentar emociones fuertes, intensas o incómodas. Estas emociones suelen ser tan incómodas que puede que hayas dejado de hacer ciertas cosas, o simplemente evitarlas para ya no sentir las. El problema aparece cuando nos limitamos para hacer nuestro día a día, en el trabajo, en la escuela, con amigos, pareja o familia, además puede limitarnos al descanso, actividades que nos gustan mucho o incluso en necesidades vitales para el cuerpo, por ejemplo, dormir.

Es imposible imaginar una vida sin sueño pues esta es una actividad que cubre no solamente el descanso, sino que también nuestro desarrollo y funcionamiento normal, es decir, nos permite una alta calidad de vida en nuestro trabajo, escuela, relaciones de pareja, amigos y familia. Actualmente se sabe que dormimos alrededor de un tercio de nuestra vida, por lo que este taller está enfocado a mejorar nuestra calidad de sueño y un acercamiento al entendimiento de nuestras emociones, particularmente, ansiedad. Sin más por el momento, te doy la bienvenida a este taller en el que trabajaremos sobre aquellas emociones intensas y nuestro dormir, nuestro sueño.

A continuación, se incluyen las fechas de las próximas 6 sesiones

<b>Núm. de sesión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Tema</b>
Sesión 1	19 de febrero	Introducción
Sesión 2	26 de febrero	Actividad de relajación
Sesión 3	4 de marzo	Actividad ansiedad y sueño
Sesión 4	11 de marzo	Actividad ansiedad y sueño
Sesión 5	18 de marzo	Actividad ansiedad y sueño
Sesión 6	25 de marzo	Cierre



## Trabajo en casa

A lo largo del taller se te pedirán diversas actividades para poner en práctica en casa, es muy importante la realización de dichas actividades pues de estas dependen el éxito del taller. El propósito de esta primera actividad es para que le des tu toque personal y para que te sientas más en confianza con la bitácora que irás conformando.

Por lo pronto, tu primer trabajo en casa es el siguiente:

- ✓ Pega en el siguiente cuadro algo que te defina a ti, puede ser una foto tuya o de tu familia, un recorte de revista de algo que te guste, una imagen de tu artista favorito, un objeto, apóyate con lo que gustes.

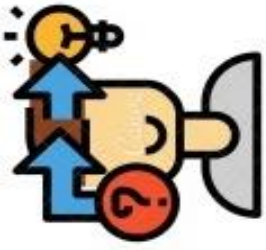


## Motivación

El compromiso y motivación son elementos clave para quién está pensando en modificar sus hábitos o comportamiento para mejorar su vida. A través de los años, se ha visto que hay dos aspectos que influyen en el éxito de talleres como éste. Primero, la *adherencia*, reflejada en la asistencia y completar el trabajo en casa. Segundo, la *motivación*, que se observa cuando la persona tiene deseos de cambiar y realiza comportamientos para efectuar dicho cambio.

Pensar en el cambio puede traer un poco de incertidumbre. Algo que nos va a ayudar en esto es pensar en las ventajas (pros) y desventajas (contras) sobre el cambiar o no cambiar, le llamaremos *balance decisional* y nos ayudará a enfrentar dicha incertidumbre.

Sigue con el ejemplo en la siguiente página, conforme a lo que vamos a exponer para que lo llenes e identifiques los pros y contras de asistir al taller desde tu punto de vista.



# Balance decisional.

Taller

VENTAJAS

DESVENTAJAS

ASISTI



NO

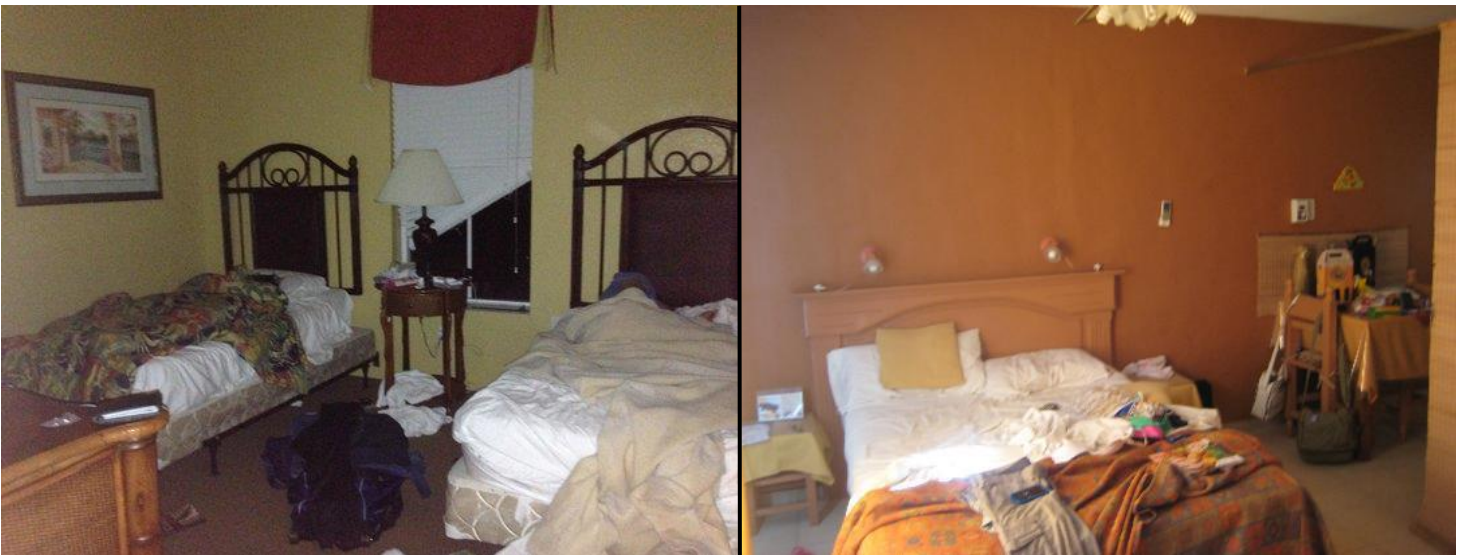

## Cómo ha cambiado...

Si completaste tu primer trabajo en casa ¡Fabuloso! Ahora bien, trabajaremos sobre algo muy personal: nuestra habitación, es decir, donde dormimos. Se tomarán dos fotografías de tu habitación con tu teléfono celular, la primera será al inicio del taller, procura que en la foto salga tu habitación lo más amplia que se pueda, si te es posible, sube en un banco o silla para poder captar mayor cobertura de tu alcoba. La segunda fotografía será al finalizar el taller, esto con el fin identificar el cambio en el lugar donde dormimos, en dónde solemos pasar un tercio de nuestra vida entera, entonces, beneficiará nuestro descanso (el antes y el después).

