

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



TRABAJO DE GRADO:

“PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL MANEJO ADECUADO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE USULUTÁN DESARROLLADO DURANTE LOS MESES DE FEBRERO-AGOSTO DE 2016”.

PRESENTADO POR

GOMEZ AVILES XENIA LOURDES
QUINTANILLA RAMÍREZ CLAUDIA ELIZABETH
ZELAYA RIVAS, ENEIDA VANESSA

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DOCENTE DIRECTOR:

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA Ph.D.

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, AGOSTO DE 2016

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LIC. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL INTERINO

LICDA. BEATRIZ MÉNDEZ

FISCAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

DECANO

LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICE-DECANO

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

Ms.C JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA

JEFA DEL DEPARTAMENTO

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ

**COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA**

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA Ph.D.

DOCENTE ASESOR

TRIBUNAL EVALUADOR

PRESIDENTE

LICDO. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

SECRETARIO

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA Ph.D.

VOCAL

LICDO. JOSÉ MILTON DOMÍNGUEZ VARGAS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, primeramente, al Señor Jesucristo por permitirme terminar satisfactoriamente la carrera universitaria y a través de ella conocer diversas herramientas que me han sido útil en mi desarrollo personal y académico, por haberme inspirado en cada año para lograr una de mis metas personales que es graduarme de la carrera de licenciatura en Psicología y de esta manera poder servir a los demás. Por permitirme conocer personas que a lo largo de la carrera fueron muy significativas para mí.

A mis padres Sandra Marlene Aviles y Cristian Edinilson Gómez por proveerme los recursos, el apoyo y la motivación necesaria para alcanzar mis objetivos, a mi hermana Berenice por su compañía y amor, a mi tía Josefa por ser un ejemplo de perseverancia y entrega en cada acción, a mis primas Alixda, Claudia, Marcia, Midler, y Julia por ser como unas hermanas y ejemplos a seguir de excelencia y calidad personal y a mis demás familiares por su cariño y apoyo en todas mis actividades.

A mis compañeras de tesis y amigas incondicionales quienes son muy importantes en mi vida por su amor, confianza y paciencia. A mi novio Jimmy por motivarme siempre en buscar la excelencia en el servicio y la humildad,

Al asesor del trabajo de grado René Campos Quintanilla Ph.D. quien ha sido una de las personas que ha influido mucho en mi proceso académico y en mis decisiones personales, por su paciencia, excelencia y dedicación al arte de enseñar. A otros profesionales de los cuales he aprendido a lo largo de mi vida y han representado una autoridad como mis maestros de educación básica especialmente a Lic. Pedro Emilio Romero, maestros de bachillerato como Lic. Luis Roberto Ramírez, ministros y pastores espirituales quienes a través de su ejemplo y enseñanza me han motivado a la búsqueda del conocimiento y la excelencia.

Xenia Lourdes Gómez Aviles

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, primeramente, a Dios todopoderoso por cada día de vida que me concede y haberme permitido finalizar mi carrera universitaria, por guiar siempre mi camino, darme sabiduría, brindarme las fuerzas y capacidades para salir adelante a pesar de las circunstancias.

A mis padres María Candelaria Rivas Gaitán y Ramón Alfredo Zelaya Guerrero por su apoyo económico, y en especial a mi madre quien además de su apoyo económico, siempre me brindó su apoyo moral, su comprensión y consejos que han influido positivamente en lo que ahora soy. Le agradezco grandemente por motivarme y siempre estar presentes en los buenos y malos momentos, preocupándose siempre por mi educación, superación personal y profesional, celebrando mis triunfos y acompañándome en los fracasos.

A mi abuela María Isabel Gaitán por sus consejos, por sus cuidados, por ser el pilar de la familia y por inculcarme valores morales y cristianos que me convierten en una mejor persona. Su apoyo ha sido de gran importancia para mí, pues siempre ha estado presente en los buenos y malos momentos.

A mis hermanos, tíos/as y demás familiares, por su apoyo incondicional quienes siempre están pendientes de mi bienestar, motivándome a luchar por mis metas e ideales.

A los docentes que me impartieron clases en la escuela, instituto y universidad, quienes con sus enseñanzas y dedicación han contribuido a mi formación académica.

A mis compañeras de tesis, agradecerles por su amistad, por los momentos agradables que hemos compartido durante el proceso de tesis y todos estos años de estudio en la Universidad, por sus consejos y comprensión.

Al asesor de tesis René Campos Quintanilla Ph.D., por su orientación profesional para la realización de nuestro trabajo de grado, incentivándonos a realizarlo con calidad académica. Agradecerle también por compartir sus experiencias y conocimientos, lo cual nos permitió desarrollar y finalizar nuestro trabajo de grado.

Eneida Vanessa Zelaya Rivas

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme sabiduría e inteligencia por ser muy importante en mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos que me propuse cuando inicie mi carrera, además de su infinita bondad, amor y por estar conmigo en cada paso que doy, siendo fiel a su palabra por relucir mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, por proveer cada día, porque sin el nada es posible.

A mis padres Hilda del Carmen Ramírez y Carlos Humberto Quintanilla, principalmente a mi madre por haberme apoyado en todo momento, y esforzarse día con día y así lograr ser una persona de bien, por la motivación constante para seguir adelante y no renunciar a mis metas, por su sacrificio desde el inicio hasta este momento por sus sabios consejos, sus valores, asimismo por su apoyo económico y por su amor, a mis hermanas, Elvira Carolina, Yency Aracely, y Morena Melissa por su cariño y comprensión en todo tiempo, a mi novio Oscar Ulises por motivarme día con día a cumplir mis metas, y por sus buenos deseos.

A mis amigas y compañeras de trabajo de grado que son como mis hermanas, por haber compartido momentos agradables desde el inicio de esta carrera, por sus consejos positivos para mi vida y apoyo incondicional.

A mi asesor de trabajo de grado René Campos Quintanilla Ph.D. por su esfuerzo, paciencia, dedicación y sus conocimientos que han sido fundamentales para mi formación académica. Y demás docentes que han sido parte de mi desarrollo personal y profesional.

Claudia Elizabeth Quintanilla Ramírez

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
RESUMEN.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	xix
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
1.1 Antecedentes del fenómeno u objeto de estudio.....	25
1.2 Situación problemática.....	27
1.3 Enunciado del problema.....	39
1.4 Justificación del estudio.....	30
1.5 Objetivos de la investigación.....	32
1.5.1 Objetivo General.....	32
1.5.2 Objetivos Específicos.....	32
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	34
2.1 Antecedentes.....	35
2.1.1 Historia y evolución del concepto de Trastornos de Ansiedad.....	35
2.1.2 Historia y evolución del concepto de psicoterapia de grupo.....	44
2.2 Base Teórica.....	49
2.2.1 Ansiedad normal.....	49
2.2.2 Ansiedad anormal.....	50
2.2.3 Definición de trastornos de ansiedad.....	51
2.2.4 Síntomas.....	51
2.2.5 Causas.....	53
2.2.6 Diagnóstico.....	59
2.2.7 Diagnóstico diferencial.....	60
2.2.8 Prevalencia.....	60
2.2.9 Prevalencia en El Salvador.....	61
2.2.10 Curso y pronóstico de los trastornos de ansiedad.....	61
2.2.11 Comorbilidad.....	62

2.2.12	Tipos de trastornos de ansiedad.....	63
2.2.13	Tratamiento.....	102
2.2.14	Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para reducir los síntomas de los trastornos de ansiedad.....	112
2.2.15	Estudios sobre la elaboración y aplicación de programas cognitivos conductuales grupales para los trastornos de ansiedad.....	132
CAPÍTULO III. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....		137
3.1	Hipótesis de trabajo.....	138
3.2	Hipótesis Nula.....	139
3.3	Operacionalización de las variables.....	141
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....		142
4.1	Tipo de Investigación.....	143
4.2	Muestra.....	143
4.3	Instrumento.....	144
4.4	Diseño de Investigación.....	149
4.5	Procedimiento de la investigación.....	150
CAPÍTULO V. RESULTADO.....		152
5.1.	Porcentajes de las pre y post pruebas aplicadas.....	153
5.2.	Niveles de ansiedad obtenidos en la pre y post evaluación.....	164
5.3.	Diferencia de medias de los resultados obtenidos de la pre y post evaluación..	174
5.4.	Tabla de correlación entre el cumplimiento de tareas y el trastorno de ansiedad en pre aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	183
17	Discusión de resultados.....	184
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		196
6.1	Conclusiones.....	197
6.2	Recomendaciones.....	202
6.3	Referencias bibliográficas.....	203

ANEXOS.....	209
ANEXO 1: Cronograma.....	210
ANEXO 2: Solicitud de permiso.....	211
ANEXO 3: Ubicación geográfica del Hospital Nacional San Pedro, Usulután.....	212
ANEXO 4. Glosario.....	213
ANEXO 5. Siglas.....	224
ANEXO 6: Informes psicológicos de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.	225
ANEXO 7: Registro de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad.	258
ANEXO 8: Datos sociodemográficos.....	273
ANEXO 9: Registro de asistencia de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.....	284
ANEXO 10: Porcentajes de asistencias.....	285
ANEXO 11: Cuadernillo de registro de cumplimiento de tareas.....	286
ANEXO 12: Registro general del cumplimiento de tareas.	287
ANEXO 13: Proceso estadístico de la prueba t de Student.....	289
ANEXO 14: Tabla de valores críticos de la distribución t.....	300
ANEXO 15: Tabla de coeficiente de correlación producto momento de Pearson.....	301
ANEXO 16: Fotografías de actividades realizadas en las diferentes sesiones del programa de tratamiento.....	302
ANEXO 17: Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad.....	308

INDICE DE TABLAS

TABLAS	PÁGINA
Tabla 1: Diferencia porcentual del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	153
Tabla 2: Diferencia porcentual del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	154
Tabla 3: Diferencia porcentual del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	155
Tabla 4: Diferencia porcentual general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	156
Tabla 5: Diferencia porcentual del Factor I Ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	157
Tabla 6: Diferencia porcentual del Factor II Ansiedad Interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	158
Tabla 7: Diferencia porcentual del Factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	159
Tabla 8: Diferencia porcentual del Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	160
Tabla 9: Diferencia porcentual de la escala Estado, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	161
Tabla 10: Diferencia porcentual de la escala Rasgo, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	162
Tabla 11: Diferencia porcentual general, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	163

Tabla 12: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	164
Tabla 13: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	165
Tabla 14: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	166
Tabla 15: Niveles de ansiedad general presentes según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	167
Tabla 16: Niveles de ansiedad presentes en el FI Ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	168
Tabla 17: Niveles de ansiedad presentes en el FII Ansiedad Interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	169
Tabla 18: Niveles de ansiedad presentes en el FIII Ansiedad Fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	170
Tabla 19: Niveles de ansiedad presentes en el FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	171
Tabla 20: Niveles de Ansiedad presentes en la escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.	172
Tabla 21: Niveles de ansiedad presentes en la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	173
Tabla 22. Diferencia de medias del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	174

Tabla 23. Diferencia de medias del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	175
Tabla 24. Diferencia de medias del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	176
Tabla 25. Diferencia de medias de la puntuación general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	177
Tabla 26. Diferencia de medias del factor I Ansiedad ante la evaluación de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	178
Tabla 27. Diferencia de medias del factor II Ansiedad interpersonal de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	179
Tabla 28. Diferencia de medias del factor III Ansiedad fóbica de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	180
Tabla 29. Diferencia de medias del factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	181
Tabla 30. Diferencias de medias de las sub escalas ansiedad estado y ansiedad rasgo, y ansiedad general de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.	182
Tabla 31. Correlación entre el cumplimiento de tareas y el trastorno de ansiedad en la pre aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	183

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICOS	PÁGINA
Gráfico 1: Diferencia porcentual del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	153
Gráfico 2: Diferencia porcentual del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	154
Gráfico 3: Diferencia porcentual del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	155
Gráfico 4: Diferencia porcentual general de la pre y post aplicación.....	156
del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	
Gráfico 5: Diferencia porcentual del Factor I Ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	157
Gráfico 6: Diferencia porcentual del Factor II Ansiedad Interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	158
Gráfico 7: Diferencia porcentual del Factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	159
Gráfico 8: Diferencia porcentual del Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	160

Gráfico 9: Diferencia porcentual de la escala Estado, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	161
Gráfico 10: Diferencia porcentual de la escala Rasgo, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	162
Gráfico 11: Diferencia porcentual general, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	163
Gráfico 12: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	164
Gráfico 13: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	165
Gráfico 14: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	166
Gráfico 15: Niveles de ansiedad general presentes según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	167
Gráfico 16: Niveles de ansiedad presentes en el FI Ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	168

Gráfico 17: Niveles de ansiedad presentes en el FII Ansiedad Interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	169
Gráfico 18: Niveles de ansiedad presentes en el FIII Ansiedad Fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	170
Gráfico 19: Niveles de ansiedad presentes en el FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.	171
Gráfico 20: Niveles de Ansiedad presentes en la escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	172
Gráfico 21: Niveles de ansiedad presentes en la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	173

RESUMEN

En el presente informe se muestra una investigación basada en el diseño pre experimental en la modalidad de preprueba/postprueba con un solo grupo, el cual determina que se debe aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior al estímulo. Se estableció como objetivo la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, denominado “Superando la ansiedad”

El programa se desarrolló en cinco áreas, la primera es evaluación inicial que comprende de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, con el cual se conoció el nivel de ansiedad de cada participante en el componente cognitivo, fisiológico y motor, además el inventario permite evaluar cuatro factores enfocados en ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana los cuales también se evaluaron, y el Inventario Rasgo-Estado con el cual se conoció el nivel de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, la segunda se dividió en 3 sesiones enfocadas en minimizar los síntomas fisiológicos producidos por la ansiedad, la tercera en 4 sesiones dirigidas en proporcionar estrategias para controlar síntomas cognitivos, la cuarta en 3 sesiones más para capacitar en técnicas de control de comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos y en la quinta y última fase se realizó la evaluación final donde se aplicaron nuevamente los inventarios antes mencionados para conocer sus niveles de ansiedad luego de la intervención. La aplicación del programa se dividió en 12 sesiones, de aproximadamente 120 minutos cada una y el grupo estuvo formado por 11 participantes de los cuales 8 fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino, resultando con una efectividad del 53%.

Palabras claves: Ansiedad, Trastornos de Ansiedad, Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual Grupal, Manejo Adecuado de Síntomas.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad se caracterizan principalmente por un miedo o ansiedad anormal y patológica, y son además una de las problemáticas psicológicas que más afecta a la población salvadoreña, con base a ello Gutiérrez (2011) plantea que los “trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en ésta son la depresión y ansiedad, encontrándose la ansiedad en primer lugar con un 53.6%”. Ante esta situación, es importante la pronta intervención de profesionales de la salud mental, a los cuales generalmente se les dificulta, debido a la gran demanda que se tiene; es por ello que se buscan estrategias para poder atender a esta población afectada, una de estas estrategias es la terapia grupal, en la que se logra atender a varias personas a la vez con problemáticas igual o similares, ésta ha demostrado ser bastante útil para reducir los síntomas de trastornos como la ansiedad; es por ello que esta investigación se hace con el propósito de demostrar la eficacia de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo adecuado de síntomas de los trastornos de ansiedad en los/as usuarios del Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Para un mayor entendimiento de lo que se realizó, se presenta este trabajo de investigación, el cual se conforma de la siguiente manera:

Se cuenta con el “CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA”, en éste se plantean los antecedentes del problema y la situación problemática. En el primero se plantean una serie de estudios que se han realizado en cuanto a la eficacia de programas de tratamientos cognitivo conductuales para la reducción de síntomas de ansiedad. En el siguiente, es decir, en la situación problemática, se hace ver principalmente que los trastornos de ansiedad es una de las problemáticas psicológicas que más afectan a la población salvadoreña, ocasionando gran deterioro en la salud mental de ésta y todas las áreas de sus vidas. También se menciona que la situación económica y de violencia en la que se encuentra el país influye grandemente en el desarrollo de estos trastornos psicológicos y ante esta situación, en ocasiones las personas carecen de los recursos psicológicos necesarios para enfrentarla de la mejor manera. Posteriormente se encuentra el enunciado del problema, en donde se hace la pregunta de investigación. Se cuenta también con la respectiva justificación, en ésta se explica que este trabajo de investigación se llevó a cabo por los pacientes con trastornos de ansiedad que necesitan intervención psicológica,

ayudando a mejorar su calidad de vida; brindándoles las herramientas psicológicas necesarias para que logren un adecuado manejo de los síntomas que manifiestan.

Posteriormente se plantean los objetivos tanto generales como específicos. Con lo que respecta al objetivo general, éste se refiere a la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután. A partir de ello, con base a los objetivos específicos se determina su efectividad, se busca identificar niveles de ansiedad presentes en los pacientes, minimizar los síntomas del componente cognitivo, fisiológico y motor de los trastornos de ansiedad, así como también minimizar los síntomas de los factores: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

El “CAPITULO II. MARCO TEÓRICO” se conforma por los antecedentes y las bases teóricas. En los antecedentes se muestran datos en cuanto a la evolución del concepto de los trastornos de ansiedad, el cual en un principio se le conocía como “neurosis”; mencionando los planteamientos que hicieron diferentes autores. También se mencionan los planteamientos que se han hecho en las últimas décadas, incluido los 50, 60, 70, 80 y 90. Asimismo, se presenta la evolución que ha tenido la terapia de grupo a través de la historia, mencionándose también quienes fueron sus pioneros.

En cuanto a las bases teóricas, se define primeramente lo que es ansiedad normal y anormal, se define lo que son los trastornos de ansiedad, se describen los síntomas de éstos basándose en los tres componentes: cognitivo, fisiológico y motor. Asimismo, se plantean las causas, entre las cuales se destacan las biológicas, factores psicosociales/ambientales, individuales, cognitivos y conductuales. Además, se encuentra el diagnóstico y el diagnóstico diferencial. También se cuenta con estudios realizados internacionalmente en cuanto a la prevalencia en la población con Trastornos de Ansiedad, así como también estudios realizados en El Salvador. Se describe también el curso, pronóstico y comorbilidad de los trastornos de ansiedad. Seguidamente se describen los tipos de trastornos de ansiedad con su respectiva definición, causas, características o síntomas y el diagnóstico según las diferentes clasificaciones como la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V

y la CIE-10. Por otra parte, se define lo que es tratamiento psicológico; brevemente se describe lo que es terapia psicológica individual y posteriormente se profundiza más en lo que es la terapia psicológica grupal, ya que es en ésta en la que se basa para llevar a cabo la investigación, basándose también en la terapia cognitivo conductual, de la que se describen sus principios, así como también algunas de sus técnicas. Se describe como se aplica la terapia cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad y sobre la elaboración de programas de tratamiento basados en esta terapia para reducir los síntomas de ansiedad, describiéndose las técnicas que usualmente son utilizadas en este tipo de programas. Entre estas técnicas se encuentran: la psicoeducación, las técnicas psicofisiológicas, técnicas de relajación, técnicas de visualización, técnicas cognitivas, técnicas para combatir comportamientos involuntarios, planificación de actividades y entrenamiento asertivo. Se cuenta también, con una serie de investigaciones realizadas sobre la elaboración y aplicación de programas cognitivos conductuales grupales para los trastornos de ansiedad, y los resultados obtenidos en éstas demuestran la eficacia de estos programas en la reducción de síntomas característicos de los trastornos de ansiedad. Posteriormente se encuentra el “CAPITULO III. SISTEMA DE HIPÓTESIS”, conformado por las hipótesis de trabajo y las hipótesis nulas, cuyo aprobación está reflejada en los resultados finales de la investigación. En la operacionalización de las variables se presenta una definición conceptual y operacionalización de cada una de las variables, las dimensiones e indicadores.

Seguidamente se encuentra el “CAPITULO IV MARCO METODOLÓGICO”, en el que se establece el tipo de investigación siendo descriptiva, el diseño es pre experimental en la modalidad de preprueba/posprueba con un solo grupo; en cuanto a los participantes, estos estuvieron conformados por usuarios del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, quienes han sido diagnosticados con trastornos de ansiedad por la Unidad de Salud Mental, de ambos sexos, diferentes niveles socioeducativos y distintas zonas geográficas del país, así como también cuyas edades oscilan entre la etapa de adolescencia y adultez, los instrumentos que se utilizaron son el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. También se encuentra el

procedimiento de investigación, en éste se describe lo que se realizó desde el momento en que se visitó la institución hasta la obtención y análisis de los resultados finales.

Seguidamente se encuentra el “CAPITULO V RESULTADOS”, presentando las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas por todos los participantes en la pre y post evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, obteniendo una reducción significativa en los síntomas de ansiedad. Asimismo, se presentan las frecuencias y porcentajes en cuanto a los niveles de ansiedad obtenidos en la pre y post evaluación, reflejándose una reducción en los niveles de ansiedad de cada una de las categorías de las pruebas ya mencionadas. Se cuenta también con las medias calculadas de la pre y post evaluación, en las cuales se evidencia una diferencia significativa entre ambas. Asimismo se presentan la tabla de correlación entre el cumplimiento de tareas y el trastorno de ansiedad en la pre aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en donde se obtuvo una correlación alta. Seguidamente se presenta la discusión de resultados, en donde se analizan los resultados obtenidos en la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

Seguidamente se cuenta con el “CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES”. En las conclusiones se da respuesta a los objetivos, general y específicos propuestos al inicio de la investigación. Posteriormente se encuentran las recomendaciones dirigidas al Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, a la Unidad de Salud Mental, a los futuros profesionales de la salud mental y a los participantes que asistieron al programa de tratamiento. Seguidamente se encuentran las referencias bibliográficas, que reflejan las fuentes de donde se obtuvo la información necesaria para la elaboración del marco teórico, la información se obtuvo de una serie de libros, artículos de revistas, tesis y páginas web. Finalmente se encuentran los respectivos “ANEXOS” presentando primeramente el cronograma en donde se reflejan cómo están programadas las diferentes actividades realizadas durante todo el proceso de investigación. Se encuentra la solicitud de permiso dirigida al director del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, con la que fue posible la aplicación del programa de tratamiento en los usuarios de esta institución. Seguidamente se encuentra la ubicación geográfica del Hospital

Nacional san Pedro de la ciudad de Usulután, lugar en donde se desarrolló el programa de tratamiento. De igual manera se encuentra el glosario, en éste se presentan diversos términos con su respectivo significado. Asimismo se presentan las siglas, siendo éstas las letras representativas de algunas palabras. Posteriormente se encuentran los informes psicológicos de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal, en éste se presentan los datos generales, resultados del pre y pos test, los resultados de las tareas realizadas de los componentes cognitivos, fisiológico y motor. De igual manera se encuentra el registro de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, en el cual se describe lo realizado en cada una de las sesiones del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

Posteriormente se presentan las tablas y graficas de los datos sociodemográficos, reflejando los datos generales de cada uno de los pacientes, edad, sexo, escolaridad, dirección, diagnóstico, entre otros. Asimismo se encuentra el registro de asistencia de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal. Seguidamente se presentan los porcentajes en cuanto a la asistencia de cada una de los participantes. Se encuentra también el registro general del cumplimiento de tareas, reflejándose que los pacientes cumplieron con la mayoría de tareas asignadas en cada una de las sesiones. Asimismo se encuentra el proceso estadístico de la prueba t de Students. Por otra parte se encuentra la tabla de valores críticos de la distribución t. También se presenta la tabla de coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Posteriormente se encuentran las fotografías de actividades realizadas en las diferentes sesiones del programa de tratamiento, en donde se observa a las facilitadoras en el desarrollo de las distintas técnicas psicoterapéutica del componente cognitivo, fisiológico y motor, así como también técnicas de animación, técnicas auxiliares y asignación de tareas. Finalmente se encuentra el programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, el cual está conformado por cinco áreas: presentación y evaluación inicial, psicoeducación y componente fisiológico, componente cognitivo, componte motor y evaluación final. Cada una de estas áreas comprende diferentes actividades.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del fenómeno u objeto de estudio

El tema de la ansiedad generalmente es muy conocido, ya que las personas en su mayoría poseen por lo menos una idea en cuanto a lo que se refiere, y este conocimiento no es solo a nivel teórico, sino que también la mayoría de estas personas manifiestan experimentar ciertos estados ansiosos por diversas razones, ya sea dentro del parámetro normal o anormal, ya que todos los seres humanos pueden llegar a experimentar ansiedad y ésta no siempre de una forma patológica.

Son muchas las investigaciones científicas sobre los Trastornos de Ansiedad. Algunas de estas investigaciones estudian los efectos que estos trastornos tienen en las personas, otras se centran en conocer el origen de éstos y en algunos casos la investigación va más allá de un nivel teórico, ya que también trata de resolver problemas relacionados con los Trastornos de Ansiedad a través de diferentes tratamientos. Entre estas investigaciones se encuentra la realizada por Alférez (2010) titulado “*Trastornos de Ansiedad en la Población Adulta que Consulta la Unidad de Salud las Flores, en el Departamento de Chalatenango*”. En dicha investigación, además de determinar la cantidad de pacientes con ansiedad y la relación entre el conflicto armado que sufrió El Salvador y el surgimiento de esta problemática, también se trata de encontrar específicamente cuál trastorno de ansiedad se manifestaba con mayor frecuencia en la población atendida, siendo éste, según los resultados obtenidos por la investigación, el trastorno de ansiedad generalizada. Como dato importante que también demostraron los resultados, es que la ansiedad que manifiesta esta población tiene mayor relación con preocupaciones actuales en su vida, y no exclusivamente a las experiencias que tuvieron en el conflicto armado.

No solamente se encuentran investigaciones sobre la frecuencia de este trastorno, sino que también sobre el diseño de programas psicoterapéuticos desde diversas teorías para tratarlos, como la realizada por Lizeretti (2009), que lleva por nombre “*Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*”, en la cual se diseñó y aplicó un programa psicoterapéutico basado en la Inteligencia emocional, se pretendía comprobar su eficacia; pero también se

buscaba comprobar que es más eficaz que el tratamiento cognitivo conductual, por lo que también se aplicó un programa basado en éste.

Al finalizar los programas con ambos grupos, según los resultados obtenidos en esta investigación, demuestran que ambos programas fueron eficaces, pero al compararlos, el tratamiento basado en inteligencia emocional dio mejores resultados; sin embargo, existen diversas investigaciones que dan gran notoriedad a la efectividad de los programas psicoterapéuticos basados en la Terapia cognitivo conductual. Esto se puede corroborar al revisar la literatura de Tejero (2010), quien sostiene que “la mayoría de estudios centrados en la eficacia de la Terapia cognitivo conductual manifiestan la superioridad de ésta para el tratamiento del Trastorno de ansiedad generalizada”, y además añaden el mantenimiento o la eficacia ante recaídas en comparación con otras técnicas como las farmacológicas, conductuales o dinámicas. Entre los estudios que aprueban este planteamiento, Tejero (2010) menciona a Task Force (Chambless y cols., 1998), Sección especial del Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall & Chambless, 1998), What Works for Whom (Roth & Fonagy, 1996), A Guide to Treatments that Work (Nathan & Gorman, 1998), Gatz y cols. (1998), Revisión Psicothema (2001), Wilson & Gil (1996), estos consideran que “el conjunto de técnicas cognitivas conductuales son las que producen cambios radicales, ya que las técnicas por si solas no producen los cambios esperados” (Tejero, 2010).

Así mismo Sánchez, Velazco y Rodríguez (2000), indican que “el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud”. A través del tiempo han surgido diferentes formas de abordar el problema de ansiedad, una de ellas es la aplicación de programas psicoterapéuticos grupales, los cuales han demostrado su efectividad como estrategia, pero se requiere de esfuerzo y responsabilidad por parte de los participantes, ya que las técnicas de manera independiente no serían efectivas, siendo indispensable entonces, la completa asistencia a cada una de las sesiones programadas.

1.2 Situación Problemática

Los Trastornos de Ansiedad se caracterizan principalmente por miedo y ansiedad anormal y patológica, siendo un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, ya que dentro de los Trastornos de Ansiedad, se encuentran tipos como por ejemplo el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de ansiedad fóbica, Trastorno de pánico, Trastorno mixto ansioso-depresivo, entre otros. Estas son de las problemáticas psicológicas que al igual que en muchos países, también se dan con mayor frecuencia en El Salvador, ya que se conoce que gran parte de la población en general presenta síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad o cualquier otra problemática que afecte directamente la salud mental de las personas. Según los resultados de estudios recientes relacionados con la salud mental de la sociedad salvadoreña, Gutiérrez (2011) plantea que los “trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en ésta son la depresión y ansiedad, encontrándose la ansiedad en primer lugar con un 53.6%”.

Este problema está ocasionando un grave deterioro en la salud mental de gran parte de la población, produciendo un considerable malestar psicológico, lo cual tiene como resultado la afectación de las diferentes áreas de vida de la persona que lo presenta, afectando su funcionalidad como ser humano. Además de la persona que presenta algún tipo trastornos de ansiedad, también las personas que la rodean se ven afectadas, ya que en ocasiones no logran comprender porque ésta se comporta de determinada manera, y esto en la mayoría de casos viene a ocasionar problemas familiares, de pareja, laborales, entre otros. Estas personas que son cercanas al paciente con esta problemática, suelen manifestar su frustración al no saber cómo ayudarlos a afrontar el problema que acontece.

Por otra parte, aunque se hable de trastornos de ansiedad en general, es necesario aclarar que estos se dividen en tipos, entre los cuales se logran mencionar: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (con o sin agorafobia), mutismo selectivo, trastorno de ansiedad por separación, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad social o fobia social y trastorno fóbico. Siendo más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada, por lo menos en las instituciones de salud pública esto es así; entre estas podemos mencionar al Hospital Nacional San Pedro Usulután, en donde según lo revela el personal de la Unidad de Salud Mental de esta

institución, los problemas de ansiedad es uno de los principales motivos de consulta, resultando los pacientes diagnosticados principalmente con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Gutiérrez (2012) reveló que “un contexto de violencia social delincencial es un factor desencadenante de alteraciones emocionales y psicológicas en la población salvadoreña”, entre estos menciona el estrés y la ansiedad, también encontró que los mensajes emitidos por los medios de comunicación sobre dicho fenómeno inciden en la salud mental de la población. Con base a ello, y a lo que se observa en la actualidad, se puede deducir que entre las principales causas de estas problemáticas se logra evidenciar la caótica situación de la sociedad salvadoreña en cuanto a problemas socioeconómicos, inseguridad, problemas de salud, desempleo y violencia.

Ante esta situación, muchas personas no cuentan con las herramientas psicológicas necesarias para afrontar de una mejor manera los problemas que acontecen en su diario vivir, dando como resultado el surgimiento de síntomas que caracterizan a la ansiedad, afectando el diario vivir de éstas. Entonces se logra deducir que la intervención de profesionales en salud mental es un factor importante para el mejoramiento de estas personas; sin embargo, lamentablemente las autoridades gubernamentales correspondientes no prestan la atención necesaria a este aspecto, ya que en El Salvador para enfrentar la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, solamente se designa el 1% del presupuesto público destinado a salud, del cual el 92% está destinado al pago de salarios de los profesionales y mantenimiento de los hospitales psiquiátricos (OPS/OMS, 2006; Rodríguez, Barrett, Narváe, Caldas, Levav y Saxena, 2007). Además, “los recursos que se destinan a los servicios de salud mental, no corresponden mínimamente al impacto de los trastornos mentales” (OMS, 2005). Esto se logra evidenciar en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután, ya que se observa y además los pocos profesionales de la salud mental que en esta institución están, aseguran que difícilmente logran cubrir la demanda de pacientes que existe. En El Salvador, ante la limitante de los recursos financieros en cuanto a salud mental, los profesionales en esta área tratan de brindar la mejor ayuda posible a los usuarios que soliciten consulta psicológica, tomando en cuenta que es una población que crece considerablemente. Debido a que en ocasiones no es posible brindar atención psicológica

individualizada a los pacientes cuando lo requieren, pues existe una alta demanda, se opta por hacer uso de ciertos métodos o estrategias para poder brindar la ayuda necesaria, uno de estos métodos es el tratamiento grupal, en donde se logra tratar al mismo tiempo a varias personas con problemáticas similares. Es por ésta razón que se han diseñado y aplicado diversos programas de tratamientos grupales para problemas como ansiedad, depresión, estrés, entre otros. Afortunadamente la psicoterapia grupal ha demostrado tener efectos considerablemente positivos en los pacientes que forman parte de él. Además, a través de diversos estudios se ha demostrado la eficacia de dichos programas, muestra de ello, es que en el estudio *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos”* (Sánchez, Velazco, Rodriguez y Baranda, 2006) se evaluaron cuatro programas grupales aplicados a pacientes medicamente enfermos, siendo éstos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán; en cuanto a este estudio, los resultados obtenidos demuestran que al aplicar estos programas se dio una disminución significativa en los síntomas que los pacientes manifestaban, debido a que estos aprendieron estrategias para poder afrontarlos.

El modelo cognitivo-conductual se encuentra entre los enfoques mayormente utilizados para el diseño de programas de tratamiento para Trastornos de Ansiedad, este modelo ha demostrado su efectividad en la intervención de trastornos de ansiedad. Con base a lo anterior, surge la necesidad de la aplicación de diversas técnicas y estrategias psicoterapéuticas cognitivo conductuales a grupos de pacientes con síntomas de ansiedad, para lograr beneficiar a la población que lo requiera, ya que al proporcionarles las herramientas necesarias, probablemente no hará que desaparezca el problema en su totalidad, pero sí permitirá que los pacientes logren un mayor control sobre los síntomas de ansiedad que provocan que se deteriore significativamente su bienestar psicológico, relaciones interpersonales y su diario vivir en general.

1.3 Enunciado del Problema

¿Será efectiva la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután desarrollado durante los meses de febrero-agosto de 2016?

1.4 Justificación

Los Trastornos de Ansiedad se caracterizan por un miedo o ansiedad anormal y patológica. Además, en el DSM V según el surgimiento y la manifestación de sus síntomas, estos se dividen principalmente en: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico (con o sin agorafobia), Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Ansiedad Social o Fobia social, Trastorno Fóbico y otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias. Estos trastornos de ansiedad provocan un considerable malestar psicológico y de no ser tratado adecuadamente, puede afectar drásticamente a la persona que lo presenta, afectándola no sólo a nivel personal, sino que también las diferentes áreas de su vida como el área familiar, académico, laboral y de pareja.

Entre las causas de ansiedad están los problemas familiares, económicos, salud y personales, pero también puede influir la situación sociopolítica en cada país, como situación de pobreza, desempleo, inseguridad y delincuencia. Esta situación se observa con más frecuencia en países sub desarrollados, incluido El Salvador. Es por esta razón que han surgido diversos estudios enmarcados a identificar las consecuencias que conlleva la situación actual del país. Con base a ello, se logra citar lo planteado por Gutiérrez (2012), quien menciona que, en cuanto a problemas de ansiedad, “entre las principales causas de estas problemáticas se logra evidenciar la caótica situación del pueblo salvadoreño en cuanto a problemas socioeconómicos, inseguridad, problemas de salud, desempleo, violencia, entre otros”.

Estudios recientes relacionados con la salud mental de la sociedad salvadoreña, están revelando que los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en la población salvadoreña son depresión y ansiedad, encontrándose el problema de ansiedad en primer lugar con un 53.6%. Estos datos son obtenidos del estudio titulado “*prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Estado de la salud mental*” (Gutiérrez, 2011). Estos datos revelan que es una población bastante considerable que se está viendo afectada en cuanto a su salud mental debido a la manifestación de los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad.

Se evidencia la necesidad de una pronta intervención por parte de profesionales de salud mental en cuanto a esta problemática; pero lamentablemente dicha intervención se manifiesta con poca intensidad y frecuencia, no por falta de voluntad de estos, sino por la falta de recursos necesarios para poder llevar a cabo actividades que mejoren el bienestar psicológico de la población afectada, pues “se sabe que los recursos económicos que proporcionan el estado para la salud mental de la población salvadoreña son escasos” (OPS/OMS, 2006). Dando como resultado, que la cifra de personas con inadecuada salud mental se torne en aumento. Es por esta razón, que el trabajo de investigación planteado contribuirá a mejorar el bienestar psicológico de las personas que lo requieran en el área de la Salud Mental del Hospital Nacional San Pedro, Usulután, ya que es una de las instituciones de salud pública en donde asisten una población bastante considerable que manifiestan síntomas de trastornos de ansiedad, y que además, el poco personal que ahí se encuentra, difícilmente logra cubrir las necesidades de la alta demanda de pacientes que suele asistir.

El programa psicoterapéutico que se estará desarrollando será de beneficio para las personas diagnosticadas con cualquiera de los tipos de trastorno de ansiedad y que previamente fueron incluidas en el grupo de tratamiento. Las técnicas psicoterapéuticas que se estarán desarrollando a través del programa serán de utilidad para éstos, ya que se les estará brindando las herramientas necesarias para que logren un adecuado manejo de los síntomas que manifiestan. El efecto que el programa de tratamiento causará en los pacientes que formen parte de él será positivo, ya que habrá una reducción considerable en la frecuencia e intensidad de los síntomas y por ende mejorará su bienestar y calidad de vida, pues está comprobado a través de diversos estudios, los beneficios que se obtienen en los grupos de tratamientos, como por ejemplo en el estudio *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos”* (Sánchez, Velazco y Rodríguez 2006), en el cual se evaluaron cuatro programas grupales aplicados a pacientes medicamente enfermos, siendo éstos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán; los resultados obtenidos demuestran que al aplicar estos programas se dio una disminución significativa en los síntomas que los pacientes manifestaban, debido a que estos aprendieron estrategias para poder afrontarlos.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General:

Aplicar programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután, desarrollado durante los meses de febrero-agosto de 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos:

Determinar la efectividad del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután.

Identificar los niveles de ansiedad a través del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Proporcionar estrategias psicoterapéuticas para controlar síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Ejecutar técnicas psicoterapéuticas que minimicen los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Capacitar en técnicas de control del comportamiento ansioso a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Disminuir la ansiedad ante la evaluación en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Reducir la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Minimizar la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Controlar la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Determinar la correlación existente entre la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal y el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Historia y evolución del concepto de Trastornos de Ansiedad

“Las conductas de tipo ansioso, inquietud y desasosiego, pueden ser rastreadas en la bibliografía de distintos momentos históricos (Berrios, 2008)” (Sarudiansky, 2013). En efecto, desde los primeros textos atribuibles a la disciplina médica occidental, se hacía referencia a estados de angustia o aflicción que acompañaban el curso de distintas enfermedades físicas, aunque no necesariamente eran limitados a cuadros mórbidos específicos, es decir, de alguna enfermedad en particular. Por ejemplo, “En el siglo V a. C., en Aforismos e Hipócrates señalaba sobre un enfermo: En el día tercero estuvo muy caído, tuvo sed, congoja en el estómago, mucha inquietud y aflicción con angustias, deliró” (Sarudiansk, 2013).

Asimismo, “también pueden observarse condiciones homologables a estados de ansiedad en textos de Sófocles, Platón y Areteo (Papakostas, Eftychiadis, y Christodoulou, 2003)” (Ojeda, 2003). Es decir que en estos textos Sófocles, platón y Areteo, registraron condiciones parecidas a lo que ahora conocemos como síntomas de ansiedad, lo cual nos comprueba que los problemas de ansiedad son objeto de estudio desde cientos de año, y que en esa época, las personas ya se veían seriamente afectadas por esta problemática.

La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". “Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación” (Ojeda, 2003). Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope, es decir, desmayos, hasta el tétanos y la hidrofobia, o sea el temor al agua, pasando por la histeria, la melancolía, la manía y la amencia, en la cual resaltan síntomas de confusión y desorientación.

Sigmund Freud (1856-1936)

Con respecto a los distintos trabajos que Freud incluye en las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis que fueron publicados entre 1892 y 1899, Ojeda (2003) asegura que “Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó "neurosis de angustia" y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy”.

Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia (un síntoma, que se define como una sensación exagerada de los estímulos táctiles), especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, Ojeda (2003) también agrega que es característica la “espera angustiosa”, que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo; por ejemplo el paciente podría pensar que la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si suenan las campanas, es un ser querido que ha fallecido, entre otros. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma principal de la neurosis, una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. Otra manifestación sobresaliente de la neurosis de angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. A lo dicho se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración. El vértigo que describe Freud en estos pacientes “es una sensación de inestabilidad, como si el suelo oscilara y las piernas, temblorosas y blandas, se hundieran en él, de manera que es imposible continuar en pie. Este vértigo se acompaña de importante angustia, taquicardia y agitación respiratoria”.

Pierre Janet (1857-1947)

Pierre Janet en 1909 publica "Las neurosis", texto en el que considera que la idea de enfermedad funcional debe entrar en la concepción general de las neurosis, debido a que durante un siglo se ha pensado en medicina fundamentalmente en términos anatómicos y no fisiológicos. "Es necesario tener siempre presente en el espíritu la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos (Pierre 1909)" (Ojeda, 2003). Como ya se sabe, Janet considera que las funciones tienen estratos superiores e inferiores, siendo los últimos más antiguos y simples que los primeros. Las funciones superiores consisten en la adaptación de una función determinada a circunstancias más recientes. La adaptación que señala Janet corresponde a una circunstancia particular y actual, tanto interna como externa. Sostiene que la fisiología estudia la parte más simple y organizada de la función, y por lo mismo el fisiólogo se reiría si se le dijera que en el estudio de la alimentación debe tener en cuenta el trabajo que representa comer llevando un hábito negro y hablando con su vecino. "Este lugar, la parte superior de las funciones y su adaptación a las circunstancias presentes, es el lugar de las neurosis" (Ojeda, 2003).

La ordenación de estos estados para Janet, incluye un estado general y poco diferenciado que denomina neurastenia o simplemente "nerviosismo", en el que por falla de los estratos superiores de las funciones, aparecen los inferiores como la agitación psíquica y mental y la emotividad. El segundo grupo corresponde a la enfermedad más desarrollada, e incluye a la psicastenia, en la que predominan los fenómenos obsesivos y fóbicos, y finalmente la histeria.

Concibe Janet que los psicasténicos no presentan las parálisis y contracturas de los histéricos, pero sí fenómenos equivalentes a los que denomina "fobia de las acciones" y "fobia de las funciones". En el primer caso, el paciente, al ejecutar una acción, experimenta toda clase de trastornos; siente que su espíritu es invadido por los sueños más extravagantes y su pensamiento por toda suerte de agitaciones. Siente que sus miembros se agitan y experimentan la necesidad de moverse sin orden ni concierto; pero sobre todo, experimenta palpitaciones, ahogos, angustias. Este conjunto de trastornos se traduce en su pensamiento en un vago sentimiento, muy doloroso, parecido al miedo, y el terror aumenta a medida que continúa la acción que al comienzo se sentía tan capaz de realizar, a tal punto que ya no

puede seguir. “Como la angustia reaparece cada vez que pretende realizar el mismo acto, no puede ejecutarlo más, y en definitiva éste termina por quedar prácticamente suprimido, exactamente como en las parálisis histéricas” (Ojeda, 2003).

En otros casos, el mismo estado, semejante a una emoción muy dolorosa de miedo, se produce simplemente a raíz de la percepción de un objeto, síntoma que ha sido designado con el nombre de fobia a los objetos. Estas fobias, que en una mirada superficial pueden parecer fenómenos simples, en Janet están estrechamente vinculadas a los fenómenos obsesivos, es decir, el contenido ideativo de los temores está relacionado en general con el dañar o ser dañado física o moralmente y, por lo mismo, no se trata de un objeto cualquiera, sino de cuchillos, tenedores, objetos puntiagudos, alhajas, objetos de valor, de los excrementos y basura. Lo más común dice Janet, es que estas fobias de contacto se compliquen con una multitud de pensamientos obsesionantes e impulsivos. “Tal enfermo/a tiene miedo de cometer un homicidio o un suicidio si toca un objeto puntiagudo, o le tiene horror a las flores rojas y a las corbatas rojas que le recuerdan el homicidio (Janet, 1909)” (Ojeda, 2003). En las fobias de las situaciones no se trata de objetos, sino de un conjunto de hechos. Para Janet, “el prototipo de estos cuadros clínicos es la agorafobia descrita por Westphal en 1872, y más tarde por Legrand du Saulle, en 1877” (Ojeda, 2003). Es una emoción como si se estuviera ante un peligro, un vacío, un precipicio. La persona comienza por tener cólicos en la calle, se le debilitan las piernas, se inquieta, y muy pronto el temor de caminar por la calle lo domina por completo. La idea de verse abandonado en ese vacío lo hiela de espanto, mientras que la convicción de ser asistido, como quiera que sea, lo apacigua con dificultad. Ojeda (2003) menciona que “cercana a la agorafobia está para Janet la claustrofobia descrita por Ball en 1879”. El enfermo tiene miedo de que le falte el aire en un espacio cerrado, no puede entrar en una sala teatral o de conferencias, a un vehículo, a un departamento, cuyas puertas estén cerradas. Finalmente, Janet describe las fobias de las situaciones sociales, las que consisten en la percepción de una situación moral en medio de la gente. El fenómeno central en estos casos es la presencia de terror al estar ante los demás, al estar en público y tener que actuar en público. Todas estas fobias son determinadas por la percepción de una situación social y por los sentimientos originados en dicha situación.

Henry Ey (1900-1977)

Tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia que ahora nos ocupan, fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset.

La neurosis de angustia que Freud describiera en 1895, constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Así, éste divide a las neurosis en “indiferenciadas, que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y por otra parte las divide en grandemente diferenciadas, en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva” (César Ojeda, 2003), incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. Así, en la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales, y en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados.

La neurosis de angustia se caracteriza para Ey por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante. En este último cuadro se incluyen la claustro y agorafobia, el miedo a la oscuridad, el vértigo, el miedo a las muchedumbres, el miedo social, a animales o insectos. El término neurosis fue abandonado por la psicología científica y la psiquiatría. Concretamente, la OMS (CIE-10) y la A.P.A. (DSM-IV-TR) han cambiado la nomenclatura internacional para referirse a estos cuadros clínicos como trastornos, entre los cuales encontramos a los Trastornos de ansiedad (fobia, trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia, crisis de angustia, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada).

Concepto de ansiedad

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta,

pero resulta en ocasiones que ocurre de manera irracional, “La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939)” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

A continuación, se hará un recorrido por las diferentes décadas en cuanto a la evolución del concepto de ansiedad:

Década de los 50

A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación. Por su parte, “Wolpe (1958) describe la ansiedad como lo que impregna todo, estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Década de los 60

En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí. Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como “un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica, como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales)” (Franks, 1969)” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo como: tensión,

inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, entre otros. También aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático tales como: palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez e impotencia; y por último podemos mencionar aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos como: paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos. Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. En esta línea, “Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

Década de los 70

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza. Por su parte, “Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Otro autor importante de esta década fue Wolpe, que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional, éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la

presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); “en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979)” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Década de los 80

En los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, “Lewis (1980) señala que en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Asimismo, según lo describe este autor, en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, menciona que se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, entre otros, o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa. “Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. Por su parte,

“Spielberger (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo”, mientras que Tobeña (1997) la considera como “una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Década de los 90

A partir de los años noventa, se propone que la “ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990)” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, “Tobal (1990) propone que la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). La respuesta de ansiedad puede ser inducida, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas e imágenes que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto. Posteriormente, “Tobal (1996) resume la definición anterior en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración,

tensión muscular e indigestión. En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la inquietud y un sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

2.1.2 Historia y evolución del concepto de psicoterapia de grupo

Aunque ya en textos como la República de Platón y la Política de Aristóteles aparecen un conjunto de hipótesis y análisis sobre los fenómenos colectivos, es a comienzos del siglo XX, cuando el estudio de los grupos y de las relaciones humanas adquiere un carácter experimental. Según lo registran los datos históricos, el término grupo es reciente, las lenguas antiguas no disponían de ningún término que designara una asociación de pocas personas con objetivos comunes, “este término parece provenir del término italiano gruppo o gruppo, que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema” (Portillo 2000).

Es a mediados del s. XVIII cuando dicho término designa una reunión de personas, y a comienzos del XIX cuando se puede encontrar, en la obra de Fourier y el mito del falansterio, la idea de que el hombre es un ser social o más exactamente, un ser grupal. Durkheim, en el siglo XIX, contribuye a la interpretación de los procesos colectivos, a través de sus conceptos de solidaridad, anomia y los símbolos sociales, crea la hipótesis de una conciencia colectiva, de una “dinámica social” y define al grupo social como algo más que la suma de los miembros y, en el XX, Lewin insiste en esta idea cuando plantea que el grupo es una totalidad diferente a la suma de sus partes. Homans (1977) define al grupo del siguiente modo: “serie de personas que durante un lapso de tiempo tienen un trato mutuo frecuente, y cuyo número es suficientemente reducido como para que cada uno pueda entrar en relación con todos los demás, frente a frente”. Observamos que hay tantas definiciones de “grupo” como autores que se han dedicado al tema, pero en todas ellas se dan las características siguientes: pluralidad de personas, delimitación espacial y temporal de la experiencia y comunicación de los miembros entre sí, considerándose elementos decisivos

del grupo: la experiencia común, la interdependencia, la distribución de funciones y la consecución de una meta.

La etapa del sentido común. Pioneros

La terapia de grupo, en el sentido de una actividad planificada bajo una guía profesional para tratar la patología de la personalidad, es una invención estadounidense del siglo XX. A continuación, se mencionan algunos pioneros de lo que se conoce como terapia de grupo, se describen también sus contribuciones:

Joseph Pratt (1872-1956)

Entre los pioneros se cuenta a Joseph Pratt, internista que ya en 1905, preocupado por aquellos pacientes pobres en recursos económicos, que no pueden pagar un tratamiento hospitalario, decide organizar con ellos unos grupos de apoyo que les sirvan de ayuda y de instrucción acerca de la conducta a seguir hasta su curación. El trabajo con grupos adquiere desde este momento el aire de "tratamiento". Pratt trabajaba en un ambulatorio de Boston (Massachusetts) y los enfermos eran tuberculosos. Los grupos que se formaron eran de unos 20 enfermos, y la actividad al comienzo se pareció mucho a una clase, ya que Pratt proporcionaba instrucciones a los miembros de cada grupo sobre cómo alimentarse, como organizar su descanso y su trabajo, en el ambiente familiar que debían soportar, ya que no podían ser atendidos en el hospital. Los asistentes que cumplían mejor el régimen propuesto eran promovidos a las primeras filas del aula, según una situación de escalafón o estatus claramente establecido.

El médico asumía el rol de una figura parental idealizada, ya que éste inspeccionaba los registros diarios que realizaban los pacientes de su temperatura, pulso, ingesta de alimentos, y otros datos, esto se hacía con la finalidad de estimularlos para que perseveraran en el programa. Por otra parte, Portillo (2000) menciona que, "Pratt observó que tenían un arma en sus manos que ningún hospital les podía proporcionar: la fuerza del vínculo común que les proporcionaba la enfermedad común a todos ellos", ya que pronto se dio cuenta que con el paso del tiempo, más importante que sus palabras era el clima que se creaba en el grupo mismo. Los miembros se daban cuenta de que el hecho de ser los unos

para otros, era una poderosa arma de apoyo mutuo, y que esto les ayudaba a afrontar de mejor manera la situación por la que estaban pasando.

Edward W. Lazell

Fruto de un interés semejante por los enfermos sin recursos, otro médico, esta vez el psiquiatra Edward W. Lazell, comenzó en 1918 a tratar a los soldados que volvían a Norteamérica de la Guerra Europea, aquejados de desórdenes psicóticos, en reuniones de grupo en el hospital St. Elizabeth de Washington D.C.. “Lazell advierte que el grupo, cuando se le permite comunicarse en cierta libertad, aborda temas que tienen que ver con la situación global de la persona, y no se reduce a lo que toca al síntoma concreto que al comienzo trajo a cada persona a recibir tratamiento” (Portillo, 2000), lo que permitía un mayor abordaje terapéutico. Lazell, como Pratt, guiado de su buen sentido, insistía en la importancia que tiene para toda curación el recibir información adecuada, el recibir consejos sensatos, el verse apoyados por otras personas en situación semejante, y el que los pacientes se identificaran unos con otros de forma espontánea y cordial.

L. Cody Marsh

Aproximadamente una década más tarde L.Cody Marsh, sacerdote que luego se hizo psiquiatra, desarrolló un abordaje grupal con pacientes internos en el Hospital Estatal de Kings Park, de Long Island. “Utilizaba los conceptos teóricos de Freud, Le Bon, McDougall y los métodos psicoeducativos de Lazell para estimular las emociones grupales y la adaptación al ambiente hospitalario, donde se aplicaba tanto el exhorto como la sugerencia” (Portillo, 2000). Además, complementaba sus conferencias con tareas en casa, lecturas, cantos, ejercicios grupales, testimonios y conferencias de pacientes, tiempo para preguntas y respuestas, role playing y otras técnicas psicodramáticas.

El objetivo del tratamiento era inspirar en los pacientes un estado de ánimo feliz. En 1933 organizó innumerables grupos “socio-educativos-industriales” en el Hospital Estatal Worcester, para el personal, pacientes y comunidad hospitalaria. Trabajó con grupos de médicos, clérigos, educadores, enfermeras y estudiantes, con temas que incluían problemas

de desarrollo, sexualidad, matrimonio, religión, filosofía, y adquisición de serenidad, éxitos, entre otros.

Expansión de la terapia de grupo

Con la Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945.) la terapia de grupo cobró un gran impulso, debido a los numerosos casos psiquiátricos, los pocos psiquiatras militares se vieron obligados a utilizar los métodos grupales por necesidad. Así, los hospitales militares británicos y americanos se encontraron con los mayores expertos en psicoterapia de grupo, entre los británicos destacan, E. James Anthony, S.H. Foulkes y W.R. Bion., y entre los segundos, A. Wolf y Eric Berne.

En 1944 se crea el término "dinámica de grupos" por K. Lewin, psicólogo alemán que describe al grupo como "un todo dinámico sometido a la influencia de diversas fuerzas, producto de la relación de los deseos y defensas de sus miembros, que a su vez están en continuo cambio; siendo el cambio y la resistencia al mismo un aspecto esencial en la vida de los mismos" (Portillo, 2000). Además, también define al grupo como un conjunto de personas interdependientes, un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes y plantea que su organización incluye además de los miembros, los objetivos, las normas, entre otros. Concluye que los grupos no son objetos fijos, sino que tienen una historia y un proyecto.

Asimismo, trabaja sobre la importancia del liderazgo en el grupo. Éste es fundamental para comprender la dinámica grupal, ya que la estructura y la función de un grupo están determinadas por sus características.

Por otro lado, Pagés, 1977, se interesa por la vida afectiva de los grupos y plantea que los fenómenos del grupo pueden ser considerados como sistemas de defensa contra la angustia ante la separación. Por otro lado, y en contraposición a Freud, opina que no es la existencia de un líder lo que hace surgir a un grupo, sino la unión del grupo lo que determina el surgimiento del líder.

Con respecto a la terapia de grupo cognitiva conductual, es en los años 60 que se comienza a aplicar al tratamiento de grupo los principios conductistas relacionados con el refuerzo; y ya a finales de los 70 e inicios de los 80, la terapia grupal cognitivo-conductual incluye técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación; más tarde introduce los métodos de exposición a estímulos.

En los años 70, el entrenamiento en habilidades sociales era la forma más importante de terapia grupal; en los 80 y hasta el momento actual, el manejo de estrés y la agresividad se han convertido en los objetivos terapéuticos. Ambos utilizan la reestructuración cognitiva y la relajación, así como la resolución sistemática de problemas. Se denomina reestructuración cognitiva al proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones, reconociendo los efectos perjudiciales de las desadaptativas y sustituyéndolas por otras más apropiadas. Por otra parte, es importante recordar que según lo plantea Portillo (2000) “al principio la preocupación principal de los terapeutas grupales era la aceptación del nuevo método como forma válida de tratamiento”, pero hora a principios del siglo XXI, ya es reconocida la gran validez del grupo como instrumento terapéutico, y en numerosos países se han creado Asociaciones e Instituciones que se han dedicado a la investigación y al desarrollo de esta modalidad psicoterapéutica.

Asimismo, en las redes de asistencia pública a la salud mental ha habido un desarrollo creciente de las técnicas grupales para la atención de los problemas psicopatológicos, lo que ha evidenciado la gran utilidad y relevancia de la psicoterapia de grupo y de las técnicas ligadas a la misma, tanto para trabajar lo intrapsíquico como lo interpersonal en los trastornos psicopatológicos.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Ansiedad normal

El termino Ansiedad, proviene del Latín “Anexitas”, “Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se evidencia una amenaza inminente y de causa indefinida (Senés, 2010).

La ansiedad es un fenómeno netamente humano y conforma la más común de las emociones básicas. La misma permite al ser humano percibir y anticipar ciertas situaciones como amenazantes o peligrosas, movilizándolo al individuo hacia la lucha o huida, de forma que haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo o afrontarlo adecuadamente.

Dichas emociones básicas se complejizan como consecuencia de los múltiples significados que se les pueden dar a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo que rodea al individuo.

Siguiendo lo expuesto Baron (1997), manifiesta que “la ansiedad bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación del ser humano a su medio social, laboral o académico”.

Belloch (1995), definen a la ansiedad como “una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-afectivo) orientadas hacia el futuro y principalmente de naturaleza cognitiva”. Además, agrega que es un concepto muy utilizado en psicología y está asociado a términos como el miedo, la fobia, la angustia y el estrés.

En términos fenomenológicos Spielberger, Pollans y Worden (1984), se refieren al estado de ansiedad como una “reacción emocional displacentera caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo o preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo”.

2.2.2 Ansiedad anormal

En cuanto a la ansiedad anormal, Gómez y Marzucco (2009), explican que “los pensamientos y cogniciones actúan como variables reguladoras en la aparición y mantenimiento de la respuesta de ansiedad. Los individuos tienden a percibir la situación real como amenazante, asumiendo como peligrosas aquellas situaciones que sólo debieran ser desafiantes”. Es así como la percepción del peligro y de los recursos de afrontamiento que cree poseer el individuo, se estimulan recíprocamente. Entonces en la mayoría de los casos no se relacionan con la capacidad real de la persona, sino más bien con la percepción que el individuo tiene de sus propias capacidades

“Cia (2006) explica, que ante diversas situaciones la respuesta emocional de ansiedad está acompañada de un estado de malestar psicofísico, que se caracteriza por una sensación de inquietud e intranquilidad” (Senés, 2010). Además, agrega que, si dicha respuesta de ansiedad es muy severa y aguda, podría llegar a paralizar al individuo convirtiéndose en pánico. Por lo tanto, se establece una diferencia entre la ansiedad normal y ansiedad patológica, teniendo ésta última, como característica principal la valoración distorsionada de la amenaza real, es decir, una respuesta exagerada no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, pudiendo llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta del individuo.

Siguiendo lo anteriormente expuesto, Carrión y Bustamante (2008) manifiestan que “los responsables en la elaboración de los pensamientos negativos no son los eventos por sí mismos, sino la mala interpretación que de ellos se hace”. Entonces en la ansiedad la interpretación gira en torno de la percepción de peligros físicos, emocionales o psicosociales que el individuo hace entorno a una situación determinada. La ansiedad puede ser cuantificada, en niveles o grados que determinan su efecto positivo o negativo en el individuo, y tiene una importante influencia en las conductas de adaptación frente al estrés que experimenta el ser humano, es decir, un nivel aceptable de ansiedad mejora el rendimiento personal, pero cuando se supera cierto nivel máximo, la ansiedad deja de ser funcional para convertirse en patológica o clínica, en donde el individuo empieza a

experimentar una sensación de malestar y anticipar un peligro irreal, cuyas emociones manifiestas tienen mayor frecuencia, duración e intensidad que en la ansiedad normal.

2.2.3 Definición de trastorno de ansiedad.

El Trastorno de Ansiedad conforma uno de los grupos más amplios entre los desórdenes psiquiátricos. “Belloch definen al Trastorno de Ansiedad como un estado de ansiedad irracional y continuo, que puede agudizarse y transformarse en pánico, teniendo efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como la concentración, la atención, la capacidad de raciocinio y la memoria” (Senés, 2010).

También se le conoce como un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica.

2.2.4 Síntomas

Mendoza (2008), menciona que “La ansiedad, del mismo modo que cualquier otra emoción o problemática, implica al menos tres componentes o sistemas de respuesta”. Con base a ello, los síntomas de los Trastornos de Ansiedad se pueden clasificar según los componentes subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual, los cuales se describen a continuación:

a) Subjetivo – cognitivo. Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. También se le denomina verbal-cognitivo, e incluye todas las percepciones y evaluaciones subjetivas que se realizan de los estímulos asociados con la ansiedad. Es un estado emocional desagradable semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo. A esta dimensión pertenecen las vivencias de:

- Miedo
- Pánico
- Impaciencia
- Preocupación
- Pensamientos obsesivos
- Temor injustificado de que algo malo pueda suceder

- Preocupaciones excesivas
- Sensación de irrealidad
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de incapacidad ante la situación
- Sensación general de pérdida de control
- Dificultades de razonamiento, entre otros.

b) Fisiológico – somático. La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Por un lado, un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse tanto en cambios externos:

- Sudoración
- Dilatación pupilar
- Temblor en el cuerpo
- Hormigueos
- Visión borrosa
- Adormecimiento de las extremidades.
- Incremento de la tensión muscular generando dolores
- Tensión sobre todo en espalda
- Dolores de cabeza y cuello
- Palidez facial
- Mareos
- Escalofríos
- Molestias abdominales, entre otros.

Así mismo se dan cambios internos:

- Aceleración cardíaca
- Descenso o aumento de la salivación
- Agitación respiratoria
- Dolor en la zona del corazón

- Necesidad de orinar con frecuencia
- Diarrea o molestias en el estómago, entre otros.

Por otra parte, se puede dar el caso de que por el estado de hipervigilancia la persona presente dificultades de sueño. Las alteraciones del apetito pueden oscilar desde su aumento a la disminución, lo mismo puede observarse en relación al impulso sexual.

c) **Motor – conductual.** Corresponde a los componentes observables de la conducta como:

- La expresión facial
- Movimientos o posturas corporales
- Respuestas de huida.
- Tics repetitivos
- Defensa
- Conducta irritable
- Conducta agresiva
- Inhibición o sobreactivación motora
- Evitación, entre otros.

2.2.5 Causas

La causa de los Trastornos de Ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos, cognitivos y de aprendizaje. A continuación, se describen una serie de factores que de una u otra manera pueden influir en el surgimiento y manteniendo de los Trastornos de Ansiedad:

Factores biológicos:

Navas y Vargas (2012) aseguran que “los factores genéticos son importantes en la predisposición de los Trastornos de Ansiedad. La vulnerabilidad genética se ha encontrado

en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social”.

Aspectos psicofisiológicos

“La ansiedad clínica se ha asociado a hiperactividad del sistema nervioso autónomo y somático”. (Navas y Vargas, 2012)

Estos autores hacen mención de los principales tipos de respuestas, entre los cuales están: Actividad electrodermal (incremento salvo habitual RCP), Actividad cardiaca (incremento salvo aporte sanguíneo cutáneo), Actividad muscular (incremento), actividad respiratoria (incremento), actividad eléctrica cerebral (incremento de voltaje beta y amplitud P300, y decremento en voltaje alfa y variación negativa contingente), Dilatación pupilar (incremento), Cambios en PH (incremento del sanguíneo).

Aspectos bioquímicos y neurológicos

Además Navas y Vargas (2012), también reconocen el papel que juegan las respuestas neuroendocrinas, entre las cuales se logran mencionar:

- El sistema neuroendocrino se relaciona con el estrés como con la ansiedad.
- Un incremento en los estados de ansiedad supone incremento en la secreción de tiroxina, cortisol, catecolaminas y ciertas hormonas hipofisarias (prolactina, vasopresina, hormona del crecimiento).
- El sistema hipotálamo-hipofiso-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad y con el estrés, manifestándose un incremento de activación en el citado eje: hipersecreción de cortisol sistémico.
- Los estados de hiperactividad catecolaminérgica tiende a vincularse más a situaciones de amenaza de pérdida de control y emociones subyacentes (ansiedad).

Aspectos neurobiológicos

“Una de las teorías más conocidas ha propuesto que la ansiedad se relaciona con una actividad noradrenérgica incrementada (hiperactividad del locus coeruleus)” (Navas y Vargas, 2012). Con base a ello mencionan lo siguiente:

- La estimulación eléctrica del locus coeruleus induce respuestas de ansiedad y ataques de pánico.
- La estimulación de receptores beta centrales y el bloqueo de receptores alfa-2, produce también respuestas de ansiedad y pánico.