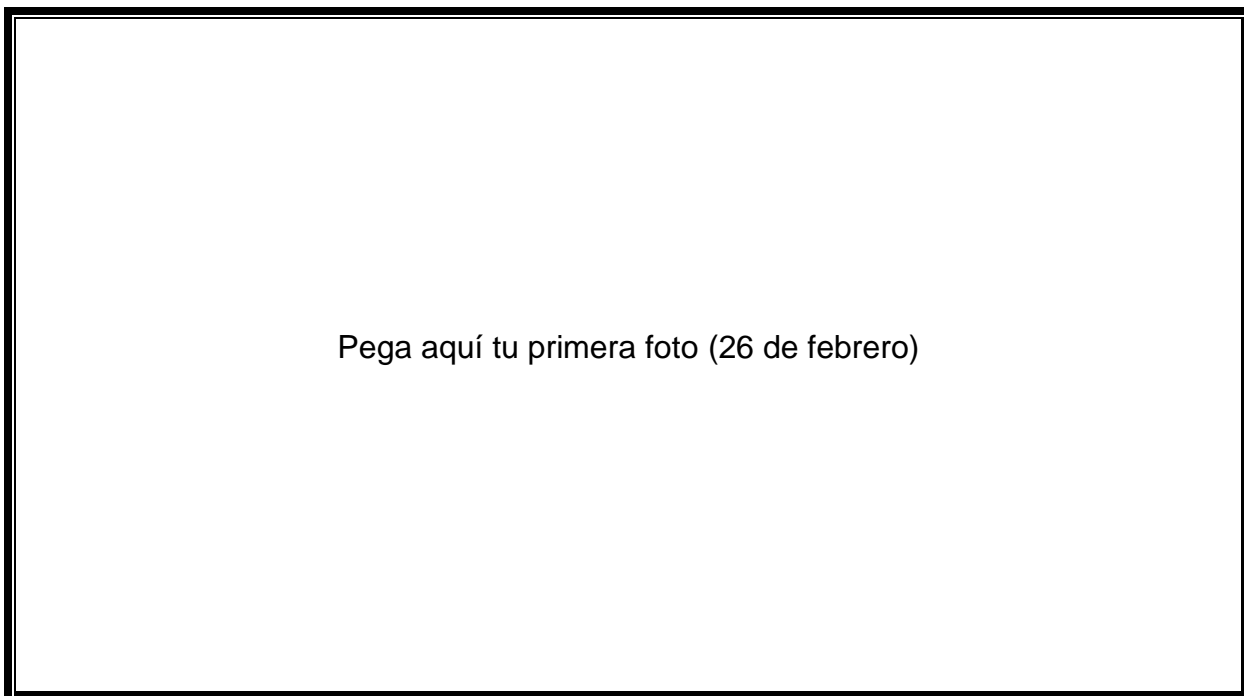
1. Tras haber tomado la primera foto mándala al WhatsApp del ponente principal **con tu nombre completo y la fecha** en la que tomaste la fotografía para que te la demos en la sesión 2 y la pegues en el espacio correspondiente.
2. Antes de concluir el taller, te avisaremos en la sesión 5 cuando debas tomar la última fotografía para lograr apreciar los cambios que has logrado, de igual manera, mándala al WhatsApp del ponente principal (Alfonso Vasconcelos) **con tu nombre completo y la fecha.**

**WhatsApp del ponente (Alfonso Vasconcelos): 55 43 67 66 76**

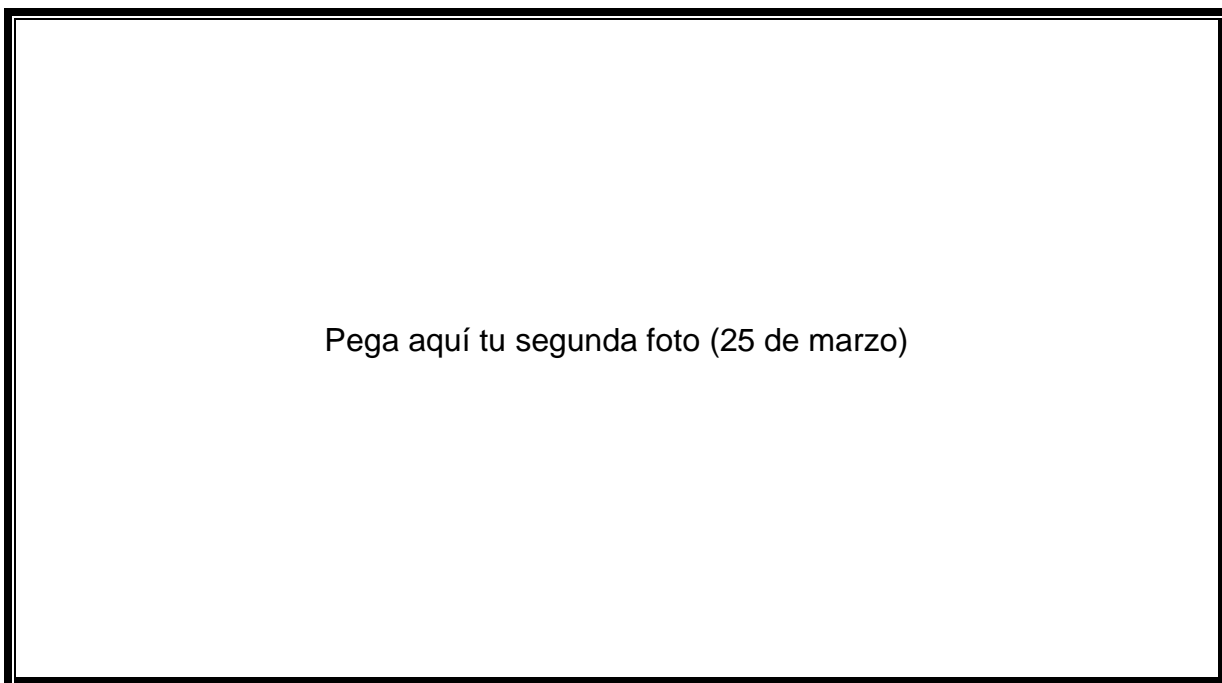
Estos son algunos ejemplos para la fotografía inicial:



26 de febrero...



25 de marzo...



## Aprender a registrar tus experiencias

Registrar tus experiencias de forma continua te ayudará a reconocer e identificar lo que vives. En las siguientes páginas empezarás a registrar cómo te sientes, con el fin de identificar tus pensamientos, emociones y conductas.

Si te pidieran que describieras cómo ha sido tu última semana, ¿Cómo la describirías? Habrá veces en las que nos sentimos muy bien y otras peor. Poco a poco aprenderás a ser realista, entonces, podrás sujetarte más al control de tus emociones y el buen dormir.

A medida que vaya avanzando el taller, iremos introduciendo registros específicos para que aprendas y practiques cada nueva habilidad. No obstante, hay un cuestionario de nombre OASIS (por sus siglas en inglés *Overall Anxiety Severity And Impairment Scale* que significan Escala general de severidad y deterioro de la ansiedad) que vas a tener que completar cada semana a lo largo del taller. Este cuestionario te permitirá saber con qué frecuencia has sentido ansiedad, además te permitirá ir viendo tu progreso y el impacto que has tenido con los cambios que vas haciendo conforme avanza el taller.

El cuestionario OASIS cuenta con 5 preguntas sobre ansiedad, para cada una, selecciona el número que mejor describe tu experiencia durante la última semana.

Tras contestar todas las preguntas, suma los puntos y ubícalos en una gráfica para que vayas viendo tus resultados.

A continuación, hay ejemplos de cómo registrar con el cuestionario OASIS.

Posteriormente encontrarás los mismos cuestionarios en blanco para que los llenes.

Si tienes alguna pregunta, no dudes en mandar un mensaje al grupo de WhatsApp.

# OASIS – Escala general de severidad y deterioro de la ansiedad

Formato recuperado del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2015)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad y miedo. Para cada ítem, encierra el número que mejor describe su experiencia **durante la última semana**.

**1. Durante la última semana, ¿con que frecuencia te has sentido ansioso?**

0 = No me sentí nada ansioso durante la última semana.

1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no.

Me constó relajarme.

3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

**2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o grave?**

0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no lo noté.

1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.

2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3 = Grave. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron muy molestos.

**3. Durante la última semana, ¿con que frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?**

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto muy afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

**4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha inferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/ hogar/ colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Graves. La ansiedad ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto muy afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores, etcétera.