Navas y Vargas (2012) mencionan que “partir del efecto ansiolítico de las benzodiazepinas, se ha resaltado el posible papel de una alteración del sistema GABA en la etiología de la ansiedad”.

Factores psicosociales/ambientales:

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico...) juegan un papel muy importante en muchos de los Trastornos de Ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de éstos. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone algún tipo de Trastorno de Ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello. Los factores psicosociales de riesgo son las situaciones de estrés, las experiencias que amenazan la vida, el ambiente familiar y las preocupaciones excesivas por asuntos cotidianos.

Se cree que, si bien la genética tiene un papel importante, es el ambiente el que moldea la manera en la que nuestra ansiedad se va a comportar. Esto puede indicar que una gran parte de la salud mental se forja mediante experiencias de la vida.

Navas y Vargas (2012) plantean que “la crianza y experiencias de la vida, van sumando poco a poco la manera en la reaccionamos ante el estrés”. Es decir, somos como masa que se va moldeando conforme vamos acumulando experiencias y cada una de estas experiencias puede promover o prevenir el desarrollo de un trastorno de ansiedad, por ejemplo: nuestros padres, al ser nuestro contacto social primario, tienen una gran influencia en cómo vamos a manejar ciertas circunstancias estresantes, las experiencias que tengamos

con éstos, de cierta manera influirán en como reaccionaremos a situaciones futuras; lo mismo sucede con las experiencias que tengamos con los demás familiares, amigos, compañeros de estudio u otras personas.

Otro factor importante para el desarrollo de este tipo de trastorno es el cambio, ya que generalmente nos es difícil lidiar con la incertidumbre de lo nuevo, es por ello que el cambio y el hecho de tener que adaptarse a una nueva situación, es también un factor desencadenante de ansiedad, sin importar si el cambio es positivo o negativo. Una pareja de recién casados puede experimentar tanta ansiedad como una pareja que está pasando por un divorcio. De la misma manera una familia que está enfrentando la pérdida de un familiar o la llegada de un bebé. Es evidente entonces que los síntomas de la ansiedad pueden ser provocados por diversas circunstancias o influencias ambientales. Por ejemplo, los jóvenes pueden experimentar ansiedad en la escuela si sienten que tienen una gran presión por tener un buen desempeño académico. Los adultos pueden presentar niveles elevados de ansiedad si trabajan en entornos estresantes o viven en hogares caóticos. Esto puede ser especialmente cierto si la persona carece de las aptitudes necesarias y adecuadas para lidiar con los factores de estrés ambientales

Factores individuales:

Sandín (1990) señala que “la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo”. Según lo plantea este autor, la ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.

Algunos autores han postulado ciertos rasgos de personalidad que predicen la mayor o menor intensidad de ansiedad que un sujeto puede manifestar en un momento dado. Así, los rasgos o factores (ansiedad) de Cattell (Cattell y Kline, 1977) y emocionalidad de Guilford (Guilford y Zimmerman, 1956) podrían servir para diferenciar a los sujetos

vulnerables de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, es posiblemente la escuela de H.J. Eysenck la que más atención y esfuerzo ha dedicado a la relación entre personalidad y trastornos neuróticos. Los dos factores principales de la teoría de Eysenck (neuroticismo y extraversión) (Eysenck 1967), “a juicio de este autor, no solo predice la predisposición hacia la neurosis, sino que también sirve para diferenciar la vulnerabilidad hacia los diferentes tipos de neurosis mediante la combinación de los rasgos de neuroticismo y extraversión(Eysenck, 1964)” (Sandín, 1990).

Tanto los individuos fóbicos como los obsesivos compulsivos (neurosis distímicas) suelen exhibir puntuaciones elevadas en neuroticismo e intraversión; por otra parte, los histéricos y psicópatas presentan niveles elevados de neuroticismo y baja introversión (o alta extroversión). Esta diferenciación se produce porque en términos de la teoría de Eysenck, la introversión facilita la adquisición de ansiedad condicionada (adquisición de fobias y otros trastornos distímicos). Esta combinación entre alto neuroticismo y baja extraversión se corresponde, no obstante, con el concepto de ansiedad-rasgo (A-rasgo), tal y como ha sido claramente referido por Gray (1970) y admitido por el propio Eysenck (1975). De este modo, la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (1953), una escala de A-rasgo, cubre un rango que se extiende desde un nivel de baja ansiedad, equivalente a bajo neuroticismo y alta extraversión, hasta un nivel de alta ansiedad que corresponde con alto grado de neuroticismo y baja extraversión (Gray,1971). Por tanto, la A-rasgo puede ser considerada como un indicador de predisposición no solo de la manifestación de ansiedad-estado (A-estado), sino también de la manifestación de desórdenes distímicos

Factores cognitivos y conductuales:

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

En un caso concreto, Clark y Beck (2012) mencionan el siguiente ejemplo: “tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores”

“Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones, es decir, las valoraciones son responsables de su ansiedad” (Clark y Beck, 2012), por ejemplo, podríamos mencionar cómo una persona se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que el examen sea difícil y ésta duda de su nivel de preparación; pero si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante segura de su preparación, su ansiedad será baja. Lo mismo ocurriría con respecto a hablar en público, ya que, si evalúa a su audiencia como amable y receptiva hacia su discurso, su ansiedad será inferior que si evalúa a la audiencia como crítica, aburrida o con actitud de rechazo hacia su presentación. En cada ejemplo no es la situación (p. ej., escribir un examen, dar una conferencia o mantener una conversación informal) lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, es decir, si nos sentimos ansiosos o tranquilos.

Por otra parte, la perspectiva de la ansiedad también se centra en el concepto de vulnerabilidad. “Beck, Emery y Greenberg (1985) definían vulnerabilidad como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad” (Clark y Beck, 2012). Es decir que, en los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales. En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales. Esta valoración primaria de la amenaza conlleva una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo. Rachman (2004) señalaba que “los individuos asustadizos son mucho más propensos a sobrestimar la intensidad de la amenaza, lo que consecuentemente les conduce a la conducta de evitación”. Al mismo tiempo los individuos

ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado.

La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo. La centralidad de la asignación de sentido de amenaza (es decir, procesamiento de información) se ilustra detalladamente en un ejemplo presentado por Beck, en donde menciona que la mayoría de los individuos podrían caminar tranquilamente sobre una barra de 15 centímetros de ancho sin ningún miedo, si estuviera colocada a unos pocos centímetros del suelo. Sin embargo, si eleváramos la barra a 30 metros del suelo, la mayoría de los individuos sentirían miedo y se negarían a caminar sobre ella. Lo que explica las diferentes experiencias emocionales en estas dos situaciones es que los individuos evalúan como muy peligroso el hecho de caminar sobre la barra colocada a 30 metros de altura. Dudan también de si mantendrán el equilibrio o si sentirán mareos o vértigo una vez que hayan avanzado unos pocos centímetros a lo largo de la barra. Aunque la barra esté a diferentes alturas, su capacidad para sentir miedo o ansiedad depende de la percepción del peligro. De un modo idéntico, las percepciones de peligro son centrales en los estados de ansiedad clínica. El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales.

“Beck (1985) señalaba que la ansiedad no sólo se caracteriza por un procesamiento selectivo aumentado del peligro, sino también por una supresión selectiva de la información que sea incongruente con el peligro percibido” (Clarck y Beck, 2012). Se sugiere que en los trastornos de ansiedad la información inmediata y automática de una valoración de amenaza basada en la activación de los esquemas de amenaza sesgará el sistema de procesamiento de información en favor de la detección y evaluación de la amenaza, es decir, que cualquier información incongruente con los esquemas de amenaza será filtrada e incluso ignorada.

2.2.6 Diagnóstico

El reconocer los Trastornos de Ansiedad en los pacientes que asisten al consultorio, aumenta la capacidad del profesional para dar una atención total e integral del paciente. Navas y Vargas (2012), mencionan que “el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica según el DSM V y la CIE-10”. Es indispensable tener un diagnóstico claro para saber cómo intervenir de la mejor manera, lo cual será de mucha importancia para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación.

2.2.7 Diagnóstico diferencial

Navas y Vargas (2012), mencionan que de los primeros pasos que se deben seguir ante la sospecha de un TA, es “descartar otras patologías médicas que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ya sea por su fisiopatología como tal o bien debido a los tratamientos de las mismas”. Lo anterior es de suma importancia, ya que estas condiciones podrían representar un riesgo inminente de muerte en algunas ocasiones o bien una patología de fondo que se debe tratar. El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas producen síntomas ansiosos agudos y crónicos. Es fundamental no confundir los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos como la depresión, el trastorno depresivo mayor, los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso y el síndrome ansioso-depresivo.

2.2.8 Prevalencia

El Centro de Investigación Médicas de Ansiedad (CentroIMA) revela que, según los últimos estudios estadísticos poblacionales, la prevalencia en la población (es decir, el porcentaje de casos que se encuentran en la población general a lo largo de la vida) de los Trastornos de Ansiedad en conjunto es del 29 %. Esto significa que, más de una de cada cuatro personas tuvo, tiene o va a tener alguno de estos trastornos, en algún momento de su vida. Los Trastornos de Ansiedad son los trastornos más frecuentes en la población, el doble de la depresión (National Comorbidity Survey-R, USA; 2005).

Aproximadamente uno de cada diez individuos tiene, al menos, una crisis de pánico en algún momento de su vida.

En los Centros de Atención Primaria, los Trastornos de Ansiedad también son muy frecuentes (19,5%), motivo por el cuál, el grado de conocimiento de este tipo de patologías en los Médicos Clínicos, Generalistas y Emergentólogos es fundamental.

según lo revela Ibáñez (2006) en cuanto al sexo podemos decir que, en general, las mujeres son más proclives al padecimiento de ansiedad que los hombres, estimándose una relación de 2/1 respectivamente, si bien es cierto que los varones presentan índices significativamente superiores de abuso de alcohol y sustancias que puede ocultar un trastorno de ansiedad de base. El inicio del trastorno puede ser a cualquier edad, desde la infancia a la vejez, si bien es más frecuente en las etapas tempranas de la edad adulta y es raro el inicio de trastornos de ansiedad primarios después de los 40 años. Estudios recientes sitúan la media de la edad de inicio de todos los trastornos de ansiedad en la infancia o adolescencia.

2.2.9 Prevalencia en El Salvador

En un estudio realizado por Gutiérrez (2011) titulado “prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Estado de la salud mental”, encontró que la ansiedad (53.6%) y la depresión (28.8%) son las alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña, encontrándose que las mujeres y los residentes rurales son los más afectados.

Por otra parte, en los estudios posteriores se obtienen datos similares, ya que según lo revela Gutiérrez y Portillo (2015) en conjunto, los registros del Minsal-ISSS muestran que del período de 2006 a 2013, los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en El Salvador son: la ansiedad, la depresión, los problemas relacionados al alcohol, el trastorno de adaptación y afectivo bipolar; ubicándose en un primer lugar los Trastornos de Ansiedad. Aproximadamente más de 630,000 personas padecen de ansiedad. Existe mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

2.2.10 Curso y pronóstico de los trastornos de ansiedad

Ibáñez (2006) plantea que en “general podemos decir que los trastornos de ansiedad presentan un curso con tendencia a las recidivas y la cronicidad. Aunque también se pueden producir remisiones espontáneas”, continúa diciendo que éstas no suelen alcanzar a más del 10-20% de los casos según diversos autores. En los estudios de seguimiento se señala que, con frecuencia, alrededor del 50% de los pacientes presentan una recuperación de moderada a marcada. Sin embargo, las remisiones parciales y la recuperación incompleta suele ser la norma, asociándose además a una incapacidad residual variable según los casos. Así, en estudios llevados a cabo en el ámbito de la atención primaria, se ha señalado que sólo dos de cada cinco pacientes con trastornos de ansiedad tenían un buen pronóstico, siendo la personalidad premórbida patológica uno de los factores de mal pronóstico. También se ha visto que los trastornos de ansiedad y los mixtos de ansiedad-depresión tenían peor pronóstico que los trastornos depresivos. El pronóstico de los trastornos de ansiedad viene condicionado por el curso que, dada su tendencia a la cronicidad, conlleva un sufrimiento prolongado por parte del paciente que ve limitada su vida en distintos aspectos. Por otro lado, el pronóstico se ve ensombrecido por las posibles complicaciones que se pueden presentar a lo largo de la evolución, siendo éstas más prevalentes y graves cuando el diagnóstico del trastorno de ansiedad subyacente pasa desapercibido y no se aplica un tratamiento adecuado.

2.2.11 Comorbilidad

Existe la comorbilidad de los trastornos por ansiedad con otros trastornos, por ejemplo: con los trastornos por abuso de sustancias y con los cuadros depresivos. “La superposición del trastorno de ansiedad generalizada y la depresión es tan importante que hay autores que cuestionan la utilidad del diagnóstico de ansiedad generalizada” (Sierra, Herrán y Vázquez, 2001). Los resultados proporcionados por ECA (Estudios Centroamericanos) son especialmente reveladoras en éste sentido, ya que más del 60% de los que tenían al menos una historia de algún trastorno de ansiedad tenían 2 o más trastornos. Las consecuencias de la comorbilidad son de gran relevancia clínica ya que produce mayor desajuste psicosocial, mayor riesgo de suicidios e intentos de suicidio, peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento.

2.2.12 Tipos de trastornos de ansiedad

Fobia específica.

Definición

En las fobias específicas se da “un miedo intenso y persistente que es excesivo e irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicas, como consecuencia a la exposición del estímulo fóbico se produce una respuesta inmediata de ansiedad” (Bados 2009).

Este trastorno interfiere marcadamente a la capacidad funcional de un individuo. Antes del DSM-IV esta categoría se llamaba fobia simple para distinguirla de la condición más compleja de la agorafobia, pero ahora se reconoce que no hay nada más simple con respecto a ella. Los temores específicos a una gran variedad de objetos o de situaciones se dan casi en toda la población. Pero con frecuencia, más común de los temores incluso los miedos graves, a menudo hacen que la gente minimice el trastorno psicológico conocido como fobia específica. Ejemplo de temores intensos son: temor a las serpientes, alturas, volar, sitios cerrados, enfermedades, muerte, lesiones, tormentas, dentistas, viajes a solas, estar a solas.

Causas

Arturo Bados (2009) sostiene que “Por mucho tiempo se pensó que casi todas las fobias específicas comenzaban con un suceso traumático desacostumbrado. Ahora se sabe que no siempre es el caso”. Esto no significa que las experiencias traumáticas de condicionamiento no produzcan una conducta fóbica subsiguiente, a veces basta que en forma repentina se dé un peligro potencial con esto es suficiente para desarrollar una fobia.

Características o síntomas

“Las personas que presentan fobia específica se muestra nerviosa, con un temor marcado, persistente, excesivo e irracional en presencia de un objeto o ante una situación concreta que intenta evitar. A veces el reconocimiento de que el miedo es excesivo e irracional puede faltar, puede manifestarse por lloros, rabietas, inhibición” (Conralt y Petermann, 1999)

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados asimismo por la posibilidad de desmayarse, los que tienen miedo a las alturas también pueden sentir inquietud por los mareos y los que tienen miedo a las aglomeraciones pueden preocuparse asimismo por la posibilidad de perder el control y empezar a gritar entre la gente.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para fobia específica:

- A.** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Fobia específica 131 Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- B.** El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C.** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- G.** La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de fobia específica:

- A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

- D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Fobia social.

Definición

La organización mundial de la salud Mental (2001), define la fobia social como “Miedo a ser examinado por otras personas que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas”

La fobia social es un miedo fuerte a ser juzgado por otros y a sentir vergüenza. Este miedo puede ser tan potente que impide ir al trabajo o a la escuela o llevar a cabo las actividades de cada día. Toda persona ha sentido ansiedad o vergüenza alguna vez. Por ejemplo, conocer personas nuevas o dar un discurso puede poner nervioso a cualquiera. Pero las personas que tienen fobia social se preocupan por estas y otras cosas semanas antes de que éstas ocurran. Quienes tienen fobia social tienen miedo de hacer cosas comunes delante de otras personas; por ejemplo, pueden tener miedo de firmar un cheque delante del cajero de una tienda, o pueden tener miedo de comer o beber delante de otras personas, o de usar un baño público. La mayoría de las personas que tienen fobia social saben que no deberían sentir el miedo que sienten, pero no lo pueden controlar.

A veces terminan alejándose de lugares o eventos donde creen que podrían verse obligados a hacer algo que los avergüence. Para algunos, la fobia social es un problema sólo en determinadas situaciones, mientras que otros tienen síntomas en casi todas las situaciones sociales.

Causas

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) menciona que “la fobia social es hereditaria. Sin embargo, nadie sabe con seguridad por qué algunas personas la tienen y otras no. Los investigadores han descubierto que el miedo y la ansiedad involucran varias partes del cerebro. Además, están intentando descubrir de qué manera el estrés y los factores ambientales pueden estar involucrados”.

La fobia social se podría heredar por una vulnerabilidad biológica a desarrollar ansiedad y una tendencia biológica a estar muy inhibido socialmente, así como también bajo tensión se podría tener ataque de pánico, inesperado (falsa alarma) en una situación social que se (condicionaría), el individuo entonces se volvería ansioso. Asimismo, alguien podría experimentar un trauma social real que originara una alarma verdadera.

Características o síntomas

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) menciona algunos síntomas:

- Sentir mucha ansiedad al estar rodeados de otras personas y tener dificultad para hablar con ellas a pesar de querer hacerlo.
- Sentirse tímidos y avergonzados delante de otras personas.
- Tener mucho miedo de que otras personas los juzguen.
- Preocuparse por muchos días o semanas antes de un evento donde habrán otras personas.
- Alejarse de lugares donde hay otras personas.
- Tener dificultad para hacer y conservar amistades.
- Sonrojarse, sudar o temblar cuando están rodeados de otras personas.
- Tener náuseas o malestar en el estómago cuando están con otras personas.

La persona ha tenido los síntomas mencionados anteriormente durante un mínimo de seis meses. Sin tratamiento, la fobia social puede durar muchos años e incluso toda la vida. Es importante mencionar además que no todas las personas presentan exclusivamente estos síntomas, pero si en la mayoría de ellas.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de fobia social:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J.** Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de fobia social:

Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico.

Antropofobia. Neurosis social

A. Presencia de cualquiera de los siguientes:

- 1.** Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.
- 2.** Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

3. Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo, fiestas, reuniones de trabajo, clases).

B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguiente:

1. Ruborización.
2. Miedo a vomitar.
3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.

C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.

D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

Trastorno de pánico

Definición

López y Guaranta (2007) Define al trastorno de pánico como “un episodio agudo paroxístico de un miedo intenso y terror, muchas veces sin que puedan identificarse los estímulos atemorizantes”.

El trastorno de pánico se presenta clínicamente por ataques de pánico. Los ataques de pánico serían mucho más frecuentes de lo que se pensaba, pero en numerosas ocasiones no generan la ansiedad anticipatoria y por ende tampoco trastorno de pánico. Con frecuencia los sujetos con trastorno de pánico presentan agorafobia, esto es temor a

encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar o buscar ayuda puede ser difícil si se desencadena un ataque de pánico.

Causas

“Las causas exactas del trastorno de pánico se desconocen. No se contemplan fenómenos determinantes en su aparición. Los factores genéticos y los mecanismos de herencia pueden jugar un papel esencial en su desarrollo, así como las vulnerabilidades psíquicas del individuo”. (Ministerio de Salud de El Salvador, 2012)

Algunos autores sostienen la influencia de largos períodos de estrés en su aparición, como los ocurridos cuando una persona se encuentra bajo una enorme presión psicológica y emocional; por ejemplo tras la muerte de un familiar o ser querido, después de tener un niño, cambios laborales, vitales o familiares. Así como también, experiencias traumáticas en la infancia. Otras investigaciones sugieren que no se trata sólo del entorno, sino que existen causa genéticas. Por ejemplo: que los gemelos idénticos tienen altas probabilidades de compartir el trastorno. Sin embargo, existen otros datos que contradicen esta teoría.

Características o síntomas

Los ataques de pánico pueden durar de minutos a horas. Es posible que solo se produzcan de vez en cuando o que se produzcan con bastante frecuencia. Los ataques de pánico pueden provocar fobias si no se tratan.

El Ministerio de Salud de El Salvador (2012), menciona que “las personas con trastorno de pánico tienen por lo menos cuatro de los siguientes síntomas durante un ataque”:

- Molestia o dolor torácico
- Mareo o desmayo
- Miedo a morir
- Miedo a perder el control o de muerte inminente
- Sensación de asfixia

- Sentimientos de separación
- Sentimientos de irrealidad
- Náuseas y malestar estomacal
- Entumecimiento u hormigueo en manos, pies o cara
- Palpitaciones, frecuencia cardíaca rápida o latidos cardíacos fuertes
- Sensación de dificultad para respirar o sofocación
- Sudoración, escalofrío o sofocos
- Temblor o estremecimiento

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de pánico:

- A.** Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
- Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acufenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B.** Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:
- C.** Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
- D.** Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares)
- F.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés

postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador. La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se produce cuatro (o más) de 13 síntomas mencionados anteriormente.

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de pánico. Llamado en el CIE 10 como Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Las manifestaciones esenciales son: ataques recurrentes de ansiedad (grave) que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Como sucede con otros trastornos de ansiedad, los síntomas dominantes incluyen un inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irrealidad (despersonalización o desrealización). A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco. No debe realizarse el diagnóstico de trastorno de pánico como diagnóstico principal si el paciente, en el momento de iniciarse los ataques, padece un trastorno depresivo; en estas circunstancias, los ataques de pánico son secundarios a la depresión probablemente.

Ataque de pánico.

Estado de pánico.

Excluye: Trastorno de pánico con agorafobia

- A.** El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:

1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
2. Se inicia abruptamente.
3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.
4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d).

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
- k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.
- n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico otros trastornos mentales,

como esquizofrenia y trastornos relacionados trastornos del humor (afectivos) o trastornos somatomorfos.

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande que, si se desea, puede especificarse en dos grados: moderado y grave, mediante un quinto carácter:

Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas).

Trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana, en un período de unas cuatro semanas).

Agorafobia

Definición

“Se refiere al temor a todas aquellas circunstancias o estímulo en las cuales el sujeto se siente indefenso, o en la cual se percibe limitado a pedir ayuda o escapar” (Bados y López, 2005).

Respecto a la definición mencionada, se incluyen los temores a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro, por lo general el hogar. Se abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa.

A muchos de los pacientes que presentan este trastorno les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

Causas

“Se desconoce la causa exacta de la agorafobia. Algunas veces ocurre cuando una persona ha tenido una crisis de angustia y comienza a tener miedo de situaciones que podrían llevar a otra crisis” (Bados y López, 2005)

Se puede desarrollar agorafobia cuando se empieza a hacer una conexión entre los ataques de pánico y una o más situaciones en las que se han producido los ataques. La persona puede evitar situaciones similares en un intento de prevenir futuros ataques de pánico. Las personas con agorafobia son especialmente propensas a evitar las circunstancias en las que sería difícil o embarazoso escapar si un ataque de pánico se produce, por ejemplo, en un estadio lleno de gente o un avión. En algunos casos, el temor de sufrir un ataque de pánico puede ser tan grande que no puede ser capaz de dejar la seguridad de su hogar. En otros casos, puede ser capaz de superar su miedo y tolerar la mayoría de los casos, siempre y cuando esté acompañado por un compañero de confianza. En raras ocasiones, la agorafobia puede ocurrir sin un trastorno de pánico que lo acompaña.

Características o síntomas

La persona evita lugares o situaciones porque no se siente seguro en sitios públicos. El miedo es peor en lugares muy concurridos.

Bados y López (2005) menciona algunos síntomas que abarca la agorafobia:

- Sentir temor de quedarse solo.
- Sentir miedo a estar en lugares donde el escape podría ser difícil.
- Sentir miedo a perder el control en un lugar público.
- Dependencia de otros.
- Sentimientos de separación o distanciamiento de los demás.
- Sentimientos de desesperanza.
- Sensación de que el cuerpo es irreal.
- Sensación de que el ambiente es irreal.
- Tener temperamento o agitación inusuales.
- Permanecer en la casa por períodos prolongados.

Los síntomas físicos pueden abarcar:

- Molestia o dolor torácico
- Asfixia
- Mareo o desmayo
- Náuseas u otro malestar estomacal
- Corazón acelerado
- Dificultad para respirar
- Sudoración
- Temblor

La mayoría de las personas presentan los síntomas mencionados, aunque cabe mencionar que algunos con mayor intensidad, esto se debe a la vulnerabilidad de cada individuo.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) presenta los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de agorafobia.

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para la agorafobia.

A. Miedo o evitación marcados y consistentes a, al menos dos de las siguientes situaciones:

1. Multitudes.
2. Lugares públicos.
3. Viajar solo.
4. Viajar lejos de casa.

B. Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas debe haber sido de los enumerados entre 1 y 4 a continuación:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas de los miembros.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas en el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o que uno está lejos de la situación o "fuera de ella" (despersonalización)
11. Sensación de perder el control, de "volverse loco" o de perder el conocimiento.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos o escalofríos.
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

C. La evitación o los síntomas de ansiedad causan un malestar emocional significativo, y el sujeto reconoce que éstos son excesivos o irracionales.

D. Los síntomas se restringen o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El miedo o la evitación de situaciones (criterio A) no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos, tales como un trastorno mental orgánico (F00-F09), esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o un trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias culturales. Puede especificarse la presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la mayoría de las situaciones agorafóbicas utilizando un quinto carácter:

F40.00 Sin trastorno de pánico.

F40.01 Con trastorno de pánico.

Opciones para estimar la gravedad. La gravedad en F40.00 puede estimarse indicando el grado de evitación, teniendo en cuenta el contexto cultural. En F40.01 se puede estimar contabilizando los ataques de pánico

Trastorno de ansiedad generalizada

Definición

“Es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, se trata de una (angustia libre flotante)” (Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012)

Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar se encuentre enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.

Causas

La causa del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se desconoce. Es posible que intervengan los genes. El estrés también puede contribuir a la aparición del trastorno de ansiedad generalizada.

Características o síntomas

El Ministerio de Salud de El Salvador (2012), divide los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en síntomas psicológicos y físicos de la siguiente manera:

1 Psicológicos: Miedos anticipatorios, irritabilidad, sensibilidad al ruido, inquietud, falta de concentración, preocupaciones excesivas.

2 Físicos: Gastrointestinales: sequedad de boca, dificultad para tragar, molestias epigástricas, meteorismo, aumento de deposiciones o de deposiciones blandas. Respiratorias: constricción en el pecho, dificultad para la respiración, hiperventilación.

Cardiovasculares: Palpitaciones, molestias precordiales, percepción del latido cardiaco. Genitourinarios: Micción frecuente o urgente, disfunción eréctil, molestias menstruales, amenorrea.

Neuromuscular: Temblor, parestesias, tinnitus, mareo, cefalea, dolores musculares

1. Trastornos del sueño: Insomnio, Terrores nocturnos, Otros síntomas: Depresión Obsesiones. Despersonalización.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada:

A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.

B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado
2. Sudoración
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

1. Dificultad para respirar.
2. Sensación de ahogo.
3. Dolor o malestar en el pecho.
4. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

5. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
6. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
7. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
8. Miedo a morir.

Síntomas generales:

9. Sofocos de calor o escalofríos.
10. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
11. Tensión, dolores o molestias musculares.

12. Inquietud e incapacidad para relajarse.
13. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.
14. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

15. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
16. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad.
17. Irritabilidad persistente.
18. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepina

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Definición

Vindel (2011) menciona que “En el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, entre otros)”

Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo (incluso periodos superiores a los seis meses). Algunas personas han sufrido su primer ataque de pánico tras consumir cannabis.

Causas

Las causas de este trastorno se desconocen. Aunque el estrés puede tener un papel muy importante para contribuir a la aparición de este trastorno.

Características o síntomas

Los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, entre otros.). Además los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, esto sucede aun después de haber abandonado el consumo (incluso periodos superiores a los seis meses.

El uso continuo de una sustancia puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad como: Malestar, irritabilidad, taquicardia. Por ejemplo, “se ha descrito la importante relación existente entre consumo de éxtasis y estimulantes y la aparición de alteraciones psicológicas como ansiedad, pánico, o dificultades de concentración” (Vindel, 2011).

Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia de una sustancia, también pueden manifestar ansiedad, es decir+a en el caso de una persona que haya suspendido una sustancia después de haber consumido por un largo tiempo se mostrará muy ansiosa ante ello, ocasionando la aparición del trastorno.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:

- A.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1.** Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2.** La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
 - A.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- B.** El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- C.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Diagnóstico según CIE 10

Los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad inducido por sustancias no se encuentran dentro de los trastornos de ansiedad del CIE 10.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Para este trastorno se presentan únicamente los criterios diagnósticos de DSM V, ya que la información es muy limitada.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:

- A.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D.** La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma..

Diagnóstico según CIE 10

Los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no se encuentran dentro de los trastornos de ansiedad del CIE 10.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Debido a la limitante información para este trastorno no es posible presentar la información en su totalidad. Sin embargo, se presentan los criterios diagnósticos.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para otro trastorno de ansiedad especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Ataques sintomáticos limitados.
2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente.
3. Khyâl cap. (ataque del viento).
4. Ataque de nervios.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

Al igual que el trastorno anterior, sobre otro trastorno de ansiedad especificado, no es posible completar la información para este trastorno e incluso se muestra limitada en el CIE 10.

Diagnóstico según DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos para otro trastorno de ansiedad no especificado:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona el siguiente criterio diagnósticos para otro trastorno de ansiedad no especificada
Ansiedad sin especificación

Otros trastornos de ansiedad que no son incluidos en el DSM V. Sin embargo, son presentados en el CIE 10.

Trastorno de ansiedad fóbica

Definición

Pérez (2009) plantea que “La ansiedad fóbica es aquella que se presenta ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos, pero que la persona los ve como tal”. En consecuencia, este trata de evitar los objetos fóbicos o bien los afronta con un temor excesivo que puede llegar al ataque de pánico.

Todos los trastornos fóbicos se caracterizan por presentar ansiedad fóbica y conductas de evitación.

Una fobia se inicia cuando una persona comienza a organizar su vida procurando evitar el objeto de su miedo. Quienes la padecen tienen una necesidad irresistible de abstenerse de todo aquello que puede desencadenar su ansiedad. Se trata de un grupo de trastorno en los cuales la ansiedad se produce solo, o predominantemente, ante ciertas situaciones bien definidas que, en sí mismas, no son realmente peligrosas. En consecuencia, estas situaciones se evitan o se toleran con miedo característicamente. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas aislados, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a morir, perder el control o volverse loco. El imaginar la posibilidad de entrar en contacto con la situación fóbica suele generar ansiedad anticipatoria. Con frecuencia coexisten ansiedad fóbica y depresión.

Causas

Nordqvist (2012) plantea que “No es habitual que una fobia empiece después de los 30 años, la mayoría de ellas comienzan en la infancia, adolescencia o en la edad adulta temprana. Pueden ser causadas por una situación estresante o una experiencia, un

acontecimiento aterrador, o un padre o miembro familiar que tiene una fobia y que el niño progresivamente la hace suya”.

De acuerdo a lo anterior, son distintas las causas para el trastorno de ansiedad fóbica, y en la mayoría de los casos comienza a temprana edad, ya sea por acontecimientos sociales o familiares.

Características o síntomas

Nordqvist (2012) presenta los siguientes síntomas para el trastorno de ansiedad fóbica, y afirma que estos son comunes para la mayoría de las fobias:

- Cuando se expone a la fuente del miedo hay una sensación de ansiedad incontrolable.
- la fuente del miedo es evitada.
- La ansiedad es tan abrumadora cuando confrontan la fuente del miedo, que la persona es incapaz de funcionar correctamente.
- Es normal que los pacientes reconozcan que sus miedos son irracionales, irrazonables y exagerados, sin embargo, a pesar de ello, se muestran incapaces de controlar sus sentimientos.

Diagnóstico según DSM V

Los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad fóbica no se encuentran incluidos en el DSM V.

Diagnóstico según CIE 10

La organización mundial de la salud OMS (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad fóbica

Notas diagnósticas

Las situaciones u objetos, que son el foco de ansiedad, deben ser externos al sujeto.

Esto significa que las situaciones donde el miedo del paciente es a padecer una enfermedad (nosofobia) y a tener una deformidad (dismorfofobia) deben clasificarse en

F45.2 (trastornos hipocondríacos); y si tales ideas son delirantes, entonces debe considerarse una categoría en F22 (trastornos de ideas delirantes persistentes). En esta clasificación, las crisis de pánico que se producen ante una situación fóbica establecida se consideran como una manifestación de la gravedad de la fobia, a la que debe darse un diagnóstico de preferencia y codificarse como un diagnóstico adicional o secundario, en la medida que éstas cumplan a los criterios de F41.0 (trastorno de pánico).

Otros trastornos de ansiedad fóbica

No hay información disponible para este trastorno, al igual que en el DSM 5. Los criterios diagnósticos para el trastorno no se encuentran incluidos del mismo modo que en el CIE 10.

Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

No hay información disponible para este trastorno, al igual que en el DSM 5. Los criterios diagnósticos para el trastorno no se encuentran incluidos del mismo modo que en el CIE 10.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Definición

La Organización Mundial de la Salud (1992) introdujo esta categoría en el grupo de otros trastornos de ansiedad, y se define un trastorno mixto ansioso-depresivo “Cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado” (OMS, 1992).

Se trata de pacientes con menos ansiedad que en la ansiedad generalizada, menos depresión que los pacientes con episodios depresivos mayores, menos activación fisiológica que los enfermos con trastorno de angustia y, sobre todo, mayor frecuencia de algunos

síntomas, como dificultades en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de autoestima. Todo ello ocasiona deterioro de la actividad laboral o social.

Causas

Se desconocen las causas del trastorno mixto ansioso-depresivo.

Características o síntomas

Gonçalves, Rodríguez y Vázquez (2003) mencionan que “Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas) deben estar presentes, aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos”

Los autores mencionados anteriormente presentan los siguientes síntomas para el trastorno mixto ansioso-depresivo:

- Estado de ánimo bajo.
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar.
- Ansiedad o preocupaciones predominantes.

Así mismo presentan una lista de síntomas asociados al trastorno:

- Trastornos del sueño.
- Temblores.
- Astenia y pérdida de energía.
- Palpitaciones.
- Falta de concentración.
- Mareos.
- Trastornos del apetito.
- Sequedad de boca.
- Ideas o actos suicidas.
- Tensión e intranquilidad.

Diagnóstico según DSM V

Los criterios diagnósticos para el trastorno mixto ansioso-depresivo no se encuentran incluidos en el DSM 5 dentro de la categoría de trastornos de ansiedad. Pero si se mencionan en la categoría de trastornos de depresión como un trastorno depresivo “especificado en ansiedad”, notándose mayormente la depresión que la ansiedad.

Diagnóstico según CIE 10

La Organización Mundial de la Salud (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno mixto ansioso depresivo:

Esta categoría debe utilizarse cuando se presentan ambos tipos de síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría. Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Nota diagnóstica

Hay tantas combinaciones posibles de síntomas comparativamente leves para estos trastornos, que no se proporcionan unos criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos, que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

Otros trastornos mixtos de ansiedad

No hay información disponible para este trastorno, al igual que en el DSM 5, los criterios diagnósticos para el trastorno no se encuentran incluidos en el CIE 10.

Trastorno obsesivo compulsivo

Este trastorno no se ubica dentro de los trastornos de ansiedad del CIE 10 y DSM 5, ya que no se encuentra en esa categoría; sin embargo, se encuentra en ambos como categoría aparte.

Definición

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) menciona que “Es un trastorno de ansiedad que involucra pensamientos e impulsos no deseados persistentes e intrusivos, así como acciones repetitivas”.

Las obsesiones son pensamientos o impulsos intrusivos y reiterativos que el paciente busca suprimir o neutralizar al reconocer que no los imponen fuerzas externas. Mientras que las compulsiones son conductas rituales repetitivas que consumen tiempo o actos mentales que una persona siente que debe realizar.

Las personas con TOC sienten la necesidad de revisar las cosas una y otra vez o tienen ciertos pensamientos o realizan rutinas y rituales una y otra vez. Los pensamientos y rituales del TOC causan angustia e interfieren con la vida cotidiana. Estos pensamientos repetidos y perturbadores del TOC se llaman obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC repiten rituales o comportamientos, llamados compulsiones.

Quienes tienen TOC no pueden controlar dichos pensamientos y rituales. Ejemplos de obsesiones son el miedo a gérmenes, a ser heridos o herir a otros, y pensamientos perturbadores religiosos o sexuales. Ejemplos de compulsiones son contar o limpiar cosas, lavarse el cuerpo o partes de éstas repetidas veces u ordenar las cosas de un modo en particular, cuando estas acciones no son necesarias, y verificar todo una y otra vez. Las personas con TOC tienen estos pensamientos y llevan a cabo estos rituales por lo menos una hora la mayoría de los días y a menudo por más tiempo. La razón por la que el TOC interfiere con sus vidas, es que ellos no pueden detener estos pensamientos o rituales, de tal modo que, por ejemplo, en ocasiones faltan a la escuela, el trabajo, o reuniones con amigos.

Causas

Aunque no hay causas exactas del trastorno obsesivo compulsivo, los aspectos ambientales juegan un papel muy importante, así mismo la herencia.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) plantea que “Para muchos, el TOC comienza durante la niñez o adolescencia a raíz de problemas ambientales o factores estresantes. La mayoría de las personas son diagnosticadas alrededor de los 19 años de edad”. Asimismo, afirma que los síntomas del TOC pueden aparecer y desaparecer y mejorar o empeorar en diferentes momentos.

Características o síntomas

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) menciona los siguientes síntomas para las personas con trastorno obsesivo compulsivo:

- Tienen pensamientos o imágenes repetidas sobre muchas cosas diferentes, como miedo a gérmenes, la suciedad o intrusos; violencia; herir a seres queridos; actos sexuales; conflictos con creencias religiosas; o higiene personal excesiva.
- Realizan los mismos rituales una y otra vez tales como lavarse las manos, abrir y cerrar puertas, contar, guardar artículos innecesarios, o repetir los mismos pasos una y otra vez.
- Tienen pensamientos y comportamientos indeseados que no pueden controlar.
- No obtienen placer de tales comportamientos o rituales, pero sienten un leve alivio de la ansiedad que estos pensamientos causan.

Pasan por lo menos una hora al día con estos pensamientos o rituales, los cuales causan angustia e interfieren con sus vidas cotidianas.

Diagnóstico según DSM V

Los criterios diagnósticos que se presentan no se encuentran dentro de los trastornos de ansiedad del DSM V y CIE 10, ya que este trastorno se ubica en una categoría aparte en ambas clasificaciones.

Para ellos se retomaron los criterios del DSM V de una categoría aparte como Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

A. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

B . Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

a. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Diagnostico según CIE 10

La organización mundial de la salud (2000) menciona los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo compulsivo:

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de forma estereotipada. Casi siempre son molestos y el paciente a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, el individuo los reconoce como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y con frecuencia repugnantes. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez.

No son por sí mismos placenteros, ni tampoco llevan a completar tareas útiles de por sí. Su función es prevenir algún hecho objetivamente improbable, que suele referirse a recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros. Normalmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y realiza intentos repetidos para resistirse a ellos. Si se opone resistencia a los actos compulsivos la ansiedad empeora.

Incluye: Neurosis anancástica.

Neurosis obsesivo-compulsiva

Excluye: Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos dos semanas.

B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:

I. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.

2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos una obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.
4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
 - C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo que consumen.
 - D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Las obsesiones o las compulsiones no son resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

1.2.13 Tratamiento

▪ Tratamiento psicológico

Se definen a la psicoterapia como “un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010), es decir, un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etc.). En este caso, un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los

diversos problemas de la vida cotidiana. Ejemplos de esto son ayudar a una persona a superar su depresión, ansiedad o reducir sus obsesiones, trabajar con una familia con conflictos entre sus miembros para que sepan comunicarse mejor, o enseñar a un adolescente a relacionarse con otros compañeros de modo más sociable y menos agresivo.

Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales o familiares son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas como por ejemplo: el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales, el cuestionamiento de creencias erróneas, el entrenamiento en habilidades sociales, entre otros.

Terapia psicológica individual

Es el tratamiento psicoterapéutico que se aplica para ayudar a una persona que padece algún tipo de problema psicológico o emocional que afecta a su bienestar y calidad de vida. En la terapia psicológica individual “Se pretende identificar el/los problema/as (evaluación y diagnóstico) para poder a través de las diferentes técnicas o estrategias psicológicas (tratamiento psicológico) solucionar los problemas y prevenir las recaídas” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010). Para ello, la persona aprende nuevos recursos o identifica y utiliza adecuadamente los que ya dispone.

La Terapia individual consiste en el tratamiento psicológico a personas con dificultades emocionales o problemas psicológicos, a través de la interacción y vínculo que se establece entre el Psicólogo y el paciente, en donde por medio de las técnicas de intervención psicológica se trabajan los temas de conflictos, sufrimientos y preocupaciones personales. La terapia psicológica individual se caracteriza por sesiones semanales, dependiendo el caso pueden ser de una a cuatro sesiones a la semana, con una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente, su extensión depende de los objetivos planteados en cada sesión. Al inicio, la frecuencia idónea es de una vez por semana. En la medida en que se van solucionando los problemas, se van distanciando gradualmente las sesiones de

consulta (seguimiento).

El objetivo fundamental y principal es el fortalecimiento psíquico y emocional del individuo para el afrontamiento de la vida y sus dificultades, en formas más adaptativas y beneficiosas para la consecución de su bienestar personal, familiar, pareja, social y ocupacional. La terapia individual permite a la persona mayor comprensión y conocimiento de sí mismo, de su entorno y obviamente las relaciones que establece con éste.

▪ **Tratamiento psicológico grupal**

Es un tratamiento terapéutico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la cronificación y facilitando la disminución de la sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno.

La psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. García y paz (1998) mencionan que “la psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad”. Ayuda entonces a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida de las personas.

La sesión de terapia de grupo es una tarea en colaboración, en la que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión típica de 90 minutos o más, los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como "ayudantes terapéuticos" de los demás. Se sugiere una o dos sesiones semanales de 90 a 120 minutos de duración aproximadamente.

Terapia cognitivo-conductual

En lo que se refiere a las terapias cognitivo-conductuales, García y paz (1998) sostienen que “son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica”; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas, sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. “En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo” (García y paz, 1998).

Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos.

La terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y asimismo maneja el interior del ser humano para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, ya que amplía un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él mismo lo que los teóricos denominan pensamientos irracionales, realizando así una reestructuración cognitiva, lo que promoverá en el paciente una mejor adaptación a su ambiente. Es precisamente el pensamiento irracional o distorsionado el que lleva de alguna manera a la actuación del mismo.

Principios de la terapia cognitivo conductual

De acuerdo a González y Rodríguez (1998), “la Terapia Cognitivo Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso de cambio conductual”. Asimismo, según lo plantean estos autores, las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes de aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar, mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones autonómicas y comportamentales.

González y Rodríguez (1998) aseguran que “existen principios esenciales del modelo cognitivo conductual que tienen gran relevancia”, estos principios los resumieron en tres:

El primer principio consiste en que las cogniciones son productos de carácter básicamente verbal, la sistematización del cambio cognitivo conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.

El segundo se refiere a que las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones, se encuentran en el plano de la realidad consciente, esto se conciben en función de solo un estado de la conciencia.

El tercer principio se refiere principalmente a que la conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explícitas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. “Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la auto atención focal del paciente en sus propias creencias y meta-cogniciones, tal como proponen la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva” (González y Rodríguez, 1998). En la Psicoterapia Cognitivo Conductual los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva. La acción terapéutica va más allá de

manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas de modelado, Roleplaying, entrenamiento asertivo, entre otros. El terapeuta toma una actitud directiva, presentándose a sí mismo como modelo explícito si es necesario, e intenta corregir activamente excesos, déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Para ello, el terapeuta potencia los procesos de auto atención, instando al paciente a modificar ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

“La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos” (Caballo, 1998). En ésta, orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos ponen mucho énfasis en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Se utiliza terapias a corto plazo y pone énfasis en la cuantificación, siendo posible la medición de los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

En muchos casos, se utiliza la biblio-terapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Esta terapia tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades fuera de la sesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente y está centrada en los síntomas y su resolución. Todo esto se hace con el fin

de aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

En esta terapia se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde apunta la terapia. Su meta es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que, si desaparecen por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen, poniendo el énfasis en el cambio. Para ello se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. De esta manera desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto cuestionamiento y se centra en la resolución de problemas.

Técnicas de la terapia cognitivo conductual

Caballo (1998) en su Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta menciona una serie de técnicas y estrategias que son consideradas como las más reconocidas y eficaces dentro de la terapia cognitivo conductual, algunas de ellas se describen a continuación con más detalle:

- La auto observación, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando
- La identificación de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.
- Examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.
- Llevar acabo “intentos” para comprobar los pensamientos automáticos.
- La determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados y que, predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.
- El instrumento más importante de que dispone el terapeuta son las preguntas, el preguntar de forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a

una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Estas deberán utilizarse para clarificar el significado de las verbalizaciones del paciente de modo que se eviten los malentendidos.

Siguiendo siempre en la línea de las técnicas de la terapia cognitiva-conductual que son consideradas las más eficaces y reconocidas, Caballo menciona las siguientes:

Reforzamiento positivo

El reforzamiento positivo es una técnica en la cual un comportamiento aumenta su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona. Muchas conductas se mantienen porque conducen a resultados positivos. Por ejemplo, una persona continúa trabajando en una empresa, pues cobra un salario. El sueldo que cobra el trabajador es lo que refuerza la conducta de trabajar.

El terapeuta puede reforzar comportamientos específicos del paciente para que este los realice con más frecuencia. Por ejemplo: si el paciente realiza adecuadamente una tarea que le asignó el terapeuta, éste puede reforzar al paciente señalando en forma específica los aspectos positivos que el paciente ha alcanzado en la actividad.

Entrenamiento asertivo

Según lo plantea Caballo (1998), “el entrenamiento asertivo implica la identificación de las situaciones problema, seguido por el modelado de respuestas más apropiadas y eficaces por parte del terapeuta, mientras el paciente representa a la persona con la que tiene problemas”. Para esta técnica podría ser que el entrenamiento del paciente en las nuevas respuestas conductuales implica que el terapeuta represente el papel de la persona con la que tiene problemas el paciente y éste practique sus propias respuestas.

Todo esto se puede hacer para cada situación problemática, empezando con la menos amenazante. Cuando el paciente ya se siente tranquilo representando la situación, se le asigna la tarea de comportarse asertivamente durante los días que siguen a la sesión

Reestructuración cognitiva

“La reestructuración cognitiva es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración” (Caballo, 1998). La piedra angular de la reestructuración cognitiva son los pensamientos automáticos, éste es un tipo de ideas que las personas tenemos involuntariamente en muchas situaciones de nuestras vidas. Justamente, estos pensamientos se llaman automáticos porque no se hace ningún esfuerzo para que se presenten, simplemente, ellos aparecen.

Un ejemplo podría ser el siguiente: Silvia, quien padece de ansiedad severa, se encontraba en su casa esperando la llegada de su hijo mayor cuando sonó el teléfono. Silvia pensó: "tuvo un accidente". Inmediatamente sintió mucho miedo, su corazón latía rápidamente y una desagradable sensación de opresión, recorría su estómago. Cuando levantó el teléfono, se encontró con que se trataba de una amiga que sólo llamaba para saludarla.

Desensibilización sistemática

En cuanto a la desensibilización cognitiva, ésta se trata de una técnica muy utilizada en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad, especialmente en las fobias. Consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales. Es decir, paciente y terapeuta ordenan jerárquicamente un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Luego, mientras el paciente se encuentra en un profundo estado de relajación, se le guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan. El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

Modelado

Ésta es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas, denominados “modelos”. El modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el individuo requiere aprender no se encuentra en su repertorio de habilidades. “Esta técnica es de uso extendido en la práctica clínica, tanto para eliminar miedos como para aprender nuevas formas de comportarse” (Caballo, 1998).

Solución de problemas

De acuerdo Caballo (1998) la terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, “es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales”. Y para lograr esto, propone los siguientes pasos: en primer lugar, definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles; luego desarrollar soluciones alternativas (“tormenta de ideas”). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución; seguidamente se procede a tomar una decisión y ejecutar, se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito, posteriormente se evalúa los resultados; finalmente reiniciar el proceso, de encontrarse necesario; esto gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación.

Terapia cognitiva-conductual en los trastornos de ansiedad.

La terapia cognitiva conductual permite a la persona que padece de trastorno de ansiedad, identificar y reconocer los pensamientos automáticos irracionales que desencadenan el ataque de ansiedad y que le impiden realizar lo que desea.

Generalmente en la terapia cognitiva conductual se llevan a cabo las siguientes etapas para contrarrestar la ansiedad:

- Es importante reconocer los pensamientos automáticos irracionales cada vez que sobreviene la ansiedad. Es decir, descubrir que pensamientos son los que desencadenan los síntomas.
- La terapia ayuda a aprender a contrastarlos con los hechos y la lógica, y a controlarlos para que no interfieran en la conducta. En esta etapa es importante recordar cuál fue ese pensamiento o imagen que provocó la ansiedad.
- Una vez que se haya reconocido los pensamientos irracionales, es importante registrarlos y analizarlos.
- Es necesario aprender diferentes estrategias para poner a prueba los pensamientos y creencias de lo que puede suceder.
- Es muy importante el juego de roles, que pueden ayudar a practicar diferentes formas de afrontar una situación problemática.

En la actualidad la terapia cognitiva conductual es considerada la terapia más apropiada para tratar este tipo de trastornos, con un alto porcentaje de resolución favorable.

2.2.14 Programas de tratamiento cognitivo-conductual grupal para reducir los síntomas de los trastornos de ansiedad.

En la actualidad, se le ha dado mucho crédito a la ejecución de programas de tratamiento grupales para tratar problemáticas psicológicas como los trastornos de ansiedad. Estos programas consisten en desarrollar una serie de sesiones en grupos de personas con una problemática en común, en este caso la ansiedad. Por lo general, son alrededor de 12 sesiones, con una duración de 90 a 120 minutos aproximadamente. Durante estas sesiones previamente programadas, el psicoterapeuta desarrolla una serie de actividades que ayudan al grupo a enfrentar de una mejor manera la situación por la que están pasando, se les proporcionan las herramientas para poder hacerlo. Además, tienen la oportunidad de sentirse identificados con otros y expresar sus experiencias sintiéndose comprendidos.

Los programas de tratamiento grupales para reducir la ansiedad, por lo general se basan en un modelo o corriente psicológica para emplear técnicas basadas en ésta. En este caso, “la terapia cognitiva conductual parece ser la que se utiliza con mayor frecuencia en el diseño y aplicación de programas de tratamiento ya sea de ansiedad o cualquier otra problemática” (Caballo, 1998).

A continuación, se describen una serie técnicas y estrategias psicoterapéuticas cognitivas conductuales que generalmente son utilizadas en los programas de tratamiento para reducir los síntomas de la ansiedad:

Psicoeducación

El uso de técnicas y métodos de enseñanza dirigido al aprendizaje acerca de un trastorno mental y de las formas eficientes de afrontarlo, denominado “Psicoeducación”, es sin duda el primer paso para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos mentales, y cuando es posible se generaliza a los familiares, en función de que ello suele ser muy benéfico para el paciente.

Según Hernández y Cruz (2007) “en la Psicoeducación, hay una serie de objetivos que se deben cumplir”, como lo plantea éste autor, entre estos objetivos están:

- a) Proporcionar a los participantes información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enfatizando la relación entre vulnerabilidad biológica y factores psicosociales.
- b) Enseñar a los pacientes a discriminar los síntomas de la enfermedad, reconocer los efectos secundarios de la medicación para informar de ello al psiquiatra, y a valorar la medicación farmacológica como un factor de protección.
- c) Incrementar el reconocimiento, comprensión y habilidades de afrontamiento de los factores de riesgo, como son el estrés ambiental y el consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas (drogas ilegales).
- d) Crear una alianza entre paciente, familiares y profesionales orientadas a disminuir los resentimientos y culpas, a alcanzar metas a corto plazo, y a establecer estrategias de afrontamiento en las crisis que pudieran presentarse.
- e) Identificar y potenciar recursos de los pacientes y de sus familias.

- f) Proporcionar a los participantes y de ser necesario a los familiares, un ambiente de enseñanza y apoyo socio-afectivo, la superación del aislamiento y estigma propios de una enfermedad mental, y esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación científica acerca del padecimiento en cuestión.

Técnicas psicofisiológicas

Una de las características de la ansiedad excesiva, es la elevada activación fisiológica del organismo, lo cual contribuye a aumentar aún más los niveles de ansiedad. Escribano y Perales (2013), aseguran que “las técnicas psicofisiológicas reducen el nivel de activación excesivo del organismo, posibilitando a su vez un tipo de pensamiento más reflexivo y adaptativo, permitiéndose así el afrontamiento exitoso de los estímulos ansiógenos”. Es por esta razón que estos y muchos autores más consideran que éste es el primer nivel de actuación dentro del procedimiento de control de la ansiedad; y dentro de estas técnicas encontramos las siguientes:

Respiración Diafragmática.

La respiración diafragmática consiste en tomar aire sin levantar los hombros y llevarlo a la parte inferior de los pulmones, que es donde se encuentran las costillas flotantes, que permiten el ingreso de mayor cantidad de aire. El objetivo es conseguir una utilización más completa de los pulmones consiguiendo una respiración diafragmática mayor, facilitando el control voluntario de la respiración y automatizando este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Esto permite un mayor ingreso de oxígeno al organismo, lo cual provoca una sensación de relajación en el cuerpo.

Inspiración abdominal.

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, se le indica que coloque una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.

Inspiración abdominal y ventral.

El objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano situada sobre el estómago y después en la mano situada en el vientre.

Inspiración abdominal, ventral y pectoral.

El objetivo es desarrollar una inspiración completa. La persona, colocada en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.

Espiración.

Se pretende que el sujeto sea capaz de hacer una respiración más completa y regular, tras una inspiración completa, y para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca un breve resoplido de aire, provocando así una espiración pausada y controlada.

Ritmo inspiración-espiración.

El objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espiración completa. La diferencia con el ejercicio anterior es que ahora la inspiración se realiza sin marcar los tres tiempos, de forma continua y la espiración se realiza de forma más silenciosa.

Sobregeneralización.

Se trata de aprender a utilizar estas técnicas ya mencionadas, en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica: ojos abiertos, de pie, andando, con ruido, otras personas. Es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente.

Técnicas de relajación.

La relajación muscular progresiva.

La relajación muscular progresiva fue introducida por Jacobson y abreviada por Wolpe. Se comienza por hacer ver al paciente la diferencia entre las sensaciones producidas por la contracción de pequeños músculos, así como también, por la relajación progresiva de los mismos. La relajación progresiva se administra en una serie de pasos secuenciales. El primero es explicar al paciente el procedimiento y preparar el lugar donde va a tener lugar la sesión de relajación. Conviene reducir la estimulación ambiental al máximo que sea posible y que el paciente se sienta cómodo. Seguidamente, se hace un recorrido por diferentes zonas del cuerpo dándole al paciente indicaciones de contracción y relajación de diferentes grupos musculares de manos y brazos, nuca y hombros, ojos, cejas y frente, tronco y pecho, y finalmente de piernas y caderas.

La relajación autógena.

La relajación autógena consiste en inducir en el sujeto estados de relajación mediante la creación de una imagen mental agradable y placentera mientras se producen sensaciones corporales de pesadez y calor en las extremidades, la regulación de la actividad cardíaca y respiratoria, calor abdominal y frío en la frente.

El escaneo corporal.

Mediante el escaneo corporal se va prestando atención progresivamente a las diversas partes del cuerpo, empezando con uno de los pies y terminando con la cabeza. Por ejemplo, se puede empezar por el pie derecho, centrando completamente la atención en él, se puede decir al paciente lo siguiente: lo sientes, notas si hay algún dolor, si hay tensión, frío, calor, sequedad, picor, pesadez.... Luego se continúa haciendo lo mismo con el resto del cuerpo, parte por parte. Las sensaciones que se noten pueden ser agradables, desagradables o neutras. Algunas de esas sensaciones pueden estar acompañadas de emociones o pensamientos que surgen en la mente al prestar atención a una determinada parte del cuerpo. Este recorrido por el cuerpo se hace no dejando de realizar respiraciones profundas, mediante las cuales se pretende conseguir un estado de relajación en las diferentes partes del cuerpo.

Técnicas de distracción o focalización atencional

Resulta que muchas veces las personas están demasiado pendientes de las sensaciones corporales asociadas a la ansiedad; esta atención continua y exagerada dirigida a sí mismo termina activando o incrementando los mismos síntomas que se pretende evitar. Por ello, se hace necesario reenfocar la atención hacia estímulos externos al propio cuerpo. Ante esto, Minici, Rivadeneira y Dahab (2004) mencionan que “el hecho que el paciente se concentre en un objeto de su ambiente y lo describa verbal o mentalmente con bastante detalle, genera una disminución de los síntomas corporales de ansiedad”.

En este procedimiento no se trata de escaparse de la ansiedad o del problema, sino de atender a aspectos realmente importantes y relevantes para el quehacer cotidiano del individuo. Por ejemplo, si una persona está trabajando en la realización de un inventario en su oficina, no le es útil monitorear continuamente su cuerpo en busca de latidos cardíacos, temblores o contracturas musculares. Deberá atender a la tarea que debe realizar, en este caso el inventario es lo realmente importante. Y ello no es un mero escape, sino un comportamiento adaptativo focalizado a situaciones que la persona debe resolver en ese instante, ya que, según lo planteado por diversos autores, el estar pendiente de las sensaciones físicas no sólo aumenta la ansiedad, sino que interfiere con la resolución de las actividades laborales pendientes.

Visualizaciones.

Esta técnica consiste en que el paciente imagine una escena que le produzca relajación; generalmente se recomienda que sea una situación vivida realmente por la persona, por ejemplo, un paisaje visto o un momento particular tranquilizador y placentero. Las visualizaciones requieren que el paciente se concentre en los detalles de la escena, imaginándola como si realmente estuviese experimentándola. Se intenta activar todas las vías sensoriales (olfato, oído, vista.) de modo que la visualización sea lo más realista posible.

Una vez generada y practicada la escena relajante, la persona puede autoaplicársela para el manejo de su ansiedad.

Técnicas cognitivas

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos del cual dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Sin embargo, su aplicación no es nada fácil por varios motivos. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, según lo plantean Bados y García (2010) “se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente”, de manera que el terapeuta deberá reaccionar de forma rápida y acertada ante las situaciones que vayan surgiendo en la terapia entorno a las manifestaciones del paciente. Por último, la técnica no está tan pautada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida.

La Reestructuración Cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis, y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus propios pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. En cuanto a la eficacia de esta técnica, Bados y García (2010) plantean que “la RC, en combinación con otras técnicas (lo que se conoce como terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual), se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad”. Dentro de la reestructuración cognitiva se deben seguir una serie de pasos para poder lograr un cambio significativo. A continuación, se describen los más esenciales:

Identificación de cogniciones

Es importante mencionar que, si un paciente no ve la necesidad de explorar sus cogniciones, será necesario proceder primero a emplear ejemplos relacionados o no con sus problemas que le hagan ver cómo las emociones y la conducta están influidas por lo que

pensamos. “Una cuestión importante a tener en cuenta es que la identificación de pensamientos no es simplemente una fase inicial, sino un proceso continuo que se prolonga a lo largo del tratamiento” (Bados y García, 2010).

La identificación correcta de las cogniciones por parte del paciente requiere que éste sea entrenado al respecto, ya que esto determinará el éxito de la técnica a aplicar, para ello lo que el paciente necesita saber es que: muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapen a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos. Es importante también que se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes que producen el malestar emocional. Para ello, puede preguntarse a sí mismo si otras personas que pensarán eso se sentirían como él se siente; debe también procurar no confundir pensamientos y emociones “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales, no pensamientos. Además, se necesitan escribir pensamientos concretos, no hay que apuntar “quedaré mal” si lo que se piensa es “hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra”; deberá escribir cada pensamiento de forma separada, y no largos párrafos como los de un diario personal. Además, por otra parte, las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes. Por ejemplo, imaginar que uno choca con el coche o que tiene un infarto en la calle sin que nadie le ayude.

Identificación de supuestos y creencias

En cuanto a este paso Bados y García (2010), aseguran que “identificar los supuestos y creencias es generalmente más difícil que identificar pensamientos concretos”. Las técnicas o estrategias que se suelen utilizar para ello son:

En primer lugar, identificar temas o contenidos generales a partir de los pensamientos, verbalizaciones (culpa, perfección, vulnerabilidad) y acciones del cliente, y de las resistencias a ciertos comportamientos por parte de éste. Ejemplos de estos temas son normas perfeccionistas, preocupación por el rechazo de los demás y visión de uno mismo como inútil. En segundo lugar, utilizar técnica de la flecha descendente. Ésta se trata de identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se comienza haciendo alguna de las preguntas siguientes: “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué

significaría para usted?”, “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué habría de perturbador (o de malo) en ello?”, “si este pensamiento fuera verdad, qué sucedería” o bien “¿qué pasaría si... (Tal cosa fuera así)?”. A continuación, se repite la misma pregunta referida a la nueva respuesta del paciente. El proceso continúa de la misma manera hasta que el paciente es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. Ejemplos de empleo de la flecha descendente, son los siguientes:

Esta fue una sesión terrible, no conseguimos nada → Esto significa que el paciente no mejorará → Esto significa que he hecho un mal trabajo → Esto significa que soy un terapeuta malísimo → Esto significa que tarde o temprano se llegará a saber → Esto significa que todo el mundo sabrá que no soy competente y me despreciará. Esto probaría que mi éxito hasta ahora ha sido pura suerte. (Supuesto: Tengo que tener éxito en todo lo que hago para tener una buena opinión de mí mismo y que los demás la tengan también.). Balbucearé al hablar → La gente lo notará → Pueden reírse de mí → No me tomarán en serio → Pensarán que soy estúpido → Pensaré que soy estúpido. (Supuesto: Si balbuceo, la gente pensará que soy estúpido, lo cual significa que lo soy.) (Bados y García, 2010)

Justificación de la RC

Antes de someter a prueba los pensamientos del paciente, es necesario que este: vea la relación existente entre cogniciones, emociones y conductas, y, especialmente, el impacto que las primeras juegan sobre las otras dos; y que además reconozca que los pensamientos son hipótesis, no hechos, y que, por tanto, necesitan ser comprobados.

No se trata de que el terapeuta proporcione una explicación formal, sino de que el paciente descubra por sí mismo, con la ayuda del terapeuta, el papel que juegan las cogniciones y la naturaleza hipotética de estas. Para ello, según lo afirman Bados y García (2010) “el terapeuta puede utilizar en primer lugar uno o más ejemplos de situaciones no relacionadas con los problemas del paciente y después algún ejemplo extraído de los problemas de éste”. Además, aclaran que estos ejemplos son incompletos, es decir, el terapeuta no los explica enteros, sino que plantea una serie de preguntas al paciente.

Un posible ejemplo para facilitar que el paciente vea el impacto que las cogniciones tienen sobre las emociones y conductas es: que suceda un ruido en mitad de la noche, luego

se le dice al cliente que imagine que una persona se encuentra sola en casa y hacia mitad de la noche escucha un ruido en otra habitación. Si pensara “ha entrado un ladrón en la casa”, ¿cómo cree que se sentiría? (muy asustado). ¿Cómo se comportaría? (intentaría esconderse o llamaría a la policía). Bien, supongamos ahora que ante el mismo ruido la persona pensara “me he dejado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo”, ¿cómo se sentiría? (asustado no, quizá enfadado o apenado por la pérdida de un posible objeto valioso). ¿Y cómo se comportaría? (iría a ver qué ha pasado). A partir de aquí se discutiría que el modo en que se interpreta una situación influye en cómo uno se siente y responde a la misma situación.

Otra posibilidad para que el paciente reconozca que el contenido de las cogniciones influye en cómo uno se siente, es pedirle que imagine una escena agradable y otra desagradable y que describa sus sentimientos tras cada una de ellas. Los ejemplos anteriores facilitan una comprensión intelectual de la RC. Sin embargo, para conseguir una comprensión emocional, Clark y Beck (2012) recomiendan “emplear lo más pronto posible ejemplos extraídos de los propios problemas del paciente”. Así, supongamos un paciente con temor a hablar en público que tiene mucho miedo a hacer preguntas y que no las hace porque cree que la gente pensará que son preguntas tontas. Se le pregunta si alguna vez anteriormente alguien ha hecho preguntas que él no se había atrevido a formular y si fueron consideradas tontas. Ante la respuesta positiva a lo primero y negativa a lo segundo, se le dice cómo se sentiría si pensara en esto último en vez de en sus pensamientos típicos.

Cuando el tratamiento es en grupo, otros autores utilizan el siguiente método para que los pacientes vean que hay diversas formas de enfocar las cosas: Se les pide que piensen sobre sus reacciones a encontrarse en un grupo y que digan los pensamientos negativos que ellos o cualquier persona que se implique en un tratamiento en grupo puedan tener con relación a sí mismos, los otros miembros o el progreso que puedan hacer. Los terapeutas enumeran los pensamientos: por ejemplo, “no seré capaz de hablar delante de toda esta gente”, “mis problemas son peores que los de cualquier otro miembro”, “si hablo, pareceré estúpido”, “necesito terapia individual para mejorar”, “si los otros averiguan cómo soy en realidad, no les gustaré”.

Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas

Aquí Bados y García (2010) explican que “el paciente trabaja junto con el terapeuta para recoger datos retrospectivos y prospectivos que indiquen si sus cogniciones son válidas o útiles”. La validez u objetividad de los pensamientos se refiere a en qué medida son correctos y realistas. La utilidad de los pensamientos se refiere a si sirven de ayuda para alcanzar los objetivos que uno se ha propuesto en un momento dado o bien generan consecuencias negativas. Bados y García (2010) aseguran que “las cogniciones negativas significativas del cliente son cuestionadas de dos modos básicos”, estos se describen a continuación:

- a) Verbalmente, mediante el análisis lógico y la consideración de la información basada en las propias experiencias previas y/o en las de otros.
- b) Conductualmente, buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito. Por ejemplo, un agorafóbico que se siente tambaleante cuando está muy ansioso y piensa que se desplomará si no se agarra a algo o a alguien, puede ir a comprar y permanecer en medio de los pasillos de un supermercado sin apoyarse en el carrito de la compra y observar lo que sucede realmente. O bien una persona que piensa que, si se pone roja, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de ella, puede preguntar a amigos y conocidos cómo reaccionan o reaccionarían internamente ante alguien que se sonroja en público.

“Conviene tener en cuenta que dentro de las cogniciones pueden distinguirse dos niveles básicos: los pensamientos automáticos y los supuestos y creencias; estos últimos tienen una mayor estabilidad y transituacionalidad, y son más resistentes al cambio” (Bados y García, 2010). Así pues, la estrategia que se sigue es cuestionar los pensamientos automáticos negativos (“no sabré qué decir”, “diré algo estúpido”) en una primera etapa y posteriormente los supuestos y creencias disfuncionales (“si no hago las cosas perfectamente, es un desastre”, “si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “una persona que se queda en blanco al hablar es vista como incompetente”, “soy inferior”).

Examinar las pruebas de un pensamiento negativo

Se trata de examinar a través de preguntas en qué medida es cierto un pensamiento negativo que contribuye significativamente a la emoción o conducta desadaptativa del paciente en determinadas situaciones. En concreto, según Bados y García (2010) una buena pauta a seguir es la siguiente: evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo, obtener las pruebas o datos favorables a este pensamiento y discutir si realmente son favorables (muchas veces pueden no serlo), buscar las pruebas contrarias al pensamiento, identificar anticipaciones o interpretaciones alternativas, buscar la anticipación o interpretación más probable según las pruebas existentes a favor y en contra de las distintas alternativas (si se desea, puede establecerse también, en términos cuantitativos o cualitativos, la probabilidad de que las cosas sean como el cliente pensaba), evaluar el grado de creencia en la anticipación o interpretación alternativa seleccionada, evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo.

Examinar la utilidad de un pensamiento negativo

Se trata de evaluar hasta qué punto el pensamiento considerado sirve de ayuda para alcanzar los objetivos que el paciente tiene o bien le sirve de estorbo y genera consecuencias negativas respecto a cómo se siente y actúa. Mientras que la estrategia de examinar las pruebas o datos se centra en el contenido de los pensamientos, la estrategia de examinar la utilidad se dirige a la función que cumplen estos; por ejemplo, las rumiaciones depresivas pueden tener la función de evitar problemas y retraerse, lo cual reduce el malestar a corto plazo, pero contribuye a mantener el problema. Bados y García (2010) mencionan que “Si se concluye que un pensamiento no es útil, dos posibles soluciones son a) no centrar la atención en el pensamiento, sino en la experiencia inmediata, y b) buscar métodos alternativos de lograr los objetivos que uno desea”. A continuación, se ofrecen algunos ejemplos para las preguntas que el paciente se puede plantear en este caso:

¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?

¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?

Extraer las conclusiones pertinentes

Bados y García (2010) explican que “tras la reestructuración de un pensamiento, el cliente debe extraer una conclusión, la cual suele implicar una forma alternativa (más adaptativa) de enfocar la situación”. A continuación, se presentan ejemplos de pensamientos reestructurados, junto con una síntesis de los mismos que resume su significado y es más fácil de utilizar en las situaciones reales:

A. Pensamiento inicial: “La gente pensará que lo que voy a decir no es muy interesante”.

Reestructuración: “Bien, no sé por qué la gente va a pensar eso. En realidad, me he preparado bien esta charla pensando en el público y en estas condiciones la mayor parte de la gente reacciona de un modo favorable o neutral. Incluso si hay gente que responde negativamente, puedo pensar si esa respuesta está justificada o no. Que alguien responda negativamente no quiere decir necesariamente que yo haya hecho algo mal. Si su respuesta no está justificada, ¡qué se le va a hacer! Uno no puede contentar a todo el mundo ni todos tenemos las mismas opiniones. Si está justificada, desde luego me sentiré molesto, pero me servirá para ver qué aspectos me es conveniente cambiar para la próxima ocasión. Todos cometemos errores; haberme equivocado en algo no me hace estúpido, al revés, es de sabios aprender de los propios errores”.

Síntesis: “Me he preparado bien, así que lo más probable es que la charla resulte interesante. Y si me equivoco en algo, me sentiré molesto, pero me servirá para aprender”.

B. Pensamiento inicial: “El corazón se me va a poner a mil como siempre (pensamiento correcto en este caso) y no lo voy a poder soportar”.

Reestructuración: “Inquietándome por esto no va a impedir que suceda, incluso va a agravarlo. En vez de preocuparme, puedo pensar en cómo solucionar las cosas. Por ejemplo, puedo dejar de pensar en ello, puedo aceptarlo y esperar que se vaya reduciendo como normalmente sucede, y puedo concentrarme en pensamientos más

adaptativos tales como ver de qué forma voy a comenzar mi charla. Además, incluso si las primeras veces no consigo mucho, es comprensible. Claro que me sentiré algo molesto, pero estas cosas no se logran en un día; se requiere práctica repetida”.

Síntesis: “Pensar en esto no me ayuda, lo mejor es centrarme en cómo voy a empezar”.

C. Pensamientos iniciales: “Si le digo de verla otra vez, pensará que estoy demasiado deseoso y echaré a perder esta ocasión. Además, si me dice que no, me sentiré fatal ya que no querrá verme nunca más”.

Reestructuración: “Decirle a una chica que me gustaría verla otra vez no es tan difícil. Puede sentirse muy halagada y estoy expresando mis deseos francamente. Y si no se lo digo, puedo estar perdiendo la oportunidad de verla otra vez. Si ella no acepta mi cita, esto no significa necesariamente que no quiera verme nunca más. Incluso si fuera así, al menos lo he intentado y he expresado sincera y valientemente mis sentimientos”.

Síntesis: “Sólo si se lo pido tendré una oportunidad; y si me dice que no, ya habrá otras ocasiones. Por el momento, lo importante es expresar mis deseos”.

Actividades entre sesiones

Bados y García (2010) asegura que “el cuestionamiento verbal de los pensamientos durante las sesiones se complementa con el cuestionamiento conductual paralelo y con actividades entre sesiones tendentes a facilitar y mantener el cambio cognitivo y conductual”. Además, según estos autores, para aquellas actividades que implican la realización de reestructuraciones, hay que proporcionar al paciente una selección de preguntas que puede utilizar como guías; naturalmente, el cliente puede emplear otras preguntas más específicas para la situación considerada. También puede darse por escrito un ejemplo de un pensamiento reestructurado mediante el empleo de dichas preguntas, ejemplos de las cuales se presentan a continuación:

En las preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento: ¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos? ¿Hay otras interpretaciones alternativas? ¿Cuán probables son estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra? ¿Cuál es la probabilidad real de que las cosas sean como pensaba? ¿Qué me diría (persona en quien confío) acerca de lo que pienso?

En cuanto a las preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento podríamos mencionar: ¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos y a solucionar mi problema? ¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme como quiero? ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que creo?

Para las preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto: ¿Que pasaría si las cosas fueran realmente como pienso? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.) Incluso si lo que pienso fuera verdad, ¿sería tan malo como parece?

En las preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto: Si las cosas fueran así, ¿qué podría hacer al respecto?, ¿cómo podría hacer frente a la situación? ¿Qué me diría una persona importante para mí con el fin de ayudarme a afrontar la situación? Si otra persona tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo para ayudarlo a afrontar la situación?.

Cuestionamiento de los supuestos y creencias

Bados y García (2010), expresan que “el trabajo sobre los pensamientos automáticos permite ir identificando y empezar a cuestionar los supuestos y creencias que subyacen a los problemas del paciente”. De este modo, el cuestionamiento de los pensamientos automáticos puede emplearse para empezar a socavar los supuestos y creencias, especialmente si el terapeuta hace explícita la conexión entre ambos. La terapia termina por centrarse en el cuestionamiento intensivo de los supuestos y creencias cuando se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando los esquemas interfieren con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado. Así pues, es mejor empezar a trabajar sobre lo específico y concreto y pasar después a temas más generales y abstractos. Se supone que identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales produce cambios más

profundos que el simple cambio de pensamientos concretos y que ello es útil para prevenir más eficazmente las recaídas.

Los métodos para identificar supuestos y creencias han sido ya presentados anteriormente. Antes de centrarse en el cuestionamiento de los supuestos y creencias, conviene educar al paciente sobre los mismos y justificar por qué es necesario abordarlos. Puede proporcionarse la siguiente información: los supuestos y creencias influyen de modo fundamental en cómo interpretamos las cosas y en nuestras emociones y conductas (pueden emplearse las creencias religiosas y políticas como ejemplo), provienen en gran medida de experiencias tempranas de aprendizaje o de experiencias posteriores traumáticas o altamente emocionales, y para prevenir la reaparición de los problemas, es necesario identificar y modificar los supuestos y creencias en los que se basan.

Técnicas para combatir síntomas motores

Las técnicas para combatir los síntomas motores de los Trastornos de ansiedad, están diseñados principalmente para eliminar o modificar aquellos comportamientos que facilitan el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad. Entre los aspectos que se pretende tratar en este componente se encuentran los comportamientos involuntarios, conductas agresivas o pasivas, la falta de organización de actividades, entre otros. Para lograr esto se utilizan técnicas como las que se describen a continuación:

Comportamientos involuntarios

Esta técnica se trata de erradicar o disminuir aquellos tics o comportamientos involuntarios que incrementan el malestar que provoca la ansiedad. Para ello, será importante informar a los pacientes sobre lo siguiente:

Rivadeneira y Dahab (2004) mencionan que “en ocasiones las personas tenemos entre nuestro repertorio de conductas unos movimientos aprendidos que son habituales en nosotros y que no tienen utilidad”. Estos son los llamados tics o hábitos nerviosos, son acciones aprendidas y muy practicadas, las cuales se incrementan en situaciones de estrés o ansiedad. Es importante aclararles que lo primero que se tiene que aprender es darse cuenta de este tipo de movimiento o acciones. Habrá por lo tanto que auto observarse en la

situación de ansiedad, y ver si aparece algún tipo de movimiento repetitivo que puede estar influyendo en el hecho de que la ansiedad se incrementa progresivamente.

Lo segundo, será tomar la decisión de no llevar a cabo este tipo de acciones, ya que tienen consecuencias negativas que pueden ser diversas: tener las manos estropeadas por morderse las uñas, sentir vergüenza por ello.

Lo tercero que habrá que hacer, será elegir un comportamiento alternativo (acciones de afrontamiento), al “tic” o movimiento involuntario, que se utilizará siempre que esté en una situación de ansiedad o note deseos de llevar a cabo el “tic”.

Por ejemplo, en vez de morderse las uñas puede cerrar los puños fuertemente, en lugar de tocarse la cara, cruzar los brazos.

Se les puede pedir a los pacientes que hagan una lista de tics o comportamientos involuntarios que ellos hayan detectado cuando se encuentran en ansiedad, posteriormente se les pediría que sustituyan cada una de ellas por comportamientos alternativos o de afrontamiento. A continuación, se muestra posibles ejemplos de lo que tiene que hacer el paciente:

Comportamiento involuntario	Comportamiento alternativo
Morderse las uñas.....	Cerrar los puños fuertemente.
Tocarse la cara.....	Cruzar los brazos.
Llevar los dedos a la boca.....	Apretarse una mano con la otra.
Doblarse los dedos.....	Mover los dedos en forma contraria del otro

Planificación de actividades

La sabiduría y astucia a la hora de planificar nuestras actividades, es otra herramienta muy conveniente para reducir tensiones, sabiendo intercalar descansos oportunos para aliviar el crecimiento de la ansiedad o cambiando el tipo de tarea a una más suave o llevadera, hasta recuperar energías perdidas y hasta afrontar la dureza del día con energías siempre sobradas en vez de desfallecidas.

Es importante recordar que, al cabo del día hemos de dar satisfacción a distintas necesidades, y no descuidarlas es una forma de armonizarnos, dedicando tiempo a los amigos, a lecturas, músicas y placeres personales, teniendo momentos de contacto afectivo.

En la técnica de planificación de actividades, es importante enseñar a los pacientes que la ansiedad se produce cuando el ritmo es elevado, es decir, cuando sometemos al organismo de manera continua a un nivel de activación alto. El individuo puede haber aprendido a través de su historia personal a tener un ritmo de ejecución alto en las conductas que realiza por un proceso de generalización. Es decir, “puede ir ampliando de una conducta aislada (ritmo elevado en su actividad laboral) a cualquier conducta que realiza en su vida cotidiana (tareas de casa.)” (Rivadeneira y Dahab. 2004). Por ejemplo: si trabaja en un lugar que requiera un ritmo elevado y continuo, con el paso del tiempo aprende a comportarse de esa misma manera en su vida cotidiana. Si todas estas conductas las mantiene por un periodo de tiempo prolongado puede llegar un momento en que comience a manifestarse los síntomas de ansiedad.

Una forma de mejorar este aspecto en los pacientes es, indicarles que escriban la rutina actual en sus vidas, una vez hecha, deberán analizar de qué manera ésta rutina de actividades influye en su malestar psicológico. Luego se les pedirá crear una rutina más favorable tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar una planificación de las actividades de tal forma que no implique una auto exigencia muy elevada al organismo en realizarlas.
- Hacer pausas cada cierto tiempo en las actividades que realizamos.
- Utilizar la técnica de relajación aprendidas
- Utilizar autoinstrucciones cuando detectemos que el ritmo de nuestra conducta es elevado para disminuirlo.

Entrenamiento asertivo

Minici, Rivadeneira y Dahab (2004) mencionan que el entrenamiento asertivo “supone el desarrollo de la capacidad para expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o

sentir vergüenza”. También es importante mencionar que el entrenamiento asertivo consiste en enseñar las diferencias entre tres tipos de conductas:

Asertiva. Que se refiere a la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.

Pasiva. Que es la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacerle caso. Su objetivo es evitar conflictos a toda costa, pero se sentirá a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada.

Agresiva. Consiste en la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de otras personas. Las víctimas acaban por sentir resentimiento. El objetivo de la agresión es la dominación de otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación.

Minici, Rivadeneira y Dahab (2004) aseguran que “Cuando la ansiedad aparece en situaciones interpersonales, se hace necesario evaluar si ella se debe a un déficit en comportamientos asertivos”, ya que la asertividad es la capacidad de expresar lo que se siente y se piensa de manera socialmente adecuada, sin experimentar ansiedad o agresión.

Las personas con déficit en asertividad tienen dificultades para defender sus derechos, negarse a peticiones poco razonables, expresar un desacuerdo, entre otras. El entrenamiento asertivo constituye un procedimiento técnico mediante el cual se pretende generar habilidades comunicacionales que ayuden a disminuir el grado de ansiedad experimentado en situaciones sociales.

Consta de varios pasos que van desde la generación y práctica de conductas elementales tan sencillas como saber mirar a los ojos o mantener un tono de voz audible, hasta el ensayo conductual que recibe un feedback del terapeuta u otros pacientes en el caso de que se realice una terapia en forma grupal.

Existen técnicas y reglas que aprendidas y aplicadas nos permiten ejercer la asertividad de forma eficiente. Para ello, hay que prepararse a negociar y hay que cumplir las reglas que implican una negociación eficiente:

- 1. Preparación del diálogo** Sin perder de vista que lo importante es lo que hagamos y lo que decimos, solamente puede ser una guía para que el otro sepa cuáles van a ser nuestros siguientes pasos, tenemos que preparar aquello que vamos a decirle.
- 2. Describir los hechos concretos.** Se trata de poner una base firme a la negociación, en la que no pueda haber discusión. Cuando describimos hechos que han ocurrido el otro no puede negarlos y así podemos partir de ellos para discutir y hacer los planteamientos precisos. En este punto es donde más tenemos que evitar hacer los juicios de intenciones. No se trata de decir “eres un vago” sino decir, “vengo observando que te levantas desde hace ya varias semanas a la hora de comer”.
- 3. Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos.** Rivadeneira y Dahab (2004), mencionan que “éste se refiere a comunicar de forma contundente y clara como nos hace sentir aquello que ha ocurrido y que juicio moral o de pensamiento nos despierta”. Es el momento de decir “estoy hasta las narices de esta situación y no la soporto más”, o “me he sentido humillado y denigrado”. Hay que recordar que no se trata de que el otro lo encuentre justificado o no. Le puede parecer desproporcionado, o injusto, o... pero es lo que nosotros sentimos y tenemos derecho a hacerlo así, no aceptaremos ninguna descalificación, defenderemos nuestro derecho a sentirnos tal y como le decimos. Le estamos informando, no le pedimos que nos entienda o nos comprenda, por eso no puede descalificarnos ni aceptaremos críticas a nuestros sentimientos.

- 4. Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga.** No se trata de hablar de forma general o genérica, “quiero que seas más educado”, “quiero que me respetes” “quiero que no seas vago”; sino que hay que ser concreto y operativo: “quiero que quites los pies de mi mesa”, “quiero que cuando hablo me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto”, “quiero que estudies tres horas diarias”. “Son conductas concretas que el otro puede entender y hacer” (Rivadeneira y Dahab. 2004).

- 5. Especificar las consecuencias.** Esta regla se refiere a aquello que va a ocurrir cuando haga lo que se le ha pedido. Se le podría plantear también las consecuencias que tendrá para él no hacerlo, pero es preferible especificar lo que va a obtener de forma positiva, ya que Rivadeneira y Dahab (2004) aseguran que “de otra manera lo que planteamos es un castigo y los castigos son mucho menos efectivos que los premios o refuerzos”. Muchas veces se trata solamente de una forma de presentación, hay que tener en cuenta que frecuentemente algo que puede ser planteado como un castigo, si no lo hace, se puede ver como algo positivo si lo hace. “Si no lo haces tendrás un castigo” se puede convertir en “Si lo haces evitarás que haga lo que no quiero hacer que es lo que supone un castigo para ti, que es algo que, por supuesto, yo tengo que hacer para ser consecuente con mis objetivos y los sentimientos que ya he expresado”.

2.2.15 Estudios sobre la elaboración y aplicación de programas cognitivos conductuales grupales para los trastornos de ansiedad.

Existen una gama de programas cognitivos conductuales diseñados para combatir los síntomas de los Trastornos de Ansiedad, utilizando una variedad de técnicas basadas en este enfoque. Estas técnicas son orientadas a reducir los síntomas en base a los componentes fisiológicos, cognitivo y conductual. En ocasiones los programas son diseñados a tratar a un componente en específico, mientras que en otros se orienta a tratar a los tres. Por otra parte, algunos programas fueron diseñados para tratar a un trastorno de ansiedad en específico, mientras que en otros se tratan dos o más trastornos de ansiedad. Lo

cierto es que, así como existen programas de tratamientos cognitivos conductuales diseñados para contrarrestar los síntomas de los trastornos de ansiedad, también existen muchos estudios que se han realizado para comprobar la efectividad de la aplicación de estos programas, ya sea de forma individual o grupal; sin embargo, sólo revisaremos los programas aplicados de forma grupal.

Como ya se mencionó, existen diversas investigaciones que dan gran crédito a la efectividad de los programas psicoterapéuticos basados en la Terapia cognitivo conductual. Esto se puede corroborar al revisar la literatura de Tejero (2010), que lleva por nombre “*Trastorno de Ansiedad Generalizada*”, en éste menciona que la mayoría de estudios centrados en la eficacia de la terapia cognitivo conductual, manifiestan la superioridad de ésta para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, y añaden el mantenimiento o la eficacia ante recaídas en comparación con otras técnicas como las farmacológicas, conductuales o dinámicas.

Entre los estudios que aprueban este planteamiento, menciona a los siguientes: Task Force (Chambless y cols., 1998), Sección especial del Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall & Chambless, 1998), What Works for Whom (Roth & Fonagy, 1996), A Guide to Treatments that Work (Nathan & Gorman, 1998), Gatz y cols. (1998), Revisión Psicothema (2001) y Wilson & Gil (1996). Estos consideran que “el conjunto de técnicas cognitivas conductuales son las que producen cambios radicales, ya que las técnicas por si solas, no producen los cambios esperados” (Tejero, 2010).

Otro estudio que muestra la efectividad en los programas de tratamiento cognitivo conductuales de los trastornos de ansiedad, es el realizado por Segarra, Farriols y Palma (2011), el cual lleva por nombre “*Tratamiento Psicológico Grupal Para los Trastornos de Ansiedad en el Ámbito de la Salud Pública*”. En éste, se evaluaron los cambios obtenidos de una intervención psicoterapéutica grupal para pacientes con trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia y trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa o depresiva asociada.

Un total de 107 pacientes participaron en el estudio, el tratamiento cognitivo-conductual se compuso de 20 sesiones con periodicidad semanal de 90 minutos de duración, los

participantes completaron a través de una entrevista semiestructurada medidas clínicas de ansiedad, depresión, somatización, inteligencia emocional percibida y medidas protectoras de salud tales como autoestima y satisfacción vital. Es importante mencionar que se llevó a cabo la realización de pre y post test para medir los resultados obtenidos en la aplicación del programa, durante las sesiones se realizaron técnicas como la Psicoeducación, entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y aprendizajes realizados y prevención de recaídas.

En cuanto a los resultados obtenidos se muestran mejoras significativas en términos de reducción sintomática, además de un incremento de la autoestima y la satisfacción general con la vida para todos los grupos diagnósticos.

En cuanto al estudio *“Tratamiento Cognitivo-conductual Grupal del Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia en un Centro de Salud Mental Público”* (Garriga, Martín y López, 2009) publicado en la revista de Psicopatología y Psicología Clínica, al igual que en el estudio anterior también se plantean y evalúan la efectividad de las estrategias y técnicas empleadas, esta vez en un grupo de 39 personas. La diferencia es que, aquí estas se centran principalmente en el trastorno de pánico.

El tratamiento consistió en 12 sesiones grupales semanales. Entre las técnicas empleadas en este programa se encuentran: Psicoeducación, técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, y técnicas de exposición. Es importante aclarar que también se realizó la aplicación del pre y pos test para medir los resultados, los cuales revelaron que todos los pacientes tuvieron mejorías significativas en todas las dimensiones evaluadas, con alto grado de remisión de sintomatología fisiológica de las crisis de pánico y mejora significativa en los demás síntomas.

También se cuenta con un estudio realizado con el objetivo de evaluar cuatro programas para reducir la ansiedad en pacientes medicamente enfermos: psicoeducativo, cognitivo, conductual y de control. Este programa fue realizado por Sánchez, Velazco, Rodríguez y Baranda (2006) y lleva por nombre *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos”*. En

este estudio participaron 177 pacientes diagnosticados, desarrollando cada sesión durante una hora y media cada semana, con seis personas. El programa psicoeducativo se compuso de cinco sesiones, el cognitivo de tres, el conductual de tres y el grupo control de cuatro, en este se realizaron terapia grupal de apoyo. El número de sesiones realizadas por cada grupo fue determinado por la naturaleza de la estrategia aplicada. Entre las técnicas que se utilizaron en estos programas podemos mencionar: la psicoeducativa, técnicas de relajación, técnica de solución de problemas, promoción de la asertividad y comunicación. Los resultados que se obtuvieron fueron favorables ya que al comparar y analizar los resultados obtenidos del pre-test y el pos-test, se concluye que el programa de intervención que obtuvo una mayor disminución en los niveles de ansiedad fue el psicoeducativo.

Sin embargo, los demás programas como el cognitivo y conductual también fueron de mucha importancia en el tratamiento, esto indica que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general.

También podemos mencionar el estudio publicado por Ballester (2003), el cual lleva por nombre *“Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA”*, en este se realizó una evaluación inicial y una al finalizar la aplicación del programa, el cual estaba dividido en 8 sesiones con una duración de 2 horas cada una, las cuales se realizaban semanalmente. Este programa se realizó inicialmente con dos grupos de 10 participantes cada uno.

El estado emocional de los pacientes fue explorado en tres variables: ansiedad, depresión y autoestima; estos aspectos fueron en los que se intervinieron a través de las diferentes técnicas psicoterapéuticas aplicadas, entre estas se incluye la Psicoeducación, se utilizaron técnicas cognitivas para combatir los pensamientos negativos, técnicas de solución de problemas y técnicas de relajación. Según la valoración preliminar de los datos, se reflejó efectividad en la aplicación del programa y ésta se expresa a través de cambios

significativos en una dirección positiva; los pacientes incrementaron de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual les facilitó un adecuado afrontamiento de la enfermedad y se redujeron síntomas de ansiedad. Por otra parte, la adhesión terapéutica, objetivo central y motivo inicial del desarrollo del programa, mejoró significativamente.

En este programa, como en muchos más, se evidencia la efectividad de la psicoterapia cognitiva-conductual para tratar los trastornos de ansiedad, ésta es la que se utiliza con más frecuencia en la intervención de diferentes psicopatologías, ya que los pacientes obtienen una recuperación más completa, pues la implementación de la terapia cognitiva conductual permite aplicar técnicas para combatir síntomas fisiológicos, cognitivos y motores de forma específicas, tal y como lo muestran las investigaciones antes mencionadas, ya que se aplicaron técnicas como la relajación progresiva orientadas a reducir síntomas físicos de los trastornos de ansiedad; en cuanto a combatir los pensamientos distorsionados negativos, se utilizaron técnicas cognitivas; mientras que para los síntomas motores, se aplicaron técnicas de exposición y de entrenamiento asertivo. Además, los programas de tratamiento cognitivos conductuales, también dan la pauta para la asignación de tareas en casa, lo cual permite que el paciente practique constantemente lo aprendido en las sesiones.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de trabajo

La aplicación del Programa de Tratamiento cognitivo conductual grupal facilita un manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután.

La aplicación del Programa de Tratamiento cognitivo conductual grupal es efectivo para en el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado establecen los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Las estrategias psicoterapéuticas proporcionadas controlan los síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Las técnicas psicoterapéuticas ejecutadas minimizan los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Se controla el comportamiento ansioso al capacitar en técnicas adecuadas a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

La ansiedad ante la evaluación disminuye en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Se reduce la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Se minimiza la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Se controla la ansiedad ante situaciones habituales en la vida cotidiana de los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

La correlación que existe entre la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal es positiva con el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

3.2 Hipótesis nula

La aplicación del Programa de Tratamiento cognitivo conductual grupal no facilita un manejo adecuado de los síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután.

La aplicación del Programa de Tratamiento cognitivo conductual grupal no es efectivo para disminuir los síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado no establecen los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Las estrategias psicoterapéuticas proporcionadas no controlan los síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Las técnicas psicoterapéuticas ejecutadas no minimizan los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

El comportamiento ansioso no se controla al capacitar en técnicas adecuadas a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

La ansiedad ante la evaluación no disminuye en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

No se reduce la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

No se minimiza la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

No se controla la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

La correlación que existe entre la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal no es positiva con el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Variable dependiente: Trastorno de ansiedad	Estado de ansiedad irracional y continuo, que puede agudizarse y transformarse en pánico, teniendo efectos secundarios sobre otras funciones mentales (Senés, 2010).	Condición que incluye diferentes síntomas a nivel cognitivo, físico y motor que generan malestar general en una persona e impide desarrollarse adecuadamente en las diferentes áreas personales.	Área cognitiva Área fisiológica Área motora	Miedo Pánico Impaciencia Preocupación Palpitaciones Sudoración Tensión muscular Evitación Inhibición motora Tics Conducta irritable	Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
Variable independiente: Programa de tratamiento Cognitivo Conductual Grupal.	Serie de personas que durante un lapso de tiempo tienen un trato mutuo frecuente, y cuyo número es suficientemente reducido como para que cada uno pueda entrar en relación con todos los demás, frente a frente (Homans 1977)	Aplicación de estrategias de tratamiento basadas en la psicoterapia cognitiva conductual, con propósitos educativos, preventivos y de tratamiento bajo la guía de profesionales expertos en el área de la salud mental.	Evaluación inicial Área cognitiva Área fisiológica Área motora Evaluación final	Pre-prueba. Reemplazo de ideas irracionales Aserción encubierta Técnicas de relajación Técnicas de visualización Ritmo elevado de actividad Entrenamiento asertivo Post-prueba.	Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Inventario de ansiedad rasgo-estado. Evaluación cualitativa.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación

Se estableció de tipo descriptiva, tomando en cuenta que esta modalidad “pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren” (Sampieri, Fernandez y Baptista, 2010) y en este caso, se inició conociendo los trastornos de ansiedad presentes en los usuarios del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, sus síntomas, niveles de afectación y el impacto negativo que producen en el diario vivir de cada usuario, información que fue brindada por los profesionales de salud mental que laboran en dicho hospital.

Asimismo, es de tipo correlacional, ya que se estableció la correlación existente entre los Trastorno de Ansiedad y el cumplimiento de tareas a través del uso del paquete estadístico SPSS v.15 y la prueba estadística producto momento r de Pearson.

4.2 Muestra

El grupo de psicoterapia estuvo conformado por 11 miembros de los cuales 8 fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino, quienes eran usuarios de la Unidad de Salud Mental del Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, y fueron diagnosticados con Trastornos de ansiedad entre ellos 9 con Trastorno de ansiedad generalizada y 2 con Trastorno mixto ansioso depresivo, siendo referidos por los profesionales de la Unidad de Salud Mental, de los cuales 5 fueron por el psiquiatra y 6 por lo/as psicólogos, estos además de presentar cuadros clínicos a nivel psicológico y psiquiátrico también presentan algunas problemáticas como gastritis, colitis, migraña, quistes en los ovarios entre otros.

Asimismo fueron de diferentes niveles socioeducativos y distintas zonas geográficas del país, cuyas edades oscilaron entre la etapa de adolescencia y adultez. (Ver anexo 8)

4.3 Instrumento

Se administraron los siguientes inventarios:

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de los autores Tobal y Vindel en el año 2007. (Ver anexo 3 del anexo 17 programa ‘‘Superando la ansiedad’’)

El ISRA tiene una confiabilidad en la primer aplicación de $r= 0.94$ según la prueba estadística Alfa de Cronbach y en la segunda aplicación $r= 0.96$. Habiendo obtenido una correlación alta. Es un inventario con formato S-R, es decir, que incluye tanto situaciones como respuestas. La tarea de la persona que responde, consistió en evaluar la frecuencia con que, en ella se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones.

Se les presentaron tres escalas que contienen 23 ítems, las cuales evalúan respuestas cognitivas (C), fisiológicas (F) y motoras (M) ante distintas situaciones. La aplicación tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente. La corrección y valoración de la prueba se realizó sumando las puntuaciones dadas por el sujeto a cada ítems (casilla en blanco) de cada sub escala (C, F Y M). Estas puntuaciones directas se convirtieron en centiles, utilizando las tablas de baremos (tablas 12 y 13) que se encuentran en el manual. De esta forma, se conoció qué posición ocupaba cada participante comparado con el grupo normativo correspondiente, ubicándoles en uno de los niveles Mínimo, moderado, severo y extremo. En este caso, se utilizó como grupo normativo la población clínica, ya que se trabajó con personas que han sido diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad por un profesional de la salud mental.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado del autor Spielberger, 3ª edición por Díaz Guerrero, que fue publicada en el año 2008 por la Universidad Nacional Autónoma de México, con una confiabilidad en la primer aplicación de $r = 0.86$ y en una

segunda aplicación $r = 0.89$ según la prueba estadística Alfa de Cronbach. Habiendo obtenido una correlación alta.

El inventario consiste en dos escalas separadas de autoevaluación para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1 ansiedad-estado y 2 ansiedad- rasgo (Ver anexo 4 del anexo 17 programa ‘‘Superando la ansiedad’’)

La Escala A-Estado de la ansiedad consiste en 20 afirmaciones, en las que se le solicitó al sujeto marcar cómo se siente en un momento dado. La Escala B-Rasgo también consiste en 20 afirmaciones, pero en esta se les solicitó que marcaran según cómo se sienten generalmente. La aplicación tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente.

Se utilizó la estrategia de calificación propuesta en la versión cubana del IDARE, descrita en el libro Instrumentos de Evaluación Psicológica por la Dra. Felicia Mirian González Llana, para lo cual se sumaron los puntajes marcados por el usuario, según los ítems que se indican en cada escala, de los cuales se formaron dos grupos A y B:

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Grupo A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Grupo B

Se realizó para la escala A-Estado la fórmula $(A-B) + 50$, el resultado de ello se comparó con los niveles establecidos, los cuales son: Bajo (<30), Medio (30-44) y Alto (>45)

De igual manera se presentan para la escala de B-Rasgo los ítems específicos que forman los grupos A y B:

Ítems 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Grupo A.

Ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Grupo B.

Obtenidas las puntuaciones y agrupadas según se nos indica, se aplicó la fórmula $(A-B) + 35$ y según los resultados obtenidos se ubicó en uno de los niveles: Bajo (<30), Medio (30-44) y Alto (>45)

Programa “Superando la ansiedad” elaboración y organización propia de las autoras (2016) (Ver anexo 17)

El programa de tratamiento cognitivo conductual grupal “Superando la ansiedad”, está diseñado para lograr un manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. Éste se conforma por cinco áreas, en las cuales se presentan una serie de actividades orientadas a proporcionar a los pacientes las herramientas necesarias para que logren minimizar la intensidad y frecuencia en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad.

El área I “PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL”, la integra solamente la sesión N° 1, y las actividades que se plantean son las siguientes: saludo y presentación, la pelota preguntona, carta de bienvenida, presentación del programa, acta de compromiso, aplicación de la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, con el cual se pretende identificar los niveles y la manifestación de los síntomas de ansiedad en base a los componentes físico, cognitivo y motor, así como también en base a los factores Ansiedad ante la evaluación, Ansiedad Interpersonal, Ansiedad Fóbica y Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Con la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se pretende conocer los niveles según las dos escalas Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo.

El Área II “PSICOEDUCACIÓN Y COMPONENTE FISIOLÓGICO” se constituye por las sesiones 2, 3 y 4. A diferencia de la sesión 2 que cuenta primero con la Psicoeducación, en cada una de las demás sesiones se encuentra una técnica de animación, una técnica auxiliar, una técnica central y por último la revisión y asignación de tareas. Con la Psicoeducación se pretende que los participantes logren un mayor conocimiento sobre los trastornos de ansiedad, sus causas, consecuencias, síntomas, entre otros aspectos que son necesarios que conozcan y que de alguna manera contribuirán para su recuperación. Las técnicas de animación planteadas en esta área permiten generar confianza entre los miembros del grupo, la habilidad de comprensión de mensajes no verbales, así como también fomentar la resistencia y autocontrol ante estímulos externos. Las técnicas auxiliares contribuyen de cierta manera a minimizar los síntomas de ansiedad, dado que por

medio de ellas se promueve el control de emociones, sensaciones y comportamientos, asimismo se desarrollan habilidades en técnicas de respiración. En cuanto a las técnicas centrales del componente fisiológico, éstas se orientan a reducir síntomas como sudoración, temblor en el cuerpo, dolores de cabeza, fatiga, tensión muscular, mareos, dolor abdominal, entre otros, y esto se logra a través de la implementación de técnicas de respiración y relajación, como las que se presentan en las sesiones de este componente, las cuales son “Respiración diafragmática”, “Relajación Progresiva de Jacobson” y “El escaneo corporal”.

Al finalizar cada sesión se hace la revisión y asignación de tarea, por medio de ésta se pretende que los participantes tomen como hábito la práctica de las técnicas centrales aprendidas durante las sesiones. Para ello, se les proporciona un cuadernillo en el que registrarán en sus hogares el cumplimiento de las técnicas centrales. El cuadernillo se divide en tres etapas, que corresponden a los tres componentes centrales del programa, los cuales son fisiológico, cognitivo y motor. Además en cada componente se encuentra el formato que se seguirá para registrar la tarea (ver anexo 11). En esta área, las tareas que se registran son las del componente fisiológico. Es importante mencionar que previo a la asignación de tareas, se hace la revisión del cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior.

El Área III denominada “COMPONENTE COGNITIVO” está integrada por las sesiones 5, 6, 7 y 8. Al igual que en el componente anterior, en cada una de las sesiones se desarrolla una técnica de animación, una auxiliar, una central, así como también la revisión y asignación de tareas. Con las técnicas de animación de esta área se busca mejorar la comunicación entre los participantes, fortalecer el clima de confianza y que estos aprendan a trabajar en unidad, mientras que con las técnicas auxiliares se pretende minimizar los síntomas de ansiedad, promoviendo habilidades de autocontrol de las emociones y sensaciones, así como también habilidades en técnicas de respiración. Con lo que respecta a las técnicas centrales, se busca principalmente detectar y reemplazar aquellas ideas irracionales generadoras de ansiedad, para ello se presentan las técnicas “Ideas irracionales”, “Reemplazar ideas irracionales”, “Interrupción de pensamientos” y “Aserción encubierta”.

En la finalización de cada sesión se hace la revisión y asignación de tarea, por medio de ésta se pretende que los participantes tengan como hábito la práctica de las técnicas centrales aprendidas durante las sesiones del componente cognitivo. Para ello, en el cuadernillo proporcionado en las primeras sesiones se registrará el cumplimiento de las técnicas centrales que los participantes practicarán en sus hogares, y deberán registrarlo en la etapa del componente cognitivo. Antes de la asignación de tareas, se hace la revisión del cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior.

El Área IV “COMPONENTE MOTOR” se integra por las sesiones 9, 10 y 11. Cada una de estas sesiones también se conforma por una técnica de animación, una auxiliar, una central y por último la revisión y asignación de tareas. En las técnicas de animación se pretende fomentar el trabajo en equipo, la unidad y armonía entre los miembros del grupo. Con las técnicas auxiliares de este componente se busca lograr un adecuado estado de relajación en los participantes. Con lo que respecta a las técnicas centrales, éstas se orientan a desarrollar estrategias que logren sustituir comportamientos que intensifican las manifestaciones de los síntomas de ansiedad. Para ello, se encuentran las técnicas centrales “Comportamientos involuntarios”, “Ritmo elevado de actividad” y “Entrenamiento asertivo”. Al finalizar cada sesión del componente motor, se hace la revisión y asignación de tarea, por medio de ésta se pretende que los participantes tomen como hábito la práctica de las técnicas centrales aprendidas durante las sesiones de este componente. Con base a ello, en el cuadernillo proporcionado anteriormente, se registrará en los hogares el cumplimiento de las técnicas centrales, y deberán registrarlo en la etapa del componente motor. Previo a la asignación de tareas, se hace la revisión del cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior.

El área V es la última que forma parte del programa, y lleva por nombre “EVALUACIÓN FINAL”, la constituye únicamente la sesión N° 12, desarrollándose una técnica de animación, revisión de tarea, aplicación del post test y lectura de carta de agradecimiento. Con la técnica de animación se pretende fortalecer la armonía entre los participantes. Asimismo, se revisará el cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior. En cuanto a la aplicación del post test, se aplicará primeramente la prueba de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, mediante la aplicación de éste se

pretende determinar la reducción de síntomas de ansiedad que manifiestan los miembros del grupo, en base a los componentes físico, cognitivo y motor, así como también en base a los factores Ansiedad ante la evaluación, Ansiedad Interpersonal, Ansiedad Fóbica y Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Posteriormente se aplica la prueba de Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, con el cual se identifica si existe reducción en cuanto a los niveles según las dos escalas Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo. Para finalizar la sesión se debe dar lectura a “Carta de agradecimiento”, mediante la cual se pretende agradecer a los participantes por su asistencia y responsabilidad durante el desarrollo del programa.

4.4 Diseño de investigación

Se utilizó el Diseño pre experimental en la modalidad de pre-prueba/pos-prueba con un solo grupo, ya que éste establece que “A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo” (Sampieri, Fernandez y Baptista, 2010). En el proceso de investigación se aplicaron dos instrumentos de evaluación psicológica, con los cuales se conocieron los niveles de ansiedad presentes en los usuarios con quienes se trabajó. Seguidamente se aplicó el programa de tratamiento con el que se informó sobre la problemática y se logró que los usuarios desarrollaran habilidades en el control de los síntomas cognitivos, físicos y motores. Posteriormente se hizo una nueva evaluación con los mismos instrumentos que se utilizaron previamente a la intervención y se determinó según los resultados obtenidos, que se lograron los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

A continuación se muestra el diagrama de diseño:



Es importante mencionar que este tipo de diseño metodológico no permite determinar causalidad, debido a que no hay manipulación ni grupo de comparación, y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, por ejemplo, entre la pre y post evaluación

podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios además del tratamiento experimental, y cuanto más largo sea el lapso entre ambas mediciones, mayor será también la posibilidad de que actúen tales fuentes. Entonces este diseño es recomendable para aquellos estudios correlacionales de corta duración.

4.5 Procedimiento de la investigación:

Se inició con la visita al Hospital Nacional San Pedro, donde se hizo el primer contacto con los profesionales de Salud Mental que ahí laboran y se les comunicó sobre el proyecto a realizar, a lo cual estuvieron de acuerdo en brindarnos el apoyo necesario para ejecutarlo. Se trabajó en la elaboración del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal "Superando la ansiedad" (Ver anexo 17). El cual se aplicó a 11 participantes entre ellos 8 fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino (Ver anexo 8) la ejecución del programa inicio el día viernes 11 de marzo (Ver anexo 1).

Con una duración de 12 sesiones, de las cuales la primera se utilizó para la presentación de las facilitadoras del grupo de psicoterapia que estuvieron realizando cada sesión, asimismo, se presentó el programa de manera general sus beneficios e importancia de realizarlo, luego los usuarios se comprometieron con la participación total en el programa a través de una acta de compromiso, la cual firmaron, se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado como una prueba de evaluación previa a la intervención psicoterapéutica, con la cual se determinaron los niveles de ansiedad en el componente cognitivo, fisiológico y motor, asimismo, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad extiende su análisis de una manera más profunda enfocándose en cuatro factores específicos Factor I Ansiedad ante la evaluación, Factor II Ansiedad interpersonal, Factor III Ansiedad fóbica y Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, para los cuales también se estableció un nivel como para los componentes según los baremos establecidos y de la misma manera con la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado se conoció el nivel de ansiedad presente en ambas categorías como Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.

Seguidamente se ejecutaron los procedimientos psicoterapéuticos establecidos en el programa de tratamiento, realizándose la siguiente sesión la cual estuvo enfocada en el desarrollo del tema de ansiedad, se orientó a los participantes en dicho tema, y se trabajó con técnicas orientadas a minimizar los síntomas fisiológicos presentes en los usuarios, esto se hizo durante tres sesiones, se les proporcionó un cuadernillo en el cual registraron cada tarea que se les designó en cada sesión realizada, según lo presentado durante éstas se les solicitaba realizarlo en sus hogares durante la semana y registrarlo en el cuadernillo (Ver anexo 11). Dichas anotaciones se revisaban durante la próxima sesión y se tomaba nota de ellas para conocer el cumplimiento y progreso de cada participante (Ver anexo 12)

Posteriormente, se propusieron estrategias para controlar síntomas cognitivos, para este componente se dedicaron cuatro sesiones, ya que se consideró que es un aspecto fundamental en el tratamiento, en las sesiones de este componente también se asignaron y registraron tareas basadas en las técnicas desarrolladas. De igual manera se trabajó durante tres sesiones en el manejo de comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos, en las cuales también se registró el cumplimiento de tareas escrito por los participantes en el cuadernillo otorgado a cada uno, con lo cual se realizó una valoración por cada componente y se registró en el informe individual (Ver anexo 6)

Durante la última sesión se aplicaron nuevamente los mismos dos inventarios antes mencionados como pos prueba y luego se analizaron los resultados obtenidos en comparación con los de la pre prueba la cual fue aplicada antes de la intervención, de esta manera y con el uso del paquete estadístico SPSS v.15, la prueba estadística producto momento r de Pearson y prueba t de Student para datos relacionados muestras dependientes (Ver anexo 13) se determinó la efectividad de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal "Superando la ansiedad"

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Porcentajes de las pre y post pruebas aplicadas

Tabla 1: Diferencia porcentual del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
1286	52.19%	897	36.40%	389	15.79%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente cognitivo.

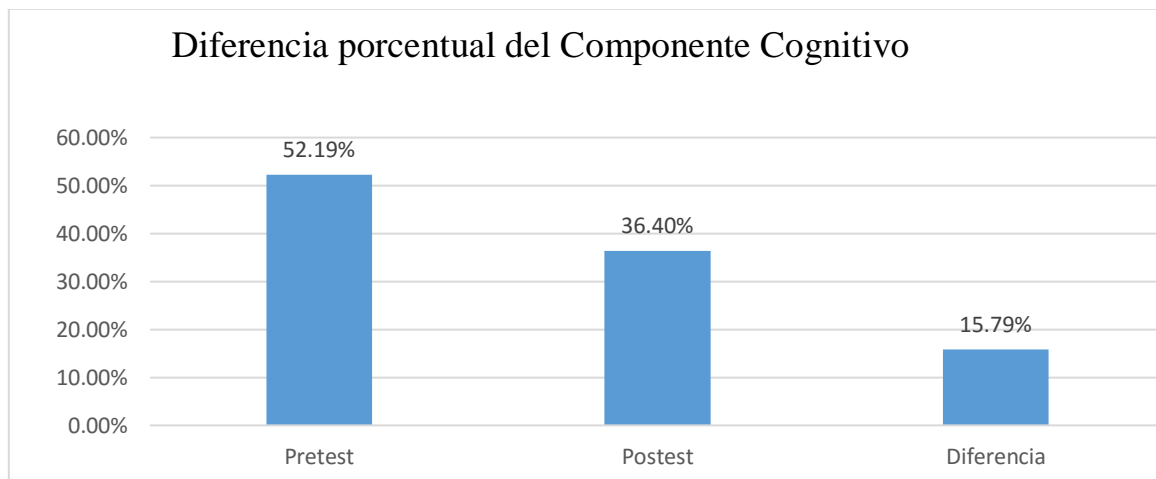


Gráfico 1: Diferencia porcentual del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 1 y gráfico 1 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el componente cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 1286 puntos, que corresponde al 52.19% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 2464 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 897, que corresponde al 36.40%. Por lo tanto, existe una diferencia de 389 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 15.79%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Asimismo, una disminución en los niveles de ansiedad del componente cognitivo.

Tabla 2: Diferencia porcentual del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
1035	42.00%	688	27.92%	347	14.08%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente fisiológico.

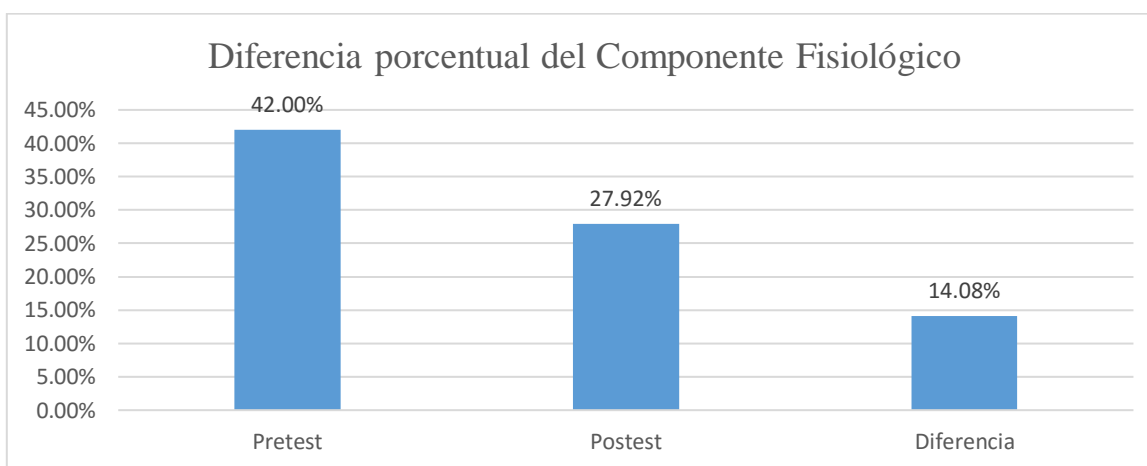


Gráfico 2: Diferencia porcentual del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 2 y gráfico 2 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el componente fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 1035 puntos, que corresponde al 42.00% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 2464 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 688, que corresponde al 27.92%. Por lo tanto, existe una diferencia de 347 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 14.08%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. De igual manera disminuyen los niveles de ansiedad del componente fisiológico.

Tabla 3: Diferencia porcentual del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
754	30.60%	352	14.29%	402	16.31%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente motor.

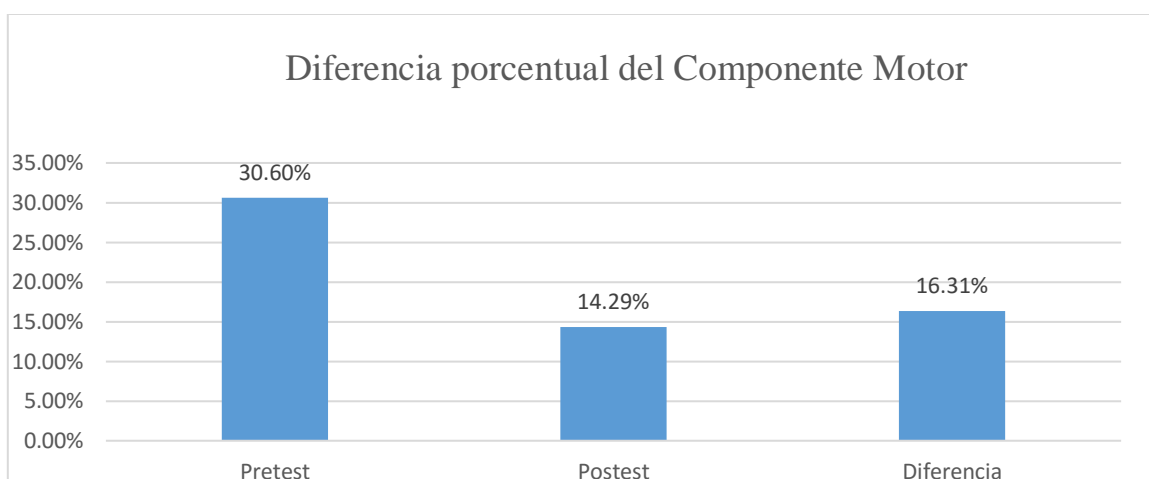


Gráfico 3: Diferencia porcentual del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 3 y gráfico 3 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el componente motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 754 puntos, que corresponde al 30.60% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 2464 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 352, que corresponde al 14.29%. Por lo tanto, existe una diferencia de 402 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 16.31%, lo que significa que hubo una disminución muy significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Lo cual significa que hubo una disminución en los niveles de ansiedad del componente motor.

Tabla 4: Diferencia porcentual general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
3075	41.60%	2027.5	27.43%	1047.5	14.17%

Fuente: Resultado general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

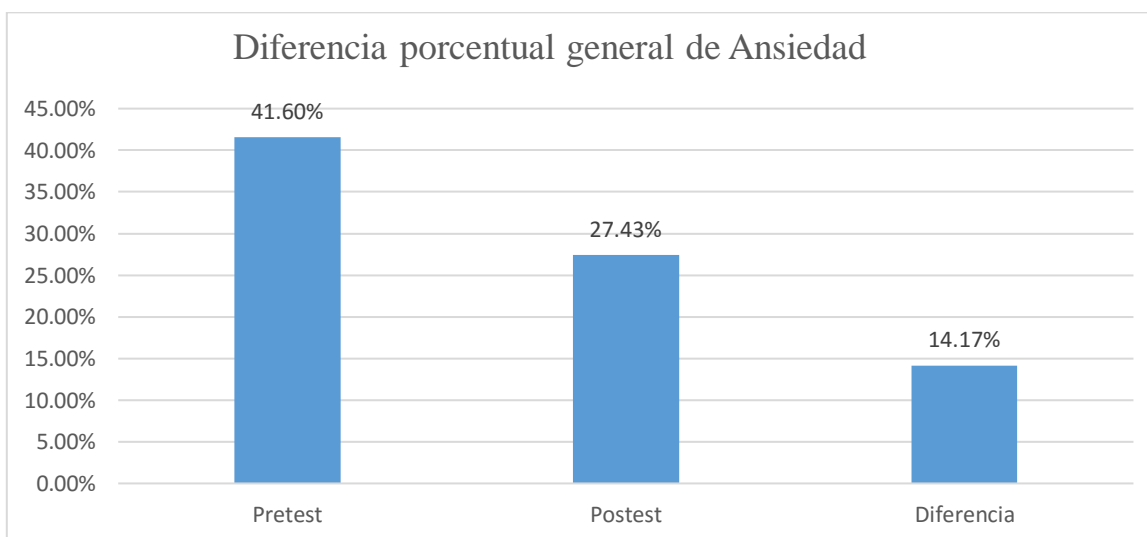


Gráfico 4: Diferencia porcentual general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 4 y gráfico 4 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 3075 puntos, que corresponde al 41.60% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 7392 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 2027.5, que corresponde al 27.43%. Por lo tanto, existe una diferencia de 1047.5 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 14.17%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Asimismo, una disminución en los niveles de ansiedad presentes.

Tabla 5: Diferencia porcentual del Factor I Ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
1355	49.67%	810	29.69%	545	19.98%

Fuente: Resultados del Factor I Ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

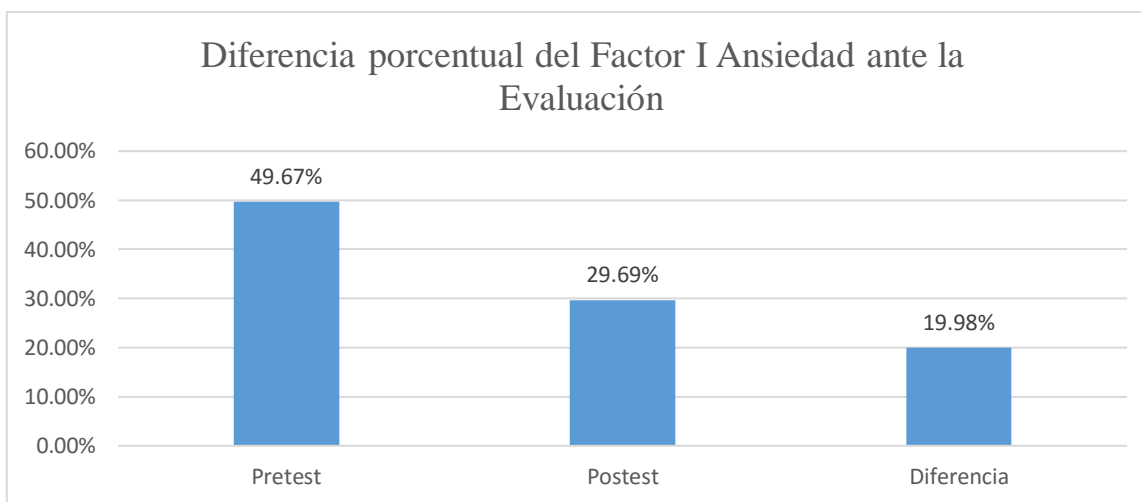


Gráfico 5: Diferencia porcentual del Factor I Ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 5 y gráfico 5 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor I, que corresponde a la Ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, asimismo la diferencia porcentual entre ambas evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 1355 puntos, que corresponde al 49.67% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir, 2728 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 810, que corresponde al 29.69%. Por lo tanto, existe una diferencia de 545 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 19.98%, lo que significa que existe una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Asimismo, una disminución en los niveles de ansiedad de este factor.

Tabla 6: Diferencia porcentual del Factor II Ansiedad Interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
424	38.55%	264	24.00%	160	14.55%

Fuente: Resultados del Factor II Ansiedad Interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

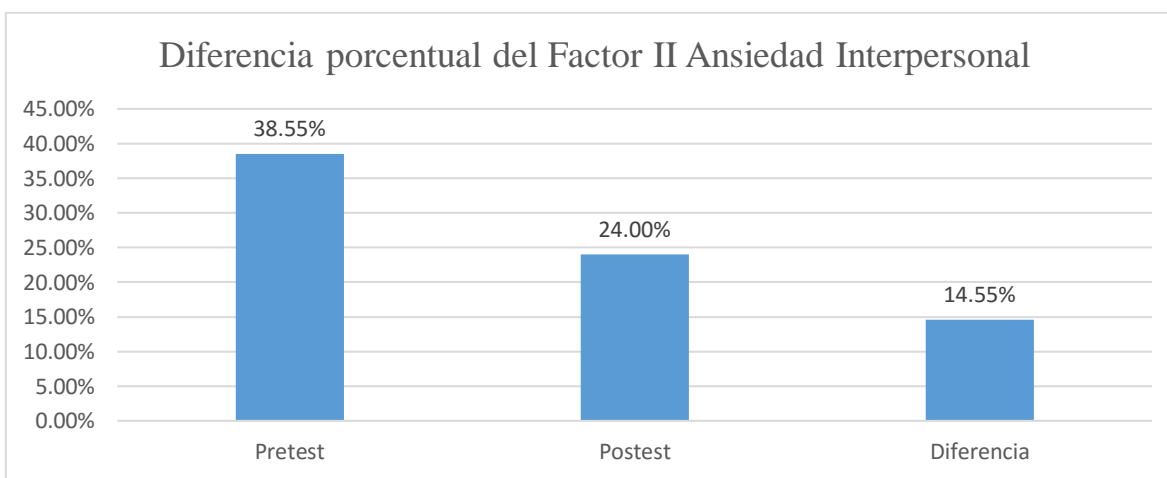


Gráfico 6: Diferencia porcentual del Factor II Ansiedad Interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 6 y gráfico 6 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor II, que corresponde a la Ansiedad Interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 424 puntos, que corresponde al 38.55% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 1100 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 264, que corresponde al 24.00%. Por lo tanto, existe una diferencia de 160 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 14.55%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Asimismo, una disminución en los niveles de ansiedad de este factor.

Tabla 7: Diferencia porcentual del Factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
800	38.68%	541	26.16%	259	12.52%

Fuente: Resultados del Factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

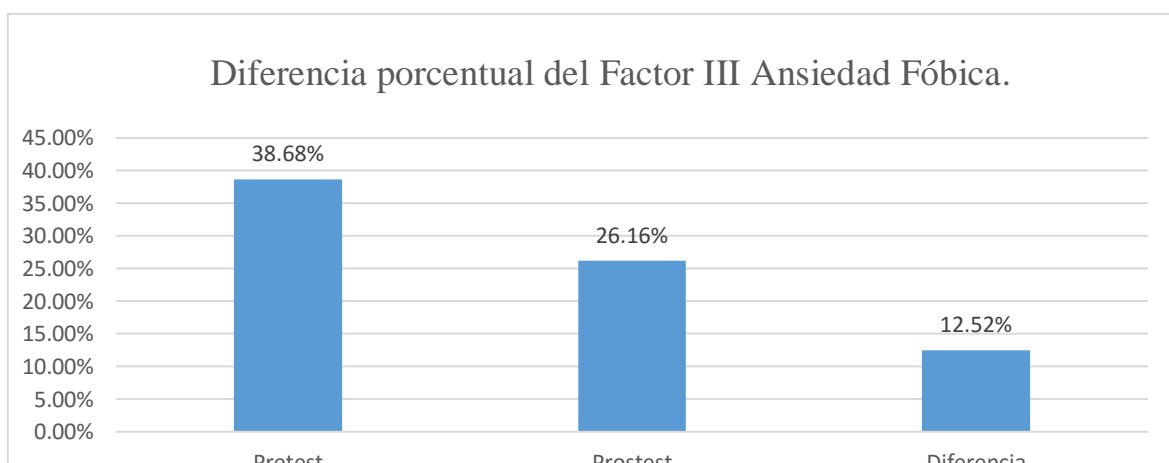


Gráfico 7: Diferencia porcentual del Factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 7 y gráfico 7 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor III, el cual corresponde a la Ansiedad Fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. En el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 800 puntos, que corresponde al 38.68% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir, 2068 puntos. Con lo que respecta al post-test, se obtuvo un puntaje de 541, que corresponde al 26.16%. Por lo tanto, existe una diferencia de 259 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 12.52%, lo que significa que hubo cierta disminución en los puntajes obtenidos en el post-test, así como también cierta disminución en los niveles de ansiedad de este factor.

Tabla 8: Diferencia porcentual del Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
431	36.28%	242	20.37%	189	15.91%

Fuente: Resultados del Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

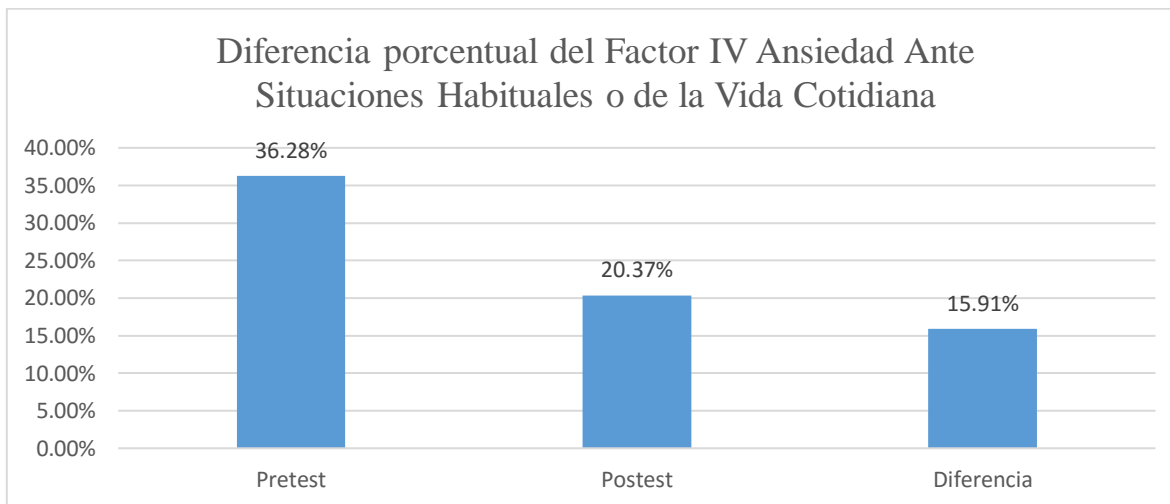


Gráfico 8: Diferencia porcentual del Factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 8 y gráfico 8 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor IV, que corresponde a la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también la diferencia porcentual entre ambas evaluaciones. Con lo que respecta al pre-test, los participantes en conjunto obtuvieron un puntaje de 431, que corresponde al 36.28% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir, 1188 puntos. Con lo que respecta al post-test, se obtuvo un puntaje de 242, que corresponde al 20.37%. Por lo tanto, existe una diferencia de 189 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 15.91%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test, así como también una disminución en los niveles de ansiedad de este factor.