**5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones, Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto de mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Grave. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

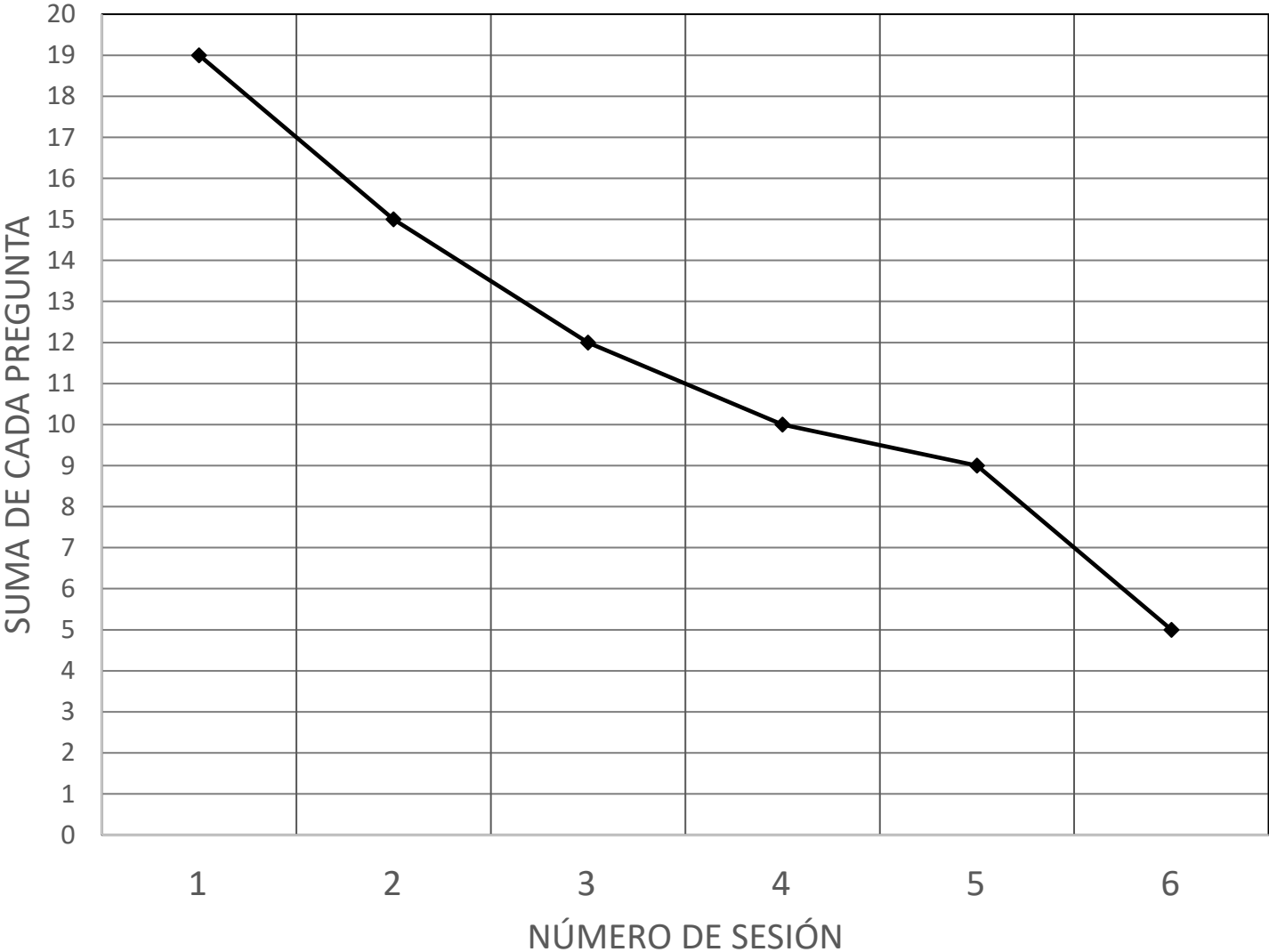
4 = Extrema. La ansiedad ha alterado por completo mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

**Suma total de puntos:** \_\_\_\_\_

Formato recuperado del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. 2015

Este es un ejemplo de gráfica tras completar el taller, conforme vayas contestando el cuestionario coloca un puntito en donde corresponde tu puntuación tras sumarla.

### MI PUNTUACIÓN DE OASIS





## Respiración Diafragmática

El control y manejo de la respiración utilizando el músculo diafragmático es una habilidad que requiere de práctica. El músculo diafragmático se encuentra en nuestro abdomen o barriga, es muy importante ubicarlo, ya que a través de una adecuada respiración utilizando este músculo, nos va a facilitar la relajación y una mejor oxigenación en nuestros órganos como principales beneficios.

Los pasos para seguir son los siguientes:

1. Para realizarla primero hay que buscar un lugar agradable y tranquilo, donde no nos molesten. Nos pondremos boca arriba en una superficie plana (colchoneta o sillón) y con un soporte en la cabeza (almohada o cojín).
2. Nos podemos ayudar con música relajante, intentamos olvidarnos de las tareas pendientes y de los ajetreos de la vida diaria.
3. Colocamos una mano en el pecho y otra sobre la barriga, esto nos ayudara a comprobar que realizamos bien la respiración.
4. Inhalaremos lenta y profundamente a través de la nariz, mientras inhalamos empujamos la barriga hacia fuera, como si fuera un globo, la barriga se va a inflar, la mano que esta sobre el pecho no debe moverse, con la mano que tenemos sobre la barriga sentiremos como se expande.
5. Contamos mentalmente hasta tres segundos mientras inhalamos, el aire debe permanecer tres segundos dentro de los pulmones.
6. A continuación, vaciamos los pulmones lentamente exhalando el aire por la boca, apretamos los músculos del estómago poco a poco y vamos contando mentalmente hasta tres segundos mientras exhalamos, (expulsamos el aire como si soplásemos a una vela, pero sin apagarla). La mano situada encima del pecho debe permanecer tan quieta como sea posible.

No te sientas mal si no te sale a la primera, conforme vayas dominando esta técnica, practícala de pie, sentado y acostado. Recuerda, la práctica hace al maestro.

Si tienes dudas de cómo realizarlo, no dudes en mandar mensaje al grupo de WhatsApp.

**La práctica de la respiración diafragmática, idealmente hacer dos veces al día, durante un aproximado de 5 a 10 minutos cada vez.**

**Esta no es una técnica para dormir, para utilizarla con este fin, es necesario salir de la cama y realizar la respiración en otra habitación, posteriormente regresar a la cama.**

A continuación, encontrarás un calendario en donde podrás señalar cada día con una palomita (✓) si realizaste la respiración diafragmática y doble palomita (✓✓) si lo realizaste dos veces. Procura realizar la respiración al menos una vez al día.

<b>Febrero</b>			
Miércoles 26	Jueves 27	Viernes 28	Sábado 29

<b>Marzo</b>						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## Higiene del sueño

La higiene del sueño son todas aquellas recomendaciones que utilizaremos para mejorar nuestra calidad de sueño. A continuación, te presentamos las primeras 5 recomendaciones de Higiene del sueño para que lleves a cabo. Encontrarás un registro en donde vienen las recomendaciones con un recuadro, en donde señalarás con una palomita (✓) en caso de que **sí** realizaste la recomendación a lo largo de la semana y en caso contrario de que no hayas realizado la recomendación colocarás con una “X” y también un espacio para que escribas con detalle cómo lo hiciste y en caso de no haberlo hecho, escribe la razón. Si tienes dudas puedes preguntar en el grupo de WhatsApp.

Recomendación	¿Lo realicé?	Detalle
Fijar una rutina antes de dormir.	✓	Ya establecí mis horarios para cenar y cepillarme los dientes.
No ingerir estimulantes antes de dormir. (chocolate, café, dulces, etc.)	✓	En los últimos tres días ya no he tomado café después de las 7 de la noche.
Cenar temprano y ligero (al menos dos horas)	✓	Establecí que voy a cenar a las 10 pm y trato de comer variado pero ligero, por ejemplo, fruta, sincronizadas o pan tostado.
Escribir mis pendientes antes de dormir.	X	No me da el tiempo suficiente para escribir mis pendientes.