Tabla 9: Diferencia porcentual de la escala Estado, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
519	58.98%	322	36.59%	197	22.39%

Fuente: Resultados de la escala Estado de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

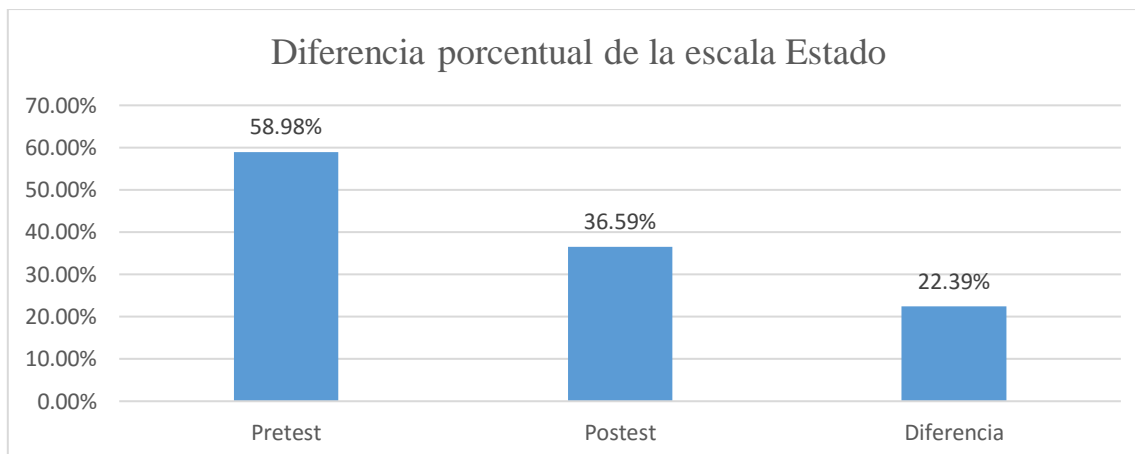


Gráfico 9: Diferencia porcentual de la escala Estado, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Fuente: Aplicación de IDARE.

Descripción

En la tabla 9 y gráfico 9 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en la escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 519 puntos, que corresponde al 58.98% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir 880 puntos. Con lo que respecta al post-test, se obtuvo un puntaje de 322, que corresponde al 36.59%. Por lo tanto, existe una diferencia de 197 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 22.39%, lo que significa que hubo una disminución bastante significativa en los puntajes obtenidos en el post-test, lo cual indica que también se dio una disminución en los niveles de ansiedad como estado.

Tabla 10: Diferencia porcentual de la escala Rasgo, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
571	64.89%	403	45.80%	168	19.09%

Fuente: Resultados de la escala Rasgo de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

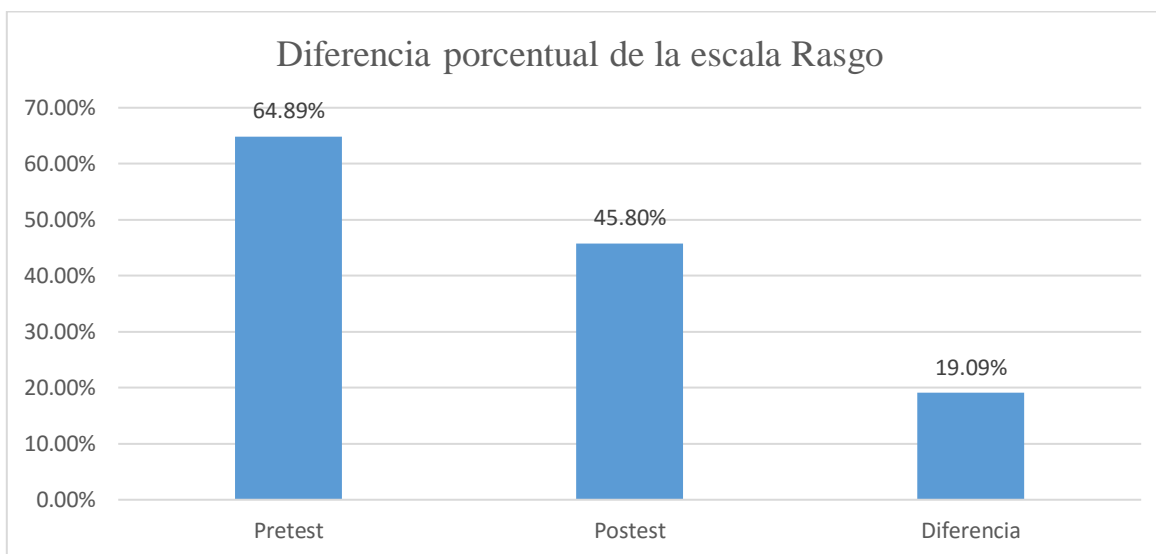


Gráfico 10: Diferencia porcentual de la escala Rasgo, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Fuente: Aplicación de IDARE.

Descripción

En la tabla 10 y gráfico 10 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. En el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron un puntaje de 571, que corresponde al 64.89% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir, 880 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvieron 403 puntos, que corresponde al 45.80%. Por lo tanto, existe una diferencia de 168 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 19.09%, lo que significa que hubo una disminución significativa en los puntajes obtenidos en el post-test, y por consiguiente una disminución en los niveles de ansiedad como rasgo.

Tabla 11: Diferencia porcentual general, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

PRETEST		POSTEST		DIFERENCIA	
Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje	Puntuación	Porcentaje
1090	61.93%	725	41.19%	365	20.74%

Fuente: Resultado general de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

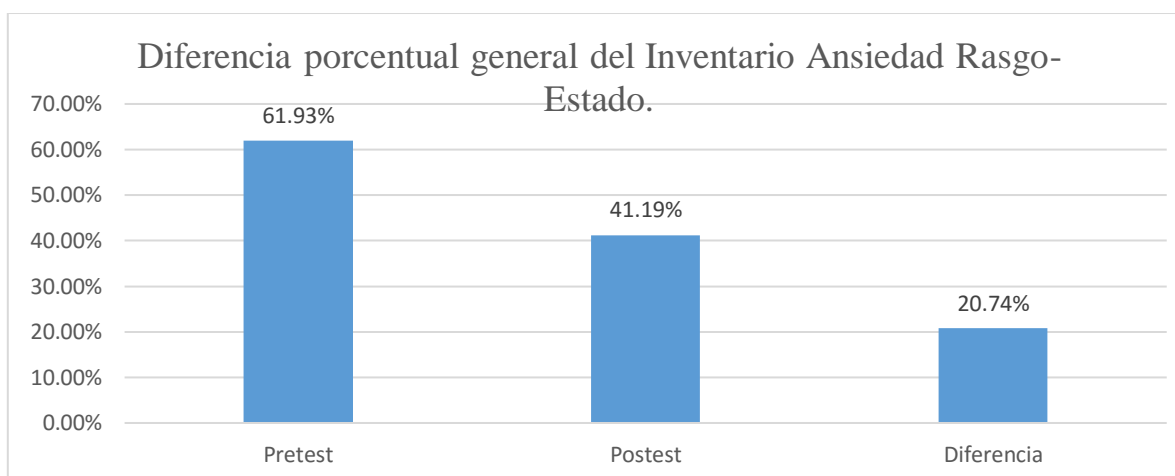


Gráfico 11: Diferencia porcentual general, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Descripción

En la tabla 11 y gráfico 11 se describen los resultados del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, así como también la diferencia porcentual entre los resultados de las dos evaluaciones. Con base a ello, en el pre-test los participantes en conjunto obtuvieron 1090 puntos, que corresponde al 61.93% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, es decir, 1760 puntos. En cuanto al post-test, se obtuvo un puntaje de 725, que corresponde al 41.19%. Por lo tanto, existe una diferencia de 365 puntos entre el pre y post test, que equivale a una diferencia porcentual del 20.74%, lo que significa que hubo una disminución bastante significativa en los puntajes obtenidos en el post-test. Por lo tanto, también existe una disminución en los niveles de ansiedad presentes.

5.2. Niveles de ansiedad obtenidos en la pre y post evaluación.

Tabla 12: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	1	9.09%	0	0.0%
MODERADA	10	90.91%	5	45.45%
MÍNIMA	0	0.0%	6	54.55%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente cognitivo.

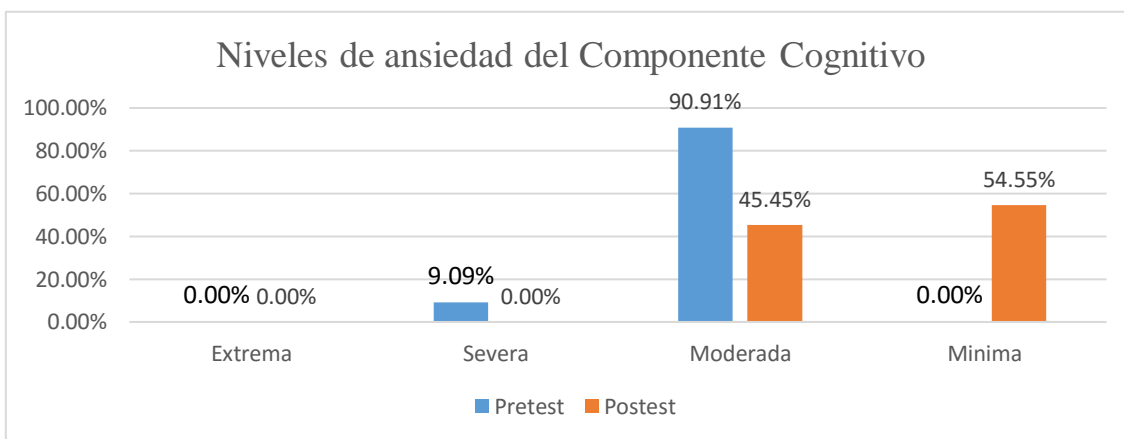


Gráfico 12. Niveles de ansiedad presentes en el Componente Cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 12 y gráfico 12 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el componente cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El porcentaje más alto que se registra es el 90.91%, el cual pertenece al nivel moderado del pre-test, presentando una reducción significativa en el post test, ya que se presenta con un 45.45%. En cuanto al nivel mínimo, en el pre-test se presenta con un 0.00% registrando un mayor porcentaje en el post-test con un 54.55%. El nivel severo presenta un 9.09% en el pre-test, reduciéndose a un 0.00% en el post test, mientras que en el nivel extremo, tanto el pre-test como el post test registra un 0.00%. Según lo reflejan los porcentajes descritos, se obtuvo una reducción significativa en los niveles de ansiedad del componente cognitivo, ya que a diferencia del pre-test, la mayor parte de la población se ubica en un nivel mínimo en la aplicación del post-test.

Tabla 13: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	4	36.36%	1	9.09%
MODERADA	7	63.64%	9	81.82%
MÍNIMA	0	0.0%	1	9.09%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente fisiológico.

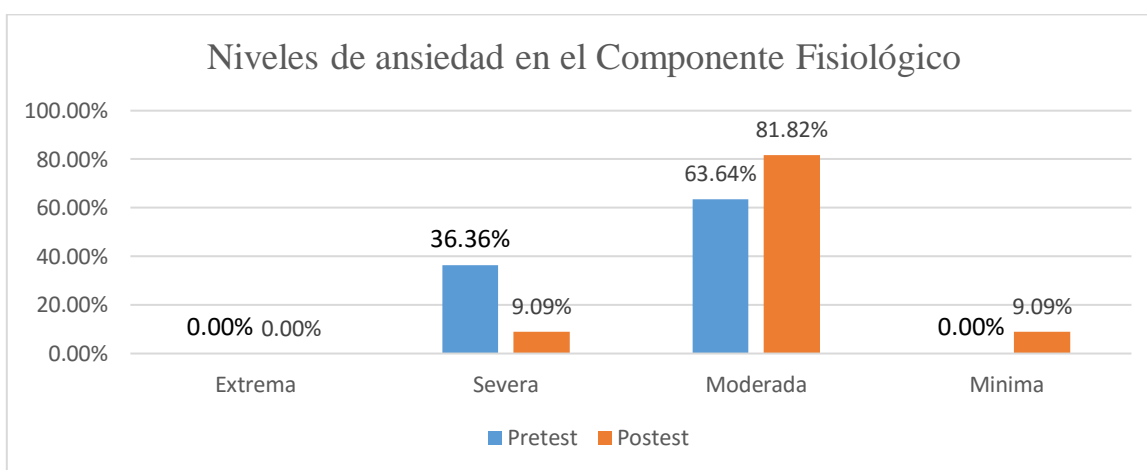


Gráfico 13: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 13 y gráfico 13 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el componente fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El mayor porcentaje se presenta en el nivel moderado del post-test con un 81.82%, y el cual en el pre-test se había ubicado el 63.64% de la población. El nivel severo presenta un porcentaje de 36.36% en el pre-test, reduciéndose al 9.09% en el post-test. En cuanto al nivel mínimo, en el pre-test se registra un 0.00%, incrementándose a un 9.09% en el post-test, mientras que en el nivel extremo se registra un 0.00% tanto en el pre-test como post test. Se observa que hubo una reducción en el nivel severo y un incremento en los niveles moderado y mínimo, lo cual significa que se dio cierta reducción en los niveles de ansiedad del componente fisiológico.

Tabla 14: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	0	0.0%	0	0.0%
MODERADA	9	81.82%	0	0.0%
MÍNIMA	2	18.18%	11	100%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en la categoría del componente motor.

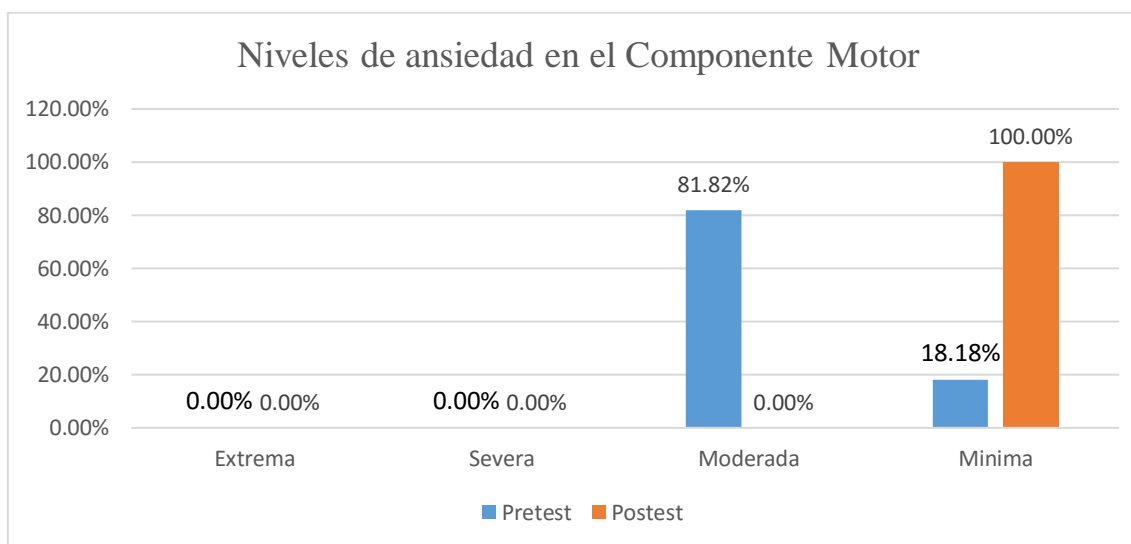


Gráfico 14: Niveles de ansiedad presentes en el Componente Motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 14 y gráfico 14 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el componente motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El mayor porcentaje se presenta en el nivel mínimo con un 100% en el post-test, y en cual en el pre-test se obtuvo un 18.18%. En el nivel moderado en el pre-test se obtuvo un 81.82%, reduciéndose a un 0.00% en el post-test, mientras que en los niveles extremo y severo, en el pre y post test se registró un 0.00%. Según los resultados descritos, se refleja una reducción bastante significativa, ya que en el post-test, el 100% de la población se ubica en el nivel mínimo del componente motor de ansiedad.

Tabla 15: Niveles de ansiedad general presentes según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	2	18.18%	0	0.0%
MODERADA	9	81.82%	6	54.55%
MÍNIMA	0	0.0%	5	45.45%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

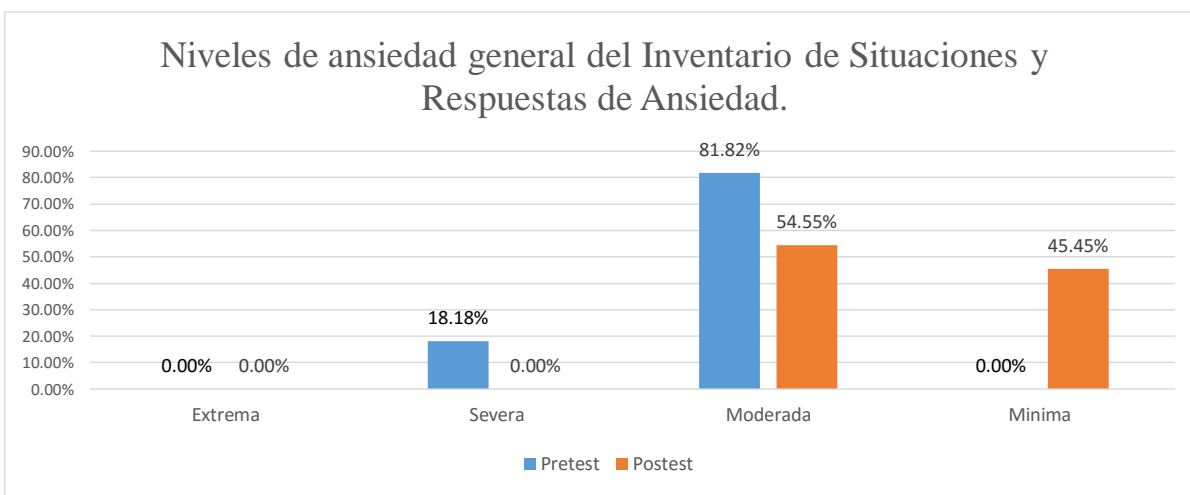


Gráfico 15: Niveles de ansiedad general presentes según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 15 y gráfico 15 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel moderado del pre-test con un 81.82%, reduciéndose a un 54.55% en el post test. En cuanto al nivel mínimo de ansiedad, en el pre test se registró un 0.00%, incrementándose a un 45.45% en el post-test. En el nivel severo, en el pre-test se presenta un 18.18%, el cual se redujo a un 0.00% en el post-test. El nivel mínimo presentó un 0.00% en el pre y post-test. Según los porcentajes descritos, se observa una reducción significativa en los niveles de ansiedad presente, ya que en el post-test hubo un incremento bastante significativo en la población que se ubicó en el nivel mínimo de ansiedad.

Tabla 16: Niveles de ansiedad presentes en el FI Ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	1	9.09%	0	0.0%
MODERADA	10	90.91%	4	36.36%
MÍNIMA	0	0.0%	7	63.64%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados del Factor I ansiedad ante la evaluación, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

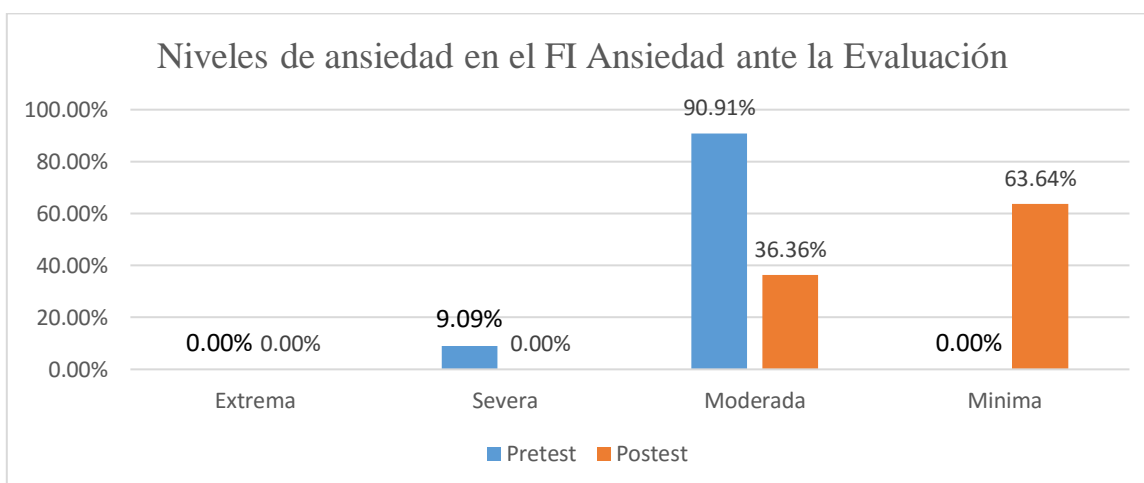


Gráfico 16: Niveles de ansiedad presentes en el FI Ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 16 y gráfico 16 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el Factor I, que corresponde a la ansiedad ante la evaluación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El porcentaje más alto se ubica en el nivel moderado del pre-test con un 90.91%, reduciéndose en el post-test a un 36.36%. En el nivel mínimo hubo un incremento del 63.64% en el post-test, ya que en el pre-test se registró un 0.00%. En cuanto al nivel severo, de un 9.09% obtenido en el pre-test, se redujo a un 0.00% en el post-test, mientras que en el nivel extremo se registra un 0.00% en el pre y post-test. Con base a lo anterior, se observa una reducción significativa en los niveles de ansiedad, ya que a diferencia del pre-test, en la aplicación del post-test la mayor parte de la población se ubica en el nivel mínimo de ansiedad.

Tabla 17: Niveles de ansiedad presentes en el FII Ansiedad Interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	4	36.36%	0	0.0%
MODERADA	7	63.64%	8	72.73%
MÍNIMA	0	0.0%	3	27.27%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultado del factor II ansiedad interpersonal, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

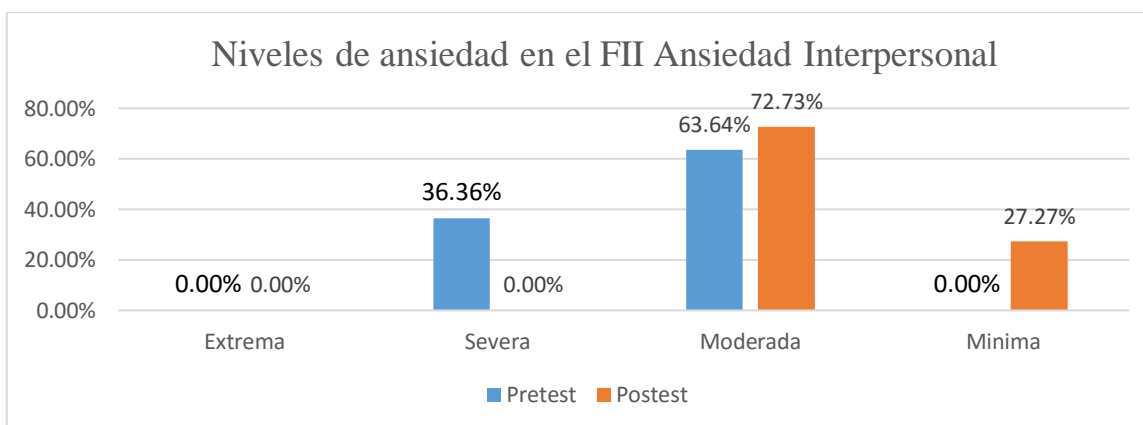


Gráfico 17: Niveles de ansiedad presentes en el FII Ansiedad Interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 17 y gráfico 17 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el Factor II, que corresponde a la ansiedad interpersonal del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El mayor porcentaje se encuentra en el nivel moderado del post-test con un 72.73%, en el pre-test se registró un menor porcentaje en este nivel, ya que se obtuvo un 63.64%. En el nivel severo, en el pre-test se presenta un 36.36%, reduciéndose a un 0.00% en el post-test. Con lo que respecta al nivel mínimo, en el pre-test se registra un 0.00%, incrementándose al 27.27% en el post-test, mientras que se registra un 0.00% en el nivel extremo, tanto el pre-test como en el post-test. Con base a lo anterior, se refleja cierta disminución en los niveles de ansiedad del factor II, ya que los mayores porcentajes en el post-test se encuentran en los niveles moderado y mínimo.

Tabla 18: Niveles de ansiedad presentes en el FIII Ansiedad Fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	0	0.0%	0	0.0%
SEVERA	2	18.18%	1	9.09%
MODERADA	9	81.82%	8	72.73%
MÍNIMA	0	0.0%	2	18.18%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultado del factor III Ansiedad Fóbica, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

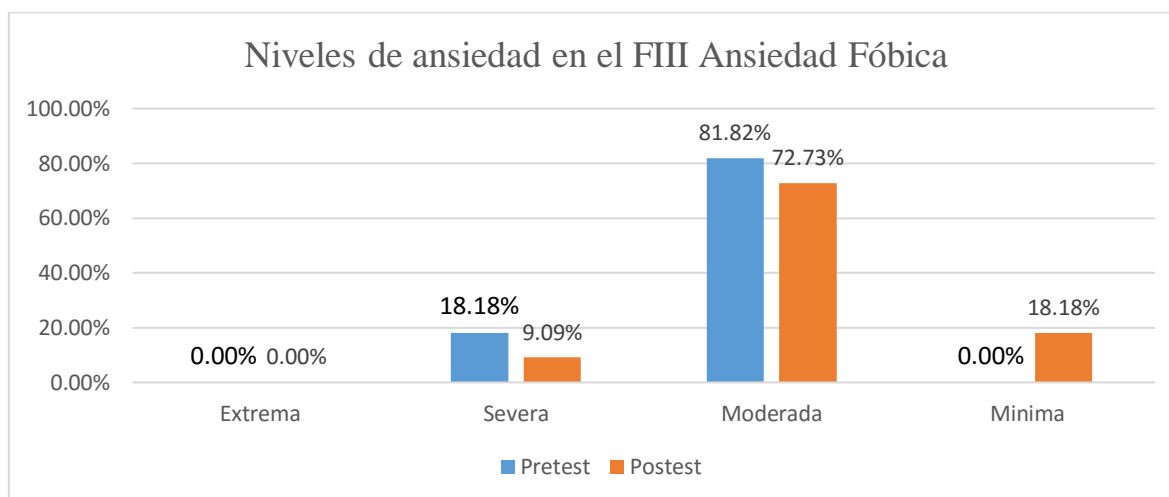


Gráfico 18: Niveles de ansiedad presentes en el FIII Ansiedad Fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 18 y gráfico 18 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el Factor III, que corresponde a la ansiedad fóbica del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, registrándose un mayor porcentaje en el nivel moderado del pre-test con un porcentaje del 81.82%, el cual se redujo a un 72.73 en el post-test. En el nivel mínimo se obtuvo un 0.00% en el pre-test y un 18.18% en el post-test. Con lo que respecta al nivel severo, en el pre-test se presenta un 18.18%, reduciéndose a un 9.09% en el post-test, mientras que se registra un 0.00% en el nivel extremo del pre y post test. Los datos descritos reflejan cierta reducción en los niveles de ansiedad fóbica, ya que por ejemplo, en el post-test hubo una reducción en el nivel severo y un aumento en el nivel mínimo; sin embargo, la reducción fue mínima.

Tabla 19: Niveles de ansiedad presentes en el FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EXTREMA	1	9.09%	0	0.0%
SEVERA	0	0.0%	0	0.0%
MODERADA	10	90.91%	5	45.45%
MÍNIMA	0	0.0%	6	54.55%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados del factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

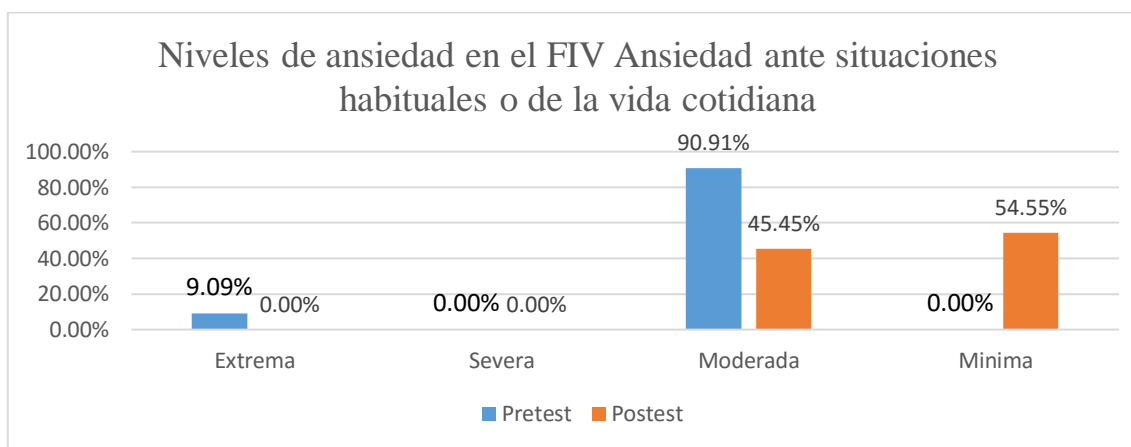


Gráfico 19: Niveles de ansiedad presentes en el FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Fuente: Aplicación de ISRA.

Descripción

En la tabla 19 y gráfico 19 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en el Factor IV, que corresponde a la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. El 90.91% es el porcentaje más alto, el cual pertenece al nivel moderado del pre-test, reduciéndose a un 45.45% en el post-test. En el nivel mínimo, en el pre-test se registra un 0.00%, incrementándose a un 54.55% en el post-test. Con lo que respecta al nivel extremo, se obtuvo un 9.09% en el pre-test, el cual se redujo a un 0.00% en el post-test, mientras que el nivel severo registra un 0.00% en el pre y post-test. Según los porcentajes ya descritos, hubo una disminución en los niveles de ansiedad del factor IV, ya que en el post-test se presenta un incremento bastante significativo en la población que se ubicó en el nivel mínimo, mientras que el restante se encuentra en el moderado.

Tabla 20: Niveles de Ansiedad presentes en la escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	6	54.55%	0	0.0%
MEDIO	5	45.45%	2	18.18%
BAJO	0	0.0%	9	81.82%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la escala Estado, de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

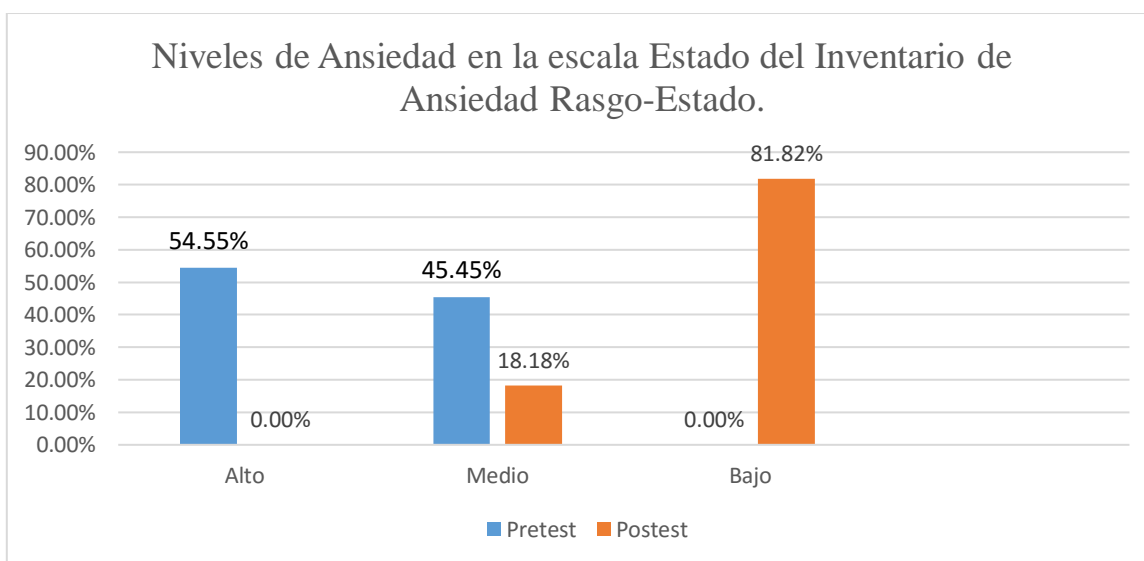


Gráfico 20: Niveles de Ansiedad presentes en la escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Fuente: Aplicación de IDARE

Descripción

En la tabla 20 y gráfico 20 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad como estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, encontrándose el porcentaje más alto en el nivel bajo del post-test con un 81.82%, en el pre-test, este nivel se había registrado con un 0.00%. En cuanto al nivel alto, en el pre-test un 54.55% de la población se ubica en este nivel, mientras que en el post-test se redujo a un 0.00%. En el nivel medio, en el pre-test se registra el 45.45%, reduciéndose a un 18.18% en el post-test. Los porcentajes descritos reflejan una disminución bastante significativa en los niveles de ansiedad, ya que la mayor parte de la población se encuentra en un nivel bajo de ansiedad, según los resultados del post-test.

Tabla 21: Niveles de ansiedad presentes en la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

NIVEL	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	10	90.91%	1	9.09%
MEDIO	1	9.09%	7	63.64%
BAJO	0	0.0%	3	27.27%
TOTAL	11	100%	11	100%

Fuente: Resultados de la escala Rasgo de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

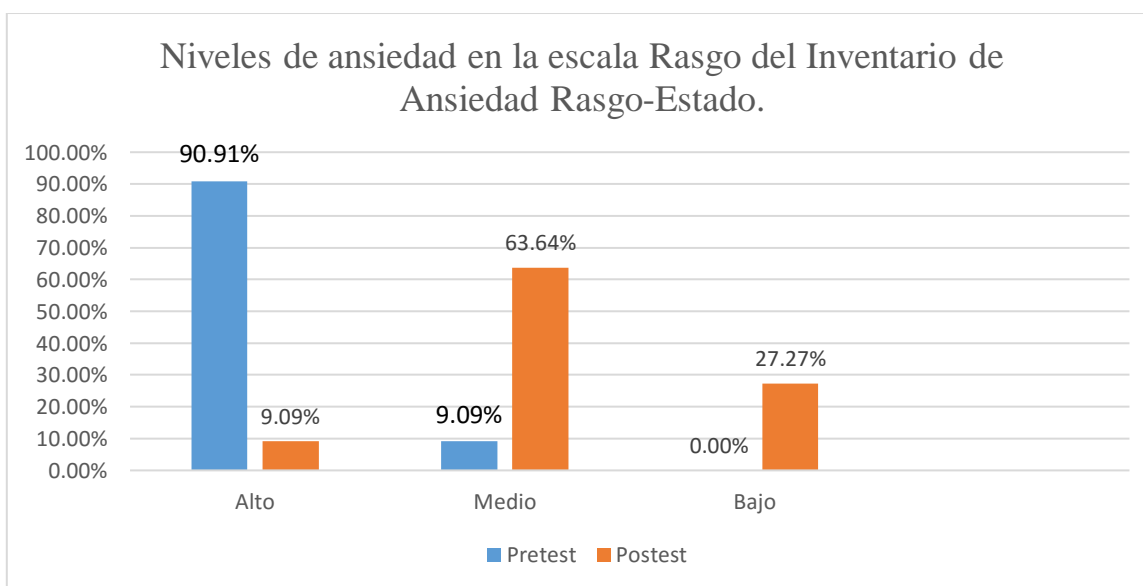


Gráfico 21: Niveles de ansiedad presentes en la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Fuente: Aplicación de IDARE

Descripción

En la tabla 21 y gráfico 21 se describen los resultados obtenidos en el pre y post test en cuanto a los niveles de ansiedad como rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. En el nivel alto se presenta el 90.91% en el pre-test, mientras que en el post-test ésta población se redujo al 9.09%. Con respecto al nivel medio, en el pre-test se registró un 9.09%, aumentando a un 63.64% en el post-test, mientras que en el nivel bajo se registró un 0.00% en el pre-test y un 27.27% en el post-test. Estos resultados revelan la disminución en cuanto a los niveles de ansiedad como rasgo, ya que en el post-test en contraste con el pre-test, la mayor parte de la población se ubica en los niveles medio y alto.

5.3. Diferencia de medias de los resultados obtenidos de la pre y post evaluación.

Tabla 22. Diferencia de medias del componente cognitivo de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	1286	116.9	35.4
Posttest	897	81.5	

Fuente: Puntuaciones en componente cognitivo, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: La diferencia obtenida de las medias de la pre y pos prueba es significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 4.695	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 4.69 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 4.69 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que las estrategias psicoterapéuticas proporcionadas controlan los síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 23. Diferencia de medias del componente fisiológico de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	1035	94.09	31.5
Postest	688	62.54	

Fuente: Puntuaciones en componente fisiológico, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 3.773	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 3.77 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 3.77 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que las técnicas psicoterapéuticas ejecutadas minimizan los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 24. Diferencia de medias del componente motor de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	754	68.54	36.5
Postest	352	32.0	

Fuente: Puntuaciones en componente motor, de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 5.047	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 5.047 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 5.047 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que se controla el comportamiento ansioso al capacitar en técnicas adecuadas a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 25. Diferencia de medias de la puntuación general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	3075	279.54	95.2
Postest	2027.5	184.31	

Fuente: Puntuación general de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 5.140	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 5.140 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 5.140 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que la aplicación del Programa de Tratamiento cognitivo conductual grupal es efectivo para en el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután.

Tabla 26. Diferencia de medias del factor I Ansiedad ante la evaluación de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	1355	123.18	49.5
Postest	810	73.63	

Fuente: Puntuaciones en factor I ansiedad frente a la evaluación de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 3.988	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 3.988 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 3.988 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que La ansiedad ante la evaluación disminuye en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 27. Diferencia de medias del factor II Ansiedad interpersonal de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	424	38.55	14.5
Postest	264	24	

Fuente: Puntuaciones en factor II ansiedad interpersonal de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 2.970	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 2.970 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 2.970 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que se reduce la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 28. Diferencia de medias del factor III Ansiedad fóbica de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	800	72.73	23.5
Postest	541	49.18	

Fuente: Puntuaciones en factor III ansiedad fóbica de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 3.169	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 3.169 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 3.169 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que se minimiza la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 29. Diferencia de medias del factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Pretest	431	39.18	17.2
Posttest	242	22	

Fuente: Puntuaciones en factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Valor t calculado = 7.006	Valor t tabla = 1.812	Probabilidad = 0.05
----------------------------------	------------------------------	----------------------------

Decisión:

El valor calculado es 6.694 con 10 grados de libertad, tiene un valor de probabilidad menor que 0.05. Por tanto, 6.694 que es el valor calculado es mayor a 1.812 que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que se controla la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Tabla 30. Diferencias de medias de las sub escalas ansiedad estado y ansiedad rasgo, y ansiedad general de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

		Total	Media Aritmética	Diferencia de medias
Ansiedad Estado	Pretest	519	47.18	17.91
	Postest	322	29.27	
Ansiedad Rasgo	Pretest	571	51.91	20.73
	Postest	403	36.64	
Ansiedad General	Pretest	1090	99.09	33.88
	Postest	725	65.21	

Fuente: Puntuación general de la pre y post aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Descripción: Las diferencias obtenidas de las medias de la pre y pos prueba son significativas respecto a la probabilidad de 0.05.

Resultados obtenidos de la prueba t de student

Ansiedad Estado	Valor t calculado= 5.842	Valor t tabla= 1.812	P= 0.05
Ansiedad Rasgo	Valor t calculado = 4.684	Valor t tabla = 1.812	P= 0.05
Ansiedad General	Valor t calculado = 6.185	Valor t tabla = 1.812	P= 0.05

Decisión:

Los valores calculados con respecto a las sub escalas ansiedad estado y ansiedad rasgo son 5.842 y 4.684, de igual manera para ansiedad general 6.185 con 10 grados de libertad, tienen un valor de probabilidad menor que 0.05 en cada uno. Por tanto, 5.842, 4.684 y 6.185 que son los valores calculados son mayores a 1.812 valor que indica la tabla con una probabilidad de 0.05, entonces se acepta la hipótesis de trabajo la cual plantea que la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal es efectivo para en el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután.

5.4. Tabla de correlación entre el cumplimiento de tareas y el trastorno de ansiedad en pre aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

Tabla 31. Correlación entre el cumplimiento de tareas y el trastorno de ansiedad en la pre aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

	Cumplimiento de tareas del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal
Trastornos de ansiedad en preprueba ISRA	$r = -0.728$ $p > 0.05$

Fuente. Procedimiento estadístico de correlación producto momento de Pearson. SPSS v.15

Descripción

En este caso, se observa que los síntomas de los trastornos de ansiedad, cognitivos, fisiológico y motores disminuyen en la medida en que los participante en el Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal, cumplen las tareas según las estrategias de tratamiento.

5.5 Discusión de resultados

Este estudio se enfoca en la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, entendiéndose como trastorno de ansiedad al “estado de ansiedad irracional y continuo, que puede agudizarse y transformarse en pánico, teniendo efectos secundarios sobre otras funciones mentales como la concentración, la atención, la capacidad de raciocinio y la memoria” (Senés, 2010).

Los Trastornos de Ansiedad son de las problemáticas psicológicas que más afecta a la población salvadoreña, esto se refleja en los resultados de estudios recientes relacionados con la salud mental, prueba de ello es que en el estudio “*Prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Estado de la salud mental*”, Gutiérrez (2011) plantea que los “trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en ésta son la depresión y ansiedad, encontrándose la ansiedad en primer lugar con un 53.6%”. Por otra parte, en los estudios posteriores de Gutiérrez y Portillo (2015) se obtienen datos similares, pues en conjunto, los registros del Minsal-ISSS muestran que del período de 2006 a 2013, entre los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en El Salvador, los trastornos de ansiedad se ubican en un primer lugar con más de 630,000 personas que lo padecen. Además, en ambos estudios existe mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Esto se evidencia en la población con la que se desarrolló el programa de tratamiento en la Unidad de Salud Mental del Hospital Nacional San Pedro, Usulután, dado que el 72.73% de ésta población fue femenina. (Ver anexo 8).

Según lo revela Ibáñez (2006), el inicio de los Trastornos de Ansiedad “puede ser a cualquier edad, desde la infancia a la vejez, siendo más frecuente en las etapas tempranas de la edad adulta y es raro el inicio de trastornos de ansiedad después de los 40 años. Esto se refleja en la población atendida, debido a que la mayoría, es decir el 72.72% se encuentra en edades que oscilan desde los 20 años a 40 años, mientras que el 18.18% posee más de 40 años y solo el 9.09% posee 18 años de edad. (Ver anexo 8).

Es importante mencionar que los Trastornos de Ansiedad se dividen en tipos, entre algunos de ellos se encuentran: Trastorno de ansiedad fóbica, Fobia social, Trastorno de pánico, Trastorno mixto ansioso-depresivo, Trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, entre otros. En el estudio realizado por Alférez (2010) titulado “*Trastornos de Ansiedad en la Población Adulta que Consulta la Unidad de Salud las Flores, en el Departamento de Chalatenango*”, según los resultados obtenidos, se evidencia que el Trastorno de Ansiedad que se manifestaba con mayor frecuencia en la población atendida, es el Trastorno de Ansiedad Generalizada, coincidiendo este dato con los diagnósticos de los pacientes de la Unidad de Salud Mental del Hospital Nacional San Pedro, Usulután que fueron referidos para formar parte del programa de tratamiento grupal, dado que la mayoría, es decir, el 81.82% fue diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada, y solo el 18.18% se diagnosticó con Trastorno Mixto Ansioso-depresivo (Ver anexo 8). Este dato es según la población que formó parte del programa de tratamiento, pero los profesionales de la Unidad de Salud Mental manifiestan que generalmente la mayor parte de usuarios atendidos es por motivos de ansiedad, resultando la mayoría con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A partir de esta situación se evidencia la importancia del actuar de profesionales de la salud mental y la implementación de métodos y estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con algún tipo de trastornos de ansiedad. Es por esta razón que nace la iniciativa de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal que disminuya la manifestación de los síntomas de ansiedad. Existen muchos programas creados con esta finalidad, basados en diferentes corrientes psicológicas, siendo la más utilizada la teoría cognitivo conductual, debido a que se han realizado numerosas investigaciones que comprueban su eficacia. Una de estas investigaciones es la realizada por Segarra, Farriols y Palma (2011), la cual lleva por nombre “*Tratamiento Psicológico Grupal Para los Trastornos de Ansiedad en el Ámbito de la Salud Pública*”. En éste, se evaluaron los cambios obtenidos de una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal para pacientes con trastornos de ansiedad generalizada, y en cuanto a los resultados obtenidos se muestran mejoras significativas en términos de reducción sintomática.

Existe también un estudio realizado con el objetivo de evaluar cuatro programas para reducir la ansiedad en pacientes medicamente enfermos: psicoeducativo, cognitivo, conductual y de control. Este programa fue realizado por Sánchez, Velazco, Rodríguez y Baranda (2006) y lleva por nombre *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermo”*. Los resultados que se obtuvieron fueron favorables, ya que al comparar y analizar los resultados obtenidos del pre-test y el pos-test, se concluye que el programa de intervención que obtuvo una mayor disminución en los niveles de ansiedad fue el psicoeducativo. Sin embargo, los demás programas como el cognitivo y conductual también fueron sumamente eficaces en el tratamiento, esto indica que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas cognitivas conductuales resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general. Además, al revisar la literatura de Tejero (2010), que lleva por nombre *“Trastornos de Ansiedad Generalizada”* se mencionan una serie de investigaciones llevadas a cabo para demostrar la efectividad de las técnicas cognitivas conductuales en la implementación de programas de tratamiento, y una de las conclusiones a las que llegaron estas investigaciones, es que *“el conjunto de técnicas cognitivas conductuales son las que producen cambios radicales, ya que las técnicas por si solas, no producen los cambios esperados”* (Tejero, 2010).

Entre las técnicas cognitivas conductuales que se utilizaron en los programas ya mencionados se encuentran: Psicoeducación, entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, restructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas cognitivas para combatir los pensamientos negativos, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, entre otras técnicas que fueron tomadas como referencia para crear el Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, desarrollado en Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Es importante mencionar que en este programa al igual que en el de las investigaciones mencionadas se hizo la aplicación del pre test y pos test, con la finalidad de medir los resultados obtenidos.

Los resultados con respecto al desarrollo del programa de tratamiento fueron bastante favorables, cumpliéndose el objetivo general, el cual es aplicar programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután. Este objetivo se cumplió debido a que se logró desarrollar las 12 sesiones programadas, en donde los pacientes lograron un manejo adecuado de síntomas de ansiedad a través de las diferentes técnicas psicoterapéuticas aprendidas. De esta manera se cumplió también el primer objetivo específico que es determinar la efectividad del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. El cumplimiento de estos objetivos se demuestra a través de los resultados de las diferencias porcentuales del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Con base a ello, en el pre test se obtuvo un 41.60% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, y en el post test un 27.43%, dando como resultado una reducción del 14.17% en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad.

Con lo que respecta al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en la sub escala Estado, en el pre test se obtuvo un 58.98% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, mientras que en el post test se obtuvo un 36.59%, reduciéndose entonces los síntomas de ansiedad como estado en un 22.39%. En cuanto a la sub escala Rasgo, la reducción fue menos, aun así es significativa, dado que en el pre test se obtuvo un 64.89% y en el post test un 45.80%, por lo que se evidencia la reducción de los síntomas de ansiedad como rasgo en un 19.09%. Al realizar la sumatoria general de las escalas Rasgo y Estado, en el pre test se reflejó un 61.93%, y en el post test un 41.19%, dando como resultado una reducción del 20.74% en cuanto a la manifestación de los síntomas de ansiedad, asimismo al calcular la media en la pre y post evaluación se obtuvo una diferencia en ambas de 95.2 y un valor de t calculado de 5.140 el cual es mayor al valor presentado en la tabla de valores críticos de la distribución t de Student.

Asimismo, esta reducción también se ve reflejada en los niveles de ansiedad según el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, dado que en el pre test, el mayor porcentaje se obtuvo en el nivel moderado de ansiedad con un 81.82% de la población que se ubico en este nivel, el cual se redujo al 54.55% en el post test, mientras que en el nivel

mínimo de ansiedad de un 0.0% en el pre test, se incrementó a un 45.45% en el post test. Según estos resultados se evidencia la reducción de los niveles de ansiedad presentes en la población que formó parte del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

En cuanto al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en la sub escala de Estado, en el pre test, el mayor porcentaje se obtuvo en el nivel alto de ansiedad con un 54.55%, mientras que en el post test el mayor porcentaje se obtiene en el nivel bajo con un 81.82% de la población que se ubicó en este nivel. En referencia a la sub escala Rasgo, en el pre test el mayor porcentaje se presentó en el nivel alto con un 90.91%, y en el post test, el mayor porcentaje de la población se ubicó en un nivel medio con el 63.64% y en cuanto a la media calculada en la pre y pos prueba se obtuvo una diferencia de 17.91 en la sub escala de Estado, asimismo en la sub escala de Rasgo se obtuvo una diferencia de medias de 20.73 y de manera general del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado se calculó una diferencia de 33.88 entre la pre y la post aplicación del mismo, obteniendo también un valor t para la sub escala de estado de 5.842, para la sub escala de rasgo 4.684 y de manera general fue de 6.185 datos que son mayores que 1.812 el cual aparece en la tabla, por tanto, se aprueba la hipótesis de que la aplicación del Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal facilita un manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. Con los resultados descritos, también se aprueba la hipótesis de que la aplicación del Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal es efectivo en el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad.

Por otra parte, con los resultados ya expuestos en cuanto a los niveles de ansiedad presentes en los pacientes tanto en el pre test como en el post test, se logra cumplir el segundo objetivo específico que es identificar los niveles de ansiedad a través del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Cumpliéndose entonces la hipótesis de que el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado establecen los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

Mendoza (2008), menciona que “La ansiedad, del mismo modo que cualquier otra emoción o problemática, implica al menos tres componentes o sistemas de respuesta”. Con base a ello, los síntomas de los Trastornos de Ansiedad se pueden clasificar según los componentes cognitivo, fisiológico y motor. Entre los síntomas del componente cognitivo se encuentran: preocupaciones excesivas, miedo a perder el control o volverse loco, sensación de irrealidad, pensamientos obsesivos, temor injustificado de que algo malo pueda suceder e impaciencia. En el componente fisiológico se pueden mencionar: sudoración, temblor en el cuerpo, hormigueos, mareos, dolor de cabeza, escalofríos, aceleración cardíaca, molestias en el estómago, entre otros. Con lo que respecta al componente motor los síntomas se pueden reflejar en la expresión facial, movimientos o posturas corporales, respuestas de huida, tics repetitivos, conductas irritables, conducta agresiva, entre otros. Se tomó a bien entonces para el diseño del programa de tratamiento grupal, clasificar las técnicas psicoterapéuticas según estos tres componentes, de manera que cada uno tenga técnicas y estrategias que vayan específicamente a reducir los síntomas que en él se manifiestan. Además, durante la primera sesión del programa de tratamiento los pacientes que en el participaron, aseguraron presentar la mayoría de estos síntomas.

La aplicación de las diferentes técnicas psicoterapéuticas en cada uno de los componentes de ansiedad dio resultados positivos, ya que en cada uno de ellos se logró una reducción en cuanto a los síntomas. Se cumple entonces el tercer objetivo específico, el cual se refiere a que las estrategias psicoterapéuticas proporcionadas controlan los síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Esto se refleja en las diferencias porcentuales del pre y post test en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en la categoría del componente cognitivo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, dado que en el pre test se obtuvo un 52.19% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, en el post test el porcentaje que se obtuvo fue de 36.40%, lo cual significa que se dio una reducción del 15.79% en cuanto a la manifestación de síntomas cognitivos. En cuanto a los niveles obtenidos en este componente, en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con un 90.91%, mientras que en el post test fue

diferente, debido a que la mayor parte de la población, es decir, el 54.55% se ubicó en un nivel mínimo, lo cual significa que se dio una reducción en los niveles de ansiedad que los pacientes presentaron en el componente cognitivo y en las medias calculadas de la pre y post evaluación se obtuvo una diferencia entre ambas de 35.4 y un valor t de 4.69 el cual es mayor al valor t de la tabla, por tanto, se aprueba la hipótesis que indica que las estrategias psicoterapéuticas proporcionadas controlan los síntomas cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

Se cumplió también el cuarto objetivo específico, el cual se refiere a ejecutar técnicas psicoterapéuticas que minimicen los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Los resultados en cuanto a las diferencias porcentuales de la puntuación obtenida por todos los pacientes en el componente fisiológico del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, reflejan que en el pre test se obtuvo un 42.00% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, y en el pos test se obtuvo un 27.92%, lo que significa que se dio una reducción del 14.08% en cuanto a la manifestación de síntomas fisiológicos de ansiedad. Esto también se ve reflejado en la representación de los niveles de ansiedad de este componente, dado que en el pre test la mayor parte de la población, es decir, el 63.64% se ubicó en un nivel moderado de ansiedad, mientras que el resto se ubicó en el nivel severo con un 36.36%. En el post test, la mayor parte de la población también se ubicó en el nivel moderado, sin embargo, en esta ocasión se incrementó a un 81.82%, mientras que sólo un 9.09% se ubicó en el nivel severo, y el 9.09% restante en el nivel mínimo. Esto refleja cierta disminución en los niveles de ansiedad del componente fisiológico, también se evidencia en la diferencia de las medias calculadas de la pre y post evaluación la cual fue de 31.5 y el valor t calculado de 3.773 que es superior al valor t que presenta la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, lo que significa que se aprueba la hipótesis de que las técnicas psicoterapéuticas ejecutadas minimizan los síntomas fisiológicos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

El quinto objetivo específico se orienta a capacitar en técnicas de control del comportamiento ansioso a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Los resultados obtenidos

demuestran el cumplimiento de este objetivo, lo cual se evidencia en las diferencias porcentuales de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el componente motor del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, dado que en el pre test se obtuvo un 30.60% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, mientras que en el pos test se obtuvo un 14.29%, resultando entonces una reducción del 16.31% en relación a la manifestación de síntomas motores de ansiedad. En cuanto a los niveles de ansiedad en este componente, en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con el 81.82%, mientras que en el post test el 100% de esta población se ubicó en el nivel mínimo, demostrando entonces una reducción bastante significativa en los niveles de ansiedad del componente motor, asimismo en las medias de la pre y pos aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad se calculó la diferencia entre ambas y se obtuvo 36.5 y un valor calculado t de 5.047 el cual es superior al que presenta la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, por tanto se aprueba la hipótesis de que se controla el comportamiento ansioso al capacitar en técnicas adecuadas a pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, además de identificar los niveles de ansiedad general y ansiedad según los componentes cognitivo, fisiológico y motor, también permite identificar los niveles según cuatro factores, los cuales son: FI Ansiedad ante la evaluación, FII Ansiedad Interpersonal, FIII Ansiedad Fóbica y FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. En estas categorías también se evidencia la reducción de los síntomas de ansiedad. Con base a ello, se cumple el sexto objetivo específico orientado a disminuir la ansiedad ante la evaluación en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Esto se refleja en las diferencias porcentuales en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor I, que corresponde a la ansiedad ante la evaluación, dado que en el pre test se obtuvo un 49.67% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, mientras que en el post test un 29.69%, lo que significa que hubo una reducción del 19.98% en relación a los síntomas de ansiedad ante la evaluación. Esta reducción también se ve reflejada en los niveles de ansiedad de este factor, debido a que en el pre test la mayor parte de la población, es decir, el 90.91% se ubicó en un nivel

moderado, en el post test fue en el nivel mínimo en donde se ubicó la mayoría, ya que se obtuvo un 63.64% en este nivel. En las medias calculadas en la pre y post evaluación se obtuvo una diferencia de 49.5 y un valor t de 3.988 el cual es mayor al valor que presenta la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, por tanto se aprueba la hipótesis que indica que la ansiedad ante la evaluación disminuye en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

También se logró el séptimo objetivo que consiste en reducir la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. El cumplimiento de este objetivo se refleja primeramente en las diferencias porcentuales en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor II, que corresponde a la Ansiedad Interpersonal, debido a que en el pre test se obtuvo un 38.55% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, mientras que en el pos test se obtuvo un 24.00%, resultando entonces una reducción del 14.55% en cuanto a los síntomas de ansiedad interpersonal. Con lo que respecta a los niveles de ansiedad, en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con un 63.64%, mientras que el resto se ubicó en un nivel severo con un 36.36%. En el post test la mayor parte de la población también se ubicó en un nivel moderado, pero en esta ocasión se incrementó al 72.73%, y el resto de la población, es decir, el 27.27% se ubicó en un nivel mínimo, lo cual refleja cierta reducción en los niveles de ansiedad, asimismo al calcular la media en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad se obtuvo una diferencia entre ambas de 14.5 y un valor t de 2.970, el cual es mayor al valor presentado por la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, por lo cual se aprueba la hipótesis que plantea que se reduce la ansiedad interpersonal en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

El octavo objetivo específico también se cumplió, este se orienta a minimizar la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. El cumplimiento de este objetivo se ve reflejado en los resultados de las diferencias porcentuales en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor III, el cual corresponde a la Ansiedad Fóbica, dado que en el pre test se obtuvo el 38.68% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, y

en el post test se obtuvo un 26.16%, esto indica que la reducción en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad fóbica fue del 12.52%. Se evidencia cierta reducción en cuanto a los síntomas de ansiedad fóbica, sin embargo esta reducción fue menos en comparación con los demás factores. En cuanto a los niveles de ansiedad de este factor, en el pre test la mayor parte de la población, es decir, el 81.82%, se ubicó en un nivel moderado, mientras que la población restante que corresponde al 18.18% se ubicó en el nivel severo. En los resultados del post test la mayor parte de la población también se ubicó en un nivel moderado, pero en esta ocasión fue el 72.73%, mientras que de la población restante, el 18.18% se ubicó en el nivel mínimo y solo un 9.09% en el nivel severo. Esto indica que se dio cierta reducción en los niveles de ansiedad fóbica, y también se evidencia en la diferencia de las medias calculada de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad la cual fue de 23.5 y un valor t de 3.169 que es superior al valor que presenta la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, entonces se aprueba la hipótesis de que se minimiza la ansiedad fóbica en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

El noveno objetivo específico se orienta a controlar la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. Este objetivo también se logró cumplir, lo cual se refleja en los resultados en cuanto a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en el Factor IV, que corresponde a la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, dado que en el pre test se obtuvo un 36.28% de la puntuación máxima que se pudiera obtener, mientras que en el post test se obtuvo un 20.37%, esto significa que se dio una reducción del 15.91% en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Esta reducción también se ve reflejado en los niveles de ansiedad de este factor, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con un 90.91%, mientras que en el post test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel mínimo de ansiedad con un 54.55%, y en las medias tanto de la pre y la post evaluación se calculó una diferencia de 17.2 y un valor t de 7.006, el cual es mayor al presentado en la tabla de valores críticos de la distribución t de Student, es por ello que se acepta la hipótesis que plantea que se

controla la ansiedad ante situaciones habituales en la vida cotidiana de los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.

Aunque en todas las categorías ya mencionadas se dio una reducción en cuanto a la manifestación de los síntomas de ansiedad, es importante mencionar que en algunas esta reducción fue más significativa que otras, por ejemplo, en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en las categorías cuya reducción fue más significativa tanto en las diferencias porcentuales como en los niveles son: el componente cognitivo, componente motor, FI Ansiedad ante la evaluación y el FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Con lo que respecta al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en todas las categorías la reducción fue bastante significativa; sin embargo, presento una mayor reducción la escala de Estado, y esta reducción se refleja tanto en las diferencias porcentuales como en los niveles de ansiedad.

También se logró cumplir el décimo objetivo específico, el cual se refiere a determinar la correlación existente entre la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo conductual grupal y el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad en el Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, y para ello se hizo uso de la prueba estadística producto-momento de Pearson, a través de la cual se obtuvo una correlación de 0.728 que es alta y significativa entre la evaluación realizada antes del desarrollo del programa para determinar el nivel de ansiedad existente en los participantes y el cumplimiento de las tareas las cuales representan la otra variable que es el programa de tratamiento cognitivo conductual grupal, por lo tanto se establece que los síntomas de los trastornos de ansiedad, cognitivos, fisiológico y motores disminuyen en la medida en que los participante en el Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal cumplen las tareas basadas en las estrategias de tratamiento.

Las tareas asignadas consistían en practicar y registrar las técnicas psicoterapéuticas centrales que se desarrollaron en las sesiones del programa de tratamiento. Se les indicaba a los pacientes como la realizarían en sus casas durante la semana y como lo registrarían en los cuadernillos que se les proporcionó previamente, para luego presentarlo en la próxima

sesión (Ver anexo 11). Se reflejó el compromiso de los pacientes en la revisión de cada una de las tareas, dado que practicaban en sus casas y registraban cada una de las actividades asignadas. Además, comentaban sus experiencias y exponían sus dudas en cuanto a la realización de éstas.

Los resultados positivos en cuanto a la realización de tareas también se reflejan en el cuadro de registro general y cumplimiento de tareas (Ver anexo 12), aquí las tareas se registraron según cada componente de ansiedad, es decir, el componente cognitivo, fisiológico y motor. Con lo que respecta al componente cognitivo, tomando en cuenta el registro de tareas de todos los pacientes, se obtiene que las tareas de este componente se realizaron en un 93.2%. En cuanto a las tareas del componente fisiológico, estas se realizaron en un 87.9%. Mientras que en el componente motor se realizaron en un 86.1%. Se refleja entonces un mayor cumplimiento en las tareas del componente cognitivo. Logrando en general un 86.1% del cumplimiento de todas las tareas del programa de tratamiento.

A partir de todos los resultados expuestos, se evidencia que se logró minimizar los síntomas de ansiedad a través de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal, pero también esto se evidencia según lo que manifestaron los pacientes, quienes aseguraron sentir cambios positivos al realizar las técnicas psicoterapéuticas aprendidas en las sesiones, pues manifiestan que al realizarlas logran controlar los síntomas de ansiedad que en ellos se presentan. Además, mencionaron que las técnicas les parecen bastante prácticas y fáciles de realizar, lo cual les ayudó a manejarlas rápidamente.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Se logró la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en los pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad satisfactoriamente, desarrollándose las 12 sesiones previamente diseñadas, en donde los pacientes lograron un manejo adecuado de síntomas de ansiedad a través de las diferentes técnicas psicoterapéuticas aprendidas. Los pacientes mostraron interés durante el desarrollo de cada una de las sesiones, así como también en el cumplimiento y registro de tareas

Se determina la efectividad del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal, dado que se dio una reducción en cuanto a los síntomas de ansiedad que los pacientes manifiestan. Esto se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, obteniéndose menor puntuación en la post aplicación, presentando una reducción del 14.17% en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad. Asimismo, esta reducción se refleja en los niveles de ansiedad, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con el 81.82% y el resto se ubicó en el nivel severo con un 18.18%, mientras que en el post test la mayor parte también se ubicó en el nivel moderado, pero esta vez con un 54.55%, y la población restante, es decir, el 45.45% se ubica en el nivel mínimo de ansiedad. Los resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, también demuestran la reducción de síntomas, dado que en la sub escala Estado, en cuanto a la puntuación obtenida en la pre y post aplicación de ésta, se obtuvo menos puntuación en el post test, dándose una reducción del 22.39%. De igual manera en la aplicación de la sub escala Rasgo, se obtuvo menos puntuación en el post test, reflejándose una reducción del 19.09%. Asimismo, en la sumatoria de los puntajes de las sub escalas de Estado y Rasgo en conjunto se obtuvo menor puntuación en el post test, resultando entonces una reducción del 20.74% en cuanto a la manifestación de síntomas de ansiedad. En los niveles de ansiedad también se refleja esta reducción, debido a que en la sub escala Estado, en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel alto con el 54.55%, mientras que en el post test el mayor porcentaje se ubicó en el nivel bajo con el 81.82%. En la sub escala Rasgo, en el pre test el mayor porcentaje se registró en el nivel alto con un 90.91%,

mientras que el post test fue en el nivel medio donde se ubicó la mayor parte de la población con un 63.64%. Además se obtuvo una diferencia de medias entre la pre y la post evaluación de 20.73.

Se identificaron los niveles de ansiedad en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento cognitivo conductual grupal a través de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad. Los niveles que se identificaron tanto en el pre test como post test son: nivel mínimo, moderado, severo y extremo. Asimismo, se identificaron los niveles de ansiedad según el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Tomando en cuenta la pre y post aplicación de esta prueba los niveles identificados son: alto, medio y bajo.

El proporcionar estrategias psicoterapéuticas a los pacientes que participaron en el programa de tratamiento fue de gran utilidad para que logaran controlar los síntomas cognitivos de ansiedad que manifiestan. Esto se evidencia en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, dado que en la categoría del componente cognitivo se obtuvo menor puntaje en el post test, lo cual significa que se dio una reducción del 15.79% en cuanto a la manifestación de síntomas cognitivos de ansiedad. En los niveles de ansiedad del componente cognitivo también se evidencia esta reducción, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con el 90.91%, mientras que en el post test, la mayor parte, es decir, el 54.55% se ubicó en el nivel mínimo, y además se dio una diferencia de medias de 35.4.