No tomar siestas mayores a 20 minutos.	<b>X</b>	Suelo desvelarme y llego muy cansado(a) suelo dormir en la tarde alrededor de 2 horas.
--	----------	--

Éste es un ejemplo de cómo hacerlo:

Llena el siguiente cuadro para la siguiente sesión, cada sesión te daremos uno con recomendaciones diferentes.

Recomendación	¿Lo realicé?	Detalles
Cenar temprano y ligero (al menos dos horas)		
No ingerir estimulantes antes de dormir. (chocolate, café, dulces, etc.)		
Fijar una rutina antes de dormir.		
Escribir mis pendientes antes de dormir.		
No tomar siestas mayores a 20 minutos.		

## Entender mis pensamientos, emociones y conductas

Como lo vimos en la sesión, es muy importante identificar el pensamiento trampa o disfuncional, es importante llegar a uno más real y adaptado a la situación, que va a permitir reacciones emocionales y conductas más adaptadas

En las siguientes tablas, modifica el pensamiento disfuncional a uno más funcional, escribe una sugerencia de emoción y de conducta, recuerda que el antecedente no cambia, siempre será el mismo. Retoma los ejemplos que vimos en el taller. Si tienes alguna pregunta, no dudes en mandar un mensaje al grupo de WhatsApp.

Éste es un ejemplo de cómo hacerlo:

**Ejemplo.** Mismo antecedente, pero con **pensamiento trampa.**

<b>Antecedente</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
Mi mejor amigo/a me acaba de invitar a una fiesta	<b>Si voy, pensarán que soy muy aburrido/a</b>	Tristeza Desinterés	No voy a la fiesta Me quedo solo en casa

Mismo antecedente, pero con un pensamiento más real y adaptado.

<b>Antecedente</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
Mi mejor amiga/o me acaba de invitar a una fiesta	<b>Si voy, puedo ir a bailar, pasarla bien y conocer alguien nuevo, si no me siento cómodo/a, me puedo ir sin problemas.</b>	Alegría Tranquilidad	Voy a la fiesta Me pongo a bailar



**Ejercicio.** Pensamiento con trampa sobre ansiedad

<b>Antecedente</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
Voy tarde a la comida que me invitó mi familia	Mis familiares empezarán a hablar mal de mí	Ansiedad Frustración	Insulto gente en el camino.  Olvido lo que me tocaba llevar.

Ahora, cambia el pensamiento con trampa a uno más real y adaptado con al menos una emoción y una conducta mejor.

<b>Antecedente</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
Voy tarde a la comida que me invitó mi familia		Tranquilidad	Llego con calma.  Llevo lo que me toca para la comida.

Formato recuperado del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. 2015.

## Higiene del sueño 2

La higiene del sueño son todas aquellas recomendaciones que utilizaremos para mejorar nuestra calidad de sueño. A continuación, te presentamos las siguientes 5 recomendaciones de Higiene del sueño para que lleves a cabo. Encontrarás un registro en donde vienen las recomendaciones con un recuadro, en donde señalarás con una palomita (✓) en caso de que **sí** realizaste la recomendación a lo largo de la semana y en caso contrario de que no hayas realizado la recomendación colocarás con una “X” y también un espacio para que escribas con detalle cómo lo

Recomendación	¿Lo realicé?	Detalle
Evitar el uso de celular, tabletas y televisión antes de dormir.	✓	Logré cambiar mi teléfono celular como alarma a un despertador para levantarme sin tener que revisar el teléfono.
Utilizar la cama solo para dormir y relaciones sexuales	✓	Van 4 días que no me acerco a la cama para trabajar, solo para dormir.
No hacer ejercicio dos horas antes de dormir.	✓	Suelo salir a correr por las mañanas para evitar hacer ejercicio en la noche cuando dejo de trabajar.
No fumar antes de dormir (al menos 4 horas antes).	✓	No fumo.
No quedarse en la cama más de 20 minutos si no puedo dormir y después de despertar.	X	Aún me quedo en la cama viendo la tele cuando me despierto.

hiciste y en caso de no haberlo hecho, escribe la razón. Si tienes dudas puedes preguntar en el grupo de WhatsApp.

Éste es un ejemplo de cómo hacerlo:

Llena el siguiente cuadro para la siguiente sesión, cada sesión te daremos uno con recomendaciones diferentes.

Recomendación	¿Lo realicé?	Detalles
Evitar el uso de celular, tabletas y televisión antes de dormir.		
Utilizar la cama solo para dormir.		
No hacer ejercicio antes de dormir		
No fumar antes de dormir (al menos 4 horas antes).		
No quedarse en la cama más de 20 minutos si no puedo dormir y después de despertar.		

## Conciencia emocional sin juzgar

El propósito de este ejercicio es darse cuenta de los pensamientos, sensaciones y conductas que aparecen durante una experiencia emocional. Intenta encontrar una canción que despierte emociones intensas en ti. Cuando la estés escuchando, percibe las reacciones a la música.

Como trabajo para casa utiliza la siguiente tabla para apuntar qué has notado después de escuchar cada pieza. Si tienes alguna pregunta, no dudes en mandar un mensaje al grupo de WhatsApp.

Puntúa la intensidad de tu experiencia emocional de una canción utilizando la escuela de 0 a 10 puntos que te mostramos a continuación:

De 0 a 1	2 a 3	4 a 6	7 a 8	9 a 10
No mucho	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

En la siguiente página encontrarás un ejemplo de cómo hacer la tabla.

Aquí tienes un ejemplo de cómo llenar la tabla.

<b>Título de la Canción</b>	<b>Describe la <u>emoción</u> que has sentido</b>	<b><u>Puntúa</u> qué tan fuerte la has sentido</b>	<b><u>Describe</u> tu pensamiento</b>	<b><u>Describe</u> la sensación</b>	<b><u>Describe</u> la conducta</b>
Bohemian Rhapsody	Alegría Euforia	8	Me acuerdo de la preparatoria A mis amigos les gusta también esta música  Realmente lo estoy disfrutando	Noto que tengo ganas de saltar  Siento mucha energía	Agito la cabeza  Muevo mucho las piernas  Canto la canción

Recuperado del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. 2015.

Recuerda registrar tu reacción al escuchar una canción, la intensidad y tus pensamientos, sensaciones y conductas que te llevó a hacer la canción.

<b>Título de la Canción</b>	<b>Describe la <u>emoción</u> que has sentido</b>	<b><u>Puntúa</u> qué tan fuerte la has sentido</b>	<b><u>Describe</u> tu pensamiento</b>	<b><u>Describe</u> la sensación</b>	<b><u>Describe</u> la conducta</b>

Formato recuperado del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. 2015

## Recomendaciones ambientales de Higiene del sueño.

A continuación, verás diversas recomendaciones sobre la modificación de nuestro lugar de descanso, nuestra cama y nuestra habitación.

Cada alcoba es diferente, por lo tanto, las necesidades son diferentes.

En el siguiente recuadro encontrarás todas las recomendaciones de higiene del sueño que están enfocadas sobre tu habitación, no obstante, va a ser necesario que marques las recomendaciones que están a tu alcance en la columna que dice “¿Puedo modificarlo?” donde responderás “**Sí**” o “**No**”. Encontrarás también una columna en donde señalarás con una palomita (✓) en caso de que **sí** realizaste la recomendación y en caso contrario de que no hayas realizado la recomendación colocarás con una “**X**” y también un espacio para que escribas con detalle cómo lo hiciste y en caso de no haberlo hecho, escribe la razón. Si tienes dudas puedes preguntar en el grupo de WhatsApp.

En la siguiente página encontrarás el ejemplo de cómo llenar la tabla acorde a tu habitación.

Éste es el ejemplo:

¿Puedo modificarlo?	Recomendación	¿Lo realicé?	Detalles
Sí	Evitar o reducir el ruido.	✓	Cambie las cortinas viejas por unas que tapan el ruido.
Sí	Paredes y luz de color cálido (Amarillo, naranja o rojo)	✓	Modifique el foco de mi habitación.
Sí	Ventilar la habitación.	✓	Ahora abro diario la ventana para dejar que se ventile mi cuarto.
Sí	Mantener limpia y ordenada la habitación.	✓	Le dediqué un día a limpiar mi habitación y ordenar mis cosas.
Sí	No dormir con plantas.	✓	Las plantas las cambie de lugar al jardín.
No	Colchón de calidad adaptable al cuerpo	X	En este momento no podría invertir en otro colchón.
No	Colchón no tan pequeño.	X	No tengo el espacio suficiente en la recámara.
Sí	No exceder el uso de cobijas.	✓	Ahora que hace calor, ya no me tapo tanto.
Sí	Lavar las cobijas (cada 15 días)	✓	Ahora lavo las cobijas cada 15 días.
No	Una almohada adecuada.	X	No podría invertir en este momento en una almohada nueva.

En la siguiente página encontrarás la tabla para que la llenes.



Esta es tu tabla:

<b>¿Puedo modificarlo?</b>	<b>Recomendación</b>	<b>¿Lo realicé?</b>	<b>Detalles</b>
	Evitar o reducir el ruido.		
	Paredes y luz de color cálido (Amarillo, naranja o rojo)		
	Ventilar la habitación.		
	Mantener limpia y ordenada la habitación		
	No dormir con plantas.		
	Colchón de calidad adaptable al cuerpo		

	Colchón no tan pequeño.		
	No exceder el uso de cobijas.		
	Lavar las cobijas (cada 15 días)		
	Una almohada adecuada.		

## Todas las recomendaciones de Higiene del sueño

A continuación, verás todas las recomendaciones que vimos durante el taller, no dejes de aplicarlas en tu vida diaria y compartirlas con quién gustes. Estamos seguros de que serán de gran utilidad. Recuerda que las recomendaciones ambientales van sobre nuestra habitación.

Conductuales	Ambientales
1.Fijar una rutina antes de dormir.	1.Evitar o reducir el ruido.
2.Cenar temprano y ligero (al menos dos horas antes de dormir).	2.Paredes y luz de color cálido.
3.No ingerir estimulantes 2 horas antes de dormir. (chocolate, café, dulces, etc.).	3. Mantener limpia y ordenada la habitación.
4.Evitar el consumo de alcohol 2 horas antes de dormir	4. Ventilar la habitación.
5.Escribir mis pendientes antes de dormir.	5. No dormir con plantas.
6.No tomar siestas mayores a 20 minutos.	6. Colchón adaptable al cuerpo.
7.Evitar el uso de celular, tabletas y televisión antes de dormir y al despertar.	7. Colchón no tan pequeño.
8.Utilizar la cama solo para dormir y relaciones sexuales.	8. No exceder el uso de cobijas.
9.No hacer ejercicio 2 horas antes de dormir.	9. Lavar las cobijas y almohadas (cada 15 días).
10.No fumar antes de dormir (al menos 4 horas antes).	10. Una almohada adecuada.

11.No quedarse en la cama más de 20 minutos si no puedo dormir y después de despertar.	11. Girar el colchón cada año.
12.Ponerme una pijama cómoda.	

Recomendaciones recuperadas de Buela-Casal y Sierra (2001), Carlson, (2001), Clemente (2019), Carrillo-Mora et al., (2018), González Hernández et al., (2017) y Gooneratne y Vitello (2014).

¡Lo logramos, hemos terminado!

Recuerda los ejercicios que hicimos durante el taller. Mantén conciencia sobre tus emociones, recuerda identificar los pensamientos con trampa y exagerados junto con tus emociones y conductas, trata de practicar la atención plena, es decir, vivir tus emociones aceptándolas sin juzgar. Evita la evitación, recuerda que cada vez que evites una emoción, reforzarás todo lo negativo haciéndose cada vez peor.

Por otro lado, no olvides seguir tus recomendaciones de higiene del sueño, recuerda que estas nos ayudarán a dormir y descansar mejor.

Recuerda que la práctica hace al maestro.

No olvides tu reconocimiento al cierre del taller.

¡Muchas gracias por formar parte de esta experiencia!



## Anexo 7. Evaluación al facilitador (Fidelidad al tratamiento)

### Rúbrica para evaluar las conductas del facilitador durante el taller

Nombre de quién evalúa: \_\_\_\_\_

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Marca con una “X” la calificación otorgada al ponente

### Conocimientos y habilidades del facilitador

Conductas	DEFICIENTE	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Se apegó al contenido teórico del protocolo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Estableció <i>rapport</i> .	1	2	3	4	5	6	7
3. Contestó dudas	1	2	3	4	5	6	7

adecuadamente durante el taller.							
4.Respetó el orden de las actividades de la carta descriptiva del taller.	1	2	3	4	5	6	7
5.Empleó el tiempo designado en la carta descriptiva para cada una de las actividades del taller.	1	2	3	4	5	6	7
6.Logró que los participantes comprendieran	1	2	3	4	5	6	7

el objetivo teórico de cada actividad.							
7. Logró que los participantes comprendieran el objetivo de la actividad.	1	2	3	4	5	6	7
8. Planteó ejemplos adecuados para las actividades.							
9. Aplicó los instrumentos psicométricos adecuadamente.	1	2	3	4	5	6	7



10.Revisó el trabajo en casa y ofreció retroalimentación.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Elementos paralingüísticos del facilitador

Conductas	DEFICIENTE EXCELENTE	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	BUENO	MUY BUENO	
1.Habló claramente (volumen y pronunciación).	1	2	3	4	5	6	7

2.Empleó un vocabulario adecuado a la audiencia.	1 2 3 4 5 6 7
3.Adoptó una postura del cuerpo y contacto visual adecuados.	1 2 3 4 5 6 7
4.Dio la bienvenida a los participantes para abrir el taller.	1 2 3 4 5 6 7
5.Empleó el material propuesto para cada actividad del taller.	1 2 3 4 5 6 7

6.Mantuvo una actitud profesional con el equipo de trabajo para la sesión.	1	2	3	4	5	6	7
7.Ordenó el mobiliario adecuadamente para permitir el desarrollo de las actividades.	1	2	3	4	5	6	7
8.Ofreció un espacio exclusivo de reflexión o para resolver dudas.	1	2	3	4	5	6	7

9.Estableció las instrucciones claras y precisas sobre el trabajo en casa.	1	2	3	4	5	6	7
10.Mantuvo el control de grupo.	1	2	3	4	5	6	7

## **Anexo 8. Cartas descriptivas**

### **Cartas descriptivas del taller sobre Ansiedad e Higiene del sueño**

Este taller, será llevado a cabo los días 19 y 26 de febrero, así como el 4, 11, 18 y 25 de marzo del año 2020.

El taller se llevará a cabo en el salón de usos múltiples ubicado en planta baja. El salón cuenta con aproximadamente 30 bancos y 25 sillas, así como 3 mesas grandes plegables. El salón cuenta con una televisión de aproximadamente 30 pulgadas, conexión Wi-Fi de internet, ventilación e iluminación que propician el desarrollo de múltiples actividades, tales como danza, reuniones, teatro, por lo que resulta ideal para la ejecución de un taller psicoeducativo.

A continuación, se presenta el protocolo en caso de emergencia, como pueden ser sismos o incendios. De igual manera se presenta el protocolo en caso de presentarse una crisis emocional.

Posteriormente, se encuentran las cartas descriptivas de cada sesión, con instrucciones al final sobre el uso de un grupo de WhatsApp, así como del trabajo en casa que los participantes realizarán.

## **En caso de emergencia:**

Se atenderán las indicaciones del personal capacitado por protección civil. Realizar las actividades preestablecidas de protección civil en la escuela: evacuación o repliegue, primeros auxilios, combate a incendios e identificar personal o estudiantes faltantes en caso de emergencia. Recuperado de la Secretaria de Educación Pública (2018).