Con la ejecución de técnicas psicoterapéuticas se logró minimizar los síntomas fisiológicos de ansiedad en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento grupal, lo cual se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, dado que en la categoría del componente fisiológico se obtuvo una menor puntuación el post test, presentando una reducción del 14.08% en relación a la manifestación de síntomas fisiológicos. Esta

reducción también se refleja en los niveles de ansiedad del componente fisiológico, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con un 63.64%, y el resto en el nivel severo con el 36.36%, mientras que en post test, el mayor porcentaje también se obtuvo en el nivel moderado, pero en esta ocasión con el 81.82%, un 9.09% se ubicó en el nivel mínimo y solo un 9.09% restante en el nivel severo. Asimismo obteniendo una diferencia en las medias calculadas de 31.5.

El capacitar en técnicas de control de comportamiento ansioso a los pacientes que participaron en el programa de tratamiento fue de gran utilidad para que estos lograran controlar los síntomas motores de ansiedad. Esto se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, dado que en la categoría del componente motor, el menor puntaje se obtuvo en el post test, presentando una reducción del 16.31%. Esta reducción también se refleja en los niveles de ansiedad del componente motor, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en un nivel moderado con el 81.82%, mientras que en el post test toda la población, es decir, el 100% se ubicó en el nivel mínimo y la diferencia en las medias de la pre y post evaluación fue de 36.5.

Se logró disminuir la ansiedad ante la evaluación en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento, lo cual se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, debido a que en la categoría del factor I, que corresponde a la ansiedad ante la evaluación, el menor puntaje se obtuvo en el post test, reflejándose una reducción del 19.98%. Asimismo, se refleja reducción en los niveles de ansiedad de esta categoría, dado que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con un 90.91%, mientras que en los resultados del post test el mayor porcentaje, es decir, el 63.64% se ubicó en el nivel mínimo, de igual manera se obtuvo una diferencia en las medias calculadas en la pre y post evaluación, dicha diferencia fue de 49.5.

Se redujo la ansiedad interpersonal en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento grupal, esto se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, debido a que en la categoría del Factor II, que corresponde a la ansiedad interpersonal se obtuvo una menor puntuación en el post test, presentándose una reducción del 14.55%. Esta reducción también se refleja en los niveles de ansiedad de esta categoría, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con un 63.64%, y el 36.36% restante en el nivel severo, mientras que en el post test, el mayor porcentaje también se obtuvo en el nivel moderado con un 72.73%, y el 27.27% restante en el nivel mínimo. Por otra parte, se obtuvo una diferencia de 14.5 entre las medias calculadas de la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad.

Se logró minimizar la ansiedad fóbica en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento grupal, lo cual se refleja en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, dado que en la categoría del Factor III, que corresponde a la ansiedad fóbica, se obtuvo una menor puntuación en el post test, reflejándose que los síntomas se minimizaron en un 12.52%, cabe aclarar que la reducción de síntomas en este factor fue menor en comparación con las demás categorías. En los niveles de ansiedad de esta categoría también se evidencia que los síntomas se minimizaron, debido a que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con el 81.82% y el 18.18% en el nivel severo, mientras que en el post test el mayor porcentaje también se obtuvo en el nivel moderado, pero en esta ocasión con el 72.73%, un 18.18% en el nivel mínimo, y sólo un 9.09% en el nivel severo, asimismo se calculó la media de la pre y post evaluación, de las cuales se obtuvo una diferencia de 23.5.

Se logró el control de la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana en los pacientes que participaron en el programa de tratamiento grupal, lo cual se evidencia en las diferencias porcentuales de las puntuaciones obtenidas en la pre y post aplicación del

Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad, dado que en la categoría del Factor IV, que corresponde a la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, la menor puntuación se obtuvo en el post test, reflejándose que los síntomas de este factor se controlaron en un 15.91%. Asimismo se presenta disminución en los niveles de ansiedad de esta categoría, dado que en el pre test la mayor parte de la población se ubicó en el nivel moderado con un 90.91%, mientras que en el post test fue en el nivel mínimo con un 54.55%, y en la diferencia de medias de la pre y pos evaluación se obtuvo una diferencia de 17.2.

Se determina que existe una correlación de 0.728 la cual es alta ante la aplicación de un programa cognitivo conductual grupal y los trastornos de ansiedad. El programa cognitivo conductual grupal se representa con el registro del cumplimiento de tareas el cual certifica que los participantes practicaron las técnicas aprendidas durante las sesiones de una manera correcta, por lo tanto se tiene la certeza que fueron efectivas en el manejo adecuado de los síntomas. El procedimiento se realizó a través de la prueba estadística coeficiente de correlación producto momento de Pearson.

6.2.Recomendaciones

Al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

Proporcionar un espacio adecuado para la ejecución de programas psicoterapéuticos, debido a que existen algunas técnicas donde es necesario encontrarse en completa calma y tranquilidad y así no existan interrupciones cuando estas se desarrollen y se obtengan los resultados esperados.

A La Unidad de Salud Mental

Que promueva la implementación de programas orientados al manejo adecuado de síntomas de trastornos de ansiedad, así como también otras problemáticas psicológicas que se presentan muy frecuentemente como motivo de consulta, tomando en cuenta la utilidad que tiene el uso de psicoterapia grupal como una estrategia alternativa o complementaria de tratamiento.

A los futuros profesionales

A hacer uso de los instrumentos utilizados en el programa psicoterapéutico, los cuales son Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, debido a que presenta una alta confiabilidad para medir los síntomas del trastorno de ansiedad. Además el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad permite identificar los niveles de ansiedad según los tres componentes cognitivos, fisiológicos y motor. Asimismo en los cuatro factores Ansiedad ante la evaluación, Ansiedad Interpersonal, Ansiedad Fóbica y Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, siendo de mucha utilidad en la rama de la psicología.

A los pacientes que participaron en el programa de tratamiento

A realizar las técnicas psicoterapéuticas aplicadas en el programa de tratamiento cognitivo conductual grupal tanto cognitivas, fisiológicas, y motoras. De esta manera se logrará reducir la sintomatología y así obtener mejores resultados.

6.3.Referencias bibliográficas

Libros

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Arlington, VA. EEUU. (5ª ed.) .

Caballo, E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (4ª ed.). Madrid: Siglo XXI.

Clark, D. A., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.

Gonçalves, F. González, R. y Vázquez, C. (2003) *Guía de buena práctica clínica en ansiedad y depresión*. Madrid.

González, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.

Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. (s.l): Libros en red.

Hernández Sampieri R., Fernandez C., y Baptista P.(2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). Mexico D.F. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES

Homans, G. (1977). *El grupo humano*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid.

Organización mundial de la salud OMS, (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de intervención CIE 10*. Madrid

Pérez Díaz, R. (2009) *Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico*. Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax.

Páginas web

Bados, A. (2009) *fobia específica universidad de Barcelona*. Recuperado el 10/05/2016 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bistream/2445/6282/1/Fobia%20espec%C3%ADficas.pdf>

Bados, A. L. (2005) *Agorafobia Y Pánico*. Recuperado el 27/04/2016 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf>

Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Recuperado el 09/05/2016 de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/06/Reestructuración-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>

Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. (s. f.). *Estadísticas de interés*. Recuperado el 29/04/2016 de http://www.Centroima.com.ar/información_estadísticas.php

Cortez, U. y Gallego, G. (2009) *Mutismo selectivo. Guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela*. Recuperado el 06/05/2016 de http://creena.educacion.navarra.es/equipos/conducta/pdfs/guia_mutismo.pdf

García, J. A. (2013). *Algunos componentes básicos de la asertividad*. Recuperado el 11/05/2016 de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad>

García, V. Y Paz, M. (2013). *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual*. Recuperado el 01/05/2016 de <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/pstcogc.pdf>.

- Gómez, R. (s. f.). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Recuperado el 03/05/2016 de http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf
- Ibáñez, A. (2006). *Pronóstico de los trastornos de ansiedad*. Recuperado el 04/05/2016 de http://www.jc-edicionesmedicas.com/es/system/files/documentos/p16-20_Pronostico_trastorno.pdf
- Información clínica terapéutica de la academia nacional de medicina. (2012) *Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado el 28/04/2016 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Informe de La Red Norteamericana De Ansiedad En La Infancia. (2004) *Mutismo Selectivo*. Recuperado el 08/05/2016 de http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/rehabilitacionequino/mutismo_selectivo.pdf
- INNATIA. (s. f.). *Terapias cognitivas conductuales para la ansiedad*. Recuperado el 02/05/2016 de <http://www.innatia.com/s/c-controlar-la-ansiedad/a-terapias-cognitivas-conductuales-para-la-ansiedad-8832.html>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) *Cuando Pensamientos Indeseados Toman Control: Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Recuperado el 11/05/2016 de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuandopensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/cuando_pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo_38434.pdf
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2001) *Fobia Social Trastorno de Ansiedad Social: Siempre Avergonzado*. Recuperado el 04/05/2016 de <http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/social-phobia-spanish.pdf>
- Labrador, F., Vallejo, M., y Matellanes, M. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Recuperado el 01/05/2016 de <http://www.Sepcys.es/index.php?Page=documentos>

- López, Guaranta, C. y Ramón, Guaranta, T. (2007) *Trastorno de pánico y dolor torácico*. Recuperado el 10/05/2016 de http://med.unne.edu.ar/revista/revista167/5_167.pdf
- Mendoza (s. f.). *La crisis de ansiedad*. Recuperado el 07/05/2016 de <http://www.ipsalevante.com/documentos/CrisisDeAnsiendad.pdf>
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2004). *Técnicas para el manejo de la ansiedad*. Recuperado el 02/05/2016 de <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=18>
- Ministerio de Salud de El Salvador (2012), *Guías Clínicas De Psiquiatrías*. Recuperado el 05/05/2016 de file:///C:/Documents%20and%20Settings/HP%20USER/Mis%20documentos/Downloads/Guias_Clinicas_de_Psiquiatria.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador (2012), *Guías Clínicas De Psiquiatrías*. Recuperado el 29/04/2016 de file:///C:/Documents%20and%20Settings/HP%20USER/Mis%20documentos/Downloads/Guias_Clinicas_de_Psiquiatria.pdf
- Navas, W. y Vargas, M. J. (2012). *Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria*. Recuperado el 02/05/2016 de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Nordqvist, C. (2012) *Medicina psicología, trastornos fóbicos*. Recuperado el 09/05/2016 de <http://bitnavegante.blogspot.com/2012/08/fobia-causas-y-tratamiento.html>
- Pacheco, B. y Ventura, T. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación*. Recuperado el 02/05/2016 de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Tejero, A. (2010). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Recuperado el 08/05/2016 de <http://beta.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Trastorno-De-Ansiedad-Genera-lizada.pdf>

Tratamientospsicológicos.es. (s. f.). *¿En qué consiste la terapia individual?*. Recuperado el 04/05/2016 de <http://tratamientospsicologicos.es/en-que-consiste-la-terapia-individual/>

Webkery. (s. f.). *Terapia cognitivo conductual*. Recuperado el 1/05/2016 <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADFA0000974/C1.pdf>

Wikipedia. (2015). *Terapias cognitivo-conductuales*. Recuperado el 1/05/2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales

Wikipedia. (2016). *Neurosis*. Recuperado el 10/05/2016 de <https://es.wikipedia.org/wiki/Neurosis>

Revistas

Ascencio G., Martín J. C. y López Soler C. (Enero 2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual Grupal del Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia en un Centro de Salud Público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 82-91.

Ballester, R. (mayo, 2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 518-519

Escribano, A. y Perales, S. (enero, 2013). Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. *Revista de medicina de familia y atención primaria*, 17(2), 2-5.

González, J., L. y Rodríguez, M. (1998). Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual. *Psiquis*, 19(7), 3-4.

Gutiérrez, Quintanilla J., R. y Portillo, C., B. (septiembre, 2015). Prevalencia de los trastornos mentales y recursos humanos en la salud mental en El Salvador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1195-1208.

- Iruarrizaga, J. Gómez-Segura, T., Criado, M. Zuazo y E. Sastre. (1998). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1), 61-72.
- Ojeda, C. (Abril, 2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 95-99.
- Sánchez, S., Velazco L., Rodríguez, R., Baranda J. (Noviembre/diciembre2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-545.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los factores de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(3), 343-349
- Sarudiansky, M. (Julio/diciembre, 2013). Ansiedad, angustia y neurosis: antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 20-26.
- Segarra Gutiérrez G., Farriols Hernando N., Palma Sevillano C., Segura Bernal J. y Castell Torres R. (2011). Tratamiento Psicológico Grupal para los Trastornos de Ansiedad en el Ámbito de la Salud Pública. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 187-191.
- Siabato, E., Forero, I. y Paguay, O. (enero/junio, 2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98
- Sierra, D. , Herrán, A. y Vázquez, J. L. (2001). Epidemiología y factores de riesgo de los trastornos neuróticos. *Psiquiatría.com*, 5(4), 7-15.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (marzo, 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 17-22

Tesis

- Senés, A. (2010). *Descripción de un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde el modelo de tratamiento de base cognitivo-conductual propuesto por la Fundación Fobia Club* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Palermo. Buenos Aires.

ANEXOS

ANEXO 1. Cronograma


PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL MANEJO ADECUADO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE USULUTÁN DESARROLLADO DURANTE LOS MESES DE FEBRERO-AGOSTO DE 2016

Tutor responsable: Lic. René Campos Quintanilla

Grupo de investigación: Gómez Avilés, Xenia Lourdes; Quintanilla Ramírez, Claudia Elizabeth; Zelaya Rivas, Eneida Vanessa.

Actividades	Enero					Febrero					Marzo					Abril					Mayo					Junio					Julio					Agosto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Presentación de perfil de investigación a la coordinación del proceso de graduación.					X																																			
Presentación de idea de investigación.						X																																		
Visita a la institución					X																																			
Planteamiento del problema					X																																			
Elaboración de anteproyecto						X	X	X	X	X	X	X																												
Elaboración de programa de tratamiento grupal.						X	X	X	X	X	X	X																												
Aplicación de pre-test											X																													
Ejecución del proyecto												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
Aplicación de pos-test																							X																	
Análisis de datos																						X	X	X	X	X														
Elaboración del informe final																										X	X	X	X	X	X									
Entrega de ejemplares a tribunal																															X									
Exposición y defensa de trabajo de grado																																				X				

ANEXO 2. Solicitud de permiso


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

Ciudad Universitaria de Oriente, 16 de Febrero de 2016.

Dr. Alfredo Enrique Gonzales
Director de Hospital Nacional San Pedro.

Presente.

Reciba un atento y respetuoso saludo, deseándole muchos éxitos en las labores que muy dignamente realiza en tan prestigiosa Institución Gubernamental.

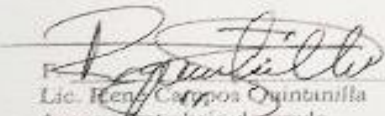
La presente es para solicitarle que las bachilleres: Claudia Elizabeth Quintanilla Ramírez, Carnet QR11006, Xenia Lourdes Gómez Avilés, Carnet GA11040, Eneida Vanessa Zelaya Rivas, Carnet ZR11007, quienes se encuentran en proceso de trabajo de grado de la Carrera de Licenciatura en Psicología que se imparte en esta Facultad, puedan realizar la "Aplicación de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual Grupal para el Manejo Adecuado de Síntomas en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad". De recibir su aprobación, la aplicación del programa se iniciará a partir del día miércoles 24 de Febrero hasta el 18 de Mayo del año en curso. El horario de asistencia de las bachilleres en el Hospital, sería los días miércoles de 1:00 PM a 3:00 PM.


Decirle que dicha experiencia será para la formación del futuro profesional de la Carrera en Psicología.

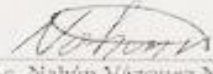
Esperando su total aprobación le reiteramos nuestras más altas consideraciones.

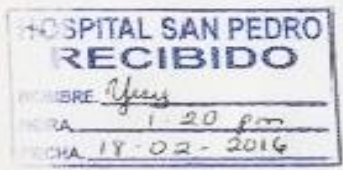
Atentamente,

"Hacia la Libertad por la Cultura"

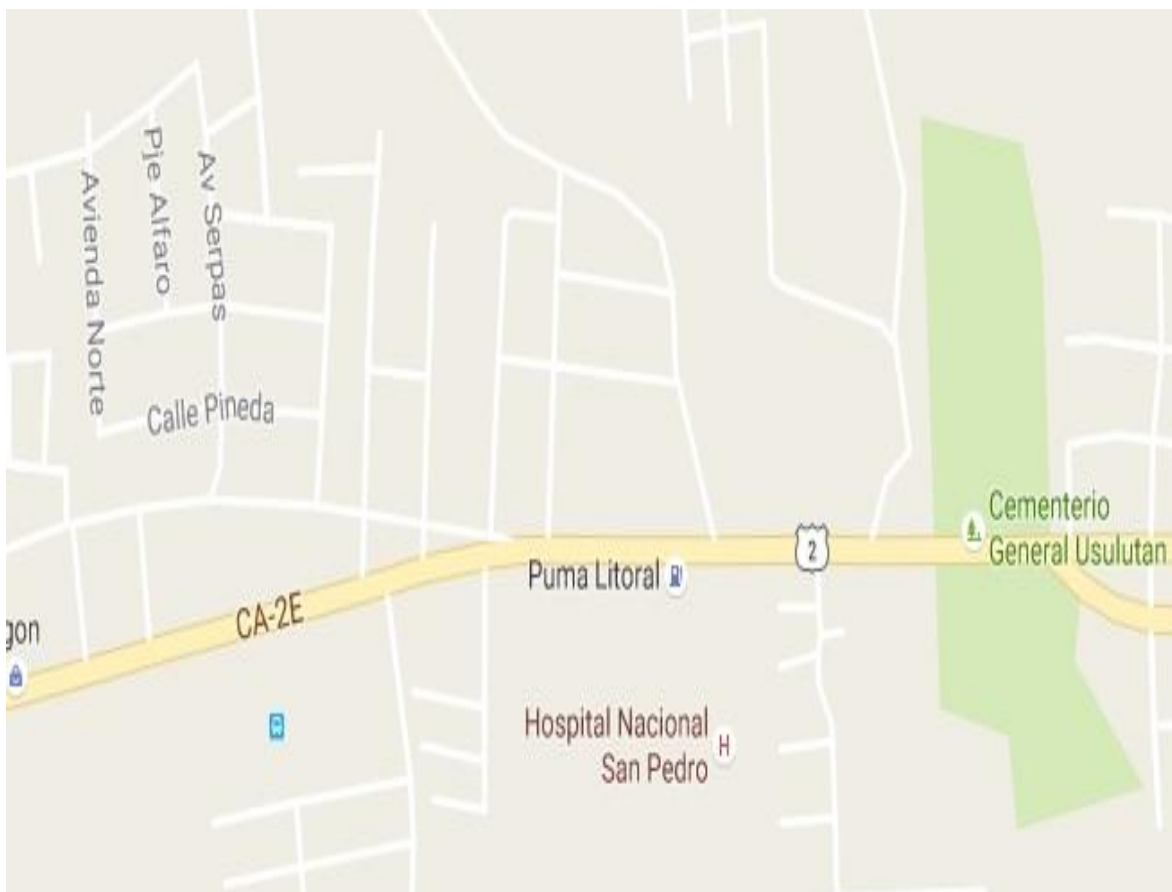

Lic. René Campos Quintanilla
Asesor de trabajo de grado.




Lic. Nahún Vázquez Navarro
Coordinador de la Sección de Psicología



ANEXO 3. Ubicación geográfica del Hospital Nacional San Pedro, Usulután.



El Hospital Nacional San Pedro, Usulután se encuentra ubicado en Final calle Dr. Federico Penado salida a San Salvador.

ANEXO 4. Glosario

Actitud: proviene del latín *actitudo*, y se refiere a la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores. También puede ser definido como la manifestación de un estado de ánimo o bien como una tendencia a actuar de un modo determinado.

Adaptación: La adaptación es la cualidad de acomodarse a una situación determinada. Es un proceso de acomodación o ajuste de una cosa, u organismo, o hecho; a otra cosa, ser o circunstancia. Son cambios que se operan en algo, con motivo de agentes internos o externos.

Agarofobia: Este trastorno consiste en un miedo y una ansiedad intensos de estar en lugares de donde es difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda. La agorafobia generalmente involucra miedo a las multitudes, a los puentes o a estar solo en espacios exteriores.

Amencia: Término propuesto por la escuela vienesa (Meynert, 1890) para designar un trastorno psicopatológico que aparece en cuadros orgánicos, que se caracteriza por la presencia de síntomas de confusión, desorientación, trastornos del pensamiento (incoherencia, perplejidad), alteraciones sensorio-perceptivas (ilusiones y alucinaciones) e inquietud psicomotriz.

Anancástico: Es el que corresponde a la llamada Personalidad Anancástica muy emparentada con el espectro psicopatológico obsesivo. Entre los distintos tipos de personalidad hay uno al que cuesta especialmente lograr la actitud de perdonarse.

Angustia: estado de intranquilidad o inquietud muy intensas causado especialmente por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro.

Ansiedad: tiene su origen en el término latino *anxieta*. Es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad, la persona también experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

Antropofobia: es un subtipo de fobia social, que puede manifestarse con temor a ruborizarse, mantener contacto visual; malestar o incomodidad al aparecer en sociedad.

Asertividad: Es la habilidad personal que nos permite expresar directamente los propios sentimientos, opiniones y pensamientos y defender nuestros derechos, en el momento oportuno, de la forma adecuada sin negar ni desconsiderar los sentimientos, opiniones, pensamientos y derechos de los demás.

Ataque: Un ataque de pánico o crisis de ansiedad consiste en un cuadro clínico caracterizado por el aumento de la frecuencia cardíaca, elevación de la presión sanguínea, respiración agitada, sudor, sensación de ahogo, mareo, temblores y despersonalización

Autismo: Trastorno psicológico que se caracteriza por la intensa concentración de una persona en su propio mundo interior y la progresiva pérdida de contacto con la realidad exterior.

Autoinstrucciones: Las autoinstrucciones son frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción. Ellas influyen en nuestros comportamientos como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo que nos indican cómo pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas, particularmente, cómo afrontar problemas.

Catarsis: se refiere a la liberación o eliminación de los recuerdos, sentimientos y pensamientos que alteran la mente o el equilibrio nervioso.

Claustrofobia: está considerada, por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1994), como una fobia específica dentro de los trastornos de ansiedad, y se refiere al temor obsesivo ante los recintos o espacios limitados.

Cogniciones: del latín: cognoscere, 'conocer', se define como la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información.

Comorbilidad: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un

trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Comportamiento: Es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos.

Conciencia: hace referencia al conocimiento que el ser humano tiene de su propia existencia, de sus estados y de sus actos.

Creencias: es el estado de la mente en el que un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un proceso y cosa.

Crisis Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Cronicidad: hace referencia como la cualidad, índole o característica de lo crónico que se refiere de una enfermedad de una duración prolongada, de una dolencia de manera frecuente o que procede de un tiempo atrás o en el pasado.

Desadaptativo: se refiere a la desaparición de la facultad de responder eficazmente a una situación nueva o a un conflicto. El individuo desadaptado es incapaz de enfrentarse a las tensiones de la vida en sociedad y a sus exigencias psíquicas y físicas.

Despersonalización: Estado psíquico experimentado por algún trastorno mentales, por el cual se sienten extraños a sí mismos, a su cuerpo y al ambiente que los rodea.

Desrealización: es una alteración de la percepción o de la experiencia del mundo exterior del individuo de forma que aquel se presenta como extraño o irreal. Entre otros síntomas se incluyen las sensaciones de que el entorno del sujeto carece de espontaneidad, de profundidad o de matices emocionales.

Desvanecimiento: Trastorno de corta duración que afecta al sistema nervioso en el cual se tiene sensación de inestabilidad y movimiento dentro de la cabeza; no siempre hay pérdida del sentido o el conocimiento.

Diagnóstico: Un diagnóstico son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. El diagnóstico tiene como propósito reflejar la situación de un cuerpo, estado o sistema para que luego se proceda a realizar una acción o tratamiento que ya se preveía realizar o que a partir de los resultados del diagnóstico se decide llevar a cabo.

Disfuncional: algo disfuncional es aquello que no funciona como corresponde, que no cumple adecuadamente su fin, por alguna alteración física, química o conductual.

Dismorfico: termino denominado al trastorno dismorfico corporal (TDC) (anteriormente conocido como dismorfofobia) es un trastorno somatomorfo que consiste en una preocupación importante y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal), ya sea real o imaginado.

Disnea: es una dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire. Deriva en una sensación subjetiva de malestar que frecuentemente se origina en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas variables en intensidad.

Encopresi: es la defecación involuntaria que sobreviene al niño mayor de 4 años, sin existir causa orgánica que lo justifique. Se asocia frecuentemente con la enuresis

Entumecimiento: Rigidez o falta de flexibilidad o movimiento que se produce en un miembro del cuerpo, que va acompañada de una desagradable sensación de hormigueo y de torpeza de movimiento en esa parte del cuerpo

Enuresis: La enuresis es la emisión involuntaria de orina, puede ser diurna o nocturna, en una etapa en la cual el control de esfínteres, supuestamente se ha alcanzado. O sea, posteriormente a los 3-4 años de edad. Es una de las problemáticas más comunes de la consulta psicológica infantil.

Espiración: También conocido como exhalación, es cuando el aire sale de los pulmones o el fenómeno opuesto a la inhalación, durante el cual el aire que se encuentra en los pulmones sale de éstos. Es una fase pasiva de la respiración, porque el tórax se retrae y disminuyen todos sus diámetros, sin intervención de la contracción muscular, volviendo a recobrar el tórax su forma anterior.

Esquemas cognitivos: Los esquemas cognitivos se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y emociones de manera “inconsciente”

Esquizofrenia: Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.

Estímulo: es una señal externa o interna capaz de provocar una reacción en un organismo. En psicología es cualquier cosa que influya efectivamente sobre los aparatos sensitivos de un organismo viviente, incluyendo fenómenos físicos internos y externos del cuerpo.

Excitación: Estado de actividad psíquica y motora anormalmente alta, motivado por una emoción, una psicosis o neurosis o una intoxicación.

Feedback: El feedback o retroalimentación es el proceso mediante el cual se realiza un intercambio de datos, informaciones, hipótesis o teorías entre dos puntas diferentes. Este término puede, así, aplicarse tanto a situaciones sociales como también a situaciones científicas, tanto biológicas como tecnológicas.

Fobias: Una fobia es un miedo irracional, un tipo de trastorno de ansiedad en el cual, el paciente tiene un miedo implacable a una situación, a una criatura, lugar o cosa.

Hiperventilación: La hiperventilación se define como aquella respiración que está por encima de las necesidades de nuestro cuerpo. Es decir, es una respiración excesiva. Puede producirse por respirar demasiado, respirar superficialmente, tomar grandes bocanadas de aire, etc.

Hipervigilancia: es un estado de mayor sensibilidad sensorial acompañado de una exageración en la intensidad de conductas cuyo objetivo primordial es detectar amenazas, lo que vuelve al sujeto más irritable de lo normal

Inhibición: La inhibición remite a los impulsos que una persona puede refrenar. Dichos estímulos pueden clasificarse en dos ámbitos diferentes, los impulsos gratificantes y los impulsos nocivos.

Inspiración: Acción de introducir aire en los pulmones. La inspiración es una de las fases de la respiración; en la inspiración los pulmones se hinchan y provocan la dilatación de la caja torácica.

Intranquilidad: es el estado en el que la persona experimenta agitación, preocupación, malestar, zozobra o nervios.

Introspección: Observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

Juicios: Un juicio es una opinión, un parecer o una valoración que alguien efectúa acerca de algo o de alguien y a partir de la cual normalmente una persona determina cuando algo es bueno o malo, cuando es verdadero o cuando es falso, cuando es confiable o no, esto desde su óptica.

Khyal Cap. (Ataque Del Viento) Se caracteriza por mareos, falta de aliento, palpitaciones y otros síntomas de ansiedad y excitación autonómica. Los episodios suelen coincidir con los criterios indicados para los ataques de pánico y pueden estar relacionados con otros trastornos de ansiedad o relacionados con traumas. El nombre proviene de la teoría de que los síntomas se deben a una sustancia como el viento que se levanta en el cuerpo.

Micción: es un proceso mediante el cual la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena. La vejiga se encuentra comprimida por los demás órganos cuando está vacía

Modelado: también se le ha denominado aprendizaje observacional, imitación o aprendizaje vicario. Esta técnica consiste en que el sujeto observe la conducta de un modelo y la imite para principalmente adquirir nuevos patrones de respuesta.

Neurastenia: en psiquiatría, es un trastorno neurótico caracterizado por un cansancio inexplicable que aparece después de realizar un esfuerzo mental o físico. Suele tener como consecuencia una disminución en la eficiencia para realizar o resolver tareas cotidianas y, si se mantiene el trastorno durante un tiempo prolongado, puede llegar a causar trastornos depresivos o de ansiedad.

Neurosis: nombre genérico de un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de trastornos nerviosos y alteraciones emocionales sin que, aparentemente haya ninguna lesión física en el sistema nervioso.

Neurosis de angustia: es un tipo de neurosis que varía en su gravedad desde períodos de agitación moderada hasta estados de profunda ansiedad, caracterizados por una gran tensión.

Pánico: Terror o miedo extremo, que generalmente aparece de forma súbita y brusca, y que está desencadenado por una amenaza o un peligro inminente

Paruresis: Se define como paruresis al trastorno de la micción que puede presentar diferentes grados de gravedad, desde una espera más o menos larga hasta el inicio de la micción, pasando por el vaciado incompleto de la vejiga, hasta la imposibilidad absoluta de orina

Patología: es un término que proviene del griego: estudio (logos) del sufrimiento o daño (pathos). Tiene que ver con la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

Pensamiento: Capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente, relacionando unas con otras.

Pensamiento automático: Los pensamientos automáticos son aquellos que surgen en forma espontánea, son muy breves y hasta pueden no reconocerse, a menos que se ayude al paciente a registrarlos.

Pensamiento Irracional: Este pensamiento es catastrófico, absolutista, no acertado, auto-derrotista e irrealista. Es cualquier pensamiento que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo.

Percepciones: es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno.

Programa de tratamiento: es un manual conformado con diversas técnicas y estrategias psicoterapéuticas, diseñadas para tratar una problemática en específica.

Pronóstico: pronóstico es un término que procede del latín *prognosticum*. El concepto hace referencia a la acción y efecto de pronosticar; es decir; conocer lo futuro a través de ciertos indicios. En este caso conocer si habrá o no una mejoría en cuanto a una patología psicológica determinada.

Psicoeducación: Hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Informándole sobre síntomas, causas, consecuencias, como tratarlo, entre otros.

Psicosomático: hace referencia a la unión íntima entre mente y cuerpo. En particular, una manifestación psicósomática se produce cuando una emoción o sentimiento (un estado mental) como, por ejemplo, la ansiedad, se manifiesta también en el cuerpo a través de una serie de síntomas.

Psicótico: es un término genérico utilizado en psiquiatría y psicología para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se las denomina psicóticas

Rabietas: son cuadros en forma de lloros incoercibles, gritos, o movimientos incontrolables que suelen aparecer en la infancia. Las rabietas son una forma de expresión ó comportamiento destructivo ó pícaro que aparece como respuesta a necesidades no satisfechas.

Rasgo: el rasgo es un elemento característico, relativamente estable de la personalidad de un individuo.

Reestructuración cognitiva: es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Reforzamiento positivo: es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta. Con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir.

Relajación: del latín *relaxatio*, relajación es la acción y efecto de relajar o relajarse (aflojar, ablandar, distraer el ánimo con algún descanso). La relajación, por lo tanto, está asociada a reducir la tensión física y/o mental.

Rumiaciones: son pensamientos nocivos que no dejan de rondar por nuestras cabezas, es decir, se aparecen una y otra vez dando lugar a un sentimiento de frustración.

Sensación: Impresión que los estímulos externos producen en la conciencia y que es recogida por medio de alguno de los sentidos.

Sentimiento: es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una **emoción** que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

Síntoma: manifestación completamente subjetiva por parte del paciente de un estado patológico. Al ser subjetivos deben ser descritos por la persona que está sufriendo la enfermedad y no son observados por el que está evaluando la enfermedad.

Sistema nervioso: es una red compleja de nervios y las células que llevan mensajes a y desde el cerebro y la médula espinal a las diversas partes del cuerpo.

Sistema nervioso autónomo: También conocido como sistema nervioso neurovegetativo, es la parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias, a diferencia del sistema nervioso somático. El sistema nervioso autónomo recibe la información de las vísceras y del medio interno, para actuar sobre sus músculos, glándulas y vasos sanguíneos.

Sistema nervioso simpático: se encarga de regular no solo el funcionamiento de los órganos viscerales (riñones, aparato digestivo y sistema circulatorio) sino también del conjunto de las funciones automáticas del organismo, como por ejemplo, la respiración, la circulación, la digestión y la eliminación.

Sobreexcitación: Aumentar o exagerar las propiedades vitales de todo el organismo o de una de sus partes.

Somático: es un adjetivo de tipo calificativo que sirve para designar a aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas y que se expresan de manera clara y visible en alguna parte del organismo.

Somatormorfos: son un grupo de enfermedades caracterizadas por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una lesión orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente.

Subjetividad: es básicamente, la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basados en el punto de vista del sujeto, y por tanto influidos por los intereses y deseos particulares del mismo.

Temperamento: Es la manera natural con que un ser humano interactúa con el entorno

Tensión: Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.

Terapia de grupo: Psicoterapia que se lleva a cabo reuniendo a varios pacientes que cuentan y comentan sus experiencias bajo la guía de un terapeuta.

Timidez: Sensación de inseguridad o vergüenza en uno mismo que una persona siente ante situaciones sociales nuevas y que le impide o dificulta entablar conversaciones y relacionarse con los demás.

Trastorno de ansiedad: Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de enfermedad mental, caracterizada por miedo y ansiedad anormal y patológica.

Trastorno Postraumático: se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas

Tratamiento psicológico: es una intervención realizada por un profesional, basada en técnicas y teorías psicológicas. En ella un especialista (psicólogo clínico), apunta a que el consultante pueda conseguir una mejor salud mental y calidad de vida.

Trauma: Choque o impresión emocional muy intensos causados por algún hecho o acontecimiento negativo que produce en el subconsciente de una persona una huella duradera que no puede o tarda en superar.

Tricotilomania: es un hábito o comportamiento recurrente e irresistible dirigido a arrancarse el propio cabello o los vellos de distintas zonas del cuerpo.

Visualización: es el acto y la consecuencia de visualizar. Este verbo, por su parte, refiere a desarrollar mentalmente la imagen de algo abstracto, a otorgar características visibles a aquello que no se ve o a representar a través de imágenes cuestiones de otra índole.

Vulnerabilidad: Capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.

ANEXO 5. Siglas

Centro IMA: Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM 5: Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V6

DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4^o edición revisada.

ECA: Estudios Centro Americanos.

IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TAG: Trastorno ansiedad generalizada.

TAS: Trastorno de ansiedad por separación.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

VIH/SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

ANEXO 6. Informes psicológicos de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal.

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 1

NOMBRE	Ana Beatriz Cortez
EDAD	46 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Separada
OCUPACIÓN	Comerciante
ESCOLARIDAD	6° grado
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Barrio los remedios Santa María Usulután
NUMERO TELEFONICO	7290-7429
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	1 año
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	6 meses
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderada
Componente fisiológico	Moderada
Componente motor	Moderada
Total general de ISRA	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Medio
IDARE-Rasgo	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	0.0%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	75%

- Componente fisiológico

Tarea 5	90.5%
Tarea 6	100%
Tarea 7	80.9%
Total	90.5%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Mínima
Componente fisiológico	Moderada
Componente motor	Mínima
Total general ISRA.	Mínima
FI Ansiedad ante la evaluación	Mínima
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Mínima

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Bajo
IDARE-Rasgo	Medio

5. OBSERVACIONES

Durante todas las sesiones se observó a la participante muy animada, dinámica y participativa, así como también muy amigable con el resto del grupo. Reflejó mucho interés por las técnicas psicoterapéuticas desarrolladas, manifestando que le eran de mucha utilidad para controlar los síntomas de ansiedad que manifiesta, se obtuvo una considerable mejora durante el desarrollo del programa.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº : 2

NOMBRE	Ana Miriam Aparicio Villegas
EDAD	28 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada.
ESTADO CIVIL	Soltera
OCUPACIÓN	Oficios domésticos
ESCOLARIDAD	Universitaria técnico en computación
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Santa Elena Usulután
NUMERO TELEFONICO	76131029
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	6 años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	1 año y 4 meses
REFERIDO POR	Psiquiatra

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderado
Componente fisiológico.	Moderado
Componente motor.	Mínima
Total general de ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal.	Severa
FIII Ansiedad Fóbica.	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.	Extrema

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Medio
IDARE-Rasgo.	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	0.0%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	75%

- Componente fisiológico

Tarea 5	85.7%
Tarea 6	90.5%
Tarea 7	90.5%
Total	88.9%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Mínima
Total general ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Mínima
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Mínima

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Bajo
IDARE-Rasgo.	Medio

5. OBSERVACIONES

Se observó a la participante muy interesada en las sesiones a las que asistió, haciendo siempre anotaciones de las técnicas psicoterapéuticas que se desarrollaban. Socializaba poco con los demás participantes; sin embargo, manifestó que le gustaban las técnicas de animación, así como también las técnicas de relajación, las cuales practicaba siempre en casa, pues la ayudan a relajarse en gran manera consiguiendo así resultados favorables.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés

Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 3

NOMBRE.	Ana Miriam Urias
EDAD	22 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Acompañada
OCUPACIÓN	Estudiante
ESCOLARIDAD	Bachillerato
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Usulután, Usulután
NUMERO TELEFNICO	7199-3695
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	2 años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	5 meses
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderado
Componente fisiológico.	Moderado
Componente motor.	Moderado
Total general de ISRA.	Moderado
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderado
FII Ansiedad Interpersonal	Moderado
FIII Ansiedad Fóbica.	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Medio
IDARE-Rasgo.	Medio

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	100%
Tarea 6	100%
Tarea 7	95.2%
Total	98.4%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	0.0%
Total	66.7%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Mínima
Total general ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Minina
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Medio
IDARE-Rasgo.	Alto

5. OBSERVACIONES

Se le observó bastante amigable con los demás participantes. Se mostraba atenta a las indicaciones que proporcionaban las facilitadoras en cuanto a las técnicas psicoterapéuticas. Manifestó tener dificultad en realizar algunas técnicas de relajación; sin embargo, aseguró que con la práctica esperaba hacerlo mejor, ya que las técnicas que si logra dominar, le producen una sensación de relajación en todo su cuerpo. Aún así se notaron cambios positivos durante el desarrollo del programa

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés

Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 4

NOMBRE	Claudia Lorena Rivera
EDAD	34 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Soltera
OCUPACIÓN	Oficios Domésticos
ESCOLARIDAD	6° grado
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Santa María Usulután
NUMERO TELEFONICO	6430-6853
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	1 año
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	6 meses
REFERIDO POR	Psiquiatra

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad	
Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderado
Componente fisiológico	Moderado
Componente motor	Moderado
Total general de ISRA	Moderado
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderado
FII Ansiedad Interpersonal	Moderado
FIII Ansiedad Fóbica	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.	
Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Alto
IDARE-Rasgo.	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

Componente cognitivo	
Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%
Componente fisiológico	
Tarea 5	85.7%
Tarea 6	61.9%
Tarea 7	85.7%
Total	77.7%
Componente motor	
Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Mínima
Total general ISRA.	Minina
FI Ansiedad ante la evaluación	Mínima
FII Ansiedad Interpersonal	Minina
FIII Ansiedad Fóbica	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Minina

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Bajo
IDARE-Rasgo	Bajo

5. OBSERVACIONES

En las primeras sesiones se le observó bastante tímida y poco participativa, con su arreglo personal un poco descuidado; sin embargo, a medida surgieron las sesiones demostró un mayor desenvolvimiento, mejorando también su arreglo personal. En cuanto a las técnicas psicoterapéuticas, manifiesta que le han sido de utilidad.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 5

NOMBRE	Hilsia Ismari Molina
EDAD	39 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno ansioso depresivo mixto
ESTADO CIVIL	Separada
OCUPACIÓN	Oficios domésticos
ESCOLARIDAD	Bachillerato
TIPO DE FAMILIA	Disfuncional
DIRECCIÓN	San francisco Javier Usulután
NUMERO TELEFNICO	7344-7492
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	5 años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	6 meses
REFERIDO POR	Psiquiatra

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Severa
Componente motor.	Moderada
Total general de ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal.	Severa
FIII Ansiedad Fóbica.	Severa
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Alto
IDARE-Rasgo.	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	90.5%
Tarea 6	0.0%
Tarea 7	95.2%
Total	61.9%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Mínima
Componente fisiológico.	Mínima
Componente motor.	Mínima
Total general ISRA	Mínima
FI Ansiedad ante la evaluación	Mínima
FII Ansiedad Interpersonal	Mínima
FIII Ansiedad Fóbica	Mínima
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Mínima
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Bajo
IDARE-Rasgo.	Medio

5. OBSERVACIONES

Durante las sesiones se observó a la participante muy respetuosa y amigable con el resto del grupo, de igual manera reflejaba mucho interés en cada una de las técnicas mencionando que le ayudaron para el manejo adecuado de la ansiedad. Manifiesta que en las que tuvo un poco de dificultad fueron en las técnicas cognitivas.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 6

NOMBRE	Juana del Carmen Rodas del Cid
EDAD	33 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad Generalizada
ESTADO CIVIL	Casada
OCUPACIÓN	Oficios Domésticos
ESCOLARIDAD	5º grado
TIPO DE FAMILIA	Disfuncional
DIRECCIÓN	Usulután, Usulután
NUMERO TELEFONICO	7588-1441
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	1 año
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	6 meses
REFERIDO POR	Psiquiatra

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Moderada
Total general de ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Medio
IDARE-Rasgo.	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	100%
Tarea 6	95.2
Tarea 7	95.2%
Total	96.8%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	0.0%
Tarea 10	100%
Total	66.7%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Minina
Componente fisiológico	Moderada
Componente motor.	Minina
Total general ISRA.	Minina
FI Ansiedad ante la evaluación	Minina
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Minina

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Bajo
IDARE-Rasgo.	Medio

5. OBSERVACIONES

Se presentaba tarde en las primeras sesiones, pero a medida transcurrieron las demás sesiones se presentó puntualmente. Reflejó mucho interés en las técnicas psicoterapéuticas, principalmente en las técnicas cognitivas, ya que se dio cuenta de que poseía muchas ideas irracionales que le producen ansiedad. Demostrando gran mejora después de haber participado en el programa de tratamiento.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 7

NOMBRE	Medardo Paniagua Rodríguez
EDAD	30 años
SEXO	Masculino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad Generalizada
ESTADO CIVIL	Casado
OCUPACIÓN	Sastre
ESCOLARIDAD	Bachillerato
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Gualache, Usulután
NUMERO TELEFNICO	7323-4693
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	2 Años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	2 meses
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Severa
Componente motor.	Moderada
Total general de ISRA.	Severa
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal.	Severa
FIII Ansiedad Fóbica.	Severa
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Alto
IDARE-Rasgo.	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	85.7%
Tarea 6	85.7%
Tarea 7	85.7%
Total	85.7%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	0.0%
Tarea 10	100%
Total	66.7%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Mínima
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Minina
Total general ISRA	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Minina
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Mínima

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado.	Medio
IDARE-Rasgo.	Medio

5. OBSERVACIONES

Se presentaba puntualmente a las sesiones programadas, mostrándose bastante atento y participativo, además no dudaba en hacer preguntas de lo que no comprendía. Manifiesta que las técnicas tanto fisiológicas como cognitivas y motoras le parecen interesantes y bastante prácticas, sintiendo el cambio desde la primera vez que las realizó.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº:8

NOMBRE	Merari Marisela Serrano Molina
EDAD	18 Años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Soltera
OCUPACIÓN	Estudiante
ESCOLARIDAD	9° grado
TIPO DE FAMILIA	Disfuncional
DIRECCIÓN	Usulután, Usulután
NUMERO TELEFONICO	7344-7582
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	1 año
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	6 meses
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Moderada
Total general de ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación.	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal.	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica.	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Alto
IDARE-Rasgo	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	90.5%
Tarea 6	0.0%
Tarea 7	0.0%
Total	30.2%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderada
Componente fisiológico.	Moderada
Componente motor.	Mínima
Total general ISRA.	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Bajo
IDARE-Rasgo.	Bajo

5. OBSERVACIONES

En la mayoría de sesiones la participante se mostró bastante tímida; sin embargo, siempre se mostraba atenta a las indicaciones que proporcionaban las facilitadoras. Manifiesta que las técnicas aprendidas le parecen fáciles de realizar y que le han sido de mucha utilidad notando cambio positivos al participar en el programa.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº: 9

NOMBRE	Miguel de Jesús Escobar Rosas
EDAD	30 años
SEXO	Masculino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Acompañado
OCUPACIÓN	Carpintero
ESCOLARIDAD	Bachillerato
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	Usulután, Usulután
NUMERO TELEFONICO	6122-6704
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	6 años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	1 año y .3 meses
REFERIDO POR	Psiquiatra

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo.	Moderado
Componente fisiológico	Severa
Componente motor	Mínima
Total general de ISRA	Moderado
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderado
FII Ansiedad Interpersonal	Moderado
FIII Ansiedad Fóbica.	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Alto
IDARE-Rasgo	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	0.0%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	75%

- Componente fisiológico

Tarea 5	100%
Tarea 6	100%
Tarea 7	85.7%
Total	95.2%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente c cognitivo	Minina
Componente fisiológico	Moderada
Componente motor.	Minina
Total general ISRA.	Minina
FI Ansiedad ante la evaluación	Minina
FII Ansiedad Interpersonal	Moderada
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Bajo
IDARE-Rasgo	Bajo

5. OBSERVACIONES

Se le observó bastante atento y participativo durante las sesiones a las que asistió. Interactuaba con los demás participantes, mostrándose siempre respetuoso. Manifiesta que en las técnicas fisiológicas tuvo un poco de dificultad, pero que trata de practicarlas con frecuencia para obtener mejores resultados al finalizar el componente motor menciona que considera que el programa le ha sido de mucha ayuda.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº:10

NOMBRE	Orlando José Mejía Sorto
EDAD	36 años
SEXO	Masculino
DIAGNOSTICO	Trastorno de ansiedad generalizada
ESTADO CIVIL	Soltero
OCUPACIÓN	Panificacion
ESCOLARIDAD	7° grado
TIPO DE FAMILIA	Disfuncional
DIRECCIÓN	Usulután, Usulután
NUMERO TELEFNICO	7169-9198
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	2 años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	8 meses
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Severo
Componente fisiológico	Severo
Componente motor	Moderado
Total general de ISRA	Severo
FI Ansiedad ante la evaluación	Severo
FII Ansiedad Interpersonal	Severo
FIII Ansiedad Fóbica	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Alto
IDARE-Rasgo	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%

- Componente fisiológico

Tarea 5	0.0%
Tarea 6	0.0%
Tarea 7	90.5%
Total	30.2%

- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	100%
Total	100%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderado
Componente fisiológico	Severo
Componente motor	Mínimo
Total general ISRA	Moderado
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderado
FII Ansiedad Interpersonal	Moderado
FIII Ansiedad Fóbica	Severo
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Bajo
IDARE-Rasgo	Medio

5. OBSERVACIONES

Se incorporó al programa de tratamiento a partir de la cuarta sesión, aun así, manifiesta que las técnicas que logro aprender le han ayudado en cierta manera a controlar los síntomas de ansiedad. Por otra parte, se adaptó rápidamente al grupo, interactuando siempre con los demás participantes.

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nº:11

NOMBRE	Rubidia Audelina Rivas
EDAD	43 años
SEXO	Femenino
DIAGNOSTICO	Trastorno ansioso depresivo mixto
ESTADO CIVIL	Soltera
OCUPACIÓN	Docente
ESCOLARIDAD	Nivel Superior
TIPO DE FAMILIA	Funcional
DIRECCIÓN	El Transito San Miguel
NUMERO TELEFONICO	7719-6075
TIEMPO DE PRESENTAR MALESTAR	5 Años
TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO	4 años
REFERIDO POR	Psicólogo

2. RESULTADOS DE PRE-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Moderado
Componente fisiológico	Moderado
Componente motor	Moderado
Total general de ISRA	Moderado
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderado
FII Ansiedad Interpersonal	Moderado
FIII Ansiedad Fóbica	Moderado
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderado

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Medio
IDARE-Rasgo	Alto

3. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES

- Componente cognitivo

Tarea 1	100%
Tarea 2	100%
Tarea 3	100%
Tarea 4	100%
Total	100%
- Componente fisiológico

Tarea 5	95.2%
Tarea 6	90.5%
Tarea 7	100%
Total	95.2%
- Componente motor

Tarea 8	100%
Tarea 9	100%
Tarea 10	0.0%
Total	66.7%

4. RESULTADOS DE POST-TEST

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

Categoría	Nivel de Ansiedad
Componente cognitivo	Mínima
Componente fisiológico	Moderada
Componente motor	.Mínima
Total general ISRA	Moderada
FI Ansiedad ante la evaluación	Moderada
FII Ansiedad Interpersonal	Mínima
FIII Ansiedad Fóbica	Moderada
FIV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	Moderada

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Categoría	Nivel de Ansiedad
IDARE-Estado	Bajo
IDARE-Rasgo	Bajo

5. OBSERVACIONES

Se le observó siempre atenta y participativa en cada una de las actividades desarrolladas. Asegura que no tuvo mayor dificultad en aprender las técnicas psicoterapéuticas, las cuales trata practicar siempre que le sea posible. Y menciono como cada una de las técnicas aprendidas le han sido de utilidad en su salud mental.

Encargadas

Encargadas

F. _____
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Facilitadora

F. _____
Claudia Elizabeth Quintanilla R.
Facilitadora

F. _____
Xenia Lourdes Gómez Avilés
Facilitadora

ANEXO 7. Registro de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad.

SESIÓN 1

11/03/2016

Esta primera sesión dio inicio a la 1:45 p.m. ya que los participantes se retrasaron en su llegada al hospital, para este día se tenía previsto realizar seis actividades a través de las cuales se debían cumplir siete objetivos; sin embargo solo se cumplieron cinco, ya que debido al retraso que tuvieron los participantes en presentarse al hospital se nos fue difícil realizar todas las actividades previamente planificadas, pues el tiempo para realizarlas no fue suficiente, quedando pendiente la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, los cuales se aplicarán en la siguiente sesión. El total de personas en presentarse fueron 15, de las cuales 13 fueron mujeres y 2 hombres.

En la primer y segunda actividad se hizo el primer contacto, realizándose la presentación de las facilitadoras y luego por medio de la técnica de animación “La pelota preguntona” cada uno de los asistentes tuvo la oportunidad de presentarse ante los demás, al participar en esta actividad, todos se mostraron bastante cómodos y contentos, a excepción de una usuaria la cual casi no habla y evita el contacto visual con las demás personas. Luego se les leyó una carta de bienvenida a través de la cual se les agradece por su disponibilidad y además se les da la bienvenida al grupo de psicoterapia grupal. Los asistentes se mostraron complacidos al escuchar que se les daba la bienvenida y se valora su asistencia.

Se desarrolló una explicación general de lo que consistirá el programa de tratamiento, los días en que se desarrollarán las sesiones, duración de éstas, el tiempo que durará el programa, actividades a realizar, así como también sus beneficios para el control de síntomas de los trastornos de ansiedad. Ante esta explicación se mostraron muy atentos e interesados en asistir a cada sesión, por lo cual se procedió a que se comprometieran formalmente a través de la firma de una carta de consentimiento donde se comprometen principalmente a asistir a

cada una de las sesiones, participar en las actividades que se desarrollarán y a cumplir con las tareas que se les deleguen para su bienestar.

Tomando en cuenta el tiempo que restaba de la sesión, se tomó a bien dar inicio con la Psicoeducación, la cual fue programada para la siguiente sesión. Se les habló sobre la ansiedad normal y ansiedad anormal, en qué consisten los trastornos de ansiedad, sus causas y síntomas según los tres componentes: fisiológico, cognitivo y motor. Los participantes manifestaron sentirse identificados con la mayoría de síntomas que se mencionaron, y que en un principio no entendían lo que les pasaba, incluso algunos de ellos visitaron el médico para que los chequeara, y estos les confirmaron que no tenían mayores complicaciones físicas, por lo que decidieron referirlos a salud mental.

Se observó mucho interés por parte de los participantes, en el desarrollo de cada actividad se mostraron muy atentos y participativos. Una forma de mostrar su interés fue haciendo preguntas sobre si su situación podía mejorar, si era curable la ansiedad, como podrían controlarla, entre otros. A estas interrogantes se les respondió de la manera más clara posible. Se logró establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo y las facilitadoras, así como también un compromiso de permanecer en el desarrollo del programa de tratamiento grupal.

SESIÓN 2

18/03/2016

Esta segunda sesión se inició a la 1:05 p.m. Hasta esta hora solo se habían presentado algunos participantes, aproximadamente 5. Durante se esperaba a los demás, se procedió a tomar los datos generales de los presentes. En total se presentaron 13 participantes de los cuales 11 fueron mujeres y 2 hombres. Se realizó la técnica de animación “El Ciego y el lazarillo”, con ésta se pretendía crear confianza entre los participantes y que además reconozcan la importancia de ayudar y ser ayudados para salir adelante; debían formar parejas, trabajar en conjunto y ayudarse mutuamente para poder realizar la actividad,

durante ésta se mostraron entretenidos y atentos, manifestando que en un principio se sintieron nerviosos, pero que fue gratificante la sensación de sentirse ayudados para lograr algo, también manifestaron que no solo ser ayudado es importante, sino que también ayudar a otros cuando sea posible y necesario. Esto demuestra que se cumplió el objetivo de la actividad.

Posteriormente se realizó la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad que no se aplicó en la sesión anterior, se observó dificultad en la aplicación ya que el procedimiento para contestar cada ítem les parecía muy complejo, por lo que se les explicó el procedimiento en tres ocasiones, a los que presentaron mayor dificultad en contestar la prueba se les ayudó de manera individual. Para ésta actividad se tardaron una hora aproximadamente.

Seguidamente se desarrolló la continuación del desarrollo de la actividad psicoeducativa, dando un breve repaso de lo que se les habló en la sesión anterior en cuanto a ansiedad normal y anormal, causas y síntomas, de igual manera se les mencionaron algunos tipos, las consecuencias y como se deben tratar los trastornos de ansiedad. También se habló sobre las técnicas de relajación y respiración y los beneficios que se obtienen de ellas. Los participantes se mostraron bastante atentos ante la información que se les proporcionaba, se les hacían preguntas para constatar que habían entendido, y efectivamente lograron entender el desarrollo del tema.

Se les aplicó la técnica de respiración diafragmática, explicándoles que ésta consiste en llevar el aire a la parte inferior de los pulmones, permitiéndoles entrar en un estado de relajación, durante se les daban las indicaciones generales de cómo se realizaría, todos se mostraron muy atentos. Al realizar la técnica paso por paso, algunos presentaron dificultad, ya que manifestaban no poder llevar el aire hasta el estómago; entonces se les explicó nuevamente el procedimiento. Al final todos la lograron realizar, manifestando sentirse relajados, inclusive algunos dijeron sentirse sorprendidos por la sensación que sentían en sus cuerpos con el solo hecho de hacer las respiraciones que se les indicaban.

Finalmente, se les asignó una tarea la cual consiste en realizar la técnica aprendida en la sesión y registrar su aplicación diaria. Los participantes entendieron rápidamente como

debían registrar los días en que realizarán la técnica. Se les indicó que debían realizarla dos veces por día.

SESIÓN 3

01/04/2016

En esta ocasión se presentaron 8 participantes de los cuales 6 fueron mujeres y 2 hombres. La primer usuaria en presentarse fue una mujer la cual se le observó en las sesiones anteriores muy introvertida y pasiva, hablaba poco y cuando lo hacía era en voz baja, evitaba el contacto visual desviando su mirada, pero en esta sesión se notó un cambio significativo en ella, ya que se le observó más atenta en las actividades, participativa, y opinaba con frecuencia y ya no en voz baja sino más audible, también se observó un cambio positivo en cuanto a su aseo personal.

Se desarrolló la actividad de animación “Dilo con mímica” se observaron a los participantes muy entretenidos y sonrientes durante se ejecutaba la actividad, en particular a la usuaria mencionada anteriormente se le vio muy activa y participativa. Con respecto a las preguntas que se les hicieron en cuanto a la realización de la actividad, los participantes manifestaron que les pareció bastante entretenida, que lograron trabajar en equipo, lo cual les ayudó a acertar rápidamente las mímicas.

En la sesión anterior se dejó pendiente la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, y se aplicó en esta sesión, los participantes expresaron que se sintieron muy identificados con las situaciones que se les plantearon en el test. Además, les fue más fácil contestar esta prueba que la anterior, ya que el procedimiento para hacerlo era más sencillo.

Se procedió al desarrollo de la técnica auxiliar “técnica de visualización”, en la cual los asistentes manifestaron que en un principio les fue difícil concentrarse pero que luego lograron hacerlo, y al finalizar la técnica expresaron que se sentían muy tranquilos y con una sensación agradable al recordar escenas vividas las cuales les fue de mucho placer.

Asimismo, se realizó la técnica central “Relajación progresiva de Jacobson”, la cual consistía en ir tensionado y luego relajando diferentes partes del cuerpo, durante se daban

las indicaciones, los participantes se mostraron atentos, durante se realizaba paso por paso, no mostraron dificultades para llevarla a cabo; al finalizar manifestaron sentir todo su cuerpo relajado y que no se les dificultó mucho el poder realizar esta técnica, por lo que podrán realizarla con facilidad en sus hogares. Se revisó la tarea asignada en la sesión anterior, todos registraron los días en que realizaron la respiración diafragmática, la mayoría logró realizarla dos veces al día, mientras que otros en ocasiones solamente la realizaron una vez durante el día, seguidamente se les signó como tarea realizar la Relajación progresiva de Jacobson diariamente en sus casas, recordándoles como deberán registrarla diariamente.

SESIÓN 4

08/04/2016

En esta sesión se presentaron 10 participantes de los cuales 7 fueron mujeres y 3 hombres, dos de ellos ya han asistido a las sesiones anteriores, pero uno fue primera vez que se presentó. La sesión dio inicio a la 1:15 aproximadamente.

Durante esta sesión se realizaron 4 actividades. La primera fue la técnica de animación “La risa” en la cual los participantes se mostraron muy entretenidos y divertidos, sonreían mucho y manifestaron que les gustó mucho esta actividad. Asimismo, como técnica auxiliar se realizó un ejercicio de respiración profunda, para lo cual se les pidió cerrar sus ojos y realizar respiraciones profundas repitiendo frases como “mi cuerpo esta relajado” “encuentro calma”. Al finalizar el ejercicio, los participantes expresaron sentirse bien con la realización de este ejercicio y que además les parece bastante fácil de realizar.

Seguidamente se procedió a realizar la técnica el escaneo corporal con la cual se pretendía identificar las zonas de tensión y liberar toda esa tensión por medio de respiraciones. Se observó un buen desarrollo de la técnica ya que los participantes expresaron al terminar la aplicación que se sentían mejor que cuando la iniciaron, lograron identificar algunos lugares del cuerpo donde había tensión y liberar está a través de las respiraciones profundas, incluso un participante se quedó dormido y expreso que se sentía muy relajado y

tranquilo, se admiró al despertar ya que no creía que podía quedarse dormido al realizar la técnica.

Se revisó la tarea asignada en la sesión anterior, y según lo registraron los participantes, lograron practicar con frecuencia la Relajación progresiva de Jacobson, la cual aprendieron en la sesión anterior. Asimismo, se les asignó la próxima tarea, la cual consiste en realizar en sus hogares la técnica de el escaneo corporal y registrar diariamente su realización.

SESIÓN 5

15/04/2016

Este día se realizó la quinta sesión de la aplicación del programa de tratamiento para el manejo adecuado de síntomas de los trastornos de ansiedad, en esta quinta sesión se cambió la modalidad de la técnica central a aplicar, ya que se enfoca más en el aspecto cognitivo el cual es un componente que influye mucho en la manifestación de los síntomas de ansiedad.

La sesión inició aproximadamente a la 1:10 pm, aún no habían llegado todos, por lo que durante se hacían presentes, se inició preguntando a los primeros participantes en llegar sobre el cumplimiento de la tarea delegada en la sesión anterior y su efectividad al practicar la técnica aprendida. Se le preguntaba a cada uno de los participantes y a los que llegaron luego. Según lo registraron lo practicaron con bastante frecuencia en sus casas, fueron pocos los días en que solo lo realizaron una sola vez durante el día o ninguna.

Transcurridos 15 minutos aproximadamente se procedió a realizar la técnica de animación “Mensajero Feliz”, en la cual los participante manifestaron haber abandonado las preocupaciones por un momento y divertirse, además comprendieron la facilidad con que se puede distorsionar un mensaje.

Seguidamente se realizó una técnica de visualización, mediante se realizaba, se observó en sus rostros un estado de bienestar y sonreían suavemente cuando transcurría el desarrollo de la técnica, ya que en ella se les pedía que imaginaran logares y situaciones agradables, al momento de iniciar dicha técnica se incorporaron dos participantes más una mujer y un hombre quienes son pareja y fueron referidos por una psicóloga quien presta sus servicios

clínicos en la unidad de salud mental, por lo que se hacía un total de 11 personas presentes en esta sesión, de los cuales 7 eran mujeres y 4 hombres.

Luego se les llevo a cabo la técnica central “ Ideas irracionales” la cual cuál se realizó de manera explicativa ya que se les dio a conocer a través de conceptos y ejemplos como surgen las ideas irracionales y como estas dan lugar a sentimientos desagradables lo que nos hace entrar en un estado de malestar general y actuamos inadecuadamente, en esta actividad los participantes se mostraron al inicio un poco confundidos pero a medida se les explicó a través de ejemplos de la vida cotidiana comprendieron la estrecha relación existente entre pensamiento, sentimiento y actitud. Para finalizar se les delego la correspondiente tarea para esta sesión, la cual consistió en escribir en un cuadernillo que se les proporciono, las diferentes situaciones en las cuales logran identificar pensamientos irracionales que les producen sentimientos de malestar, harán esto durante toda la semana y deberán entregar dicho reporte en la siguiente sesión la cual se realizará el día viernes 22 de abril del presente año.

SESIÓN 6

22/04/2016

En este día los primeros participantes se presentaron los a las 12:45 MD, con los cuales se inició la revisión de tarea durante se esperaba la llegada de los demás participantes. En esta primera revisión de tareas del componente cognitivo se logró registrar solamente 4 tareas de 8 participantes a quienes se les revisó, ya que durante se registraba lo que habían hecho en el cuadernillo que se les proporcionó en la sesión anterior, algunos experimentaron catarsis mientras se revisaban las situaciones que habían anotado, manifestando que era algo que no sabían cómo controlar y que les afectaba en gran manera. Debido a esto y por motivos de tiempo no se logró registrar las tareas de todos; sin embargo, se les reviso a los 8 que debían presentarla, valorando si habían logrado el objetivo de identificar las ideas irracionales y los sentimientos que éstas producen, y efectivamente éstos lograron identificar las ideas irracionales que les producen malestar. Entre algunas ideas irracionales que mencionaron se encuentran los relacionados con la salud, ya que uno manifestó que

presentía que tenía problemas del corazón y podía morir de un paro cardiaco, mientras que otra piensa que tiene un tumor en la cabeza; a pesar de que ambos ya fueron chequeados por médicos y descartaron la posibilidad de que esto ocurra, ellos siguen teniendo esos pensamientos que les siguen preocupando. También resaltaron ideas irracionales relacionadas con problemas con el conyugue, manifestando que si éste los dejaba no sabrían que hacer y no podrían salir adelante solas.

La población total en presentarse fue de 11 personas, de los cuales sólo 8 estuvieron presentes en la sesión 5, es por esta razón que solo ellos presentaron la tarea, de los 3 restantes, 2 asistieron a la 4 y a las anteriores, y una que llegó por primera vez, quien fue una mujer de 34 años de edad. Se realizó la técnica de animación “El puente”, en la cual se observó que los participantes se entusiasmaron mucho, trabajaron en equipo y lograron coordinarse, ya que se ha observado una mayor interacción entre ellos. Asimismo, se realizó la técnica auxiliar “Respiración alternada” en la cual se les enseñó a los participantes a inhalar con una fosa nasal, mientras se bloqueaba con el dedo pulgar la otra, y luego exhalar por ésta, desbloqueándola y bloqueando la otra con el dedo anular, explicándoles que la fosa nasal está directamente conectada con la parte parasimpática del cerebro (hemisferio derecho), que activa los mecanismos de relajación y reparación. Según lo manifestaron los participantes, lograron sentir este estado de relajación, ya que aseguraron sentirse menos tensos y calmados, también mencionaron que les pareció muy fácil de realizar y hasta un poco divertida por la forma en que se bloquean las fosas nasales con los dedos.