**Evacuación o repliegue:** Verificar que no existan obstáculos en la ruta de evacuación, que las salidas de emergencia no tengan candados y dirigir a las personas integrantes de la comunidad escolar a zonas de repliegue o evacuar a puntos de reunión.

**Primeros auxilios:** Ubicar botiquines, instalar puesto de primeros auxilios e identificar personas afectadas.

**Combate a incendios:** Ubicar y asegurar el correcto uso de extintores, así cómo aplicar los procedimientos de combate a incendios en cuanto llegue el apoyo de cuerpos de auxilio o grupos de primera respuesta.

**Búsqueda y rescate:** Identificar a las personas faltantes, entregar niños a madres o padres de familia.

## **En caso de crisis emocional:**

Debido a que el taller se realiza con el tema de la ansiedad, puede desencadenar malestar en algún participante del taller, es de suma importancia identificar los pasos de los Primeros Auxilios Psicológicos que se pueden brindar en caso de la aparición de una crisis emocional. Recuperado de Vigil (2017). El protocolo es el siguiente:

Mantener una comunicación adecuada con la persona en crisis

Mantener la calma y demostrar comprensión puede ayudar a que la persona angustiada se sienta más segura, comprendida, respetada y atendida de forma apropiada.

A través de una entrevista libre, identificar la respuesta de angustia ante una crisis

Comprobar la seguridad de la persona o si requiere de atención básica urgente

Promover tranquilidad a través de la contención emocional.

- Hable con un tono de voz tranquilo y suave.
- Si es culturalmente apropiado, intente mantener contacto visual con la persona mientras habla con ella.
- Recuérdele que Ud. está allí para ayudarlo. Recuérdele también, si es cierto, que está a salvo.
- Si la persona tiene sensación de irrealidad o de desconexión con lo que le rodea, una posible ayuda consiste en que contacte con su entorno actual y consigo mismo. Para ello puede pedirle que:
  - Ponga los pies en el suelo y note ese contacto.
  - Repiquetee con los dedos o las manos en el regazo.

- Observe elementos tranquilizadores del entorno que le rodea, como cosas que pueda ver, oír o sentir, pidiéndoles que nos describan lo que ven y oyen.
- Estimule a la persona a que centre la atención en su respiración y que respire despacio

Ayudar a conectar la necesidad básica de la persona (en caso de ser necesario)

Brindar información verídica y adecuada a la situación.

Poner en contacto con algún familiar o contacto de confianza en caso de ser necesario.

- Poner fin a su ayuda a través de la identificación de Hable con un tono de voz tranquilo y suave.
- Si es culturalmente apropiado, intente mantener contacto visual con la persona mientras habla con ella.
- Recuérdele que Ud. está allí para ayudarlo. Recuérdele también, si es cierto, que está a salvo.
- Si la persona tiene sensación de irrealidad o de desconexión con lo que le rodea, una posible ayuda consiste en que contacte con su entorno actual y consigo mismo. Para ello puede pedirle que:
  - Ponga los pies en el suelo y note ese contacto.
  - Repiquetee con los dedos o las manos en el regazo.
  - Observe elementos tranquilizadores del entorno que le rodea, como cosas que pueda ver, oír o sentir, pidiéndoles que nos describan lo que ven y oyen.



## Carta descriptiva – Sesión 1 – “Presentación”

**Objetivo:** Introducir el propósito del taller a los participantes a través de un diálogo empático para incrementar la motivación hacia la intervención.

### Objetivos específicos:

Establecer *rapport* para el inicio de la intervención.

Presentación del equipo de trabajo.

Promover el compromiso y la motivación a la asistencia al taller.

Explicar las consideraciones éticas por medio de la firma del consentimiento informado.

Explicar el funcionamiento del autoregistro a través de ejemplos prácticos.

Explicar el funcionamiento del autorreporte a través de ejemplos prácticos.

Resolución de dudas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Presentación y pase de lista	Se recibirán a los participantes con gafetes para escribir el nombre con el que desean ser llamados a lo largo del taller, y puedan ser identificados más fácil.	20 gafetes con una hoja para escribir nombres. 2 plumones gruesos negro	10 min.

	Se dará la bienvenida a los asistentes por medio de la presentación de los miembros del equipo de trabajo, así como de los participantes.		
Descripción del taller y consentimientos informados	<p>Se dará el modo de trabajo, que incluye el manejo de las sesiones, requisitos del taller y se resolverán dudas durante el transcurso de la explicación. Los participantes firmarán el consentimiento informado, así como el permiso para tomar fotografías durante el taller y que dichas fotos funjan como evidencia para la tesis. Así mismo, se dejará en claro las 3 cosas para el uso del grupo de <i>WhatsApp</i>.</p> <p>Los participantes firmarán el consentimiento informado, así como el permiso para tomar fotografías durante el taller y que dichas fotos funjan como evidencia para la tesis.</p>	<p>1 presentación de Power Point</p> <p>1 proyector/televisión</p> <p>20 consentimientos informados.</p> <p>20 permisos para fotografías</p>	20 min.

<p>Motivación</p>	<p>A través de un PowerPoint, se explicará por qué es importante tomar el taller, debido a los problemas asociados que generan la ansiedad (depresión, abuso de sustancias, problemas alimentarios, problemas en la interacción social como la conducta agresiva o aislamiento, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, musculoesqueléticas, digestivas y dermatológicas) y la mala higiene del sueño (somnolencia excesiva, cansancio, dolor muscular, impacto negativo en el metabolismo y en sistema endócrino, así como dificultades en el funcionamiento social, pérdida de productividad, problemas en la atención, memoria y habilidad para realizar tareas cotidianas ).</p>	<p>Manual de cada participante 1 presentación de PowerPoint 1 computadora 1 proyector/televisión</p>	<p>30 min.</p>
-------------------	--	--	----------------

	También, se dará el ejemplo de cómo llenar un balance decisional, para que cada quién llene uno de manera personal por medio del manual de cada participante.		
Llenado de instrumentos psicométricos manual y línea base	Tras la explicación de modo de trabajo del taller, se dará la explicación para el uso del manual y del papel de los trabajos en casa, posteriormente, se explicará cómo se llenarán los instrumentos psicométricos. Luego se le entregará a cada asistente un manual que llevarán cada sesión.	20 baterías de instrumentos psicométricos 20 manuales personalizables 25 lápices del #2 1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión 20 consentimientos informados.	30 min.
Cierre	Se confirmará la asistencia para la siguiente sesión con el material solicitado y se establecerán los acuerdos	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión	15 min.

	Se dará el cierre de la sesión 1 con un repaso de lo que se va a hacer en las próximas sesiones.		<b>TOTAL: 105 minutos.</b>
--	--	--	----------------------------

### **Sobre el uso de un grupo de WhatsApp:**

Tras solicitar el número de celular de los participantes, se incorporará un grupo de WhatsApp bajo el título: *Taller Ansiedad y Sueño 2020*. En dicho grupo se utilizará exclusivamente para...

#### **1) Compartir información relacionada al taller**

#### **2) Resolución de dudas**

#### **3) Recordar el trabajo en casa cada tercer día (miércoles, viernes y lunes tras la sesión) en un horario de 9:00 a 21:00 hrs.**

Para la primera sesión se hará lo siguiente:

- Recordar las 3 reglas del uso del grupo de WhatsApp.
- Comprobar la incorporación de todos los miembros.
- Recordar llevar una colchoneta, cobija, sleeping o algo para acostarse y un cojín para la respiración diafragmática.
- Solicitarles a los participantes una foto de la habitación de cada participante al WhatsApp, del facilitador principal (José Alfonso Vasconcelos), para que el asesor pueda imprimir y llevar la siguiente sesión e incluirla en el manual.