Seguidamente se desarrolló la técnica central “reemplazar ideas irracionales”, en la cual se les recordó lo visto en la sesión anterior, explicándoles nuevamente. Se tomó a bien hacer esto, en consideración a los que no asistieron a la sesión anterior, ya que es necesario que puedan entenderlo para que también comprendan lo que se haría en esta ocasión. Luego se les expresó que el siguiente paso después de aprender a identificar las ideas irracionales era sustituirlas por otras que fueran más reales y razonables, se les explicó de qué manera hacerlo a través de ejemplos que ellos mismos expresaron. Se mostraron bastantes atentos y participativos al momento de explicar la técnica, manifestando haber entendido lo que tenían que hacer. Además, varios de los participantes manifestaban ejemplos personales, lo

cual les ayudo a comprender mucho mejor en qué consistía el reemplazar ideas irracionales por otra más racionales. Por último, se llevó a cabo la asignación de tarea, ésta consiste en que además de identificar los pensamientos y sentimientos que producen malestar, también sustituyan cada uno de ellos con pensamientos más razonables y positivos, así como también los sentimientos. En los cuadernillos de cada uno, se les dibujo un cuadro, en donde escribirán lo que se les ha pedido en la casilla que corresponda. Al explicarles la tarea, algunos manifestaron tener dudas en cuanto a la realización de ésta, pero al explicarles nuevamente, aseguraron haber comprendido lo que tenían que hacer.

SESIÓN 7

06/05/2016

Este día se realizó la séptima sesión, en la cual se planificaron cumplir cuatro objetivos, se realizó una actividad para lograr cada uno de ellos. Se inició la sesión a la 1:00 M.D, y se procedió a realizar la primera actividad con los participantes que hasta ese momento habían llegado, tomamos sus apuntes sobre la tarea asignada en la sesión anterior, y así poco a poco fueron llegando los demás que a su vez se les reviso la tarea. En total se presentaron 11 participantes, de los cuales 8 eran mujeres y 3 hombres. Seguidamente se realizó la segunda actividad llamada “Respuestas rápidas”, en la cual se observó a los participantes muy entretenidos y dinámicos al momento de realizarla, manifestaron haber experimentado sensaciones satisfactorias que desde su niñez no experimentaban. Asimismo, se procedió a realizar la tercera actividad llamada “Respiración tranquilizadora” en la que los participantes manifestaron sentirse tranquilos y relajados. Seguidamente se realizó la técnica central “Interrupción de pensamiento”, en la cual se les enseñó a interrumpir los pensamientos automáticos que generan malestar a través de realizar un estímulo que sea capaz de anular ese pensamiento de inmediato, durante el desarrollo de la técnica los participantes hacían preguntas a las cuales se les dieron respuestas y ellos manifestaron haber despejado muchas dudas. Finalmente, se les asigno la tarea correspondiente a esta sesión en la cual se les explico en qué consistía y se les recordó la importancia de asistir a cada sesión y practicar lo aprendido.

SESIÓN 8

13/05/2016

Este día se realizó la octava sesión de la aplicación del programa de tratamiento para el manejo adecuado de síntomas de los trastornos de ansiedad. En esta sesión se realizó como siempre la revisión y registro de la actividad que se les dejó de tarea en la sesión anterior. Esta revisión se hizo mientras se esperaba la llegada de los demás participantes. Se presentaron un total de 11 participantes, de estos 8 eran mujeres y 3 hombres. Se inició aproximadamente a la 1:15 PM, desarrollando la técnica de animación llamada “La reunión de los globos”, cuyo objetivo es que los participantes logren trabajar en unidad, mejorando además la confianza entre ellos. Durante la actividad, éstos se divirtieron mucho, ya que se observaron muy sonrientes y alegres, manifestando que la actividad les pareció muy divertida. Seguidamente se realizó la técnica auxiliar titulada “Cambio emocional de nuestras vivencias”, se les explicó a los participantes que este ejercicio consiste en detectar aquellas situaciones negativas que nos provocan malestar tanto físico como emocional; y una vez detectados poderlos sustituir con pensamientos positivos. Al finalizar la técnica, algunos manifestaron que tuvieron un poco de dificultad en la parte de sustituir lo negativo con pensamientos positivos; sin embargo, también agregaron que experimentaron relajación y manifestaron sentirse satisfechos. Por otra parte, se les indicó que debían realizarla frecuentemente en sus hogares para mayores resultados. Seguidamente se desarrolló la técnica central “La aserción encubierta”, se les explicó que ésta actividad es un seguimiento de la técnica central realizada en la sesión anterior, por lo cual se les hizo un recordatorio, explicándoles que anteriormente se les enseñó a interrumpir los pensamientos automáticos, pero en esta ocasión, deberán además de interrumpir el pensamiento, introducir otro positivo que les permita experimentar sentimientos más agradables. Finalmente, se les asignó la tarea a realizar durante la semana, la cual consiste en realizar la técnica central aprendida.

SESIÓN 9

20/05/2016

Este día se realizó la novena sesión de la aplicación del programa de tratamiento para el manejo adecuado de síntomas de los trastornos de ansiedad. Esta es la primera de tres

sesiones del componente motor. En esta ocasión se presentaron 11 participantes, de los cuales 8 son mujeres y 3 hombres. Como primera acción a realizar se dio la bienvenida a los asistentes que empezaron a llegar, se les revisó y registró la tarea asignada en la sesión anterior. Aproximadamente a las 1:15 PM se dio inicio al desarrollo de la siguiente actividad, la cual fue la técnica de animación “Carrera en filas, unidos por globos” en la cual todos los participantes se mostraron atentos y desarrollaron correctamente lo que se les indicó, asimismo se observó que se divertían mucho, y expresaron que les agradaba mucho la idea de iniciar siempre con una dinámica, ya que esto les animaba mucho.

Seguidamente se realizó la técnica auxiliar “Visualización de un paisaje utilizando los 5 sentidos”, explicándoles que ésta técnica consiste en relajarse imaginando que se recorre un hermoso y colorido paisaje utilizando los 5 sentidos dentro en la imaginación., de manera que logren alcanzar un estado de relajación adecuada y agradable a su organismo. Durante el desarrollo de dicha actividad se observó que los participantes se relajaron, ya que sus expresiones faciales reflejaban calma y serenidad.

Continuando con el desarrollo de la sesión se procedió a realizar la técnica central “Comportamientos involuntarios”, dentro de ésta se les explico sobre el surgimiento de los movimientos involuntarios, los cuales muchas veces resultan muy penosos e incómodos, asimismo se les indicó las diferentes alternativas para poder controlar estos movimientos. Durante el desarrollo de esta técnica se pidieron opiniones sobre experiencias personales, y los participantes manifestaron los diferentes movimientos involuntarios que cada uno experimentaba y las consecuencias que tenían cada vez que se presentaban esta incómoda situación. Se les observó muy motivados con las diferentes alternativas que se les propuso realizar, manifestando que las desarrollarían. Se prosiguió a la asignación de tareas, explicándoles como realizarán esta técnica en sus hogares u otros lugares. Finalmente, se les agradeció por su asistencia y perseverancia en las actividades, así como también por la atención prestada durante el desarrollo de la sesión.

SESIÓN 10

03/06/2016

Este día se realizó la décima sesión, continuando siempre con el componente motor. La sesión inició aproximadamente a la 1:15 PM, presentándose un total de 10 participantes, de los cuales 7 son mujeres y 3 hombres. Se dio la bienvenida a las personas que comenzaron a llegar a la unidad, posteriormente se revisó la tarea asignada en la última sesión sobre los comportamientos involuntarios, de los participantes que asistieron, no todos realizaron la actividad correctamente, ya que algunos mencionaron que en más de una ocasión olvidaron registrarla por diferentes motivos; sin embargo, mencionaron que practicaron la técnica y recordaban cuales tic presentaron y la forma en que los afrontaron, se les dio entonces un momento para que registraran como habían aplicado la técnica durante la semana.

Seguidamente se desarrolló de la manera en que estaba planificada la técnica de animación “engordando con globos”, se observó muy buena sincronía y comunicación en cada uno de los participantes, así como también mostraron su entusiasmo para desarrollarla, al finalizar la técnica, mencionaron como estas técnicas les ayuda de cierta forma a distraerse un poco de los diferentes problemas cotidianos.

Posteriormente se llevó a cabo la técnica auxiliar llamada “Práctica de relajación diferencial”, se les explicó que esta técnica consiste en alcanzar un estado de relajación a través de la respiración y de mover simultáneamente algunos miembros del cuerpo como lo son los ojos, cuello, brazos y piernas. Se notó a los participantes bastante interesados y concentrados al realizar la técnica, y al finalizarla mencionaron que ésta les permitió alcanzar un estado de relajación en todo su cuerpo.

Así mismo se realizó la técnica central “Ritmo elevado de actividad”, en la cual se les explicó como el ritmo que muchas veces tomamos para desarrollar las distintas labores sin realizar ninguna pausa, puede llegar a aumentar el estado de ansiedad, se observó a los participantes muy atentos e interesados en lo que se les explicaba. Además, se pidió de forma voluntaria que narraran su rutina diaria, notando la participación de la mayoría, manifestando además haber entendido lo que se les explicó. Al finalizar la técnica se hizo la asignación de tareas, explicándoles lo que harían en sus hogares en base a lo que se les

enseño en esta sesión. Finalmente se agradeció por haber asistido a esta sesión y por la atención prestada, así como también se invitó para la próxima sesión.

SESIÓN 11

10/06/2016

Este día se realizó la última sesión que comprende el componente motor del programa de tratamiento grupal, asistiendo un total de 9 participantes, de los cuales 6 son mujeres y 3 hombres. La sesión inició a la 1:10 PM. Primeramente, se dio la bienvenida a cada una de las personas que comenzaron a llegar a la unidad, seguidamente se revisó la tarea sobre la técnica “ritmo elevado de actividad”. Todos los participantes lograron cumplir correctamente con la tarea.

Seguidamente se realizó la técnica de animación titulada “Penitencias” en donde se observó a los participantes muy alegres y en armonía, realizando la técnica sin ninguna dificultad, de igual manera se observó muy buena comunicación entre los miembros del grupo, mencionando que esta actividad les ayudó a quitar tensiones ocasionadas por problemas laborales o familiares.

Posteriormente se realizó la siguiente actividad sobre la técnica auxiliar denominada “Visualización de una imagen para la tensión y otra para la relajación” explicando primeramente que consiste en que, a través de la imaginación y la asimilación de objetos con nuestras sensaciones, se logra sustituir las tensiones en nuestro cuerpo por un estado de relajación. Se les mencionó además que esto les ayuda a tener un mayor autocontrol sobre sus sensaciones, contribuyendo a la reducción de los síntomas de ansiedad. Se observó a cada uno de los participantes realizarla con mucho esmero y dedicación. Al concluir, se realizaron preguntas sobre la técnica mencionando, y los participantes manifestaron que les pareció interesante y fácil de realizar. Se les explicó que este tipo de técnicas son de mucha ayuda cuando el cuerpo se encuentra en tensión e incluso a la hora de mantener la calma sobre una situación de conflicto.

Seguidamente se realizó la técnica central llamada “entrenamiento asertivo”, en donde primeramente se explicó el significado de ser asertivo y como esto logra ser de mucha ayuda para el manejo adecuado de síntomas de ansiedad, asimismo se explicó los estilos de comunicación agresivo, asertivo, y pasivo. Después de que los participantes comprendieran en qué consisten cada uno de los estilos de comunicación mencionados, se les indicó que realizaran pequeños grupos, la facilitadora encargada le asignó a cada grupo el estilo de comunicación que dramatizarían, de manera que los demás participantes descifrarán de cual se trataba. Estos no tuvieron mayor dificultad en descifrar que estilo de comunicación dramatizó cada grupo, lo que significa que lograron comprender lo que se les explicó. Por otra parte, mencionaron haber comprendido como el actuar de manera asertiva es de gran importancia no solo en el aspecto social sino también de manera personal. Al finalizar la técnica sobre entrenamiento asertivo se asignó la tarea, explicándoles como pondrán en práctica lo que se les enseñó en esta sesión, asimismo la forma en que lo registrarán.

Posteriormente se realizó la aplicación de la prueba Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, donde se facilitó a cada uno de los participantes el instrumento. Éstos no mostraron mayor dificultad en contestar la prueba, ya que recordaban como lo hicieron en el inicio del programa de tratamiento. Se decidió aplicar esta prueba en esta sesión debido a que se hará un pequeño convivio en la próxima, lo cual requerirá cierto tiempo extra, tiempo que estuvo disponible en esta ocasión. A finalizar se agradeció por su asistencia y dedicación y se les invitó a no faltar en la próxima sesión, la cual es será la última.

SESIÓN 12

16/06/2016

Este día se desarrolló la última sesión del programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas de los trastornos de ansiedad. Debido a ello, como facilitadoras se decidió realizar un pequeño convivio con los participantes, es por eso que en esta ocasión se les citó a las 12:00 MD, ya que como parte del convivio se preparó un almuerzo. Los participantes comenzaron a llegar a las 11:45 AM aproximadamente, y a medida iban llegando, se revisó y registró la tarea asignada en la sesión anterior, todos la

realizaron correctamente y manifestaron no tener mayores dificultades al practicarla. En total se presentaron 9 participantes, de los cuales 7 son mujeres y 2 hombres. Aproximadamente a las 12:30 MD se degustó el almuerzo preparado, estando presentes los participantes, el personal de la Unidad de Salud Mental y las facilitadoras del programa de tratamiento. Cada uno de los participantes expresó sus agradecimientos hacia las facilitadoras, expresando que las diferentes técnicas que aprendieron les han sido de mucha utilidad y que están dispuestos a seguirlas practicando, también manifestaron darse cuenta de que no son los únicos que presentan síntomas de ansiedad, lo cual les ayudó a sentirse comprendidos e identificados. Las facilitadoras también expresaron sus agradecimientos a los participantes por haber asistido a cada una de las sesiones programadas, por participar en las diferentes actividades y realizar cada una de las tareas, asimismo agradecieron al personal de la Unidad de Salud Mental por el espacio brindado para llevar a cabo las sesiones; y éstos también agradecieron a las facilitadoras por haber contribuido al bienestar psicológico de los pacientes.

Seguidamente se desarrolló la técnica de animación “Apartamento e inquilino”, durante se realizaba esta actividad, los participantes se mostraron entretenidos y participativos. Posteriormente se hizo la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Debido a la complejidad de la prueba, a los participantes se les hizo un poco difícil poderla contestar al principio; sin embargo, fueron pocas las dudas en cuanto a cómo responderla, ya que recordaron haberlo hecho en una de las primeras sesiones del programa de tratamiento. A las dos participantes que no asistieron en la sesión anterior se les aplicó también el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Al finalizar todos de contestar la prueba, se dio lectura a carta de agradecimiento, en donde se les agradeció nuevamente por su asistencia en cada sesión, y se les incentivo a seguir practicando lo aprendido.

Con lo que respecta a los dos pacientes que no se hicieron presentes en esta sesión, se les citó otro día en una cafetería para poder aplicarles el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, así como también hacer la revisión y registro de tareas. Se mostraron bastante accesibles ante esta petición, expresando sus disculpas por no haber podido asistir. Además, realizaron la tarea correctamente y no presentaron mayor dificultad para responder la prueba.

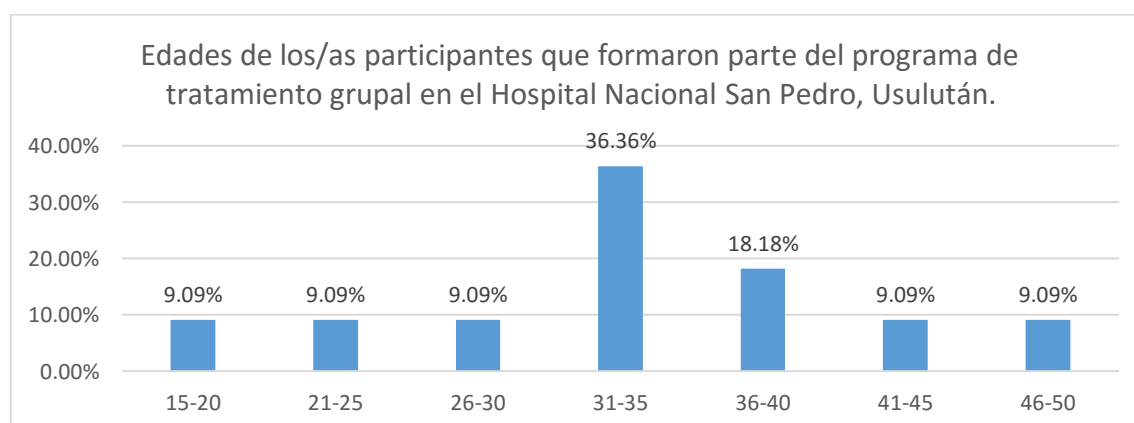
ANEXO 8. Datos sociodemográficos

Tabla 1. Edades de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20	1	9.09%
21-25	1	9.09%
26-30	1	9.09%
31-35	4	36.36%
36-40	2	18.18%
41-45	1	9.09%
46-50	1	9.09%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 1



Descripción

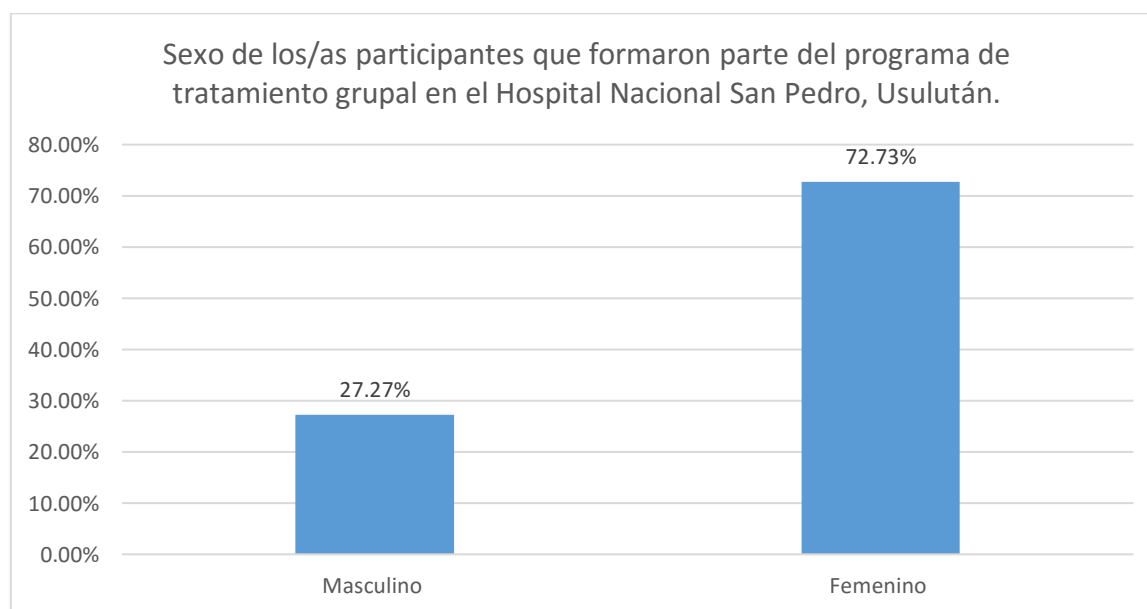
En la tabla 1 y gráfico 1 se presentan las diferentes edades de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. El mayor porcentaje se encuentra en la categoría de 31 a 35 años de edad con un 36.36%, de 36 a 40 años se cuenta con un 18.18%. En cuanto a las edades de 15 a 20 años, de 21 a 25, de 26 a 30, de 41 a 45 y de 46 a 50 años de edad, se obtuvo un 9.09% en cada una de estas categorías. Como se observa la mayor frecuencia de personas atendidas se encuentra en el rango de 31 a 35 años de edad.

Tabla 2. Sexo de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	3	27.27%
Femenino	8	72.73%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 2



Descripción

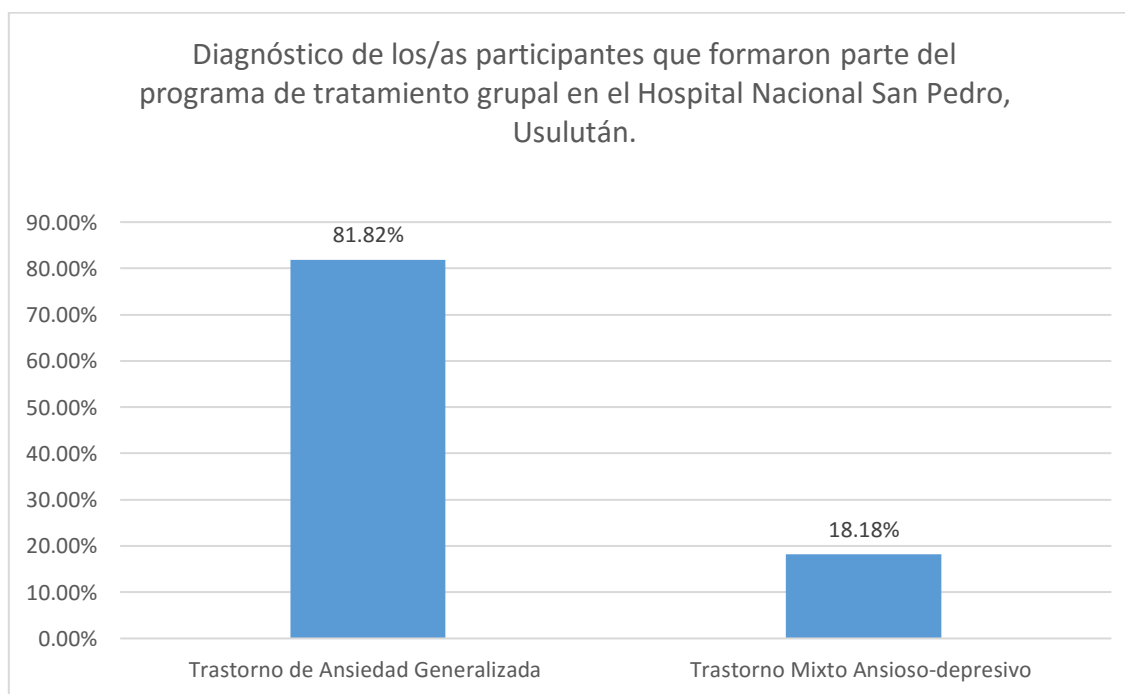
En la tabla 2 y gráfico 2 se presenta la frecuencia en cuanto al sexo de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Con base a ello, un 72.73% corresponde al sexo femenino, mientras que un 27.27% al sexo masculino. Se evidencia entonces que el mayor porcentaje se encuentra en la población femenina.

Tabla 3. Diagnóstico de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de Ansiedad Generalizada	9	81.82%
Trastorno Mixto Ansioso-depresivo	2	18.18%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 3



Descripción

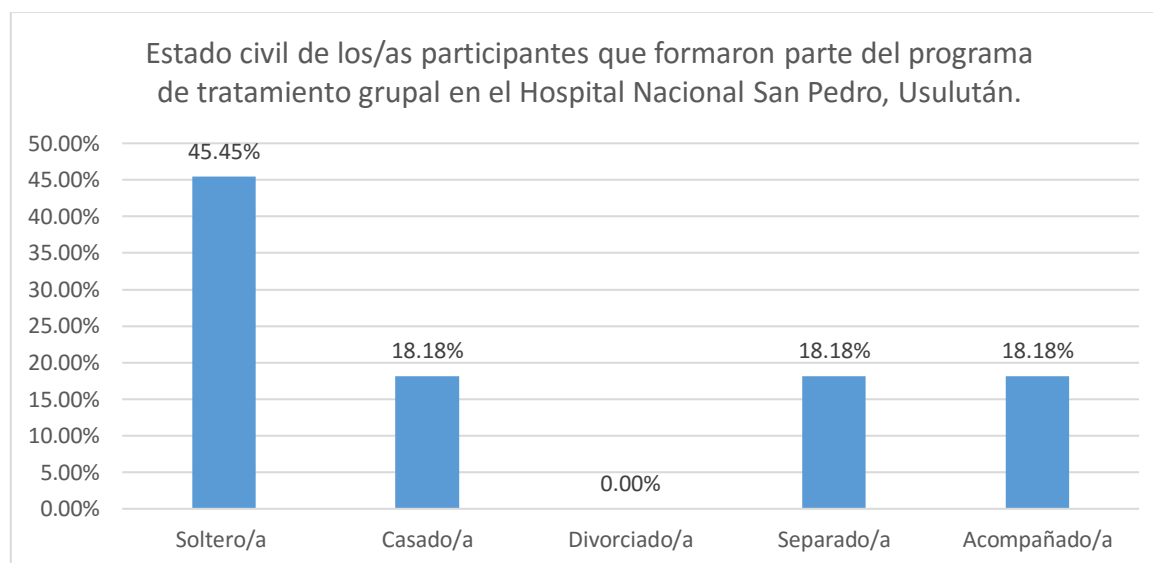
En la tabla 3 y gráfico 3 se presentan los diagnósticos de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. El 81.82% fue diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada, mientras que un 18.18% muestra Trastorno mixto ansioso- depresivo. Como se observa, la mayor parte de la población posee un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Tabla 4. Estado civil de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	5	45.45%
Casado/a	2	18.18%
Divorciado/a	0	0.00%
Separado/a	2	18.18%
Acompañado/a	2	18.18%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 4



Descripción

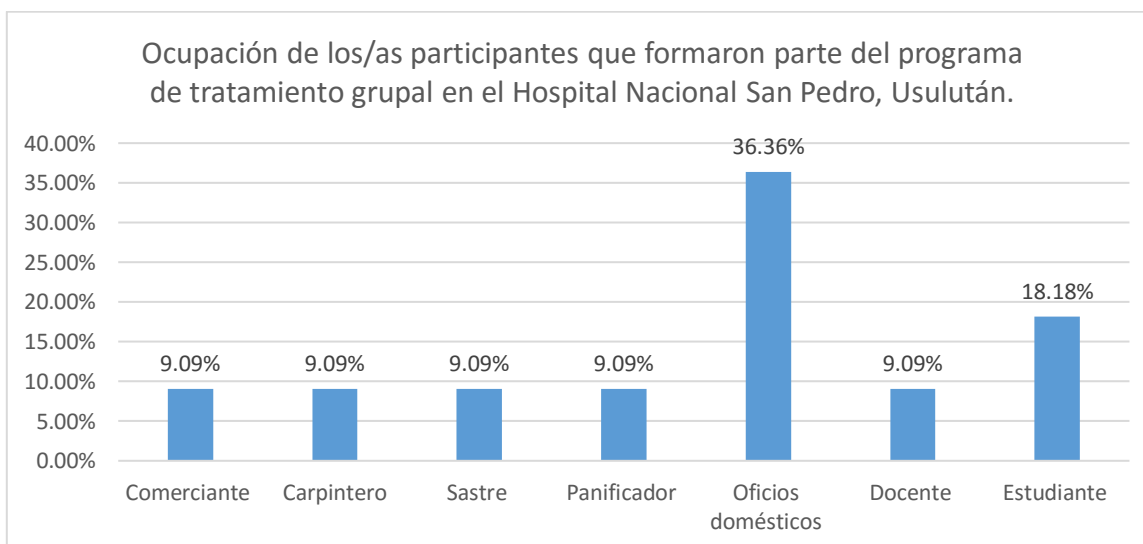
En la tabla 4 y gráfico 4 se presenta el estado civil de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Un 45.45% se encuentran solteros, el 18.18% son casados, este mismo porcentaje obtuvieron las categorías de separados y acompañados, mientras que en la categoría de divorciados, se registra un 0.00%. A partir de ello, se evidencia que la mayor parte de la población atendida se encuentra en la categoría de soltero/as.

Tabla 5. Ocupación de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	1	9.09%
Carpintero	1	9.09%
Sastre	1	9.09%
Panificador	1	9.09%
Oficios domésticos	4	36.36%
Docente	1	9.09%
Estudiante	2	18.18%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 5



Descripción

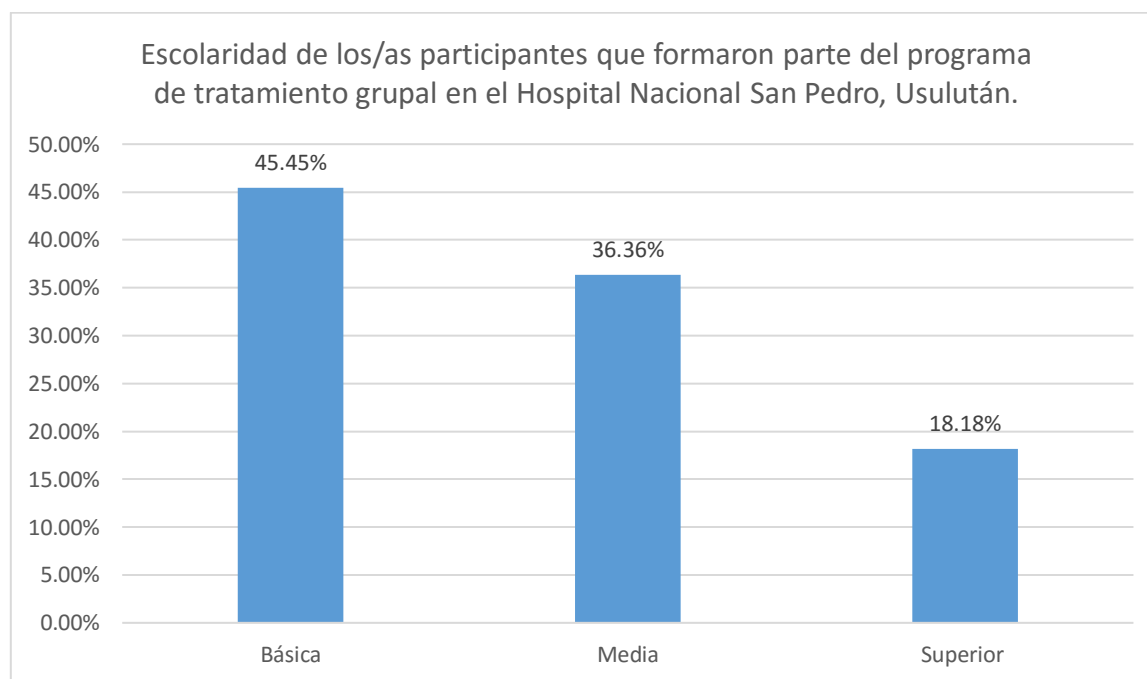
En la tabla 5 y gráfico 5 se describen las diferentes ocupaciones que desempeñan los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Con lo que respecta a oficios domésticos, se obtiene un 36.36%, un 18.18% se encuentran en nivel de estudiante, mientras que en cada una de las categorías: comerciante, carpintero, sastre, panificar, y docente se registró un 9.09%. Demostrando un mayor porcentaje en la población que realiza oficios domésticos.

Tabla 6. Escolaridad de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Básica	5	45.45%
Media	4	36.36%
Superior	2	18.18%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 6



Descripción

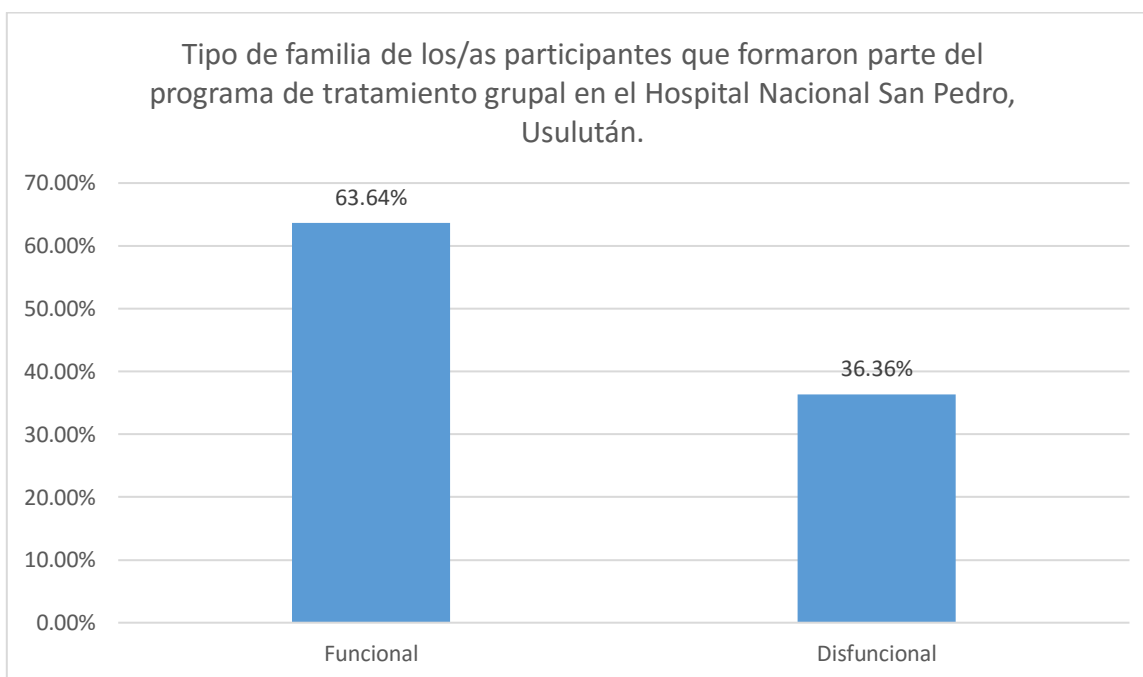
En la tabla 6 y gráfico 6 se presenta la escolaridad de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal del Hospital Nacional San Pedro, Usulután. El 45.45% se encuentra en nivel básico, asimismo un 36.36% en nivel media y un 18.18% en nivel superior. Como se logra evidenciar, la mayor parte de la población se encuentra en un nivel de educación básica.

Tabla 7. Tipo de familia de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	7	63.64%
Disfuncional	4	36.36%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 7



Descripción

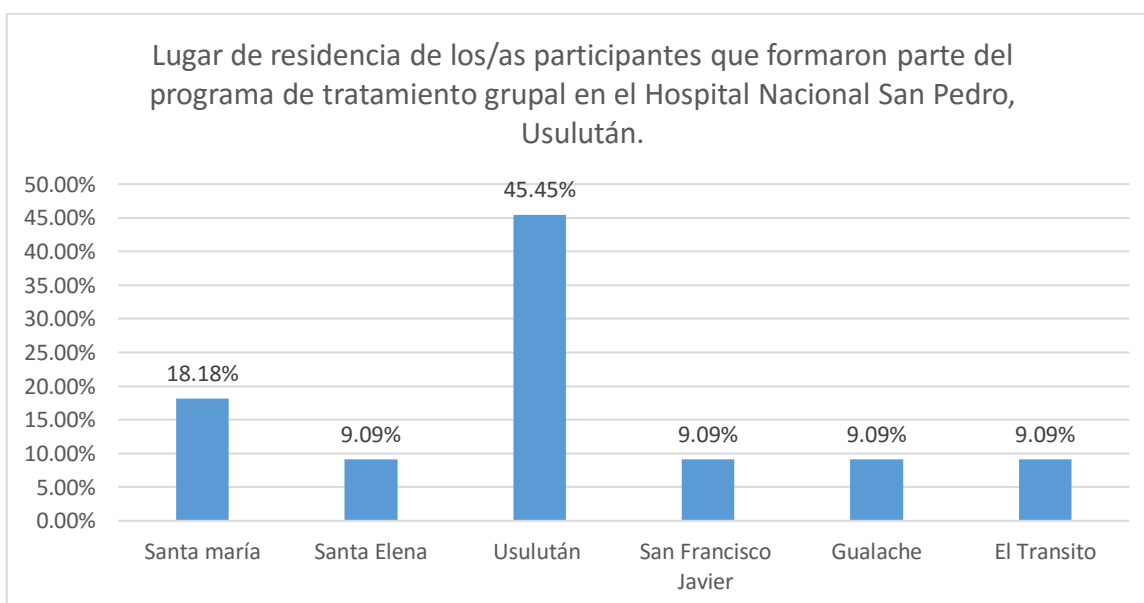
En la tabla 7 y gráfico 7 se presenta el tipo de familias de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal del Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Obteniendo un 63.64% en familias funcional, y un 36.36% en disfuncional. Como demuestran los datos ya descritos, el mayor porcentaje se encuentra en las familias de tipo funcional.

Tabla 8. Lugar de residencia de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Santa maría	2	18.18%
Santa Elena	1	9.09%
Usulután	5	45.45%
San Francisco Javier	1	9.09%
Gualache	1	9.09%
El Transito	1	9.09%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 8



Descripción

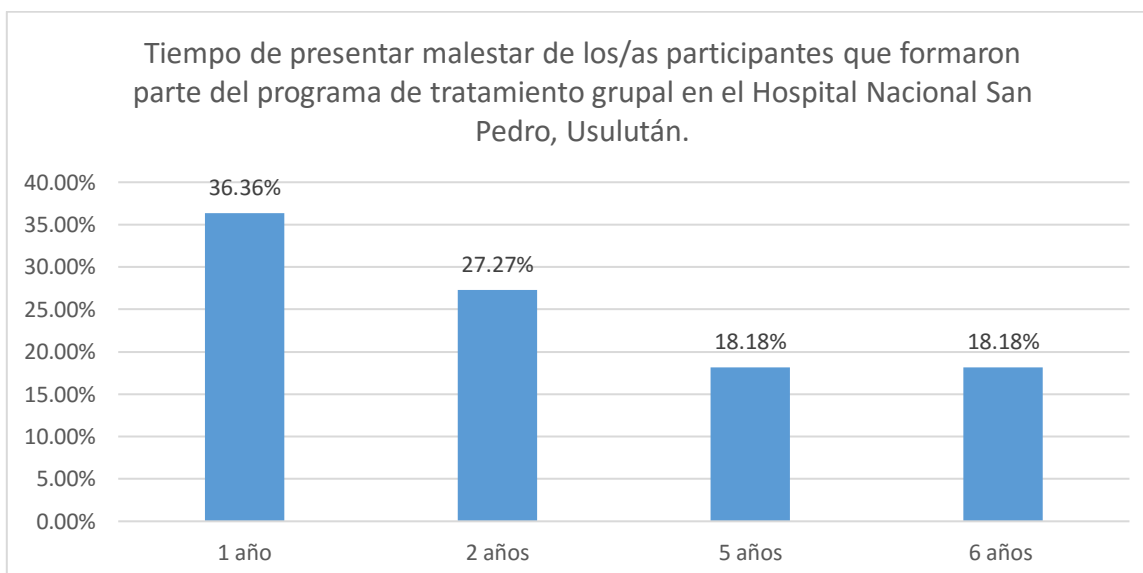
En la tabla 8 y grafica 8 se presentan los municipios en donde residen los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Un 45.45% proceden de Usulután, asimismo el 18.18% de Santa María, mientras que en cada uno de los municipios: Santa Elena, San Francisco Javier, Gualache y el Transito, se obtiene un 0.09%. Como se observa, la mayor parte de la población atendida proviene del municipio de Usulután, sin embargo, una población significativa proviene de los pueblos vecinos.

Tabla 9. Tiempo de presentar malestar de los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Tiempo de presentar el malestar	Frecuencia	Porcentaje
1 año	4	36.36%
2 años	3	27.27%
5 años	2	18.18%
6 años	2	18.18%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 9



Descripción

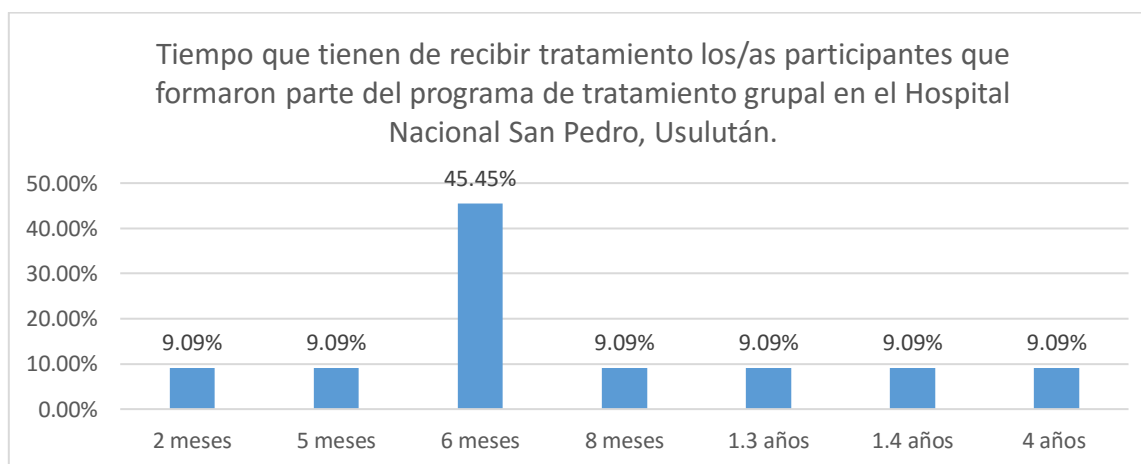
En la tabla 9 y gráfico 9 se presenta el tiempo que tienen de presentar malestar de ansiedad los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal del Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Con base a ello, un 36.36% mencionaron haber presentado malestar durante un año, mientras que un 27.27% durante dos años, un 18.18% durante cinco años, de igual manera un 18.18% mencionaron haber presentado el malestar durante seis años. Según los datos ya descritos, la mayor parte de la población posee un año de presentar malestar en cuanto a la ansiedad que presentan.

Tabla 10. Tiempo que tienen de recibir tratamiento los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Tiempo de recibir tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
2 meses	1	9.09%
5 meses	1	9.09%
6 meses	5	45.45%
8 meses	1	9.09%
1.3 años	1	9.09%
1.4 años	1	9.09%
4 años	1	9.09%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 10



Descripción

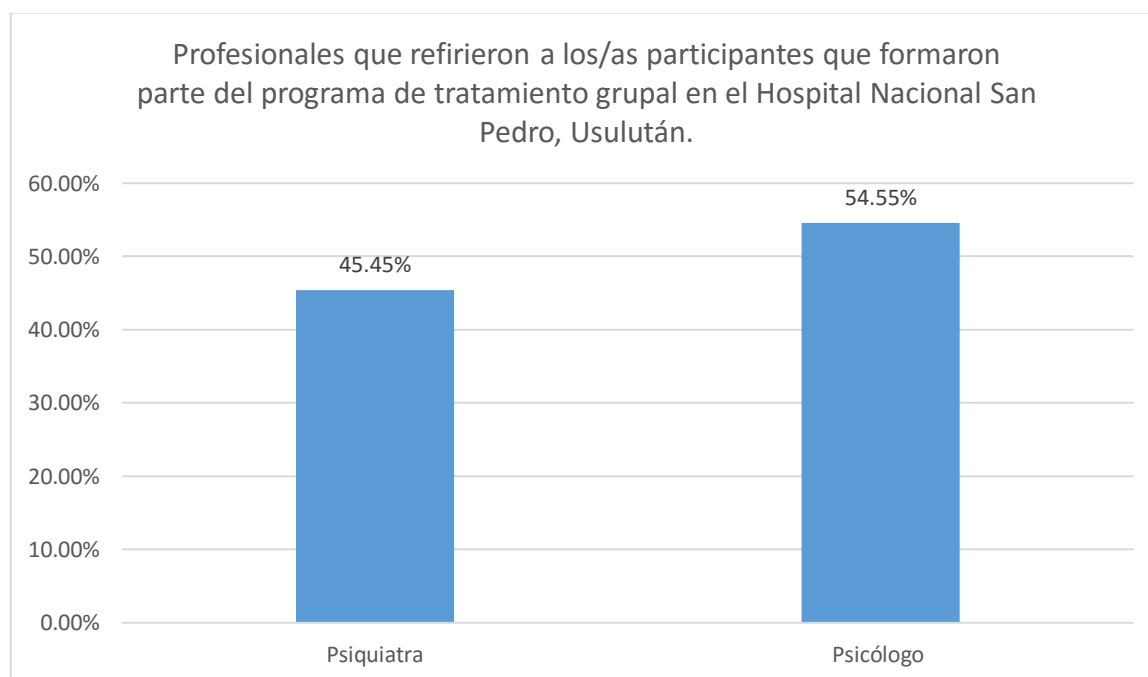
En la tabla 10 y gráfico 10 se presenta el tiempo que tienen de recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. El 45.45% mencionan haber estado en tratamiento durante 6 meses, mientras que un 9.09% mencionaron encontrarse en tratamiento durante: dos, cinco, y ocho meses, asimismo un 9.09% manifestaron estar recibiendo tratamiento durante 1.3 años, de igual manera un 9.09% durante 1.4 años y un 9.09% durante 4 años. Lo que significa que en su mayoría, los participantes han recibido tratamiento de carácter psicológico o psiquiátrico durante 6 meses.

Tabla 11. Profesionales que refirieron a los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután.

Profesional que refirió	Frecuencia	Porcentaje
Psiquiatra	5	45.45%
Psicólogo	6	54.55%
Total	11	100%

Fuente: Información obtenida de hoja de datos de cada uno de los participantes.

Gráfico 11



Descripción

En la tabla 11 y gráfico 11 se presenta a los profesionales que refirieron a los/as participantes que formaron parte del programa de tratamiento grupal en el Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Un 54.55% fue referido por psicólogos mientras que un 45.45% por el psiquiatra. Como se observa el mayor porcentaje de la población atendida fue referida por psicólogos; sin embargo, hay una diferencia poco significativa entre los que fueron referidos por el psiquiatra.

ANEXO 9. Registro de asistencia de los/as participantes del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

Nº	NOMBRE	11/03/16	18/03/16	01/04/16	08/04/16	15/04/16	22/04/16	06/05/16	13/05/16	20/05/16	03/06/16	10/06/16	16/06/16	TOTAL
1	Ana Beatriz Parada Cortez	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	11
2	Ana María Hernández	X	X											2
3	Ana Miriam Aparicio Villegas	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	11
4	Ana Miriam Urías Gochez	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	11
5	Claudia Lorena Rivera Cortez	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
6	Hilcia Ismari Molina de Serrano	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
7	Jorge Alberto Zelaya Venegas					X								1
8	Juana del Carmen Rodas del Cid	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	11
9	Julia Azucena Avalos Jurado	X	X											2
10	María del Carmen Jiménez	X												1
11	María Isabel Ríos					X								1
12	Marta de Jesús Saravia	X												1
13	Medardo Paniagua Rodríguez	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	11
14	Merari Maricela Serrano	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	10
15	Miguel de Jesús Escobar Rodas	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	11
16	Orlando José Jiménez				X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
17	Rosa Aminta Rosas						X				X			2
18	Rubidia Audelina Rivas Aranivar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	11
19	Sonia Valenzuela Gutiérrez	X	X											2

ANEXO 10. Porcentajes de asistencias

Sujeto	Frecuencia	Porcentaje
1	11	91.67%
2	11	91.67%
3	11	91.67%
4	12	100%
5	11	91.67%
6	11	91.67%
7	11	91.67%
8	10	83.33%
9	11	91.67%
10	9	75.00%
11	11	91.67%

En este cuadro se presenta la frecuencia y porcentajes de la asistencia obtenida por cada uno de los participantes que formaron parte del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas de los Trastornos de Ansiedad del Hospital Nacional San Pedro, Usulután. Solamente se consideraron los participantes que finalizaron el programa.

ANEXO 11. Cuadernillo de registro de cumplimiento de tareas

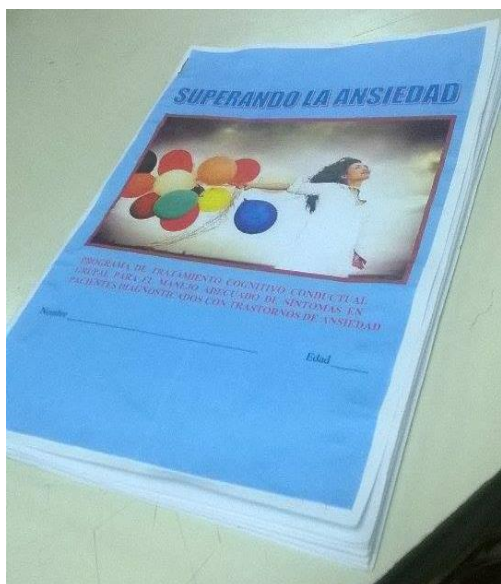


Imagen 1: Cuadernillo proporcionado a los participantes del programa de tratamiento grupal "Superando la ansiedad"

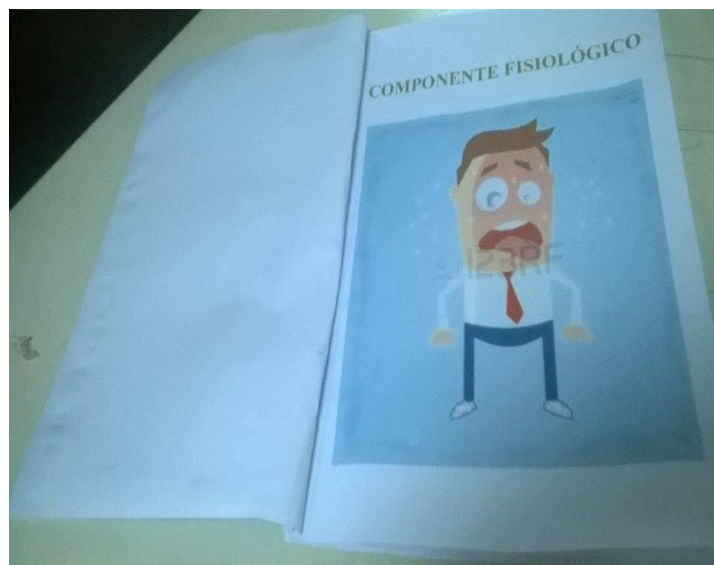


Imagen 2. En la primera fase del cuadernillo se registraron las tareas asignadas en las sesiones del componente fisiológico.

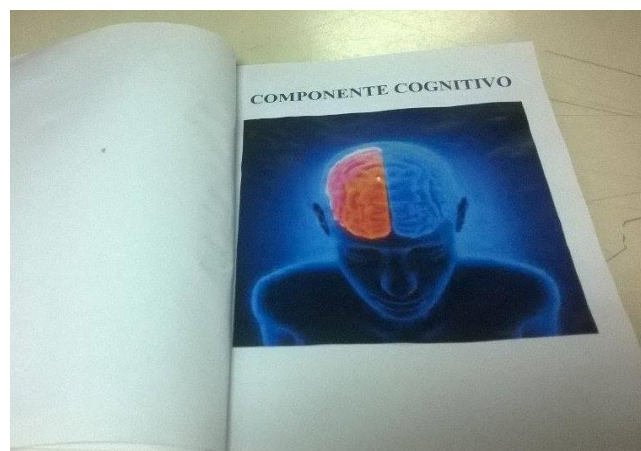


Imagen 3. En la segunda fase del cuadernillo se registraron las tareas del componente cognitivo.

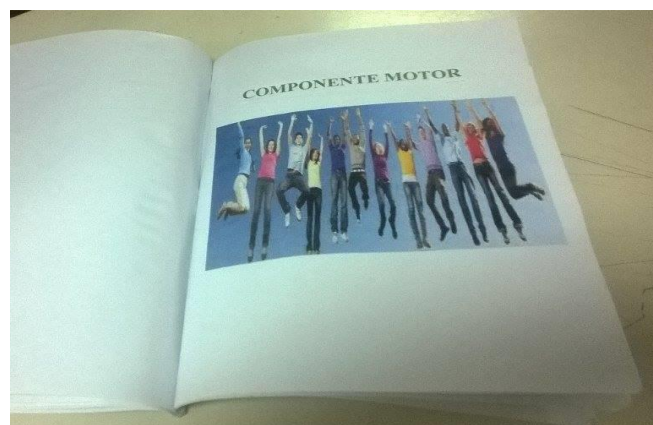


Imagen 3. En tercera fase se registraron las tareas asignadas en las sesiones del componente motor.

ANEXO 12. Registro general de cumplimiento de tareas

N°	PARTICIPANTES	TAREAS													TOTAL
		Fisiológico				Cognitivo					Motor				
	NOMBRE	1	2	3	Total	4	5	6	7	Total	8	9	10	T	
1	Ana Beatriz Parada	90.5%	100%	80.9%	90.5%	0.0%	100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	89.6%
2	Ana Miriam Aparicio	85.7%	90.5%	90.5%	88.9%	0.0%	100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	88.3%
3	Ana Miriam Urías	100%	100%	95.2%	98.4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0%	66.7%	96.1%
4	Claudia Lorena Rivera	85.7%	61.9%	85.7%	77.8%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	81.8%
5	Hilcia Ismari Molina	90.5%	0.0%	95.2%	61.9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	68.8%
6	Juana del Carmen Rodas	100%	95.2	95.2%	96.8%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0%	100%	66.7%	94.8%
7	Medardo Paniagua	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0%	100%	66.7%	85.7%
8	Merari Maricela Serrano	90.5%	0.0%	0.0%	30.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	42.9%
9	Miguel de Jesús Escobar	100%	100%	85.7%	95.2%	100%	0.0%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	93.5%
10	Orlando José Jiménez	0.0%	0.0%	90.5	30.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	42.9%
11	Rubidia Audelina Rivas	95.2%	90.5%	100%	95.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0%	66.7%	93.5%
	Promedios	84.0%	65.8%	82.2%	77.3%	81.8%	90.9%	100%	100%	93.2%	100%	81.8%	81.8%	87.9%	86.1%

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER PORCENTAJES DE TAREAS

Porcentaje de tarea por participante

A= Puntaje obtenido en la tarea

B= 100

C=Puntuación máxima que se pudiera obtener

$$\frac{A \times B}{C} =$$

Porcentaje por participante en cada componente: fisiológico, cognitivo y motor.

A= Sumatoria de puntajes obtenidos en todas las tareas del componente

B= 100

C=Puntuación máxima que se pudiera obtener

$$\frac{A \times B}{C} =$$

Porcentaje general de tareas por participante

A= Sumatoria de la puntuación obtenida en los componentes fisiológico, cognitivo
Y motor.

B= 100

C= Puntuación máxima que se pudiera obtener

$$\frac{A \times B}{C} =$$

ANEXO 13. Proceso estadístico de la prueba t de Student.

Tabla 1. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el componente cognitivo, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	103	50	53	17.6	309.76
2	116	93	23	-12.4	153.76
3	95	88	7	-28.4	806.56
4	106	96	10	-25.4	545.16
5	144	63	81	45.6	2079.36
6	99	65	34	-1.4	1.96
7	138	73	65	29.6	876.16
8	116	99	17	-18.4	338.56
9	124	65	59	23.6	556.96
10	144	120	24	-11.4	129.96
11	101	85	16	-19.4	376.36
	1286	897	389		6249.8

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{389}{11} = 35.4$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{6249.8}}{11-1} = \frac{\sqrt{624.98}}{10} = 25$$

$$t = \frac{\frac{\bar{d}}{\sigma d}}{\frac{1}{\sqrt{N}}} = \frac{\frac{35.4}{25}}{\frac{1}{\sqrt{11}}} = \frac{35.4}{25} \cdot \frac{\sqrt{11}}{1} = \frac{35.4}{7.539} = 4.695$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 35.4

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 25

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 4.695

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 2. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el componente fisiológico, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	72.5	55.5	17	-14.5	210.25
2	98	67.5	30.5	-1	1
3	70.5	68	2.5	-29	84.1
4	72	66.5	5.5	-26	676
5	112.5	20.5	92	60.5	3660.25
6	70	50.5	19.5	-12	144
7	118.5	48.5	70	38.5	1482.25
8	98.5	84.5	14	-17.5	306.25
9	100.5	42	58.5	27	729
10	128.5	105	23.5	-8	64
11	93.5	79.5	14	-17.5	306.25
	1035	688	347		7663.35

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{347}{11} = 31.5$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{7663.35}}{11-1} = \sqrt{7663.35} = 27.682$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{31.5}{\frac{27.682}{\sqrt{11}}} = \frac{31.5}{8.348} = 3.773$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 31.5

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 27.682

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 3.773

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 3. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el componente motor, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d})²
1	68	30	38	1.5	2.25
2	46	40	6	-30.5	930.25
3	62	51	11	-25.5	650.25
4	69	31	38	1.5	2.25
5	75	9	66	29.5	870.25
6	74	38	36	-0.5	0.25
7	80	8	72	35.5	1260.25
8	80	46	34	-2.5	6.25
9	32	13	19	-17.5	306.25
10	106	36	70	3.5	1122.25
11	62	50	12	-24.5	600.25
	754	352	402		5750.75

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{402}{11} = 36.5$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{5750.75}}{11-1} = \sqrt{575.075} = 23.98$$

$$t = \frac{\frac{\bar{d}}{\sigma d}}{\sqrt{N}} = \frac{\frac{36.5}{23.98}}{\sqrt{11}} = \frac{\frac{36.5}{3.316}}{7.231} = \frac{36.5}{7.231} = 5.047$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 36.5

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 23.98

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 5.047

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 4. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en el total general, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	243.5	135.5	108	12.8	163.84
2	260	200.5	59.5	-35.7	1274.49
3	227.5	207	20.5	-74.7	5580.09
4	247	193.5	53.5	-41.7	1738.89
5	331.5	92.5	239	143.8	20678.44
6	243	153.5	89.5	-5.7	32.49
7	336.5	178	158.5	63.3	4006.89
8	294.5	229.5	65	-30.2	912.04
9	256.5	162	94.5	-0.7	0.49
10	378.5	261	117.5	22.3	497.29
11	256.5	214.5	42	-53.2	2830.24
	3075	2027.5	1047.5		37715.19

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{1047.5}{11} = 95.2$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{37715.19}}{11-1} = \sqrt{3771.519} = 61.412$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{95.2}{\frac{61.412}{\sqrt{11}}} = \frac{95.2}{3.316} = \frac{95.2}{18.519} = 5.140$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 95.2

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 61.412

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 5.140

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 5. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el factor I Ansiedad ante la evaluación, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	196	54	142	92.5	8556.25
2	114	93	21	-28.5	812.25
3	94	71	23	-26.5	702.25
4	93	77	16	-33.5	1122.25
5	141	58	83	33.5	1122.25
6	95	60	35	-14.5	210.25
7	139	53	86	36.5	1332.25
8	126	96	30	-19.5	380.25
9	113	40	73	23.5	552.25
10	142	115	27	-22.5	506.25
11	102	93	9	-40.5	1640.25
	1355	810	545		16936.75

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$d = \frac{\sum d}{N} = \frac{545}{11} = 49.5$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{16936.75}}{11-1} = \sqrt{1693.675} = 41.154$$

$$t = \frac{\frac{\bar{d}}{\sigma d}}{\frac{1}{\sqrt{N}}} = \frac{\frac{49.5}{41.154}}{\frac{1}{\sqrt{11}}} = \frac{49.5}{3.316} = \frac{49.5}{12.410} = 3.988$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 49.5

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 41.154

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 3.988

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 6. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el factor II Ansiedad interpersonal, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	31	27	4	-10.5	110.25
2	46	43	3	-11.5	132.25
3	24	28	-4	-18.5	342.25
4	36	13	23	8.5	72.25
5	55	7	48	33.5	1122.25
6	33	20	13	-1.5	2.25
7	59	21	38	23.5	552.25
8	39	39	0	-14.5	210.25
9	26	20	6	-8.5	72.25
10	55	39	16	1.5	2.25
11	20	7	13	-1.5	2.25
	424	264	160		2620.75

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{160}{11} = 14.5$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{2620.75}}{11-1} = \sqrt{262.075} = 16.188$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{14.5}{\frac{16.188}{\sqrt{11}}} = \frac{14.5}{3.316} = 4.881$$

Media aritmética de las diferencias (\bar{d}) = 14.5

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 16.188

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 2.970

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 7. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el factor III Ansiedad fóbica, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	54	38	16	-7.5	56.25
2	55	28	27	3.5	12.25
3	61	74	-13	-36.5	1332.25
4	63	58	5	-18.5	342.25
5	94	17	77	53.5	2862.25
6	62	43	19	-4.5	20.25
7	90	36	54	30.5	930.25
8	75	53	22	-1.5	2.25
9	73	40	33	9.5	90.25
10	110	99	11	-12.5	156.25
11	63	55	8	-15.5	240.25
	800	541	259		6044.75

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{259}{11} = 23.5$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{6044.75}}{11-1} = \sqrt{604.475} = 24.586$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{23.5}{\frac{24.586}{\sqrt{11}}} = \frac{23.5}{3.316} = 7.414$$

Media aritmética de las diferencias (d) = 23.5

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 24.586

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 3.169

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 8. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el factor IV Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d})²
1	44	20	24	6.8	33.64
2	40	21	19	1.8	3.24
3	32	25	7	-10.2	104.04
4	35	17	18	0.8	0.64
5	39	13	26	8.8	77.44
6	37	23	14	-3.20	10.24
7	42	15	27	9.8	96.04
8	32	31	1	-16.2	262.44
9	40	21	19	1.8	3.24
10	44	21	23	5.8	33.64
11	46	35	11	-6.2	38.44
	431	242	189		663.04

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{192}{11} = 17.2$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{663.04}}{11-1} = \sqrt{66.304} = 8.142$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{17.2}{\frac{8.142}{\sqrt{11}}} = \frac{17.2}{2.455} = 7.006$$

Media aritmética de las diferencias (d) = 17.2

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 8.142

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 7.006

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 9. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en la sub escala Ansiedad Estado, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d}) ²
1	39	28	11	-6.9	47.61
2	38	28	10	-7.9	62.41
3	39	36	3	-14.9	222.01
4	49	29	20	2.1	4.41
5	58	28	30	12.1	146.41
6	31	29	2	-15.9	252.81
7	64	37	27	9.1	82.81
8	51	26	25	7.1	50.41
9	60	31	29	11.1	123.21
10	52	28	24	6.1	37.21
11	38	22	16	-1.9	3.61
	519	322	197		1032.91

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{197}{11} = 17.9$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{1032.91}}{11-1} = \sqrt{103.291} = 10.163$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{17.9}{\frac{10.163}{\sqrt{11}}} = \frac{17.9}{3.316} = \frac{17.9}{3.064} = 5.842$$

Media aritmética de las diferencias (d) = 17.9

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 10.163

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 5.842

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 10. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en la sub escala Ansiedad Rasgo, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d - \bar{d}	(d - \bar{d})²
1	49	34	15	-0.2	0.04
2	63	40	23	7.8	60.84
3	35	45	-10	-25.2	635.04
4	48	29	19	3.8	14.44
5	63	44	19	3.8	14.44
6	54	42	12	-3.2	10.24
7	52	38	14	-1.2	1.44
8	54	40	14	-1.2	1.44
9	59	29	30	14.8	219.04
10	47	41	6	-9.2	84.64
11	47	21	26	10.8	116.64
	571	403	168		1158.24

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{168}{11} = 15.2$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{1158.24}}{11-1} = \sqrt{115.824} = 10.762$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{15.2}{\frac{10.762}{\sqrt{11}}} = \frac{15.2}{3.316} = 4.684$$

Media aritmética de las diferencias (d) = 15.2

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 10.762

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 4.684

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

Tabla 11. Puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en el total general, antes y después de la aplicación del programa de tratamiento cognitivo conductual grupal.

SUJETOS	ANTES	DESPUES	d	d \bar{d}	(d - \bar{d})²
1	88	62	26	-7.2	51.84
2	101	68	33	-0.2	0.04
3	74	81	-7	.40.2	1616.04
4	97	58	39	5.8	33.64
5	121	72	49	15.8	249.64
6	85	71	14	-19.2	368.64
7	116	75	41	7.8	60.84
8	105	66	39	5.8	33.64
9	119	60	59	25.8	665.64
10	99	69	30	-3.2	10.24
11	85	43	42	8.8	77.44
	1090	725	365		3167.64

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA.