**Carta descriptiva – Sesión 2 “Entendiendo mis emociones y el sueño”.**

**Objetivo:** Reconocer la ansiedad e higiene del sueño por medio de su definición, así mismo, ofrecer una alternativa para atenuar la ansiedad por medio de relajación, de igual manera, identificar los principales mitos que envuelven al sueño.

**Objetivos específicos:**

Definir el papel de la relajación por medio de la respiración diafragmática.

Enseñar la técnica de respiración diafragmática con sus especificaciones

Reconocer los principales mitos y creencias en los que está envuelta la higiene del sueño y cómo influyen en nuestro día a día.

Resolución de dudas

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	Se hará revisión del trabajo en casa, se contestará la batería psicométrica, además se darán las fotos de las habitaciones de cada uno para pegar en el manual. y se resolverán dudas prácticas	20 baterías 20 lápices 4 a 5 lápices adhesivos (Pritt). 20 fotografías de las habitaciones de los participantes.	10 min.

		Manual de los participantes	
Definición	Se expondrá la definición de la ansiedad y de higiene del sueño a través de videos.	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión 2 bocinas 1 computadora	20 min.
Respiración diafragmática	Primero se expondrá los beneficios biológicos de la técnica, luego, mediante un modelo, indicará como se realizará para ponerlo en práctica.	20 colchonetas (de los participantes). 1 bocina Música zen 20 cojines 1 proyector/televisor 1 presentación de PowerPoint	30 min.

Descanso	Se les dará un descanso a los participantes para un aperitivo	Café Aperitivos 1 garrafón de agua	10 min.
Desmitificación del sueño (incluye trastornos del sueño)	Por medio de un juego de mesa (Jenga) los participantes sacarán pieza por pieza y no deberán derribar la torre, cada pieza incluye un número que hace referencia a un listado de los principales mitos y creencias sobre la higiene del sueño, la persona que saque dicho mito, deberá debatirlo con su equipo para definir si se trata de un mito o una verdad. En ambos casos (Mito o verdad), se proveerá la información clara y concisa sobre el enunciado.	1 rotafolio cuadro grande 1 paquete de plumones de agua. 1 Jenga con números 1 listado con mitos y verdades sobre el sueño	30 min.
Recomendaciones de higiene del sueño y cierre	Se dará una explicación sobre las recomendaciones de la higiene del sueño y se establecerán como trabajo en casa para	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión	20 min.



	practicar Se establecerán acuerdos para la próxima sesión y el trabajo en casa.		TOTAL: 120 minutos.
--	---	--	---------------------

**Trabajo en casa:**

- Registro del OASIS
- Registro de relajación diafragmática (¿Cuántas veces lo ha hecho en la semana y en qué situación?)
- Registro de conductas de higiene del sueño.
- Trabajar sobre la modificación ambiental de la habitación.

**En WhatsApp:**

- Recordar los pasos de la respiración diafragmática y su uso.
- Recordar por la tarde (7:00 pm) las 5 recomendaciones de higiene del sueño.
- Recordar el autoregistro como trabajo en casa (OASIS de higiene del sueño)
- Responder dudas.

### Carta descriptiva – Sesión 3 – “¿Qué es lo que me rodea?”

**Objetivo:** Analizar las experiencias emocionales por medio del modelo de los tres componentes de la emoción aunado con la ansiedad e higiene del sueño para ser más conscientes del contexto en que se producen las experiencias

#### Objetivos específicos:

Identificar los principales elementos del análisis de la respuesta emocional.

Adecuada comprensión de las emociones y la conducta como respuestas aprendidas.

Evaluar aspectos que no son funcionales en la ansiedad y sueño.

Adecuada comprensión de la higiene del sueño como respuestas aprendidas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	Se hará revisión del trabajo en casa, se contestará la batería psicométrica y se resolverán dudas prácticas	20 baterías 20 lápices Manual de los participantes	10 min.
Definición	<b>Advertencia Médica</b> <b>Para esta actividad es necesario preguntar a los participantes si puede realizar</b>	1 paquete de globos 2 sillas	20 min.

	<p><b>ejercicio físico, en caso de que no, se le dará una alternativa para realizar la actividad sin la necesidad de correr o reventar el globo.</b></p> <p>Se expondrá la definición del análisis ARC, y apegado al Modelo emocional de los tres componentes. Para la actividad, se repartirá el grupo en dos equipos y se hará una competencia de reventar globos al sentarse. Cada globo tendrá dentro un pensamiento, emoción y conducta y se identificarán en un rotafolio con los títulos: "Pensamiento, Emoción y Conducta".</p>	<p>20 papelitos con Pensamientos, emociones y conductas</p> <p>1 rotafolio</p> <p>3 encabezados "Pensamiento, Emoción y Conducta"</p>	
<p>Análisis A-R-C Ansiedad y Sueño Ejemplo</p>	<p>Por medio de una presentación, se realizarán ejemplos para realizar un análisis ARC de la ansiedad, para posteriormente hacer un registro del análisis funcional de la conducta incluido en el protocolo de los participantes.</p>	<p>1 presentación de PowerPoint</p> <p>1 proyector/televisión</p> <p>Manual de cada participante</p>	<p>30 min.</p>

Descanso	Se les dará un descanso a los participantes	Café Aperitivos 1 garrafón de agua	10 min.
Modificación a un pensamiento funcional.	Para la actividad, el equipo se dividirá en dos, cada equipo se le darán dos situaciones desencadenantes con pensamiento “trampa”, emoción y conducta, propondrán una alternativa de pensamiento, emoción y conducta para después compartir con el resto del grupo, un asesor del taller estará en cada equipo.	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión 1 computadora 2 cartulina con una situación, pensamiento, emoción y conducta cada una por ambos lados.	30 min.
Recomendaciones de higiene del sueño, Acuerdos y cierre	Se dará la explicación de las siguientes recomendaciones de higiene del sueño para trabajo en casa. Se establecerán acuerdos para la próxima sesión y el trabajo en casa.	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión	20 min.

			TOTAL: 120 minutos.
--	--	--	---------------------

**Trabajo en casa:**

- Registro del OASIS y Sueño
- Ejercicio de A-R-C con antecedente sobre ansiedad.
- Ejercicio de A-R-C con antecedente sobre sueño
- Registro de Higiene del sueño.
- Trabajar sobre la modificación ambiental de la habitación.

**En WhatsApp:**

- Recordar los elementos del A-R-C.
- Recordar el registro del A-R-C sobre ansiedad.
- Recordar el registro del A-R-C sobre sueño.
- Recordar por la tarde (7:00 pm) las 5 recomendaciones de higiene del sueño de la sesión.
- Recordar el autoregistro como trabajo en casa (OASIS e Higiene del sueño).
- Responder dudas.

**Carta descriptiva – Sesión 4 – “Importancia del aquí y ahora”**

**Objetivo:** Identificar los pensamientos, sensaciones y conductas que influyen sobre la ansiedad en el presente de la persona, así como los principales trastornos del sueño que afectan a la población mexicana.

**Objetivos específicos:**

Aprender a prestar atención a las experiencias en el presente.

Ejercitar la observación sobre experiencias por medio de música.

Diferenciar los principales trastornos del sueño sobre una mala higiene del sueño y sobre una buena.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio y práctica de modificación del pensamiento.	Se hará revisión del trabajo en casa y se contestará la batería psicométrica y se resolverán dudas prácticas.  Se realizará un ejercicio de modificación de un pensamiento “trampa” como práctica.	20 baterías  20 folders  20 lápices  Autoregistro de los participantes	10 min.
Importancia de vivir el presente	Por medio de ejemplos, conformar la explicación de la importancia de vivir el presente y cómo nos afecta. Se realizará un	1 presentación de PowerPoint  1 proyector/televisión	20 min.

	ejercicio de conciencia emocional apoyado con aperitivos e instrucciones.	1 computadora Aperitivos Bitácora de los participantes	
Ejercicio musical (Consciencia en el presente)	Se ejemplificará el llenado de un registro de inducción del estado de ánimo con una canción, posteriormente, el participante lo practicará con una canción seleccionada por medio de un sorteo.	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión Manual de cada participante 1 bocina 5 canciones de 3 min.	30 min.
Descanso	Se les dará un descanso a los participantes	Café Aperitivos 1 garrafón de agua	10 min.

<p>Análisis de foto de la habitación.</p>	<p>El grupo se dividirá en tres y con el apoyo de los talleristas, se dará el espacio para repasar las recomendaciones de higiene del sueño que van sobre la modificación ambiental de la alcoba para mejorar el sueño y resolución de dudas.</p> <p>A través de un balance decisional, se podrán analizar los principales ventajas y desventajas sobre la modificación de su alcoba (p. ej. Cambiar el colchón, ordenar la ropa, cambiar las cortinas, cambiar el foco, comprar otro tipo de sábanas, etc.).</p>	<p>20 lápices</p> <p>Balance decisional en el manual de cada participante.</p> <p>Fotografía de la alcoba de cada participante.</p>	<p>30 min.</p>
<p>Acuerdos y cierre</p>	<p>Se establecerán acuerdos para la próxima sesión y el trabajo en casa.</p>	<p>1 presentación de PowerPoint</p> <p>1 proyector/televisión</p>	<p>20 min.</p>



			TOTAL: 120 minutos
--	--	--	--------------------

**Trabajo en casa:**

- Registro de OASIS e Higiene del sueño.
- Registro de un ejercicio en el presente con una canción de la elección del participante
- Investigar un trastorno del sueño diferente a los que se vieron en el taller.
- Trabajar sobre la modificación ambiental de la habitación.

**En WhatsApp:**

- Recordar ejercicio de consciencia en el presente con una recomendación de canción desde YouTube.
- Recordar por la tarde (7:00 pm) las 5 recomendaciones de higiene del sueño de la sesión.
- Recordar investigar un trastorno del sueño diferente al que se vio en el taller.
- Recordar el autoregistro como trabajo en casa (OASIS e Higiene del sueño).
- Responder dudas.

### Carta descriptiva – Sesión 5 – “Solo estoy durmiendo”

**Objetivo:** Orientar al participante a identificar el principio de evitación emocional y demostrar sus efectos paradójicos por medio de ejercicios de interocepción (Tolerancia al malestar) y su relación con el sueño.

**Objetivos específicos:**

Definir el papel de la evitación de las emociones y en el sueño a través de ejemplos propuestos por los participantes.

Identificar los ejercicios que provoquen malestar físico.

Llevar a cabo los ejercicios para tolerar la sensación física asociada a la ansiedad.

Resolución de dudas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	Se hará revisión del trabajo en casa y se contestará la batería psicométrica y se resolverán dudas prácticas	20 baterías 20 lápices Autoregistro de los participantes	10 min.

<p>100 mexicanos dijeron (Conductas de evitación y de sueño).</p>	<p>El grupo se dividirá en 2 equipos, se realizará el juego de "100 mexicanos dijeron". Primero, pasará un miembro del equipo como representante para definir el turno del equipo con las preguntas: "¿Qué hago cuándo estoy muy ansioso?" y "¿Qué hago cuando no puedo dormir?".</p> <p>El participante deberá aplaudir y el que aplauda primero se le otorga la oportunidad de responder primero, el que obtenga la respuesta más popular obtiene el primer turno para su equipo, cada miembro va a dar una respuesta a la pregunta con 5 oportunidades de equivocarse, tras llegar al 4to error, el otro equipo podrá hacer un consenso para ofrecer una respuesta alternativa, si el equipo llega al 5to error, el otro equipo tendrá la oportunidad de robar los puntos, si el equipo logra adivinar todas las conductas del tablero, gana la ronda.</p>	<p>1 presentación de PowerPoint</p> <p>1 rotafolio</p> <p>1 paquete de plumones</p>	<p>30 min.</p>
---	---	---	----------------

	No hay respuestas malas, todas son opciones que se van a considerar para el taller pues al finalizar el juego continuará la explicación sobre las conductas de evitación.		
Definición del Principio de Evitación	Se dará la explicación de la evitación emocional a través de ejemplos prácticos de conductas sutiles, evitación cognitiva y de seguridad.	1 presentación de PowerPoint 1 proyector/televisión 1 computadora	20 min.
Descanso	Se les dará un descanso a los participantes	Café Aperitivos 1 garrafón de agua	10 min.
Ejercicios de Tolerancia al malestar	<b>Advertencia médica</b>	25 popotes	30 min.

	<p><b>Antes de iniciar la actividad, es necesario preguntar a los participantes si pueden realizar ejercicio físico, en caso de no poder, se realizará un ejercicio de imaginación.</b></p> <p>Primero se expondrá la importancia de aceptar las sensaciones físicas de la ansiedad y sus implicaciones biológicas, luego, a través de un modelo, indicará como se realiza para a llevar a cabo dichos ejercicios en dos equipos, bajo supervisión de los asesores del taller.</p> <p><b>Hiperventilación:</b> Durante 10 segundos hacer respiraciones rápidas y profundas a través de la boca.</p> <p><b>Respirar en un popote:</b> Durante 10 segundos respirar en un popote tapando la nariz para que no entre el aire.</p>	<p>1 presentación de PowerPoint</p> <p>1 proyector/televisión</p>	
--	--	---	--



## **Trabajo en casa**

- Registro de conductas de evitación.
- Registro de ejercicios de tolerancia al malestar
- Registro del OASIS y Sueño.
- Registro Higiene del sueño.
- Solicitarles a los participantes una foto de como cambió su habitación tras las recomendaciones de higiene del sueño de cada participante al WhatsApp del facilitador principal (José Alfonso Vasconcelos), para que el asesor pueda imprimir y llevar la siguiente sesión e incluirla en el manual.

## **En WhatsApp:**

- Recordar el registro de conductas de evitación.
- Recordar el registro de conductas de evitación del sueño (vinculado a higiene).
- Recordar los ejercicios de tolerancia al malestar y su respectivo registro.
- Recordar por la tarde (7:00 pm) las 5 recomendaciones de higiene del sueño de la sesión.
- Recordar el autoregistro como trabajo en casa (OASIS e Higiene del sueño).
- Responder dudas.

## Carta descriptiva – Sesión 6 – Cierre

**Objetivo:** Concluir de manera exitosa el taller con la entrega de reconocimientos

### Objetivos específicos:

Promover la participación en futuras intervenciones psicológicas.

Ofrecer un espacio para resolver dudas pendientes.

Terminar el taller con un reforzador que señale la culminación de la intervención.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Revisión de Manual y llenado de instrumentos	Se hará la última revisión del trabajo en casa, así como el llenado de instrumentos psicométricos.	Manual de cada participante 20 baterías psicométricas	20 min.
Resolución de dudas y recomendaciones para el futuro	Se abrirá un espacio para la resolución de dudas antes de finalizar el taller y una reflexión sobre la fotografía de la modificación de su habitación y si es deseo del participante, poder compartir ambas fotografías para la tesis.	25 fotocopias del directorio de centros de atención	30 min.



	Por último, se dará el directorio de los principales centros de atención psicológica que ofrece la Facultad de Psicología		
Agradecimiento a la asistencia	Por medio de la entrega de diplomas, se celebrará la conclusión del taller, agradeciendo la participación a los asistentes.	20 diplomas de participación	20 min.
Cierre	Se dará el cierre del taller con invitados (directora).		10 min.  TOTAL: 80 minutos.

**Sobre el uso posterior al taller del grupo de WhatsApp:**

El grupo podrá ser utilizado para resolver dudas, así como mensajes información veraz que puedan ser útiles para los participantes, respetando el horario de uso hasta la fecha del seguimiento, una vez que pase dicha fecha, el grupo de WhatsApp se cerrará.