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N} = \frac{365}{11} = 33.2$$

$$\sigma d = \frac{\sqrt{\sum (d - \bar{d})^2}}{N-1} = \frac{\sqrt{3167.64}}{11-1} = \sqrt{316.764} = 17.797$$

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}} = \frac{33.2}{\frac{17.797}{\sqrt{11}}} = \frac{33.2}{5.367} = 6.185$$

Media aritmética de las diferencias (d) = 33.2

Desviación estándar de las diferencias (σd) = 17.797

Grados de libertad (gl) = 10

Valor de t calculado (tc) = 6.185

Valor de t tabla (tt) = 1.812

Probabilidad (p) = 0.05

ANEXO 14. Valores críticos de la distribución t

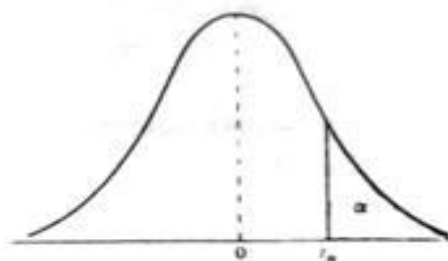


Tabla A.4* Valores críticos de la distribución t

ν	α				
	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005
1	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657
2	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925
3	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841
4	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604
5	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032
6	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707
7	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499
8	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355
9	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250
10	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169
11	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106
12	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055
13	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012
14	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977
15	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947
16	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921
17	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898
18	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878
19	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861
20	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845
21	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831
22	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819
23	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807
24	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797
25	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787
26	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779
27	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771
28	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763
29	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756
inf.	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576

ANEXO 15. Tabla de coeficiente de correlación producto-momento de Pearson

$r = 1$	correlación perfecta.
$0'8 < r < 1$	correlación muy alta
$0'6 < r < 0'8$	correlación alta
$0'4 < r < 0'6$	correlación moderada
$0'2 < r < 0'4$	correlación baja
$0 < r < 0'2$	correlación muy baja
$r = 0$	correlación nula

ANEXO 16. Fotografías de actividades realizadas en las diferentes sesiones del programa de tratamiento.



Figura 1. Como parte del programa de tratamiento se realizó la aplicación del pre-test. Se observa a los participantes respondiendo el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Asimismo, en la sesión siguiente se realizó la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.



Figura 2. En el componente fisiológico del programa de tratamiento grupal, se llevaron a cabo tres sesiones, en cada una de ellas se desarrolló una técnica central. Se observa a los participantes siguiendo las indicaciones de la facilitadora Eneida Zelaya, y practicando la técnica central “Relajación progresiva de Jacobson”.



Figura 3. El componente cognitivo del programa de tratamiento grupal se conformó por cuatro sesiones, dentro de cada una de ellas se desarrolló una técnica central, una de éstas es la “Interrupción de pensamiento”. Se observa a la facilitadora Lourdes Gómez explicando en que consiste esta técnica.



Figura 4. En cada una de las sesiones de los componentes, fisiológico, cognitivo y motor, se desarrolló una técnica auxiliar, lo cual también ayuda a los participantes a controlar los síntomas de ansiedad. Se observa a las facilitadoras Eneida Zelaya y Claudia Elizabeth dando las indicaciones necesarias para realizar la técnica auxiliar “Respiración alternada”



Figura 5. Participantes del programa de tratamiento grupal realizando la técnica auxiliar “Respiración alternada”, siguiendo las indicaciones de la facilitadora Eneida Zelaya.



Figura 6. Para mejorar la convivencia y trabajo en equipo, en cada una de las sesiones se desarrollaron técnicas de animación. Se observa a los participantes en la técnica de animación “El puente”.



Figura 7. Se aprecia a los participantes desarrollando la técnica de animación “Carrera en fila, unidos por globos”



Figura 8. El componente motor del programa de tratamiento grupal se conformó de tres sesiones, desarrollándose una técnica central en cada una de ellas. En esta ocasión la facilitadora Claudia Quintanilla explica la técnica central “Entrenamiento asertivo”



Figura 9. Al finalizar cada sesión se proseguía a la asignación de tareas, que consistía en practicar y registrar durante la semana la técnica central que se les enseñó. Se observa a los participantes prestando atención a las indicaciones para realizar la tarea en sus hogares.



Figura 10. Se observa a las facilitadoras Lourdes Gómez y Claudia Quintanilla revisando y registrando la tarea asignada a los participantes en la sesión anterior.



Figura 11. Como parte del programa de tratamiento se realizó la aplicación del post-test. En esta ocasión los participantes responden el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.



Figura 12. Se observa a los participantes en la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

ANEXO 17. Programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad.



**Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual Grupal
Para el Manejo Adecuado de Síntomas en Pacientes
Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad.**

**Elaborado por: Xenia Lourdes Gómez Avilés
Eneida Vanessa Zelaya Rivas
Claudia Elizabeth Quintanilla Ramírez**

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	3
1. JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo General.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11
4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	15
5. CONTENIDO DEL PROGRAMA.....	21
6. ÁREA I: PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL.....	21
6.1 Sesión 1.....	22
6.2 Anexos: Presentación y evaluación inicial.....	28
7. ÁREA II: PSICOEDUCACIÓN Y COMPONENTE FISIOLÓGICO.....	37
7.1 Sesión 2.....	38
7.2 Sesión 3.....	43
7.3 Sesión 4.....	48
7.4 Anexos: Psicoeducación y componente fisiológico.....	53
8. ÁREA III: COMPONENTE COGNITIVO.....	72
8.1 Sesión 5.....	73
8.2 Sesión 6.....	81
8.3 Sesión 7.....	87
8.4 Sesión 8.....	93
8.5 Anexos: Componente Cognitivo.....	100
9. ÁREA IV: COMPONENTE MOTOR.....	106
9.1 Sesión 9.....	107
9.2 Sesión 10.....	114
9.3 Sesión 11.....	121
9.4 Anexos: Componente Motor.....	130
10. ÁREA V: EVALUACION FINAL.....	135
10.1 Sesión 12.....	136
10.2 Anexos: Evaluación Final.....	141

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los problemas relacionados con la ansiedad son uno de los principales motivos de consulta en las Unidades de Salud Mental de El Salvador y muchos otros países, resultando como diagnóstico principal algún tipo de trastornos de ansiedad. Se define a los trastornos de ansiedad, como un estado de ansiedad irracional y continuo, que puede agudizarse y transformarse en pánico, teniendo efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como la concentración, la atención, la capacidad de raciocinio y la memoria; así como también respuestas fisiológicas desadaptativas. Si bien es cierto que existe una predisposición a padecer este trastorno, también existen situaciones del diario vivir que contribuyen a que se manifiesten los síntomas de éste; pueden ser situaciones familiares, personales, laborales, o la actual situación de violencia del país.

Cada vez son más las personas que se acercan a solicitar asistencia psicológica ya sea por voluntad propia o referidos por algún médico o especialista. Ante esta situación es evidente la importancia del ejercer profesional del psicólogo; sin embargo, es lamentable la falta de atención que se recibe por parte del gobierno hacia la salud mental de la población, ya que los recursos destinados a ésta son mínimos, y esto no permite la contratación de más psicólogos o psiquiatras, y los que logran ser contratados difícilmente logran cubrir la demanda de pacientes, optando en muchas ocasiones por la implementación de estrategias como lo es las terapias de grupo, mediante las cuales se logra atender en un mismo momento a personas con problemáticas similares. Para ello es necesario el diseño de programas psicoterapéuticos que logren minimizar los síntomas que provocan malestar en los pacientes. Con este fin se crea este programa de tratamiento titulado “SUPERANDO LA ANSIEDAD”, mediante el cual se logrará proporcionar a los pacientes diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad las herramientas psicológicas necesarias para que puedan controlar los síntomas de este trastorno.

Este programa cuenta con la respectiva justificación, en la cual se explica que este programa de tratamiento se crea porque cada vez son más las personas que sufren de un trastorno de ansiedad, lo cual afecta considerablemente las diferentes áreas de su vida; tanto el área personal como familiar, académico, laboral, entre otros. Y en muchas ocasiones no reciben la ayuda necesaria. Además también se argumenta que la implementación de este

programa será de gran beneficio para que a través de las diversas técnicas y estrategias psicológicas que se ejecuten, las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad logren obtener una salud mental adecuada, logrando reducir significativamente los síntomas de ansiedad y mejoren su calidad de vida.

Se cuenta también con los objetivos tanto el general como específicos, en donde el objetivo principal consiste en capacitar en el adecuado manejo de síntomas a pacientes con trastornos de ansiedad. Seguidamente se encuentra la fundamentación teórica, en donde se logra tener un mayor conocimiento de los trastornos de ansiedad, sus causas, tipos, síntomas y tratamiento; asimismo se obtienen conocimientos sobre el diseño e implementación de programas de tratamiento dirigidos a reducir los síntomas de los trastornos de ansiedad. Posteriormente se cuenta con la descripción del programa, en donde se describen cada una de las sesiones, mencionando las actividades a realizar y lo que se pretende lograr con éstas.

El siguiente apartado es el contenido del programa, éste se divide en 5 áreas. El área I “Presentación y evaluación inicial” está conformada únicamente por la sesión n° 1, en ésta se hace el saludo y presentación de las facilitadoras y de cada uno de los participantes que formarán parte del programa, se lee la carta de agradecimiento por formar parte de éste, así como también se lleva a cabo la presentación del programa; además de ello, se llega a un compromiso por parte de los participantes a través de la firma del acta de compromiso y finalmente se realiza la aplicación del pre-test, aplicando la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Seguidamente se encuentran los respectivos anexos, estos cuentan con la carta de bienvenida, acta de compromiso y las pruebas psicológicas antes mencionadas.

En el área II “Psicoeducación y componente fisiológico”, se encuentran las sesiones n° 2, 3 y 4. En la sesión n° 2 se lleva a cabo una técnica de animación, la Psicoeducación, una técnica central y la asignación de tarea. En cuanto a las sesiones 3 y 4, en cada una de ellas se cuenta con una técnica de animación, una auxiliar, una técnica central y la revisión y asignación de tareas. Con las técnicas de animación empleadas se pretende crear en el grupo un clima de confianza; mediante las técnicas auxiliares enseñar a los participantes ejercicios prácticos y fáciles de aplicar para combatir la ansiedad. Con las técnicas centrales

se pretende principalmente entrenar a estos participantes en técnicas de respiración y relajación que les ayuden a reducir significativamente los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Con la revisión y asignación de tareas se busca que practiquen en casa las técnicas aprendidas en cada una de las sesiones. Esta área también cuenta con anexos, conformados por el desarrollo de la Psicoeducación, desarrollo detallado de cada una de las técnicas centrales, así como también la ficha de evaluación, y el registro general de cumplimiento de tareas, con los que se llevará el control de la realización de las tareas por parte de los participantes.

El área III se titula “Componente cognitivo”, conformado por las sesiones 5, 6, 7 y 8. En cada una de éstas se desarrolla una técnica de animación, una auxiliar, una técnica central y la revisión y asignación de tareas. Por medio de las técnicas de animación se busca fortalecer el clima de confianza entre los participantes, mediante las técnicas auxiliares se les entrenará en ejercicios prácticos y sencillos que les ayuden a controlar el malestar físico provocado por la ansiedad. con la realización de las técnicas centrales se logrará que los participantes identifiquen los pensamientos irracionales y logren reemplazarlos por unos más positivos; de igual manera interrumpir pensamientos automáticos y negativos para luego sustituirlos por positivos. Con la revisión y asignación de tarea se concientizará a los miembros del grupo sobre la importancia de practicar las técnicas aprendidas. Seguidamente se cuenta con los anexos de esta área, contiene tarjeta que se utilizará en técnica de animación, así como también los cuadros registros, con los que se tendrá un control en cuanto a la realización de las tareas.

El siguiente es el área IV “Componente Motor” y se conforma por las sesiones 9, 10 y 11. Al igual que en las sesiones anteriores, en cada una de estas sesiones se cuenta con una técnica de animación, una técnica auxiliar, una técnica central y la revisión y asignación de tareas. Con las técnicas de animación se pretende principalmente fomentar la armonía y el trabajo en equipo. Mediante las técnicas auxiliares se busca que logren encontrar un estado de relajación al practicar técnicas de relajación cortas y fáciles de aprender, las cuales puede practicar en casa. En cuanto a la aplicación de las técnicas centrales, se les enseñará a los participantes a identificar comportamientos repetitivos (tics o hábitos nerviosos) y poder reemplazarlos por movimientos más adaptativos. También se enseñará a planificar

actividades que se harán a lo largo del día, esto con el fin de que aprendan a ser más organizados, evitando así un momento de fatiga y preocupación, de igual manera se les enseñará a comportarse de forma más asertiva. Con la revisión y asignación de tarea se fomentará el que los participantes practiquen lo aprendido cuando se encuentren fuera de las sesiones. Posteriormente se encuentran los anexos, conformados por los cuadros registros de la revisión de las tareas y el desarrollo del tema sobre el asertividad.

El siguiente y el último es el área V “Evaluación final”, conformada por la sesión n°12, en ésta se cuenta con técnica de animación para mantener la armonía en el grupo, con la revisión de tarea hecha en casa y como siguiente actividad se encuentra la aplicación del pos-test, en donde se aplicarán nuevamente las pruebas aplicadas en la primera sesión. Seguidamente se dará lectura a carta de agradecimiento por haber asistido a las sesiones de este programa de tratamiento. Finalmente, como único anexo se encuentra la carta de agradecimiento.

1. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad es un tema que cada vez tiene mayor relevancia debido al impacto negativo que tiene en la vida de las personas que lo presentan, siendo éste uno de los principales motivos de consulta en las Unidades de Salud Mental.

Son múltiples las causas de esta problemática, entre las cuales se encuentran los problemas de desempleo, económicos, personales, familiares, salud, sucesos traumáticos, entre otros. Estas son situaciones que en la actualidad se observan con bastante frecuencia y que en muchas ocasiones las personas no poseen las herramientas psicológicas necesarias para poder enfrentarla, dando como resultado el surgimiento de síntomas característicos de los trastornos de ansiedad.

Las personas con ansiedad comienzan a presentar malestares a nivel cognitivo, fisiológico y motor; pero no entienden qué les está pasando y qué hacer; difícilmente reciben la orientación necesaria para que asistan a un profesional, lo cual refleja la importancia de educar a la población en temas de salud mental, ya que es de esta manera que sabrán en que momento necesitan acudir a un profesional. Sin embargo, lamentablemente la salud mental de la población en general, no parece ser una de las principales prioridades de las autoridades gubernamentales correspondientes, ya que el presupuesto destinado para estos fines es mínimo. Aun así, es de reconocer la labor que ejercen los profesionales de salud mental que se encuentran laborando, ya que aún con las limitantes en cuanto a los recursos necesarios, hacen lo posible por brindar la mejor intención posible a una población que crece considerablemente y a la que difícilmente logran atender.

A partir de esta necesidad, se crea el programa “Liberándome de la ansiedad”, el cual se orienta en educar a las personas sobre los trastornos de ansiedad y proporcionarles las herramientas psicológicas necesarias para poder enfrentarlos, reduciendo significativamente sus síntomas a nivel físico, cognitivo y motor. Este programa se crea porque cada vez son más las personas que sufren de un trastorno de ansiedad, lo cual afecta considerablemente las diferentes áreas de su vida, tanto el área personal como familiar, académico, laboral, etc. y en muchas ocasiones no reciben la ayuda necesaria.

La implementación de este programa será de gran beneficio para que a través de las diversas técnicas y estrategias psicológicas que se ejecuten, las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad logren obtener una salud mental adecuada, logrando reducir significativamente los síntomas de ansiedad y mejoren su calidad de vida. Además, las técnicas aprendidas en cada una de las sesiones les seguirán siendo de gran utilidad a lo largo de su vida, beneficiando no sólo a la persona con ansiedad; sino también a quienes la rodean, mejorando de esta manera su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Capacitar en el adecuado manejo de síntomas a pacientes con trastornos de ansiedad.

Objetivo Específicos:

- Identificar los síntomas que más predominan en los participantes.
- Enseñar aspectos generales sobre el trastorno de ansiedad.
- Ejercitar a los participantes en la aplicación de técnicas para reducir síntomas fisiológicos.
- Instruir en estrategias de reestructuración a nivel cognitivo.
- Proporcionar técnicas y estrategias que les permitan a los/as participantes comportarse de una manera más asertiva.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que “engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y que son escasamente adaptativos” (Miguel-Tobal, 1990)

La respuesta de ansiedad puede ser excitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por los individuos como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto.

Es inevitable no presentar en algún momento de la vida cierto grado de ansiedad pero ésta se vuelve dañina cuando nuestra percepción frente a un acontecimiento es alterada, cuando valoramos una situación como peligrosa y nos impide realizar nuestras actividades de manera óptima, pero no hay un peligro real.

Frente a esta dificultad y otras más que son generadoras de malestar general la psicología y otras disciplinas se interesan por desarrollar métodos que ayuden a las personas a controlar o minimizar este malestar, en este caso la psicología clínica como parte de su función de atender las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas, desarrolla métodos o estrategias de tratamiento basadas en diferentes planteamientos psicoterapéuticos que a lo largo de la historia sus exponentes han realizado, uno de dichos planteamientos es la Psicoterapia Cognitiva-Conductual la cual explica la ansiedad desde el concepto de que es una reacción emocional que tienen influencia sobre tres aspectos del ser humano como el fisiológico, cognitivo y motor.

Bajo esta definición, propone diferentes estrategias terapéuticas para el manejo de los diferentes síntomas de ansiedad que las personas puedan experimentar ya sea a nivel físico, cognitivo o motor. Dichas estrategias han sido aplicadas de manera individual como grupal, de esta forma se ha comprobado su efectividad en el tratamiento de la ansiedad.

La aplicación de programas psicoterapéuticos en grupos resulta muy efectiva si, se es cuidadoso en atender las necesidades del grupo para ello se hace necesario realizar una evaluación inicial para medir la variable en que se pretende influir, de igual manera se realiza una evaluación al finalizar la aplicación del programa, ambos resultados obtenidos se comparan y se concluye sobre su efectividad. Entre algunos estudios realizados con aplicación de programas a nivel grupal se puede mencionar el publicado por Ballester (2003) *“Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA”* en el cual como ya se mencionó, realizaron una evaluación inicial y una al finalizar la aplicación del programa que estaba dividido en 8 sesiones con una duración de 2 horas cada una, las cuales se realizaban semanalmente, este programa se realizó inicialmente con dos grupos de 10 participantes cada uno.

Según la valoración preliminar de los datos se reflejó efectividad en la aplicación del programa y ésta se expresa a través de cambios significativos en una dirección positiva, los pacientes incrementaron de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual les facilitó un adecuado afrontamiento de la enfermedad. Por otra parte, la adhesión terapéutica, objetivo central y motivo inicial del desarrollo del programa, mejoró significativamente.

En este programa como en muchos más se evidencia la efectividad de la psicoterapia cognitiva-conductual, aplicada durante 8 sesiones en las cuales se desarrollaron diferentes aspectos importantes como autoestima, entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación la cual es muy importante incluirla en la aplicación de cualquier programa psicoterapéutico, tal es el caso de un estudio realizado con el objetivo de evaluar cuatro programas para reducir la ansiedad en pacientes medicamente enfermos, estos son el psicoeducativo, cognitivo, conductual y de control. Esta investigación se titula *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos”* (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Los resultados que se obtuvieron fueron favorables ya que al comparar y analizar los resultados obtenidos del pre-test y el pos-test concluyeron que el programa de intervención

que obtuvo una mayor disminución en los niveles de ansiedad fue el psicoeducativo, asimismo los demás programas como el cognitivo y conductual son de mucha importancia en el tratamiento, esto indica que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general.

En este estudio participaron 177 pacientes diagnosticados, desarrollando cada sesión durante una hora y media cada semana, con seis personas. El programa psicoeducativo se compuso de cinco sesiones, el cognitivo de tres, el conductual de tres y el grupo control de cuatro en las cuales realizaron terapia grupal de apoyo. El número de sesiones realizadas por cada grupo fue determinado por la naturaleza de la estrategia aplicada.

Este estudio varía en comparación con el mencionado anteriormente tanto en el número de participantes como en el número de sesiones desarrolladas, existe una variedad de programas que se han aplicado cada uno con diferente modalidad ya sea que se trabaje con un solo grupo o con varios, que se aplique un solo tipo de psicoterapia o varias, esto varía de acuerdo al objetivo que se pretende lograr.

Otro estudio muestra su efectividad en el tratamiento de trastornos de ansiedad generalizada el cual fue realizado por Capafons (2001) y se titula "*TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA*" en el cual evaluaron los cambios de una intervención psicoterapéutica grupal para pacientes con trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia y trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa o depresiva asociada. Un total de 107 pacientes participaron en el estudio El tratamiento cognitivo-conductual se compuso de 20 sesiones con periodicidad semanal de 90 minutos de duración. Los participantes completaron a través de una entrevista semiestructurada medidas clínicas de ansiedad, depresión, somatización, inteligencia emocional percibida y medidas protectoras de salud tales como autoestima y satisfacción vital. Los resultados obtenidos muestran mejoras significativas en términos de reducción sintomática, además de un incremento de la autoestima y la satisfacción general con la vida para todos los grupos diagnósticos.

Resulta de mucha importancia la aplicación de psicoterapia grupal, como se ha revisado es muy efectiva si se manejan bien las variables, una de las ventajas al realizar estos grupos es que varias personas a la vez reciben la atención y se fomentan las relaciones interpersonales, se resuelven dudas y se crea un vínculo entre los participantes ya que se sienten comprendidos al saber que hay otras personas que también atraviesan situaciones similares a las vividas por ellos, asimismo el profesional logra atender varias personas a la vez y las sesiones son más dinámicas e interactivas.

Como ya se mencionó anteriormente se pueden utilizar diferentes métodos y estrategias terapéuticas esto dependerá de la problemática que se desee tratar, en el caso de la ansiedad resulta muy efectivo el tratamiento basado en la psicoterapia cognitiva conductual, ya que ésta tiene como objetivo el enseñar a las personas una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que las persona afronten su problema emocional y lo manejen hasta eliminarlo o bien aprendan a controlar los síntomas. En el tratamiento de la ansiedad es necesario abordar las diferentes áreas que ya se mencionaron fisiológica, cognitiva y motora las cuales se ven influidas por diferentes síntomas en el caso del área fisiológica se manifiestan síntomas como tensión muscular, agitación, palpitaciones, nerviosismo, sudoración entre otros, para ello se aplican técnicas enfocadas en la relajación y la adecuada respiración, para el área cognitiva se manifiestan síntomas como ideas o pensamientos irracionales, miedos, angustia e irritabilidad, en éste caso se aplican técnicas de reestructuración cognitiva, donde se sustituyen aquellos pensamientos que son generadores de malestar por otros más asertivos, de la misma manera en el área motora se dan síntomas desde movimientos involuntarios o tics hasta conductas desorganizadas, pasivas o agresivas entre otras, para ello se aplican técnicas como entrenamiento asertivo donde se modifica la manera de reaccionar de las personas a una más adecuada y adaptativa.

Sin faltar se debe motivar a los participantes ya que se requiere de constancia, esfuerzo y disciplina para que todas las técnicas que se les enseña sean efectivas, es de vital importancia que practiquen dicho aprendizaje y sean responsables en asistir a las sesiones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa de tratamiento “SUPERANDO LA ANSIEDAD”, es diseñado para lograr un adecuado manejo de síntomas en pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad; estos síntomas según los tres componentes: físico, cognitivo y motor. En cuanto al componente físico se pretende reducir síntomas como: sudoración, temblor en el cuerpo, dolores de cabeza, fatiga, tensión muscular, mareos, dolor abdominal, entre otros. En el componente cognitivo se busca principalmente detectar y contrarrestar aquellas ideas irracionales generadoras de ansiedad. Y en cuanto a las técnicas centrales del componente motor, se orientan a desarrollar estrategias que logren sustituir comportamientos que intensifican las manifestaciones de los síntomas de ansiedad

Este programa está conformado por 12 sesiones, divididas en 5 áreas, las cuales se describen a continuación:

El Área I denominada “PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL ” la conforma solamente la sesión N° 1, en la que se pretende principalmente la presentación del grupo de facilitadoras y de los participantes que formarán parte del programa, agradecerles por su disposición de asistir a las sesiones, presentar aspectos generales del programa, lograr un compromiso por parte de los participantes para que se involucren en las diferentes actividades del programa y por último identificar la manifestación de los síntomas de ansiedad en base a los componentes físico, cognitivo y motor; asimismo conocer la manifestación de los síntomas como rasgo o estado. Con base a ello, las actividades que se emplearán son las siguientes: saludo y presentación, la pelota preguntona, carta de bienvenida, presentación del programa, acta de compromiso, aplicación de la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, y aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Seguidamente se encuentran los respectivos anexos, estos cuentan con la carta de bienvenida, acta de compromiso y las pruebas psicológicas antes mencionadas.

El Área II “PSICOEDUCACIÓN Y COMPONENTE FISIOLÓGICO” se conforma por las sesiones 2, 3 y 4. A diferencia de la sesión 2 que cuenta primero con la Psicoeducación, en cada una de las demás sesiones se encuentra una técnica de animación, una técnica auxiliar, una técnica central y por último la revisión y asignación de tareas. A partir de ello, la

sesión N° 2, está conformada como primer punto por la técnica de animación “El ciego y el lazarillo”, con la que se pretende generar confianza entre los miembros del grupo y que reconozcan la importancia de ayudar y ser ayudado ante las dificultades de la vida diaria. La siguiente actividad es “Aprendiendo sobre la ansiedad”, mediante ésta se pretende que los participantes logren un mayor conocimiento sobre los trastornos de ansiedad, sus causas, consecuencias, síntomas, entre otros aspectos que son necesarios que conozcan y que de alguna manera contribuirán para su recuperación. Como técnica central se encuentra la “Respiración diafragmática”, cuyo objetivo principal es desarrollar en los/las participantes habilidades en técnicas de respiración, lo cual les ayudará en la reducción de los síntomas físicos de ansiedad. La última actividad de esta sesión es la “Asignación de tarea”, por medio de ésta se pretende que los participantes tomen como hábito la práctica de la técnica de Respiración diafragmática.

Posteriormente se encuentra la sesión N° 3, conformada primeramente por la técnica de animación “Dilo con mímica”, por medio de la cual se pretende desarrollar en los/as participantes la habilidad de comprensión de mensajes no verbales y del trabajo en equipo. Como técnica auxiliar se encuentra la “Técnica de visualización”, cuyo objetivo es fomentar el control de emociones, sensaciones y comportamiento. En cuanto a la Técnica central se desarrollará la “Relajación Progresiva de Jacobson”, con la que se pretende promover el aprendizaje en técnicas de relajación para lograr reducir significativamente los síntomas físicos de ansiedad. Como última actividad se encuentra la revisión y asignación de tarea, con esto se generará en los participantes un sentido de compromiso en cuanto a la realización de las diferentes actividades que se realizan en las sesiones.

En la sesión N° 4 se cuenta como primer punto con la técnica de animación “La risa”, que ayudará a fomentar la resistencia y autocontrol ante estímulos externos. Seguidamente se plantea el ejercicio de “Respiración profunda”, con el que se pretende lograr un estado de relajación mediante el control voluntario de la respiración. Como técnica central se desarrollará “El Escaneo Corporal”, mediante éste se logrará que los participantes logren una adecuada relajación en las diferentes partes del cuerpo. El siguiente punto es la “Revisión y asignación de tareas”; en donde los participantes mostrarán su registro diario en cuanto a la realización de la técnica de Relajación progresiva de Jacobson, la cual

aprendieron en la sesión anterior; asimismo se les estimulará a realizar la técnica del Escaneo Corporal diariamente.

Esta área también cuenta con anexos, conformados por el desarrollo de la Psicoeducación, desarrollo detallado las técnicas centrales: Respiración diafragmática, Relajación progresiva de Jacobson y Escaneo corporal, así como también la ficha de evaluación, y el registro general de cumplimiento de tareas, con los que se llevará el control de la realización de las tareas por parte de los participantes.

El Área III denominada “COMPONENTE COGNITIVO” está conformada por las sesiones 5, 6 ,7 y 8. Al igual que en el componente anterior, en cada una de las sesiones se desarrollará una técnica de animación, una auxiliar, una central, así como también la revisión y asignación de tareas. De esta manera la sesión N° 5 comenzará con la técnica de animación “Mensajero feliz”, con el que se pretende que los participantes logren comunicarse adecuadamente, dándose cuenta de la facilidad con que se puede distorsionar un mensaje. Como técnica auxiliar está la “Técnica de Visualización: El paisaje interior”, mediante la cual se desarrollarán habilidades de autocontrol de las emociones y sensaciones. En cuanto a la técnica central denominada “Ideas irracionales”, se pretende enseñar a los participantes sobre el surgimiento de ideas irracionales y sus características; y con la “Revisión y asignación de tareas” se revisará que los participantes hayan practicado en sus hogares la técnica del Escaneo Corporal aprendida en la sesión anterior; y al asignarles la nueva tarea se busca que estos sean capaces de identificar las ideas irracionales y de esta manera poderlas modificar.

En la sesión N° 6 se desarrollará como técnica de animación “El puente” con la cual se fomentará el trabajo en equipo. Como técnica auxiliar se cuenta con la “Respiración alternada”, mediante la realización de ésta se pretende que los participantes logren un adecuado estado de relajación, desarrollando en ellos habilidades en técnicas de respiración. La técnica central lleva por nombre “Reemplazar ideas irracionales”, cuyo objetivo principal es que los participantes logren parar los pensamientos irracionales y los formulen de una manera más racional. Mediante la “Revisión y asignación de tareas” se

revisarán las anotaciones de los participantes que comprueben que han realizado en sus casas la tarea asignada en la sesión anterior; con la asignación de una nueva tarea se busca que estos desarrollen la habilidad de sustituir pensamientos irracionales que les producen malestar.

En la sesión N° 7, a la técnica de animación se le denomina “Respuestas rápidas” y con la realización de ésta se pretende fortalecer el clima de confianza entre los participantes mediante el juego. En la técnica auxiliar se cuenta con la “Respiración tranquilizadora”, mediante la práctica de ésta se logrará que los participantes aprendan a tranquilizarse en las diferentes situaciones de la vida diaria. En cuanto a la técnica central, se llevará a cabo la “Interrupción de pensamientos”, lo que significa que se aprenderá a parar los pensamientos automáticos y repetitivos. Con la “Revisión y asignación de tarea” se comprobará que los participantes han practicado en casa la técnica de “Reemplazar ideas irracionales” y a través de la asignación de tareas se logrará que los participantes dominen la técnica aprendida en esta sesión a través de la práctica cotidiana.

En cuanto a la sesión N° 8, se conforma primeramente por la técnica de animación “La reunión de los globos”, cuyo objetivo es que los participantes aprendan a trabajar en unidad. Como próximo punto se desarrollará de manera auxiliar el ejercicio “Cambio emocional de nuestras vivencias”, mediante el cual se busca promover el cambio de pensamientos y emociones negativas. Mientras que la técnica central es la “Aserción encubierta”, con la práctica de ésta, los participantes lograrán anular pensamientos negativos e introducir pensamientos positivos; y mediante la asignación de tareas se pretende que logren dominar esta técnica. Con la revisión de tarea, se comprobará que practicaron en casa la técnica “Interrupción del pensamiento”, la cual aprendieron en la sesión anterior.

Seguidamente se cuenta con los anexos de esta área, contiene tarjeta que se utilizará en técnica de animación “Mensajero feliz”, así como también los cuadros registros, con los que se tendrá un control en cuanto a la realización de las tareas.

El Área IV “COMPONENTE MOTOR” se conforma por las sesiones 9, 10 y 11. Cada una de estas sesiones también se conforma por una técnica de animación, una auxiliar, una central y por último la revisión y asignación de tareas.

En la sesión N° 9 como técnica de animación se cuenta con “La carrera en fila, unidos por los globos” mediante esta actividad se pretende fomentar el trabajo en equipo en los/as participantes. Con la técnica auxiliar “Visualización de un paisaje utilizando los 5 sentidos” se busca lograr un estado de relajación a través de la imaginación y la utilización de los cinco sentidos. En cuanto a la técnica central “Comportamientos involuntarios” será de utilidad para identificar los comportamientos repetitivos y negativos, y aprender estrategias alternativas para afrontarlos; mediante la “Revisión de tareas” se comprobará la práctica de lo aprendido en la sesión anterior. En la asignación de tareas se logrará un dominio en cuanto a la técnica “Comportamientos involuntarios”.

Durante la sesión N° 10, se desarrollará como técnica de animación “Camisa con globos”, con la que los participantes aprenderán la importancia de la unidad grupal. Con la técnica auxiliar “Practica de relajación diferencial” se pretende alcanzar un adecuado estado de relajación; como técnica central se encuentra “Ritmo elevado de actividad”, mediante ésta se logrará que los participantes reflexionen sobre su estilo de vida y logren modificar aspectos que perjudican su bienestar. En cuanto a la actividad “Revisión y asignación de tareas”, se comprobará que los participantes han practicado en sus casas la técnica “comportamientos involuntarios” de la sesión anterior; y que en esta ocasión practiquen la técnica “Ritmo elevado de actividad” lo que significa que aplicarán y registrarán los cambios propuestos en las actividades de su diario vivir.

En la sesión N° 11, se llevará a cabo la técnica de animación “Penitencias”, mediante ésta se pretende que los participantes busquen estar en armonía como grupo. Como técnica auxiliar se empleará la “Visualización de una imagen para la tensión y otra para la relajación”, con esta técnica se alcanzará un adecuado estado de relajación a través del autocontrol de las sensaciones. En cuanto a la técnica central, se desarrollará el “Entrenamiento asertivo”, mediante ésta los participantes aprenderán a comportarse de manera más asertiva. Con la “Revisión y asignación de tareas” se revisará que los miembros del grupo hayan practicado en casa lo aprendido en la técnica “Ritmo elevado de

actividad”, la cual se explicó en la sesión anterior; en cuanto a la asignación de una nueva tarea, se busca que practiquen lo aprendido en cuanto al entrenamiento asertivo.

Posteriormente se encuentran los anexos, conformados por los cuadros registros de la revisión de las tareas y el desarrollo del tema sobre el asertividad.

El área V es la última que forma parte del programa, y lleva por nombre “EVALUACIÓN FINAL”, la conforma únicamente la sesión N° 12, desarrollándose una técnica de animación, revisión de tarea, aplicación del post test y lectura de carta de agradecimiento. Se empleará como técnica de animación “Apartamento e inquilino”, con esta actividad se pretende fortalecer la armonía entre los participantes. Asimismo, se revisará el cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior, que consistía en registrar las situaciones en las que lograron comportarse de manera asertiva durante la semana, además se pretende también que mediante esta revisión los participantes compartan sus experiencias. En cuanto a la aplicación del post test se aplicará primeramente la prueba de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, mediante la aplicación de éste se pretende determinar la reducción de síntomas de ansiedad que manifiestan los miembros del grupo de orientación. Posteriormente se aplicará la prueba de Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, con el cual se identificará los cambios en cuanto a la manifestación de los síntomas como ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Para finalizar la sesión se dará lectura a “Carta de agradecimiento” mediante la cual se pretende agradecer a los participantes por su asistencia y responsabilidad durante el desarrollo del programa. En esta área, como único anexo se encuentra la carta de agradecimiento.

5. CONTENIDO DEL PROGRAMA

Área I

PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL



SESIÓN N° 1



Objetivos:

- Promover una adecuada relación psicoterapéutica entre las facilitadoras y miembros del grupo de participantes.
- Lograr un clima de confianza mediante la dinámica de presentación.
- Agradecer a los integrantes del grupo por su participación.
- Proporcionar una descripción general del programa en el que participarán.
- Que los participantes se comprometan a cumplir con las orientaciones que se le impartirán para su bienestar.
- Conocer los síntomas iniciales de ansiedad que manifiestan los miembros del grupo a través de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
- Identificar la manifestación de los síntomas iniciales ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.



Recursos:

- Pelota pequeña.
- Grabadora
- Carta de bienvenida.
- Acta de compromiso psicoterapéutico.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
- Lápices.



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Saludo y presentación

Procedimiento:

Como parte inicial del desarrollo del programa, cada una de las facilitadoras se presentará frente al grupo de usuarios, de igual manera dará a conocer sus expectativas en cuanto a la participación de estos en cada una de las actividades que se realizarán, así como también de los resultados esperados. Además, se animará a los presentes a asistir a cada una de las sesiones programadas y a cumplir con las tareas que se les serán asignadas semanalmente, explicándoles que es de esta manera que podrán obtener mejores resultados en cuanto a la reducción de los síntomas de ansiedad.



Actividad N° 2: La pelota preguntona

Procedimiento:

Se les indicará a los participantes que se realizará la dinámica de presentación llamada “la pelota preguntona”. Posteriormente se les pedirá que se dirijan todos al frente y formen un círculo. Cuando formen el círculo se les explicará que esta actividad tiene como finalidad el que se conozcan mejor, y crear a la vez un clima de confianza entre el grupo.



Seguidamente se les proporcionará una pelota pequeña y se explicará que mientras suena una canción la pelota se pasará de mano en mano, y cuando la música deje de sonar tendrán que detener el ejercicio; la persona que quede con la pelota en la mano se presentará para el grupo, dirá su nombre y lo que le gusta hacer en sus tiempos libres. De esta manera la actividad continuará hasta que se presenten todos. En el caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta. Al finalizar se pedirá que regresen a sus debidos asientos. Asimismo, se les pedirán que hagan comentarios sobre qué les pareció la realización de la dinámica.

Actividad N° 3: Carta de bienvenida

Procedimiento.

Se dará lectura a carta de bienvenida, con el objetivo de reconocer la disponibilidad de cada uno de los participantes para presentarse a las sesiones psicoterapéuticas programadas.

En esta carta además de agradecerles por su participación, también se indicará que se les proporcionará materiales para el desarrollo de las diferentes actividades, que se les proporcionará información actualizada sobre el trastorno de ansiedad, asimismo se les dirá que pueden preguntar a las facilitadoras sobre cualquier inquietud que se les presente durante el desarrollo de las diferentes actividades que forman parte del programa. (Ver anexo 1)



Actividad N° 4: Presentación del programa

Procedimiento:

Se explicarán los aspectos generales del programa que se ejecutará; entre ellos: como está dividido éste, el número de sesiones que se harán, el tiempo estimado para cada sesión, los días en que se asistirán a éstas, durante cuánto tiempo se estarán ejecutando, qué tipo de actividades forman parte del programa y la forma en que se desarrollarán.

Asimismo, se explicarán los beneficios de las actividades y la importancia de asistir a cada una de las sesiones, haciéndoles entender a los participantes que de su asistencia y responsabilidad en la realización de las actividades que se les indiquen dependerá la efectividad del programa para cada uno de ellos. Se concientizará sobre la prevención y cuidado de la salud mental, explicándoles que es un aspecto fundamental en el bienestar general del ser humano, ya que así como a la salud física se le considera importante, la salud mental también lo es, pues una inadecuada salud mental no solo afecta al individuo sino también a su contexto; es decir, sus relaciones familiares, de pareja, académicas, laborales, entre otros.



Actividad N° 5: Acta de compromiso

Procedimiento:

Se les proporcionará un acta de compromiso a cada integrante del grupo, en ésta los participantes se comprometerán a cumplir una serie de requisitos, entre los cuales se encuentran: Asistir puntualmente a las reuniones, escuchar de forma atenta y respetuosa las intervenciones de cualquier miembro del grupo o encargado, no abandonar el grupo hasta que haya terminado la reunión, practicar en la vida cotidiana las técnicas aprendidas y a finalizar completamente el programa de tratamiento. Cuando hayan leído



y comprendido todos los requisitos, se indicará que deben firmar en la parte inferior de la hoja. Se explicará que esto es un símbolo de compromiso para formar parte del programa de tratamiento y de las diferentes actividades que se estarán desarrollando. (Ver anexo 2)

Actividad N° 6: Aplicación de pre-test

Procedimiento:

Se proporcionará a cada uno de los asistentes la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Ver anexo 3). Posteriormente se les explicará qué con la aplicación de esta prueba se pretende conocer los síntomas de ansiedad que presentan y con qué intensidad estos se manifiestan. Asimismo se les darán a conocer las indicaciones

necesarias para contestar las preguntas o situaciones que se les plantean en el cuestionario, se les indicará que estas indicaciones se encuentran en la primera página de la prueba, serán estas indicaciones en las que la facilitadora se guiará para explicar a los participantes la forma en que contestarán la prueba. Se indicará que no habrá respuestas buenas o malas, ya que solamente se pretende conocer la manera en que generalmente reaccionan ante diferentes situaciones de la vida cotidiana. La prueba posee un tiempo de aplicación de aproximadamente cincuenta minutos.

Una vez terminada la prueba anterior se les proporcionará la prueba Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (**Ver anexo 4**), se les explicará qué se pretende con la aplicación de esta prueba. Además se les explicarán las indicaciones para contestar el formato, las cuales se encuentran en la misma página de las preguntas o situaciones a las que deben contestar. Esta prueba posee un tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos.



ANEXOS

AREA I: PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL



ANEXO 1.

CARTA DE BIENVENIDA

Como grupo de facilitadoras queremos agradecer su interés por asistir y participar a nuestro taller denominado programa de tratamiento cognitivo conductual grupal. Un programa en que hemos reunido la información más actualizada sobre el tema relacionado con la ansiedad, pensando siempre en la salud mental que cada uno de nosotros merecemos

La mayor parte de información que se les va a compartir, a ustedes es completamente nueva y actualizada; si bien hay textos, que se han retomado de otros programas aplicados. En todo caso, la información ha sido revisada, actualizada y programada en una secuencia que les facilite al máximo la tarea de vencer o controlar su ansiedad.

Cualquier duda que tengan deben hacerla a nosotras como facilitadoras que estaremos para servirles a ustedes en sus inquietudes.

Les proporcionamos toda la información que necesiten y algunos materiales que serán necesarios en esta tarea que ahora iniciamos con mucho agrado.

Sin otro particular y reiterándoles nuestro agradecimiento por su confianza en nuestro equipo de profesionales, deseamos que disfrute de su curso y que logre vencer la ansiedad.

Reciba un saludo cordial,
El equipo Clínico de trabajo

Atentamente.

F: _____
Facilitadora

F: _____
Facilitadora

F: _____
Facilitadora

F: _____
Profesor Responsable

ANEXO 2.

ACTA DE COMPROMISO

Fecha:

Yo _____ como
participante de este programa, me comprometo a:

- Asistir puntualmente a las reuniones.
- Escuchar de forma atenta y respetuosa las intervenciones de cualquier miembro del grupo o encargado.
- No abandonar el grupo hasta que haya terminado la reunión.
- Practicar en mi vida cotidiana las técnicas aprendidas.
- A finalizar completamente el programa de tratamiento.

Firma: _____

ANEXO 3.

ISRA

Apellidos y nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: V ___ M ___ Estado Civil: _____ Fecha: _____
 Centro: _____ Curso/Puesto: _____

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

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

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

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

Vea los siguientes ejemplos:

Respuestas

1.	Me desconcierto; no sé qué hacer.
2.	Tengo la impresión de que soy un inútil.
3.	No puedo concentrarme en el trabajo.
4.	Tengo dificultades para dormir.
5.	Pierdo el apetito.

	SITUACIONES	1	2	3	4	5	OBSERVACIONES
1	Si un problema me preocupa mucho.						
2	Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.						

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

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

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

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



RESPUESTAS

1. Me preocupo fácilmente.
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, torpe, etc.
3. Me siento inseguro de mí mismo.
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
5. Siento miedo.
6. Me cuesta concentrarme.
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

0 Casi nunca
1 Pocas veces
2 Unas veces si otras veces no
3 Muchas veces
4 Casi siempre



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

F

RESPUESTAS

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

- | |
|--------------------------------|
| 0 Casi nunca |
| 1 Pocas veces |
| 2 Unas veces si otras veces no |
| 3 Muchas veces |
| 4 Casi siempre |



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



RESPUESTAS

1. Llora con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con algunas partes de mi cuerpo (Rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos).
3. Fumo o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o rehuir la situación.
5. Me muevo y hago cosas sin finalidad concreta.
6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes
7. Tartamudeo o tengo dificultades de expresión verbal.

0 Casi nunca

1 Pocas veces

2 Unas veces si
otras veces no

3 Muchas veces

4 Casi siempre



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

ANEXO N° 4.

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

N°		NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Me siento a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Estoy agitado	1	2	3	4
14	Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15	Me siento relajado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

Nº		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy un persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Estoy satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Área II

PSICOEDUCACIÓN Y COMPONENTE FISIOLÓGICO



SESIÓN N° 2



Objetivos:

- Generar confianza entre los miembros del grupo a través de la aplicación de la técnica de animación ‘El ciego y el Lazarillo’
- Que los participantes logren un mayor conocimiento sobre los trastornos de ansiedad.
- Desarrollar en los/las participantes habilidades en técnica de respiración.
- Estimular a los participantes que practiquen diariamente ejercicios de respiración.



Recursos:

- Papelógrafo
- Plumones
- Retroproyector
- Computadora
- Sillas
- Mesas
- Ficha de evaluación



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: El ciego y el lazarillo

Procedimiento:

Se les mencionará a los participantes que iniciaremos realizando una actividad denominada “El ciego y el lazarillo” con el fin de generar confianza entre los miembros del grupo de orientación, siéndoles útil también para dejar a un lado las preocupaciones diarias generadoras de ansiedad. Se les pedirá a los miembros del grupo que formen parejas, seguidamente se mencionará que se dispersarán por un espacio bastante ancho, en el cual hay diferentes obstáculos (sillas, mesas, u otros objetos.). Dentro de cada pareja uno tomará el rol de ciego y el otro de lazarillo.

El lazarillo se situará tras el ciego y poniendo su mano sobre el hombro de su compañero “ciego”, para que este lo pueda sentir, susurrará a su oído el camino que debe seguir o la manera de evadir los obstáculos. Después de un rato se intercambiarán los roles. Ambos dispondrán de la oportunidad de situarse en las diferentes posiciones para experimentar las diferentes sensaciones.

Al terminar la dinámica, los miembros del grupo deberán compartir verbalmente las sensaciones vividas, sobre lo que sintieron al ser ayudados y al ayudar al otro, se finalizará con una reflexión en donde se les explicará que en ocasiones necesitamos la ayuda de otras personas para enfrentar las dificultades que se nos presentan en la vida, y de igual manera nosotros podemos ayudar a otros que también lo necesitan.



Actividad N° 2: Aprendiendo sobre el Trastorno de Ansiedad

Procedimiento:

Por medio de lluvia de ideas se pedirá a los asistentes que mencionen lo que conocen por ansiedad; las ideas que estos proporcionen se irán anotando en un papelógrafo para luego formar el concepto de ansiedad. Seguidamente se hablará sobre la ansiedad normal y ansiedad patológica, estableciéndose sus diferencias.

Asimismo se explicará sobre las causas que generan la ansiedad. Como siguiente punto se describirán los síntomas según los tres componentes: fisiológico, cognitivo y motor. También se mencionarán los tipos de trastornos de ansiedad. De igual manera se darán a conocer las consecuencias y



qué hacer o cómo se deben tratar. En el desarrollo de cada uno de estos aspectos mencionados, se irán haciendo preguntas y pidiendo opiniones, de manera que los participantes tengan una participación activa, permitiéndoles compartir sus vivencias y escuchar las experiencias de los demás.

Por otra parte, también se les explicará a los asistentes los beneficios que obtendrán de las técnicas de relajación a desarrollar, entre ellas las técnicas de respiración y las técnicas de relajación muscular. **(Ver anexo 5).**

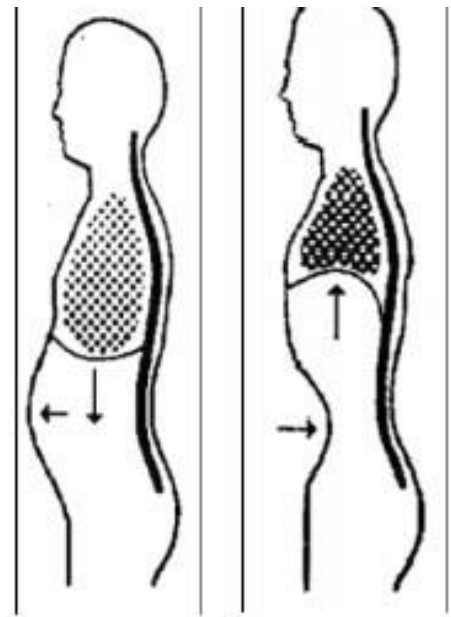
Actividad N° 3: Respiración diafragmática

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la respiración diafragmática consiste principalmente en llevar el aire hasta la parte inferior de los pulmones, lo cual permite una mayor oxigenación del organismo, se mencionarán los beneficios que obtendrán de esta técnica, entre los cuales se destaca la reducción de síntomas de ansiedad; y para una mayor comprensión por parte de los asistentes, también se hará la presentación de un video ilustrativo de respiración diafragmática. Seguidamente se darán las indicaciones siguientes:

Siéntese adecuadamente en una silla, con ambos pies apoyados en el suelo, pongase una mano en el pecho y la otra sobre el estómago, deje los hombros tan caídos como pueda, cierre los ojos mientras realiza el ejercicio.

A continuación, se irán dando indicaciones que consisten principalmente en tomar aire por la nariz y tratar de dirigirlo en cada inspiración hacia la parte inferior de los pulmones, lo cual debe provocar que la mano colocada en el estómago se mueva, pero no la que está colocada en el pecho; se retendrá el aire un instante y luego se les indicará que exhale hundiendo un poco el estómago. Se repetirá esta acción 10 veces, hasta lograr su dominio.



Posteriormente se indicará hacer la misma respiración,

pero esta vez más lenta, para ello se les explicará que al inhalar se contará hasta 5, al mantener el aire se contará hasta 3 y mientras se exhala se contará hasta 5. Para lograr un total dominio, este proceso se repetirá 10 veces más. **(Ver anexo 6)**

Se pedirán opiniones a los participantes sobre que les pareció la técnica y las dificultades que se les presentaron al realizarla.

Actividad N° 4: Asignación de tarea

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que se les asignará una tarea, la cual consistirá en practicar en casa la técnica de respiración diafragmática, siguiendo las indicaciones y sugerencias que se les han proporcionado, deberán practicarla dos veces al día, por la mañana y por la tarde.

Además, se les dará una ficha de evaluación en donde deberán registrar el cumplimiento diario de la tarea asignada (**Ver anexo 7**).

Se les indicará que en la próxima sesión se hará una revisión de la ficha de evaluación y además expresarán los cambios que han detectado al practicarla y las dificultades que tuvieron.



SESIÓN N° 3



Objetivos:

- Desarrollar en los/as participantes la habilidad de comprensión de mensajes no verbales y trabajo en equipo.
- Fomentar en los/as participantes el control de emociones, sensaciones y comportamiento.
- Promover el aprendizaje de técnicas de relajación y el adecuado desarrollo de éstas.
- Generar en los participantes un sentido de compromiso frente a la efectividad del programa a través de la asignación de tareas.



Recursos:

- Papel bond
- Ficha de evaluación



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Dilo con mímica

Procedimiento:

Se indicará a los participantes que formen dos grupos, teniendo que elegir a un representante por cada uno. Se explicará que esta actividad consiste en la comprensión de mensajes no verbales y del trabajo en equipo, por lo que deberán trabajar en conjunto para lograr avanzar. Con una moneda se rifará el grupo de participantes que comenzará primero y se les indicará que pasen al frente, se pedirá al representante del grupo que se ubique frente a éste, se le mostrarán papelitos con nombres de objetos o profesiones y se le dirá que tendrá que sacar uno por uno y hacer mímicas a su grupo para que éstos adivinen a que se refiere, tendrán que ser únicamente señas, no permitiéndose la emisión de palabras o sonidos. Cuando el grupo adivine la primera palabra, se pasará a la siguiente y así sucesivamente. Una vez finalice el primer grupo, pasará el siguiente; se les aclarará que cada grupo tendrá un tiempo límite para acertar.

Para finalizar la actividad se harán las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció la dinámica? ¿Consideran que se dio el trabajo en equipo? ¿Qué estrategias utilizaron para poder descifrar las mímicas, ya sea individual o grupalmente? ¿Consideran que si hubiesen tenido que adivinar por si solos, lo hubiesen hecho en menos tiempo que de forma grupal? ¿Consideran importante el apoyo grupal en este tipo de actividades y en los problemas de la vida diaria?



Actividad N°2: Técnica de visualización

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la técnica de visualización consiste en aprender a relajarse imaginando vívidamente diferentes cosas, lugares o situaciones, tomando en cuenta todos los detalles que podamos incluir; por ejemplo, un paisaje, árboles, animales, ríos, cascadas, aromas, etc. Además, se explicará que este tipo de técnicas contribuye al control de nuestras emociones, sensaciones y comportamiento. Cuando los participantes logren comprender en qué consiste esta técnica se darán las siguientes indicaciones: Siéntese adecuadamente en su silla, coloque sus manos sobre sus piernas, deje los hombros tan caídos como pueda, cierre sus ojos... realizaremos 10 respiraciones profundas, respirando profundamente por la nariz y luego dejando salir el aire por la boca, lo hará al momento que se le indique, comencemos... Inhale..... exhale..... lo repetiremos 9 veces más.....



Cuando los participantes ya se encuentren completamente relajados se irán dando las siguientes indicaciones: imagine una escena que le produzca relajación, puede ser imaginaria o una situación vivida realmente por usted; por ejemplo: un paisaje visto o un momento particular tranquilizador y placentero.... Ahora concéntrese en los detalles de la escena, imaginándola como si realmente estuviese experimentándola... imagine olores, colores, ruidos, la sensación de estar en ese lugar, objetos, personas, animales, paisajes, arboles, entre otros.... permanezca así por dos minutos, disfrutando la estancia en ese lugar que ha elegido como placentero..... Ahora realizará 5 respiraciones profundas... Inhale... exhale... Hágalo cuatro veces más.... Ahora abra los ojos lentamente.....

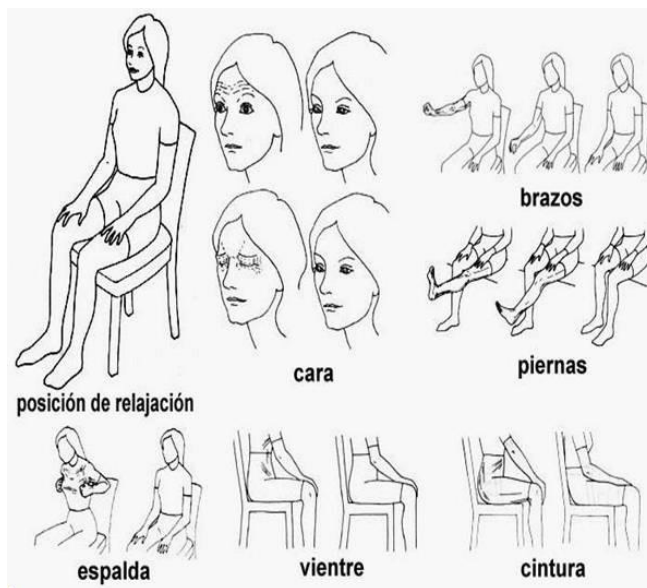
Al finalizar la técnica se pedirán a los participantes de manera voluntaria comentarios sobre la realización de esta actividad y las sensaciones vividas.

Actividad N° 3: Relajación progresiva de Jacobson

Procedimiento:

Para la realización de esta técnica se explicará que la relajación progresiva consiste en ir tensionando y luego relajando ciertas partes del cuerpo, y que ésto tendrá como resultado lograr un estado de relajación muscular; también se pretende que logren detectar cuando el cuerpo está tensionado y como poder relajarlo. Esto hará que tengan mayor autocontrol sobre sus emociones y comportamiento, lo cual hará que disminuyan considerablemente los síntomas fisiológicos del trastorno de ansiedad que presentan. Además se explicarán los pasos a seguir y las partes del cuerpo que se involucrarán en el desarrollo de la técnica. Seguidamente se dará una preparación previa, dando las siguientes indicaciones:

Siéntese en una silla cómodo/a, con ambos brazos sobre sus piernas, ponga los pies apoyados en el suelo, las manos sobre las rodillas y deje los hombros tan caídos como pueda, cierre los ojos mientras hace el ejercicio.... Realizaremos 5 respiraciones profundas, inhalando por la nariz, dirigiendo el aire hacia



el estómago y luego exhalando por la boca, comenzaremos.... Inhale....diriga el aire hacia su estómago... Exhale.... Realice esta respiración cuatro veces más....

Posteriormente se irán dando indicaciones que consisten principalmente en que haciendo constantemente respiraciones profundas, se vayan tensionando y luego relajando ciertas partes del cuerpo como: cuello, brazos, pecho, ojos, cejas, nariz, mandíbula, codos, piernas, etc. (**Ver anexo 8**). Cuando se finalice la técnica, se pedirán opiniones sobre ésta, sensaciones durante el desarrollo de la actividad y complicaciones que se les presentaron al realizarla.

Actividad N° 4: Revisión y Asignación de tarea

Procedimiento:

Se revisará la ficha de evaluación asignada en la sesión anterior, se pedirá a los participantes que expresen sus experiencias en cuanto a la realización de la tarea y las dificultades que se presentaron.

Por otra parte, se asignará una nueva tarea, la cual consistirá en practicar en casa la técnica Relajación progresiva de Jacobson, deberán practicarla dos veces al día, por la mañana y por la tarde. Se les explicará que nuevamente utilizarán la ficha de evaluación, en donde registrarán el cumplimiento diario de la tarea asignada (**Ver anexo 7**). Se les indicará que en la próxima sesión se hará la revisión y además expresarán los cambios que han detectado al practicarla y si hubo alguna dificultad al realizarla.



SESIÓN N° 4



Objetivos:

- Fomentar en los/as participantes la resistencia y autocontrol ante estímulos externos
- Lograr un estado de relajación mediante el control voluntario de la respiración.
- Que los participantes logren una adecuada relajación en las diferentes partes del cuerpo.
- Estimular a los participantes a realizar la técnica del escaneo corporal diariamente.



Recursos:

- Papelógrafo.
- Plumones.
- Grabadora.
- Ficha de evaluación
- Sillas.



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: La risa

Procedimiento:

Se formarán dos grupos y a cada uno se les pedirá que hagan una fila, de manera que ambos queden de frente con una distancia no superior a los dos metros. Posteriormente se le indicará a cada uno que se asignen un nombre que los caracterice como grupo. Seguidamente se lanzará una moneda para rifar cuál de ellos comenzará primero y al grupo que resulte seleccionado se le explicará que por medio de muecas y señas harán lo posible por hacer reír a los integrantes del otro grupo, mientras que los miembros de éste harán lo posible por mantenerse serios, y cada integrante que comience a reírse se irá retirando de la fila.

Posteriormente se invertirán los papeles y el grupo que hacía señas y muecas ahora serán quienes tratarán de permanecer serios, mientras que el otro hace lo posible por hacerlos reír.

Se determinará qué grupo permaneció más tiempo sin reírse. Asimismo, se pedirán opiniones a los participantes sobre qué les pareció la actividad, dificultades que tuvieron para autocontrolarse y mantenerse serios, así como también la importancia de resistir estímulos externos y desarrollar un mejor autocontrol emocional y del comportamiento.



Actividad N° 2: Respiración profunda.

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que este ejercicio consiste en hacer inspiraciones profundas para que el aire se dirija al estómago, permitiendo un mayor ingreso de aire al organismo, lo cual tiene múltiples beneficios entre ellos una mejor oxigenación de la sangre y un adecuado estado de relajación. Para mejores resultados en la realización de este ejercicio se utilizará música relajante. A continuación, se describen las indicaciones que se darán a los participantes:

Siéntese cómodamente, cierra sus ojos, coloque su mano izquierda sobre el abdomen y la mano derecha sobre la izquierda, sus hombros tienen que estar tan caídos como sea posible... Imagine que tiene una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoya las manos, comenzará a respirar y a notar cómo se va llenando de aire la bolsa; es decir, su estómago, inhalará durante 3 segundos, luego mantendrá la respiración y repetirá “mi cuerpo esta relajado”, después exhalará repitiendo en su mente la frase “estoy relajado y suelto las tensiones”



Comenzaremos... inhale 1...2...3... Mantenga la respiración y repita interiormente "mi cuerpo está relajado"...ahora exhale el aire despacio y repita “estoy relajado y suelto las tensiones”....

Para un mejor dominio de este ejercicio lo repetiremos 8 veces más... comencemos....

Ahora concéntrese en la música de fondo y sienta como su cuerpo en este momento se encuentra relajado.... Ahora habrá lentamente los ojos.

Para finalizar la actividad se pedirán opiniones a los participantes sobre la realización de la actividad.

Actividad N° 3: El escaneo corporal

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la técnica del escaneo corporal consiste en que por medio de respiraciones profundas irse enfocando en las diferentes partes del cuerpo, detectando posibles malestares en éstas, y luego imaginar que cada respiración fluye hasta éstas partes o miembros del cuerpo, produciendo una sensación de bienestar. Además se explicarán los pasos a seguir y se mostrarán las partes del cuerpo en las que se hará el escaneo corporal.

Se darán las siguientes indicaciones:

Siéntese adecuadamente en una silla, con ambos brazos sobre sus piernas y ambos pies apoyados en el suelo, deje los hombros tan caídos como pueda, cierre los ojos mientras hace el ejercicio.

Se indicará hacer 5 respiraciones profundas y posteriormente se irán dando las siguientes indicaciones:

Sin dejar de realizar las respiraciones enfóquese en los dedos de su pie derecho...observe las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia los dedos de su pie derecho... permanezca enfocado en esta área durante unos segundos, no dejando de realizar la respiración.

Estas mismas indicaciones se darán al dirigirse a las otras partes del cuerpo: planta del pie, tobillo, pantorrilla, rodilla, muslo tanto del pie derecho como izquierdo. Posteriormente la cadera, abdomen y pecho. Seguidamente se indicará dirigirse a brazo derecho y luego al izquierdo; lo cual incluye dedos, muñeca de la mano, antebrazos, brazos y hombros.

El siguiente es el cuello y posteriormente la cara; prestando atención en la mandíbula, mentón, labios, lengua, nariz, mejilla, ojos y frente. La siguiente y última parte del escaneo es la parte superior de la cabeza (**Ver anexo 9**)



Para finalizar la técnica, se indicará dejar ir la respiración lo más intensa posible, inhalando y exhalando lentamente, se pedirá realizar esta acción una vez más y posteriormente abrir los ojos lentamente.

Se pedirán opiniones a los participantes sobre las sensaciones detectadas durante la realización de la técnica, qué les pareció, complicaciones, entre otros.

Actividad N° 4: Revisión y Asignación de tarea

Se revisará la ficha de evaluación asignada en la sesión anterior, se pedirá a los participantes que expresen sus experiencias en cuanto a la realización de la tarea y las dificultades que se presentaron.

Por otra parte, se asignará una nueva tarea, la cual consistirá en practicar en casa la técnica el escaneo corporal, deberán practicarla dos veces al día, por la mañana y por la tarde. Se les explicará que nuevamente utilizarán la ficha de evaluación, en donde registrarán el cumplimiento diario de la tarea asignada (**Ver anexo 7**)

Se les indicará que en la próxima sesión se hará la revisión y además expresarán los cambios que han detectado al practicarla y si hubo alguna dificultad al realizarla.



ANEXOS

ÁREA II: PSICOEDUCACIÓN Y COMPONENTE FISIOLÓGICO



ANEXO 5.

CONTENIDO DE PSICOEDUCACIÓN

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Ansiedad normal y ansiedad patológica

La **ansiedad normal** es aquella que se presenta con una intensidad baja o media con una duración poco prolongada y cuando existen motivos que nos puedan llevar a sentirnos ansiosos. Es decir, que con una ansiedad normal podríamos llegar a saber exactamente qué es lo que nos causa ansiedad. Tal como sucede con los actores y otros artistas con el miedo escénico cuando tienen que salir al escenario por primera (o sexta) vez. Esta ansiedad es manejable y el individuo puede sobreponerse a ella y llegar a reducir la sensación ansiosa que siente.

En cambio, una **ansiedad patológica**, puede darse que el individuo no sea capaz de concretar exactamente qué es lo que le genera un ataque de ansiedad. Otra diferencia es el grado de respuesta, en aquellas personas con una patología ansiosa la frecuencia de episodios de ansiedad es más habitual, siendo los episodios de mayor intensidad y duración que el caso “estándar”. Cabe destacar como rasgo importante la reacción desproporcionada ante la amenaza que genera la ansiedad llegando a interferir con la vida cotidiana del individuo. Si la ansiedad interfiere con muchas áreas de la vida diaria como las tareas escolares, laborales o las relaciones con los demás, es posible que se sufra de un trastorno de ansiedad.

<i>Ansiedad normal</i>	<i>Ansiedad patológica</i>
Episodios poco frecuentes	Episodios muy repetidos
Baja intensidad de la experiencia	Alta duración de la experiencia
Duración con tiempo límite	Tiempo excesivo o muy prolongado
Reacción esperada al estímulo	Reacción desproporcionada al suceso
Sufrimiento transitorio	Sufrimiento intenso y duradero
Baja o nula interferencia en la vida	Profunda interferencia en la vida

TRASTORNO DE ANSIEDAD



Es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica.

➤ CAUSAS

Algunas de las causas de los trastornos de ansiedad pueden ser:

- **Genética.** Un historial de ansiedad dentro de la familia.
- **Bioquímica.** Un desequilibrio de las sustancias químicas en el cerebro que regulan los sentimientos y las reacciones físicas, las cuales pueden alterar los pensamientos, emociones o conducta.
- **Un evento estresante.** Un solo evento o una serie de eventos tales como divorcio, abuso, acoso escolar continuo (bullying), abuso sexual, una muerte, problemas de salud, ruptura de una relación o conflicto familiar.
- **Personalidad.** Ciertos tipos de personalidad corren más riesgo de sufrir de ansiedad que otros.

➤ SÍNTOMAS

Los síntomas se dividen en tres componentes:



- **Fisiológico – somático.**

La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Por un lado un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso o aumento de la salivación, agitación respiratoria, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea o molestias en el estómago. No es infrecuente que por el estado de hipervigilancia la persona presente dificultades de sueño.

Las alteraciones del apetito pueden oscilar desde su aumento a la disminución, lo mismo puede observarse en relación al impulso sexual.

- **Subjetivo – cognitivo.**

Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. A esta dimensión pertenecen las vivencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, pensamientos obsesivos, etc. Es un estado emocional desagradable semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo. El componente subjetivo se considera el elemento central de la ansiedad.

- **Motor – conductual.**

Corresponde a los componentes observables de la conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, en referencia a las respuestas de huida, defensa y evitación.

➤ **TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV se dividen principalmente en:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.**

Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico. Como su nombre lo indica, se refiere a la situación en la que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos. Las personas que padecen del trastorno de ansiedad generalizada pueden comenzar a sufrir dolores de cabeza, sudoración, mareos, palpitaciones cardiacas o insomnio.

- **Trastorno de pánico**

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad en el que la persona afectada sufre repetidos ataques súbitos de terror en ausencia de estímulos externos que puedan

desencadenarlos. Los episodios frecuentes de terror acompañados de un fuerte estado de ansiedad se denominan ataques de pánico o, en algunos casos, ataques de ansiedad o crisis de ansiedad.

Según el NIMH, el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por episodios inesperados y repetidos de intenso miedo acompañados por síntomas físicos que pueden incluir dolor en el pecho, palpitaciones aceleradas del corazón, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo.**

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones (imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos) y compulsiones (insta a realizar determinados actos o rituales). A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión.

- **Trastorno por estrés postraumático.**

El trastorno de estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se produce a partir de una experiencia traumática. El estrés post-traumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo. Los síntomas comunes incluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión.

- **Trastorno por estrés agudo.**

El trastorno por estrés agudo es un trastorno de ansiedad, a medio camino del trastorno de estrés postraumático, en el que la persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física de uno mismo o de los demás.

A diferencia del trastorno de estrés postraumático, los síntomas aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas.

Al igual que en el trastorno de estrés postraumático pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran un sintomatología similar a estos.

- **Trastorno de ansiedad social o fobia social.**

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un intenso, crónico y persistente temor, acompañado de conductas de evitación, a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo en situaciones de interacción social. Este temor puede ser específico para situaciones sociales especiales (como hablar en público) o, generalmente, experimentarse en la mayoría (o todas) de interacciones sociales. La ansiedad social específica a menudo manifiesta síntomas físicos tales como rubor, sudoración, temblor, taquicardias y dificultad para hablar.

- **Trastorno fóbico**

Las fobias o trastornos fóbicos corresponden a la mayor y más amplia categoría de los trastornos de ansiedad; incluye todos los casos en que se desencadena miedo y ansiedad por algún estímulo o situación específica. Las personas suelen anticipar las consecuencias terribles del encuentro con el objeto de su miedo, que puede ser cualquier cosa, desde un animal, objeto, persona, situación particular, o un fluido corporal. Los afectados entienden que su miedo es irracional, no proporcional al peligro potencial real, pero se ven abrumados por el miedo que se escapa a su control.

- **CONSECUENCIAS**

- **Físicas.** A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, entre otros. A largo

plazo se puede padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado.

- **Psicológicas.** Síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevar a la persona a una situación de aislamiento social, a recluírse en casa paralizadas por el miedo.
- **Relaciones interpersonales.** Se tienden a deteriorar las relaciones con familiares, amigos, parejas, etc. esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y con una misma lleva a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones; drogas, alcohol o cualquier otro medio que nos permita evadirnos por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando la vida de quien lo padece.

➤ **TRATAMIENTO**

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. Aunque el abordaje psicoterapéutico se plantea desde numerosos enfoques teóricos, se describe a continuación uno de los principales dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad:

Terapias cognitivo-conductuales

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas.

- **Terapia individual.**

La terapia individual es el encuentro entre el terapeuta y el paciente en donde en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura el paciente puede expresar sus problemas y emociones

- **Terapia de grupo.**

La psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, y aceptada desde hace más de 50 años

Se ha demostrado, mediante estudios científicos, que la psicoterapia de grupo es tan eficaz como la individual a veces aún más.

La sesión de terapia de grupo

La sesión de terapia de grupo es una tarea en colaboración, en la que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión, los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como "ayudantes terapéuticos" de los demás.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

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

Beneficios

- Disminuye del estrés y la ansiedad, lo cual además ayuda a pensar con mayor claridad y a ser más creativos.
- Elimina la tensión muscular y con ellos los dolores.
- Aumenta el nivel de conciencia.
- Incrementa el reposo y ayuda a lograr un descanso más profundo.
- Eleva la resistencia frente a las enfermedades.
- Contribuye a mantener en equilibrio la tensión arterial.
- Mejora la oxigenación y aumenta la energía y la vitalidad.
- Estimula a que predominen en nuestra mente los pensamientos positivos.

Cuando la relajación se convierte en una práctica diaria, sus beneficios son mayores. Por lo que se recomienda dedicar por lo menos 10 minutos diarios a la relajación, considerando que es el regalo que uno se hace por el esfuerzo de cada día.

Tipos

Hay muchas técnicas de relajación que puedes aprender, algunas más breves que otras. Pero fundamentalmente se basan en tres posibilidades:

- Técnicas de respiración.
- Técnicas de relajación muscular.
- Entrenamiento autógeno.

ANEXO 6.

PROCEDIMIENTO DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA

Indicaciones a seguir:

Siéntese adecuadamente en una silla, con ambos pies apoyados en el suelo, pongase una mano en el pecho y la otra sobre el estómago, deje los hombros tan caídos como pueda, cierre los ojos mientras realiza el ejercicio.

El objetivo de este ejercicio es dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones, con la mano colocada en su estómago lo percibirá mejor.

Tomará el aire por la nariz y tratará de dirigirlo en cada inspiración hacia la parte inferior de los pulmones. Esta acción debe provocar que se mueva la mano colocada en su estómago, pero no la que está situada sobre el pecho, tendrá que retener un momento el aire en esa posición, luego exhalará hundiendo un poco el estómago sin mover el pecho.

Ahora irá realizando la acción al momento que se lo indique...Inhale...notará como su estómago se hincha... retenga un momento el aire en esta posición... Exhale...hágalo hundiendo un poco el estómago sin mover el pecho....

Es importante repetir este proceso hasta que se domine totalmente, por eso lo practicaremos 10 veces más...

Ahora realizaremos la misma respiración, pero aprenderemos a hacerla más lenta. En esta ocasión en cada inhalación contará hasta 5, mientras retenga el aire contará hasta 3 y cuando exhale contará hasta 5.

Comencemos...Inhale...1...2...3...4...5... Retenga el aire un instante...1...2...3... Exhale...1...2...3...4...5...

Para dominar totalmente este proceso, lo repetiremos 10 veces más...

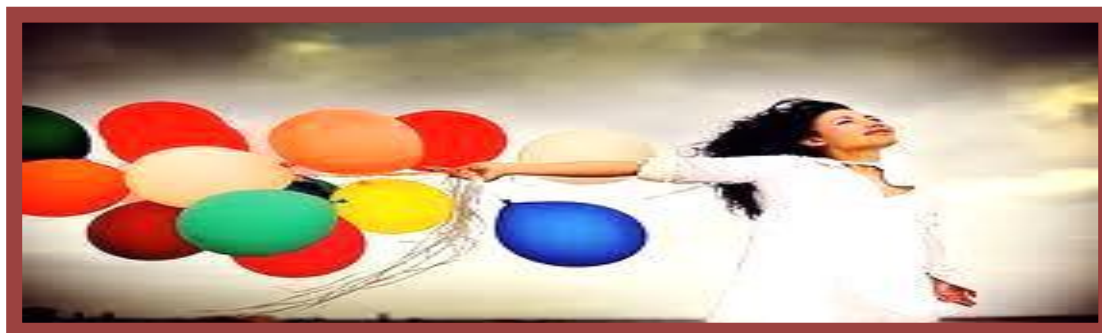
Ahora habrá lentamente los ojos....

¿Qué les pareció la técnica? ¿Se les hizo muy difícil o les parece fácil? ¿Qué paso se les hace más difícil realizar?.

ANEXO 7

FICHA DE EVALUACIÓN

LIBERÁNDOME DE LA ANSIEDAD



**PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL
GRUPAL PARA EL MANEJO ADECUADO DE SÍNTOMAS EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE
ANSIEDAD**

Nombre: _____

Sesión: _____ **Tarea:** _____

Indicación: Debe indicar con una X en los espacios de: “Siempre”, “A veces” o “Difícilmente” según el cumplimiento de la tarea que se le asigne.

Días	Tarea	Siempre	A veces	Difícilmente
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
TOTAL				

REGISTRO GENERAL DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS

N°	PARTICIPANTES	TAREAS													TOTAL
		Fisiológico				Cognitivo					Motor				
	NOMBRE	1	2	3	Total	4	5	6	7	Total	8	9	10	T	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															

ANEXO 8

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Luego de la preparación previa, se hará lo siguiente:

Cierre los ojos y comience inspirando el aire por su nariz y diríjalo hacia la parte baja de su vientre, no lo suelte aún....cuente mentalmente de manera lenta.....1....2....3, y suelte el aire suavemente entre sus labios. Vuelva a repetir esta respiración cuatro veces más.....Ahora comencemos a recorrer los principales músculos del cuerpo que se pueden poner en tensión y a prender a soltar la tensión acumulada en ellos. Comencemos por la cabeza. Suba sus cejas todo lo que pueda hacia arriba..... Manténgalas subidas.....note la tensión tan molesta y desagradable que se produce en su frente, sienes y zonas cercanas a su nariz. Note la tensión tan molesta.....ahora suavemente, deje caer lentamente sus cejas hacia la posición inicial....note lo agradable que resulta liberarse de esa tensión.....inspire aire por su nariz hacia la parte baja del vientre, retenga el aire....cuente lentamente 1... 2... 3... ahora suelte el aire suavemente entre sus labios y repítase mentalmente las palabras.... "Tranquilo/a....Relajado/a".....Continúe respirando así unas cuatro veces más..... Ahora apriete fuertemente sus párpados contra sus ojos..... Note la tensión tan molesta y desagradable que se produce en los párpados, los ojos y la zona cercana a la nariz y frente. ..Tensión molesta y desagradable....ahora, suavemente, suelte esos músculos...note como desaparece la tensión...lo agradable que resulta liberarse de ella. Vuelva a inspirar aire por su nariz hacia la parte baja de su vientre....retenga el aire...cuente lentamente mentalmente.....1..... 2..... 3, suelte el aire suavemente entre sus labios, y repítase pensando las palabras "Tranquilo/a....Relajado/a....". Usted cada vez está consiguiendo estar más tranquilo.....más relajado...continúe respirando de esta manera unas cuatro veces más ahora abra los orificios de su nariz tanto como pueda...note la tensión tan molesta en el puente de la nariz, las mejillas...tensión molesta y desagradable....manténgala.....y ahora suavemente suelte esa tensión...libérese de ella.....note lo agradable que resulta tener esos músculos sueltos y relajados.....inspire aire por su nariz hacia la parte baja de su vientre, reténgalo, cuente..1.....2....3.... y suéltelo suavemente entre sus labios. Pensando en las palabras....."Tranquilo/a....Relajado/a".....continúe respirando de esta manera cuatro veces

más.....ahora tire de las comisuras o extremos de los labios, como si forzara una sonrisa, todo lo que pueda.....mantenga esa tensión... note lo desagradable que resulta. La tensión en su mandíbula y labios.....y ahora, suavemente...suéltela.... note lo agradable que resulta soltar esa tensión.....respire profundamente de la manera indicada.... tomando el aire por su nariz hacia la parte baja del vientre....cuente de 1 a 3 lentamente y suéltelo suavemente entre sus labios, repitiéndose las palabras ...”Tranquilo/aRelajado/a....”....repita esta respiración cuatro veces más.....ahora apriete fuertemente sus dientes superiores contra los inferiores....manténgalos apretados....ahora suéltelos, libérese de la tensión acumulada en esa zona....disfrute del estado de relajación cada vez mayor..... Respire como viene haciéndolo....repítase mentalmente...”Tranquilo/a.....Relajado/a”.....y ahora incline la cabeza hacia adelante todo lo que pueda.....manténgala ahí....note la tensión en el cuello, garganta y nuca...tensión molesta.....que ahora suavemente suelta..... ”Tranquilo/a...y Relajado/a”..... tome el aire por tu nariz hacia la parte baja del vientre....cuente...1.....2.....3....Y lo suelta suavemente entre sus labios.....sigue repitiendo esta respiración cuatro veces más..... Y ahora incline la cabeza hacia atrás todo lo que pueda..... Manténgala así un momento, nota la tensión molesta en el cuello y nuca....ahora suéltela....vuelva la cabeza a su posición inicial....libérese de la tensión.....”Tranquilo/a y Relajado/a”.....respire profundamente..... cuente hasta tres y suelte el aire entre sus labios..... continúe ahora subiendo los hombros hacia arriba todo lo que pueda...note la tensión en esa zona...tensión molesta que ahora va a soltar...libérese de la tensión.....”Tranquilo/a.....Relajado/a”.....respire profundamente de la misma manera..... repita la respiración cuatro veces más..... y ahora doble los codos todo lo que pueda.....note la tensión en esa zona.....suelte la tensión....deje las manos sobre las nalgas.....se ha liberado de la tensión acumulada.... ”Tranquilo/a.... Relajado/a”..... respiración profunda y tranquila como viene haciéndolo.... Repítela cuatro veces más.....y ahora ...apriete el pecho hacia fuera,...sacando pecho.....nota la tensión en esa zona... zona....ten zona...tensión molesta.....si tensión molesta.....suelte la tensión acumulada.....”Tranquilo/a... .Relajado/a”....se libera de la tensión.....y respire lenta y profundamente.....y repite esta respiración cuatro veces más....suavemente.....cada vez está más y más relajado/a.....ahora apriete el estómago hacia dentro todo lo que pueda.....note la tensión en esa zona.....tensión molesta.....que ahora suelta.....se libera

de la tensión.....”Tranquilo/a y Relajado/a”.....respira profundamente.....cuatro veces más.....ahora levante su brazo derecho como si golpea al frente con el puño cerrado.....nota la tensión en el hombro, codo, antebrazo, mano, palma de la mano y dedos.....libere esa tensión. Deje caer lentamente la mano hacia la nalga..... se libera de la tensión..... ”Tranquilo y Relajado/a”.....respiración profunda.....el aire hacia la parte baja del vientre... cuente...1...2...3...y lo suelta suavemente entre sus labios..... repita cuatro veces esta respiración..... Y ahora haga lo mismo con el brazo izquierdo...lo levanta hacia el frente, con el puño cerrado..... Tensión molesta en el hombro...codo, antebrazo...muñeca.....mano...dedos.....y ahora suelta esa tensión...se libera de ella.....”Tranquilo/a...Relajado/a....”...respira profundamente... y repite esa respiración cuatro veces más..... Ahora levanta la pierna derecha. Todo lo que pueda. Y tira de la punta de los dedos hacia dentro. Como si quisiera tocarse la rodilla con los dedos del pie.....tensión molesta.....que ahora suelta....se libera de ella..... ”Tranquilo/a...y Relajado/a”... respiración profunda.... cada vez más tranquilo/a y relajado/a....repite esa respiración cuatro veces más..... ahora levante la pierna izquierda de la misma manera.....como si quisiera tocarse con los dedos la rodilla... tirando del empuje hacia la rodilla.....tensión molesta..... Que ahora libera... dejando la pierna caer suavemente..... ”Tranquilo/a.....Relajado/a.....”... respiración lenta y profunda..... disfrute de un completo estado de relajación y tranquilidad.....relajación.....tranquilidad.....relajación.....tranquilidad.....usted mismo lo ha hecho..... y con práctica.....lo hará..... mejor..... Y mejor.....tranquilidad.....relajación..... Y ahora lentamente..... Toma aire por su nariz.....hacia la parte baja del abdomen.....y la suelta suavemente por su boca.....cada vez que lo haga contara de 10 hasta10.....9.....8.....7.....6.....5.....abre los ojos.....4.....3.....2.....1.....puede incorporarse.....el ejercicio ha terminado.

ANEXO 9

ESCANEEO CORPORAL

Indicaciones a seguir:

Siéntese adecuadamente en una silla, con ambos brazos sobre sus piernas y ambos pies apoyados en el suelo y deje los hombros tan caídos como pueda, cierra los ojos mientras hace el ejercicio.

Comience concentrándose en su respiración, permitiendo que su estómago suba a medida que inhala y caiga al exhalar...inhale lentamente...ahora exhale lentamente.... repita esta acción 5 veces más.

Ahora sin dejar de realizar las respiraciones enfóquese en los dedos de su pie derecho...observe las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia los dedos de su pie derecho... permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Mueva el foco de atención hacia la planta de su pie derecho...observe las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración... preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia esta zona.... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto recuerde que no debe dejar de realizar la respiración.

Ahora dirija su atención al tobillo de su pie derecho... observe las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración.... preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia tu tobillo del pie derecho... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, recuerde que no debe dejar de realizar la respiración.

En este momento se dirige a la pantorrilla de su pie derecho...preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia su pantorrilla... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora el foco de atención lo dirige a la rodilla de su pie derecho...preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia tu pantorrilla... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Dirija su foco de atención al muslo derecho... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia su muslo... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora haremos lo mismo con su pie izquierdo, realizara la misma acción en los dedos, la planta del pie, el tobillo, la pantorrilla, la rodilla y el muslo izquierdo.... Comencemos.....

Ahora su atención la diriges hacia tu cadera... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...preste atención si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia su cadera... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Dirija su atención hacia su abdomen... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta su abdomen... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

En este momento enfóquese en su espalda, siempre realizando la respiración... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia su abdomen... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora dirija el foco de atención hacia su pecho... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona...

ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta su pecho... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora nos enfocaremos en su brazo derecho.....

Primero enfóquese en los dedos de su mano derecha... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta los dedos de su mano... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Enfóquese ahora en la muñeca de su mano derecha... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta la muñeca de su mano derecha... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Dirija su atención hacia su antebrazo derecho... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta su antebrazo derecho... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora enfóquese en su brazo derecho... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta su brazo derecho... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Enfóquese en su hombro derecho... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en tu respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta su hombro derecho... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora haremos lo mismo con su brazo izquierdo, realizará la misma acción en los dedos, en la muñeca, antebrazo, codo, brazo y hombro izquierdo.... Comencemos.....

Diríjase a su cuello... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada

respiración profunda fluye hacia su cuello... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora enfóquese en su cara, preste atención a su mandíbula... mentón... labios... lengua. Nariz... mejilla... ojos... frente... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zonas... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hacia cada zona de su cara... Permanezca enfocado en estas áreas durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Enfóquese ahora en la parte superior de su cabeza, en la parte del cuero cabelludo... preste atención a las sensaciones sin dejar de centrarse también en su respiración...concéntrese si tiene algún malestar en esta zona... ahora imagine que cada respiración profunda fluye hasta la parte superior de su cabeza... Permanezca enfocado en esta área durante un minuto, no dejando de realizar la respiración.

Ahora que hemos terminado el escaneo corporal, deje ir su respiración más allá de su cuerpo e imagínese flotando por encima de si mismo... hágalo una vez más... inhale.... exhale...

Ahora abra los ojos lentamente...

Área III

COMPONENTE COGNITIVO



SESIÓN N° 5



Objetivos:

- Que los participantes logren comunicarse adecuadamente por medio de la técnica de animación “mensajero feliz”
- Desarrollar en los/as participantes habilidades de autocontrol de las emociones y sensaciones.
- Enseñar a los participantes sobre el surgimiento de ideas irracionales y sus características.
- Que los participantes sean capaces de identificar las ideas irracionales y puedan modificarlas.



Recursos:

- Papel bond
- Papelógrafo
- Plumones
- Lápices
- Sillas
- Mesas
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Mensajero feliz

Procedimiento:

Se les mencionará a los participantes que iniciaremos la sesión realizando una técnica de animación llamada “Mensajero feliz” con el fin de olvidar por un momento los problemas cotidianos y generar confianza entre el grupo. Se pedirá a los participantes que se pongan de pie y que formen un círculo. La coordinadora que dirija el juego deberá pensar una frase:

“LAS ESTRELLAS Y LA LUNA EN EL CIELO NEGRO” (Ver anexo 10)

Que luego susurrará al oído del jugador de su derecha, de manera que el resto del grupo no pueda oír lo que se ha dicho. El segundo participante hará lo mismo con el siguiente jugador que está a su derecha, el mensaje deberá continuar hasta que llegue al último jugador, el cual deberá mencionar la frase en voz alta. En este momento se comparará la frase que ha llegado al oído del último participante con la frase que se había pensado al comenzar el juego, al finalizar la dinámica se dará una reflexión sobre la facilidad con la que podemos distorsionar un mensaje y como nos puede afectar en nuestro entorno.



Actividad N°2: Técnica de visualización: El paisaje interior

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes en qué consiste la técnica de visualización, recordándoles que ésta también se realizó en una de las sesiones anteriores, en donde se les explicó que esta técnica consiste en aprender a relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas, lugares o situaciones de la forma más realista posible, tomando en cuenta todos los detalles que podamos incluir; por ejemplo, un paisaje, árboles, animales, ríos, cascadas y aromas. Además, se explicará que este tipo de técnicas contribuye al control de nuestras emociones, sensaciones y comportamiento, se logrará también conseguir un estado de relajación total.

Posteriormente se pedirá que se sienten lo más cómodos posible sobre sus sillas, que mantengan sus ojos cerrados en el tiempo que dure la técnica para que logren una mayor concentración. Seguidamente se pedirá que realicen 5 respiraciones profundas, y cuando ya se encuentren en completa calma se pedirá que imaginen lo que a continuación se irá mencionando:

Veo ahora mi pantalla mental... Me imagino que la tengo delante de mí... Ahora, voy a imaginar una lista de lugares, y voy a escoger uno de ellos, el que yo quiera, el que más me guste, el que más llame mi atención, el que más me atraiga... Un bosque... Un río... Un jardín... Un lago... La orilla de una playa... La cima de una montaña... elijo mi paisaje, el lugar que más me gusta... contaré hasta tres, y, cuando diga TRES, proyectaré ese lugar en mi pantalla mental... UNO, DOS, TRES; ya he proyectado en mi pantalla mi paisaje, lo tengo delante de mí... Voy ahora a examinar con todo cuidado mi lugar... ¿Qué color tienen los elementos de ese sitio? Me imagino en el centro, y me fijo en lo que hay a mi derecha... a mi izquierda... al fondo... ¿Cómo es el cielo?... ¿Qué sonidos escucho en este lugar? Escucho con atención... ¿Qué olores percibo?... ¿Qué temperatura hace?... Me imagino caminando por este escenario, acercándome a las cosas que veo, tocando, oliendo,

escuchando... ¿Cómo voy vestido?... Ahora intento ver cómo me siento en este lugar... ¿Estoy contento, tranquilo, feliz y relajado? ¿Me encuentro completamente a gusto?... Examinó cómo me encuentro estando en este maravilloso lugar... Ahora vuelvo a mirarlo todo otra vez, veo el paisaje entero... ¿Hay algo que quiera cambiar? Si es así, cambio lo que no gusta. Las coloco como yo quiera... Sigo cambiando cosas, hasta que me parezca que el lugar ya está perfecto para mí... Vuelvo a verlo entero otra vez, y disfruto de la paz y la felicidad que me da este lugar tan hermoso... Desde ahora, este lugar va a ser para mí un refugio, un lugar donde puedo acudir siempre que lo necesite, siempre que yo quiera... Y, siempre que esté aquí, voy a sentir esta paz y esta felicidad...

Ahora se mencionará que es tiempo de regresar al aquí y el ahora, indicándoles que abran lentamente los ojos. Posteriormente de manera voluntaria se pedirá la participación de los presentes sobre las experiencias vividas al realizar la técnica.



Actividad N° 3: Ideas irracionales

Procedimiento:

Se les recordará a los participantes lo aprendido en sesiones anteriores, respecto a que la ansiedad afecta a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. Dado que ya se desarrollaron estrategias dirigidas a reducir síntomas fisiológicos, es hora de abordar el componente cognitivo y para ello se les explicará que cuando nos relacionamos con nuestro entorno constantemente guiamos nuestras acciones y sentimientos mediante nuestros pensamientos.

Nuestros pensamientos pueden ser de dos tipos frente a un acontecimiento:

- ✓ **Observaciones:** Son adecuadas a la realidad total. No suelen generar alteraciones emocionales (ejemplo: Todo el mundo podría observar que una camisa es azul)
- ✓ **Juicios y opiniones:** No son ciertos o adecuados a la realidad totalmente y generan alteraciones emocionales desproporcionadas (ejemplo: decimos que la camisa es bonita, no todos estarán de acuerdo, y a veces se aleja mucho de la realidad)

Lo adecuado sería basarnos más en observaciones que en juicios y opiniones ya que estos nos generan malestar por su naturaleza errónea y exagerada de la realidad.

IDEAS IRRACIONALES

No son las situaciones en sí las causantes del malestar que experimentamos sino gran parte la tienen los pensamientos o interpretaciones que hacemos de las situaciones o acontecimientos y sus consecuencias.

Se ha visto como hay determinados acontecimientos que afectan a casi todo el mundo como perder el trabajo sin haber hecho nada para perderlo, separaciones amorosas, tener un hijo o cambiar de domicilio.

Sin embargo frente a estas situaciones, no todo el mundo presenta el mismo grado de alteración. Algunas personas quizás se sientan mal por un cierto tiempo, otras más o menos mal y otras quedar destrozadas o imposibilitadas para continuar su vida normalmente.

A continuación, se realizará un ejercicio en el cual se evidenciará como el pensamiento produce sentimientos de la misma naturaleza.

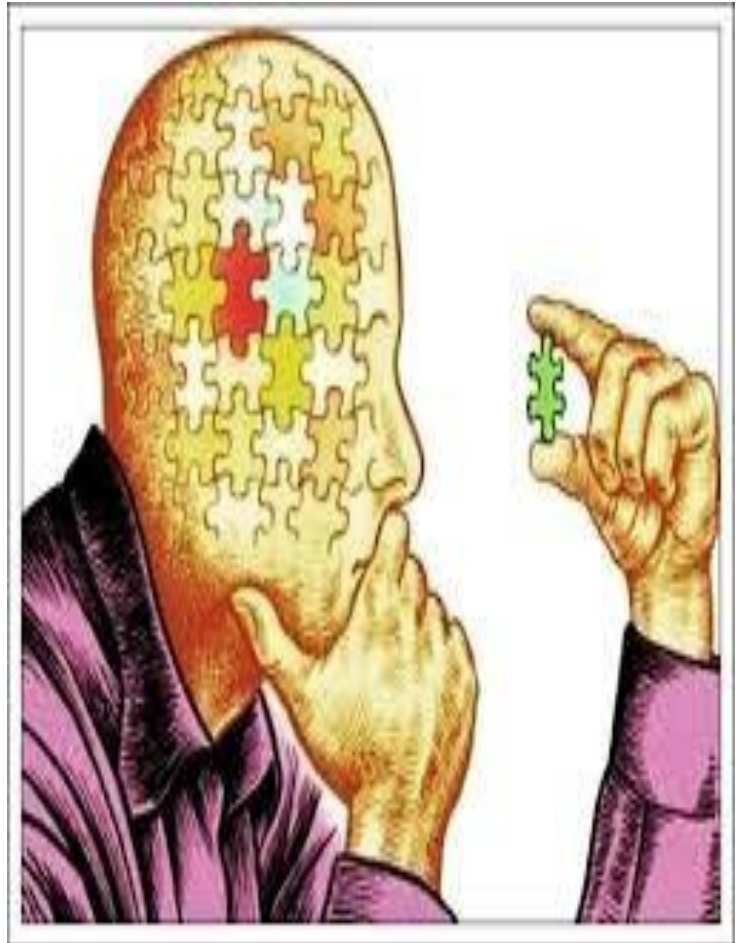
Situación: Pérdida de la pareja.

Pensamiento A. No lo voy a aguantar, que voy a hacer ahora sin ella, todo este tiempo perdido, es lo más horrible que me ha podido suceder.

Sentimiento A.

Respuesta fisiológica alterada (preguntar a los participantes cuales podrian ser)

Pensamiento B. Esta relación ha salido mal, no nos entendamos en muchas cosas, seguro que al principio lo pasaré un poco mal, pero a la larga es mejor dejarlo, quizás pueda conocer a otra persona.



Sentimiento B. Respuestas fisiológicas menos alteradas (pedir opiniones)

Si tomamos esto en cuenta podemos ver que hay unos pensamientos que exageran la situación y sus consecuencias.

TIPOS DE IDEAS IRRACIONALES

Los pensamientos irracionales los podemos dividir en cuatro tipos.

Imperativos: Son aquellos pensamientos que implican una exigencia sobre nuestro comportamiento y suelen comenzarse por palabras como "debo de", "tengo que".

Catastrofizante: Son los pensamientos desmedidos que se usan para exagerar el carácter negativo de las situaciones. Vienen dadas por palabras como "esto es terrible", "esto es tremendo, horroroso", etc.

Acientífico o de generalización: Son aquellos pensamientos que utilizamos no basados en la observación de la realidad. Estos pensamientos se expresan a través de palabras como "Jamás", "Nunca", "Siempre", "Todo".

Necesidad psicológica: Son pensamientos dirigidos a la búsqueda de una necesidad no primaria. Ejemplo: "Necesito un coche para pasarmelo bien", "Necesito dos mil dolares para salir el fin de semana"



Actividad N° 4: Revisión y asignación de tarea

Procedimiento:

Se les preguntará a cerca del cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior y se les solicitará a los participantes que registren las situaciones en las cuales puedan identificar los pensamientos irracionales y los sentimientos producidos por estos, en una tabla de registro. En el primer cuadrante describirá la situación, en el siguiente los pensamientos irracionales y en el último los sentimientos correspondientes a éstos. (Ver anexo 11)



SESIÓN N° 6



Objetivos:

- Que los participantes logren trabajar en equipo por medio de la técnica de animación “El puente”
- Desarrollar en los/as participantes habilidades en ejercicios de respiración, logrando de ésta manera un adecuado estado de relajación.
- Que los participantes logren parar los pensamientos irracionales y los formulen de manera más racional.
- Que los participantes desarrollen la habilidad de sustituir pensamientos irracionales que les producen malestar.



Recursos:

- Sillas
- Mesas
- Plumones
- Cartulina
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: El puente

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la técnica consiste en una competencia donde el equipo ganador será el primero en llevar el puente hasta la meta.

Seguidamente se darán las instrucciones para los participantes de la siguiente manera: Formen dos equipos con el mismo número de integrantes cada uno, y formen una fila cada equipo colocándose uno tras de otro en dos líneas similares con una buena distancia de separación y parece cada uno en la cartulina que la coordinadora le facilitará, la coordinadora agregará una cartulina extra al final de cada fila la cual va estar desocupada, el último jugador tome la cartulina desocupada y pásela a su compañero que está adelante, y éste al siguiente, y así sucesivamente, hasta llegar a manos del primero, el primer jugador coloque la cartulina en el suelo, parece en ella y la fila completa avance un lugar, quedando así una cartulina desocupada al final. Repitan este procedimiento hasta que lleguen a la cartulina que estará colocada en el suelo con la palabra meta, durante todo el juego no se preocupen en ver quién gana, sino en trabajar en equipo y en no salirse. Al finalizar se pedirá de forma voluntaria que narren la estrategia utilizada para realizar la dinámica.



Actividad N° 2: Respiración alternada

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que el ejercicio de respiración alternada consiste en que, con el dedo pulgar de la mano derecha cerrar la ventana nasal derecha para poder inspirar sólo con la otra, luego abrir la ventana nasal derecha, y con el dedo índice cerrar la izquierda para poder espirar sólo por la derecha, de modo que una sirva para inspirar y la otra para espirar; seguidamente se hará un intercambio, y ahora se inspirará por la derecha y se espirará por la izquierda. Con base a ello, se les explicará que la fosa nasal derecha está directamente conectada con la parte simpática del cerebro (hemisferio izquierdo), activador de los “mecanismos de energía y alerta”. El otro lado, la fosa nasal izquierda está directamente conectada con la parte parasimpática del cerebro (hemisferio derecho), que activa los mecanismos de relajación y reparación.

A continuación, se darán las siguientes indicaciones:

Siéntese adecuadamente, cierre los ojos, ponga los pies apoyados en el suelo, su mano izquierda sobre su pierna y ponga el dedo pulgar de su mano derecha sobre la ventana nasal derecha.... Ahora inhale lentamente por la ventana nasal izquierda... ahora cierre ésta con el dedo anular y exhale lentamente por la derecha.... Repetiremos



esta acción 10 veces más.... Ahora cambiaremos de mano.... Ponga su mano derecha sobre su pierna y ponga el dedo pulgar de su mano izquierda sobre la ventana nasal izquierda.... Ahora inhale lentamente por la ventana nasal derecha... ahora cierre ésta con el dedo anular y exhale lentamente por la izquierda.... Repetiremos esta acción 10 veces más..... ahora que ya lo practicamos varias veces, pueden abrir lentamente sus ojos.....

Al finalizar el ejercicio, se pedirán opiniones a los participantes sobre qué les pareció la actividad, sensaciones vividas y las dificultades que tuvieron al realizar el ejercicio.

Actividad N° 3: Reemplazar ideas irracionales

Procedimiento:

En esta técnica se aprenderá a controlar los pensamientos irracionales, para ello vamos a seguir una serie de pasos.

- a) Señal: Sentimiento
- b) Detener
- c) Detectar el pensamiento irracional
 - ¿Cuál es el acontecimiento desencadenante?
 - ¿Cuál es la idea irracional?
 - ¿De qué tipo?
- d) Discutir el pensamiento ¿Qué puedo pensar?
- e) ¿Qué esta haciendo?
 - ¿Qué puedo hacer?

Se preguntará al grupo ¿Qué pensamientos irracionales tienen o recuerdan en ese momento? con ello se conocerá si han desarrollado la habilidad de identificar los pensamientos irracionales lo cual se desarrolló en la sesión anterior, asimismo se retomará uno de estos pensamientos que mencionan para enseñarles como desmontarlo o pararlo.

Ejemplo:

Catastrofizantes; Exageración, distorsión de la realidad por la magnitud.

Pensamiento: “Ha muerto un muy buen amigo mío, no se que va ser de mi vida” “no puedo vivir sin él” “mi amigo lo era todo para mí”

Reformulación:

Ha muerto un muy buen amigo mío

- ✓ Se trata de algo inevitable
- ✓ La muerte es algo natural

No puedo vivir sin él

- ✓ Estaré mal por unos días, pero luego estaré mejor.
- ✓ Mi vida no depende de una persona.

Mi amigo lo era todo para mí

- ✓ Mi amigo era muy cercano a mí
- ✓ Yo le amaba mucho, era muy especial y buena persona



Actividad N° 4: Revisión y asignación de tarea

Procedimiento:

Se les solicitará a los participantes que entreguen los cuadros asignados en la sesión anterior y se comentará sobre lo que realizaron.

Asimismo, se les pedirá que en esta nueva actividad describan en el cuadro que se les proporcionará, situaciones que le generen pensamientos irracionales y sentimientos de malestar cada uno en su espacio correspondiente, también el nuevo pensamiento que introducirían como fue aprendido en el desarrollo de la sesión y por tanto el nuevo sentimiento que se produjo al hacer el reemplazo. **(Ver anexo 12)**



SESIÓN N° 7



Objetivos:

- Fortalecer el clima de confianza entre el grupo a través del juego.
- Proporcionar a los/as participantes estrategias para que logren tranquilizarse en las diferentes situaciones de la vida diaria.
- Que los participantes puedan parar los pensamientos automáticos y repetitivos.
- Que los participantes dominen la técnica aprendida a través de la práctica cotidiana.



Recursos:

- Sillas
- Mesas
- Pelota
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Respuestas Rápidas

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que se realizará una actividad en la que mientras van pasando una pelota alrededor de un círculo, una persona en particular debe contestar una pregunta específica antes de que llegue la pelota de nuevo a sus manos. Las instrucciones para los participantes se darán a conocer de la siguiente manera: Siéntense formando un círculo y una persona al azar colóquese en el centro. La persona dentro del círculo comience el juego cerrando los ojos, y el resto del grupo comience a pasar la pelota alrededor del círculo. Mientras están pasando la pelota alrededor del círculo, la persona del centro piense en una pregunta, cuando la persona del centro tenga lista la pregunta, diga: "¡Paren!", y abra los ojos. La persona que tenga la pelota en sus manos al momento de parar, será a la que le hará la pregunta. Inmediatamente la realizará. El reto consiste en nombrar un número específico de cosas de una categoría determinada. Por ejemplo, nombrar cinco carros de marca, nombrar 5 nombres de playas, nombrar 2 municipios, nombrar cuatro nombres de niña. Después de que la persona del centro hizo su pregunta, la persona a quien se le está haciendo el reto deberá pasar nuevamente la pelota a su compañero de al lado, y así sucesivamente hasta que la pelota llegue de nuevo a la persona a quien se está retando. La persona que está contestando la pregunta tiene el tiempo que dure la pelota en llegar de nuevo a él o ella para contestar completamente la pregunta. Si la pelota llegara antes de que termine de contestar, deberá tomar el lugar de la persona del centro y continuará con el juego. El círculo podrá ajustar la velocidad para mover la pelota dependiendo del grado de dificultad de la pregunta. Se permitirá que el grupo rete a la persona del centro; es decir, cuando la pelota regrese a la persona retada, si ésta no pudo contestar, todos los miembros del círculo tendrán que decir: "¡Te retamos!" Entonces la persona del centro tendrá que contestar su propia pregunta antes de que la pelota dé toda la vuelta al círculo. Si la persona del centro no puede contestar su propia pregunta, deberá permanecer en el centro por otra ronda.



Actividad N° 2: Respiración tranquilizadora

Procedimiento:

Se explicará que la respiración tranquilizadora es un ejercicio que además de ser sencillo y fácil de realizar, resulta ser muy útil en cualquier momento del día en que se requiera tranquilizarse, cuando se está ansioso, cansado, o se haya trabajado mucho. También se explicará que el ejercicio consiste en tomar el aire por la nariz contando hasta cuatro, retenerlo contando nuevamente hasta cuatro y luego dejar salir el aire por la boca contando hasta cuatro.

Con base a lo anterior, las indicaciones que se darán a los participantes son las siguientes:

Siéntese cómodamente, cierre sus ojos, ponga sus pies apoyados en el suelo y sus manos sobre sus piernas, deje los hombros tan caídos como pueda.... Cuando se le indique tomará el aire por la nariz mientras cuenta hasta cuatro, luego tendrá que retenerlo un momento contando también hasta cuatro, y para expulsar el aire contará nuevamente hasta cuatro.... Comencemos.... Inhale...1...2...3...4.... Mantenga el aire y cuente 1...2...3...4.... Ahora exhale lentamente...1...2...3...4..... Repetiremos este ejercicio 10 veces más..... ahora que se repitió 10 veces, abra lentamente los ojos.....



Para finalizar, se harán las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció el ejercicio? ¿Les parece difícil o sencillo? ¿Qué sensaciones tuvieron durante y después de realizarlo? ¿Tuvieron dificultades para realizarlo?

Actividad N° 3: Interrupción de pensamiento

Procedimiento:

Se explicará a los participantes que la técnica que se desarrollará se utiliza para aquellos pensamientos que son automáticos, repetitivos y que no nos sirven para nada. Suelen ir acompañados de un estado emocional alterado y éste nos sirve como señal para detectarlos.

Se pedirán opiniones a los participantes sobre si creen que es posible que se pueda parar el pensameinto, durante esten opinando se tratará de interrumpir lo que esten pensando con una palmada fuerte, entonces se les explicará que es posible que un estímulo externo interrumpa nuestro pensamiento.

Asimismo podemos asociar una palabra a este estímulo el cual puede ser una palmada, un pellizcón o un apretón de puños, al realizar la parada de pensamiento varias veces se conseguirá que dicha palabra asociada cause el mismo efecto que el estímulo.

Se debe elegir una palabra que indique acción de parar algo: basta, pará, stop, ya... Siempre debe ser la misma palabra y el mismo estímulo con que se realice el ejercicio.

Se les explicará que entre más tiempo entretengan estos pensamientos mas difícil se van haciendo de controlar, por eso es conveniente que se use esta técnica para detectar este tipo de pensamientos.

Es importante que se haga algo más que parar los pensamientos, seguido de ello se puede pensar en algo agradable, en alguien a quien se estime o en algo que se planee hacer en el futuro. Realizar una actividad en la que se requiera concentración y distraiga de los pensamientos negativos: se puede leer, ver la televisión, escuchar música o llamar por teléfono.

Ejercicio:

- ✓ Se le pedirá a uno de los participantes que mencione una situación y un pensamiento automático que ya haya experimentado. (ej: soy un idiota) y que estímulo y palabra se usaría para pararlo.

- ✓ Se le solicitará a otro participante que mencione algo agradable en lo que se pudiera pensar para distraerse de ese pensamiento negativo, o sea una actividad que requiera concentración.
- ✓ Ahora los terapeutas dramatizarán la situación y añadirán las sugerencias de los participantes.

Se realizarán varios ejercicios durante la sesión para el dominio de la técnica.



Actividad N° 4: Revisión y Asignación de tarea

Procedimiento:

Se les pedirá la tarea asignada en la sesión anterior y se comentará sobre el cumplimiento de ésta.

Asimismo, se solicitará a los participantes que registren en el material que se les proporcionará, situaciones en las cuales tengan pensamientos repetitivos, los pensamientos tal y como se presentan, como aplican la técnica aprendida y por último los resultados (**Ver anexo 13**)



SESIÓN N° 8



Objetivos:

- Que los participantes consigan trabajar en unidad por medio de la técnica de animación “La reunión de los globos”
- Promover en los/as participantes el cambio de pensamientos y emociones negativas.
- Que los participantes logren anular pensamientos negativos e introducir pensamientos positivos.
- Que los participantes dominen la técnica la aserción encubierta



Recursos:

- Sillas
- Globos
- Papel bond
- Lápices
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: La reunión de los globos

Procedimiento:

Antes de dar inicio con la actividad se colocará alrededor del salón una silla por cada equipo y varios globos desinflados encima de cada silla, se determinará el tiempo límite del juego. Seguidamente se les explicará a los participantes en qué consiste la dinámica mencionando las siguientes instrucciones:



Formen equipos con el mismo número de integrantes cada uno, y cada equipo haga un pequeño círculo con los brazos entrelazados. A la señal, cada equipo, sin perder la forma de círculo, camine hacia una silla y un participante de cada equipo infle un globo, amárrelo colocándolo dentro del círculo. Una vez que tengan el globo en medio del círculo manténganlo en el aire empujándolo con sus estómagos y rodillas y comiencen a caminar hacia una segunda silla. Al llegar a la segunda silla, otro participante tome un globo más, ínflelos, amárrelos y colóquelo dentro del círculo. Continúen este procedimiento agregando un globo más cada

vez que lleguen a una nueva silla. Si durante el recorrido un globo se cae al piso, deténganse, levántenlo y continúen su recorrido, dos equipos no pueden estar en la misma silla al mismo tiempo. Transcurridos el tiempo límite del juego, el equipo que tenga más globos en movimiento



dentro de su círculo será el ganador. Al finalizar se pedirá comentarios sobre la actividad.

Actividad N° 2: Cambio emocional de nuestras vivencias

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que el ejercicio “cambio emocional de nuestras vivencias” consiste en detectar aquellas situaciones negativas que nos provocan malestar tanto físico como emocional; y una vez detectados poderlos sustituir con pensamientos positivos, utilizando la relajación e imaginación. Asimismo, se les hará ver que además de conseguir un estado de relajación, este ejercicio también contribuye al control de nuestras emociones, pensamientos y comportamiento. Seguidamente se indicará que se sienten lo más cómodos posible sobre sus sillas, y que mantengan sus ojos cerrados. Se pedirá que realicen 5 respiraciones profundas, y cuando ya se encuentren en completa calma se pedirá que sigan las indicaciones que a continuación se irán mencionando:

Escogerá de sus recuerdos aquellas experiencias negativas que le interesen cambiar, por el momento escogerá una de esas experiencias y analizará bien lo que ocurrió, lo que pensó y lo que sintió, luego buscará los aspectos positivos de esa situación. A continuación, se le mencionarán algunos ejemplos:

- Si es un comportamiento desacertado por su parte, piense cuál sería su comportamiento adecuado y de manera realista de acuerdo a sus posibilidades.
- Sí es un comportamiento desacertado por parte de otra persona hacia usted, piense en los problemas de personalidad o de carácter que han llevado a esa persona a actuar mal contra usted, y piense también en su parte de responsabilidad en ese comportamiento.
- Sí es un problema de salud, céntrese en la solución positiva de él.
- Sí es un problema de economía, piense en la solución positiva de él.
- Sí es un temor, un miedo a algo, piense que lo tiene superado o que lo va a superar poco a poco.
- Sí es un estado deprimido, busque todas aquellas situaciones que le pueden generar ilusión por pequeñas o lejanas que le parezcan.

Elija la situación que sea más significativa para usted..... piense en esa situación negativa y en el pensamiento positivo con el que lo quiere sustituir....

Ahora se relajará físicamente...Inhale lentamente...retenga el aire unos segundos...exhale lentamente.... realice esta respiración 6 veces más

Ahora que ha alcanzado un estado de mayor bienestar físico, imagine la situación problemática tal y como ocurrió u ocurre en la realidad..... Fíjese en esas

imágenes como un espectador viendo una película en la pantalla de cine..... Manténgalas en su mente durante unos 30 segundos.....Preste atención si experimenta con esas imágenes ansiedad, temor, tristeza, rabia o cualquier otra emoción.... no se preocupe, es eso lo que nos interesa, que sienta las emociones para poderlas cambiar....

Sí las emociones que ha experimentado le han generado un nerviosismo que se ha transmitido a su cuerpo en forma de tensión muscular, temblor, debilidad o cualquier otra sensación, genere una actitud de permitir que esos “nervios” se expresen con toda la intensidad que ellos requieran y dese cuenta del mecanismo automático que tenemos de quererlos reprimir, ocultar, evitar y que lo único que hace es que los aumenta...

Ahora respire profundamente 3 veces y trate de ahondarse en la relajación de su cuerpo.....

A continuación, imagine los pensamientos positivos que ya antes había trabajado, y vívalos en su imaginación como si fueran realidad. Mantenga en su mente esos pensamientos durante 1 minuto... haga coincidir la sensación de relajación física con esas imágenes positivas..... Ahora realice 3 respiraciones profundas.... Habrá lentamente los ojos.



Al finalizar el ejercicio, se aconsejará practicarlo por lo menos una vez al día para obtener mejores resultados. Además, se pedirán opiniones sobre qué les pareció la técnica, sensaciones vividas, que les gusto más y dificultades al practicarla.

Actividad N° 3: La aserción encubierta

Procedimiento:

Se iniciará explicando a los participantes los beneficios que les proporcionará esta técnica como el reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas: la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento.

La primera habilidad que es la de interrupción del pensamiento ya se ha practicado, en la sesión anterior se les enseñó a los participantes a interrumpir pensamientos negativos a través de un estímulo y una palabra que le indiquen que debe parar, la práctica de interrupción de pensamiento hasta este punto se deberá ya dominar, tanto que se logre la interrupción solamente con gritar la palabra interiormente. Habiendo superado esta primera etapa, nos centraremos en llenar el hueco dejado por el pensamiento interrumpido, con pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos y constructivos.

La interrupción del pensamiento actúa como un castigo o táctica distractora, reduciendo la probabilidad de que reaparezca el mismo pensamiento otra vez y creando un espacio en la cadena de pensamientos para una aserción positiva. Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

Adquiriendo estas habilidades se capacita a una persona para enfrentarse con éxito a los pensamientos que antes conducían a altos niveles de ansiedad, depresión o cólera.

Ejercicio:

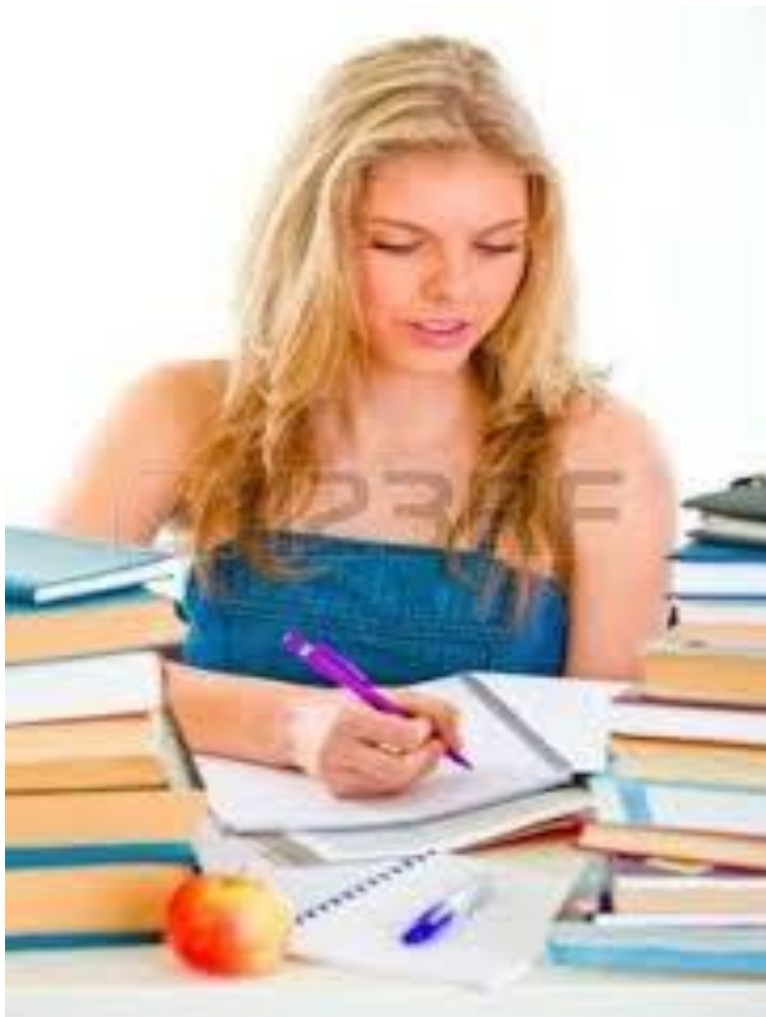
- Se les proporcionará a los participantes una página de papel donde estará indicado que debe identificar y valorar los pensamientos estresantes, deberán escribir por lo menos un pensamiento estresante durante la sesión.
- Seguidamente se hará una lista de aseveraciones encubiertas o pensamientos positivos que puedan sustituir el vacío mental que se logra luego de la interrupción. Para cada pensamiento estresante escrito se deberá tener otro pensamiento positivo que lo sustituya.
- Se les pedirá a los participantes que lean cada uno para sí mismos el pensamiento estresante elegido y la aseveración que se utilizará.
- Ahora se les indicará que cierren los ojos, respiren profundo y lento, inhalando por la nariz, reteniendo el aire un poco y exhalando por la boca suavemente, seguido de 5 respiraciones se les guiará a que abran sus ojos suavemente.
- Se preguntará a los participantes, si lograron introducir el pensamiento positivo luego de interrumpir el negativo y que sensaciones percibieron antes, durante y después de realizarlo.



Actividad N° 4: Revisión y asignación de tarea

Procedimiento:

Se les solicitará a los participantes que entreguen la tarea correspondiente a la sesión anterior y se instará a que comenten sobre lo ocurrido. Luego se les pedirá que en el cuadro utilizado para realizar el ejercicio durante la sesión, deberán completarlo con los registros de diferentes ejercicios que realizarán durante la próxima semana tomando en cuenta el ejercicio realizado. (Ver anexo 14)





ANEXO 11.

Tabla de registro

Nombre: _____

Sesión: _____ **Tarea:** _____

Indicación: Registre en el cuadro las situaciones que dan lugar al surgimiento de pensamientos irracionales. Según la casilla correspondiente, describa la situación, identifique el pensamiento irracional y el sentimiento.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO IRRACIONAL	SENTIMIENTO

ANEXO 12

Tabla de registro

Nombre: _____

Sesión: _____ Tarea: _____

Indicación: Registre en el cuadro las situaciones que dan lugar al surgimiento de pensamientos irracionales. Según la casilla correspondiente, describa la situación, identifique el pensamiento irracional y el sentimiento. Posteriormente sustituya el pensamiento irracional por uno racional y el sentimiento negativo por un positivo.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO O IRRACIONAL	SENTIMIENTO O	NUEVO PENSAMIENTO O	NUEVO SENTIMIENTO O

ANEXO 13

Tabla de registro

Nombre: _____

Sesión: _____ Tarea: _____

Indicación: Describa las situaciones en las cuales tiene pensamientos repetitivos en la prier casilla, seguidamente describa el pensamiento tal como lo concibe donde se indica, aplique la interrupción y regístrela, por ultimo describa los resultados obtenidos al realizar la interrupción.

Situación	Pensamiento repetitivo.	Interrupción	Resultados

ANEXO 14

Tabla de registros

Nombre: _____

Sesión: _____ Tarea: _____

Indicación: Describa en la primer casilla pensamientos negativos que usualmente tenga, elija pensamientos positivos con los cuales pueda sustituir los descritos anteriormente y regístrelos donde se indica, realice el ejercicio aprendido en la sesión de sustitución de pensamiento y registre las sensaciones percibidas luego de realizar la sustitución en la última casilla.

PENSAMIENTO NEGATIVO	PENSAMIENTO POSITIVO	SENSACIONES PERSIVIDAS

Área IV

COMPONENTE MOTOR



SESIÓN N° 9



Objetivos:

- Que los participantes fomenten el trabajo en equipo por medio de la técnica de animación “Carrera en fila, unidos por globos”
- Que los participantes logren relajarse a través de la imaginación y la utilización de los cinco sentidos.
- Que los participantes identifiquen los comportamientos repetitivos y aprendan estrategias alternativas para afrontarlos.
- Que los participantes logren el dominio de la técnica “comportamientos involuntarios”



Recursos:

- Sillas
- Globos
- Papelógrafo
- Plumones
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Carrera en fila, unidos por globos

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que se realizará una dinámica en donde deberán participar todos los miembros del grupo, se pedirá que se pongan de pie, y formen dos grupos con el mismo número de participantes, seguidamente se pedirá que se alineen en una fila, uno tras de otro, al estar colocados se les dará a cada uno un globo mencionándoles que tendrán que inflarlo y que deberán colocarlo entre la espalda de uno y el pecho del siguiente coordinándose para moverse al mismo ritmo y llegar a una meta, sin que se caiga un solo globo. No pueden sujetar con las manos los globos cuando se están moviendo, todos los miembros de cada grupo deben cruzar por completo la meta, y si en el camino se les cae el globo o lo sostienen con las manos, deben regresar al punto de inicio.

Se recomendará que, para lograr éxito en la dinámica, deben estar muy atentos y comunicarse entre todos, seguir las instrucciones dadas y colaborar para que el equipo llegue a la meta.

Posteriormente se pedirá de manera voluntaria que comenten la estrategia o la dificultad para poder realizar la dinámica.



Actividad N° 2: Visualización de un paisaje utilizando los 5 sentidos

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la técnica de visualización de un paisaje consiste en relajarse imaginando que se recorre un hermoso y colorido paisaje utilizando los 5 sentidos dentro en la imaginación. Esto les permitirá experimentar una sensación de bienestar físico y mental, contribuyendo a la relajación de su cuerpo y a la reducción de síntomas de ansiedad.

Seguidamente se indicará que se sienten lo más cómodos posible sobre sus sillas, y que mantengan sus ojos cerrados. Se pedirá que realicen 5 respiraciones profundas, y cuando ya se encuentren en completa calma se pedirá que sigan las indicaciones que a continuación se irán mencionando:

Imagínese que va caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas....Fíjese en las montañas a su alrededor, son muy altas, y vea como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo.... Es mediodía y encima de usted brilla un sol muy radiante y luminoso... Mire el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.....La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de su cara...Al caminar nota que ya va descalzo, y siente el suave roce de la hierba bajo las plantas de sus pies...Puede percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco...



Va muy despacio deleitándose de todo lo que ve y siente a su alrededor...Tiene usted una gran sensación de tranquilidad y paz... escuche el canto de los pájaros y véalos volar a su alrededor.

Fíjese ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a su alrededor... Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules... acérquese a olerlas, corte una flor y acérquela a su nariz, huela su aroma mientras se concentra en el color de sus pétalos...

Siga caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo....Mire los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrese hasta que escuche el murmullo de las aguas.... Ahora se va a acercar a un arroyo y va a agacharse e introducir sus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Sienta el frescor del agua en sus manos, diríjelas a su boca y beba... Sienta el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de su cuerpo....Esa agua revitaliza a todo su organismo y se siente lleno/a de salud y bienestar....

Siga su paseo y fíjese en una pequeña planta de menta, acérquese, y corte algunas hojas, mástíquelas y perciba el fuerte sabor a menta en su paladar...concéntrese hasta notarlo con total nitidez....

Finalmente va a buscar un sitio en ese lugar donde poderse tumbar cómodamente. Túmbese y descanse, cierre los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descanse profundamente, muy profundamente.....

Al finalizar la técnica se pedirán comentarios sobre la realización de ésta, sensaciones vividas y si les fue difícil concentrarse. Asimismo, se les sugerirá practicarla con bastante frecuencia para obtener mejores resultados.

Actividad N° 3: Comportamientos involuntarios

Procedimiento:

Se les recordará a los participantes que en sesiones anteriores hemos visto técnicas concretas para modificar las respuestas cognitivas alteradas y las respuestas fisiológicas inadecuadas; pero se les recordará que el programa se ha dividido en tres niveles, lo que significa que falta que estudiar el último nivel al que llamamos motor. Se explicará en qué consisten las respuestas motoras, mencionando que a lo largo del día todos nosotros además de pensar y sentir, hacemos innumerables cosas: comer, dormir, hablar, esperar a alguien, discutir con alguien, saludar a un vecino, darnos un baño, oír música ver televisión entre otras muchas cosas que se desarrollan en lo que resta del día. A todo esto que hacemos le llamamos respuestas motoras.

Habiendo comprendido lo anterior se iniciará la técnica mencionando lo siguiente:

En ocasiones las personas tenemos entre nuestro repertorio de conductas unos movimientos aprendidos que son habituales en nosotros y que no tienen utilidad. Los llamados tics o hábitos nerviosos son acciones aprendidas y muy practicadas, las cuales se incrementan en situaciones de estrés o ansiedad.

Lo primero que tendremos que aprender es a darnos cuenta de este tipo de movimiento o acciones. Habrá por lo tanto que auto observarse en la situación de ansiedad y ver si aparece algún tipo de movimiento repetitivo que puede estar influyendo en el hecho de que la ansiedad se incrementa progresivamente.

Lo segundo será tomar la decisión de no llevar a cabo este tipo de acciones, ya que tienen consecuencias negativas que pueden ser diversas: tener las manos estropeadas por morderse las uñas, sentir vergüenza por ello.

Lo tercero que habrá que hacer será elegir un comportamiento alternativo al “tic” o movimiento parásito (acciones de afrontamiento), que utilizará siempre que esté en una situación de ansiedad o note deseos de llevar a cabo el “tic”.

Por ejemplo, en vez de morderme las uñas puede cerrar los puños fuertemente. En vez de tocarme la cara, cruzar los brazos.

Por último, se tendrá que evaluar los progresos y las consecuencias positivas de las alternativas que se están aplicando.

Ejercicio:

- Se les pedirá a los participantes que cierren sus ojos y que recuerden situaciones en las que han percibido algunos movimientos involuntarios o tics, abrirán sus ojos y se les preguntará
 - ¿Cuáles movimientos recordó?
 - ¿Considera que estos movimientos tienen consecuencias negativas para su salud?
 - ¿Cuáles?

Esto con el motivo que comprendan que no son simples movimientos, sino que éstos pueden producir problemas ya sea de salud o vergüenza en un futuro.

- Ahora se les solicitará que elijan un comportamiento alternativo el cual puedan ejecutar cuando el otro comportamiento o tics aparezca.



En un Papelógrafo se mostrarán los siguientes ejemplos

Comportamiento involuntario	Comportamiento alternativo
Morderse las uñas.....	Cerrar los puños fuertemente.

Tocarse la cara.....Cruzar los brazos.
Llevar los dedos a la boca.....Apretarse una mano con la otra.
Doblarse los dedos.....Mover los dedos en forma contraria
del otro

Se les explicará que, en el caso de los tics, se debe evitar su aparición realizando ejercicio, alimentándose saludable y practicando los ejercicios de relajación que ya se han desarrollado en sesiones anteriores.

Actividad N° 4: Revisión y asignación de tarea

Procedimiento:

Se les pedirá que entreguen el cuadro de registro asignado en la sesión anterior. Seguidamente se les explicará la tarea que deben realizar.

El participante deberá registrar aquellos comportamientos o tics que presente durante la semana, en el primer cuadrante debe mencionar el comportamiento, en el siguiente la consecuencia ya que le haya generado vergüenza o algún problema en general, en el siguiente anotará el comportamiento alternativo o acción de afrontamiento y por último describirá como ha sido su progreso. (Ver **anexo 15**)



SESIÓN N° 10



Objetivos:

- Que los participantes conozcan la importancia de la unidad grupal por medio de la técnica “Engordando con globos”
- Que los participantes logren alcanzar un estado de relajación a través de la técnica “Práctica de relajación diferencial”
- Que los participantes reflexionen sobre su estilo de vida y logren modificar aspectos que perjudican su bienestar
- Que los participantes apliquen y registren los cambios propuestos en su diario vivir.



Recursos:

- Camisas
- Globos
- Sillas
- Papelógrafo
- Plumones
- Tabla de registro



Tiempo de duración

- 120 minutos

Actividad N° 1: Engordando con globos

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que se realizará una actividad de reto grupal, en donde se tratará de rellenar con pequeños globos a un jugador por debajo de una camiseta muy ancha que se proporcionará, quien luego deberá realizar unos retos o pruebas.

Posteriormente se darán las siguientes indicaciones:

Se pedirá que se pongan de pie y se coloquen al centro del salón, se distribuirá al grupo en dos sub grupos con la misma cantidad de miembros, cada equipo deberá seleccionar a uno, quien será el que deberá ponerse la camisa, los demás miembros del grupo deberán colocarse en fila, la persona seleccionada de cada grupo se



deberá poner frente a la fila de su equipo, cada integrante del equipo correspondiente inflará un globo y se lo dará a la persona seleccionada, posteriormente se colocará nuevamente al final de la fila y así sucesivamente irán pasando todos los integrantes.

Cuando se dé la orden se comenzará a rellenar al jugador que se puso la camiseta. Cada equipo deberá usar la misma cantidad de globos. Luego de que el jugador esté muy lleno de globos, deberá realizar actividades como por ejemplo pasar una pista de obstáculos, chocarse con otros sin explotar ningún globo, avanzar hacia el otro extremo del salón saltando sin permitir que se le caiga ninguno, el equipo que finalice primero es el ganador. Al terminar la dinámica se pedirán comentarios sobre ella.

Actividad N° 2: Práctica de relajación diferencial

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que la técnica “Práctica de la relajación diferencial” consiste en alcanzar un estado de relajación a través de la respiración y de mover simultáneamente algunos miembros del cuerpo como lo son los ojos, cuello, brazos y piernas. Se les explicará también que esto les permitirá quitar tensiones de estas zonas y alcanzar un estado de relajación en todo su cuerpo, y que además el practicar este ejercicio de manera frecuente contribuye a la reducción de los síntomas de ansiedad. Se mencionará que este ejercicio se hará en dos fases: fase de sentado y fase de pie. A continuación, se darán las siguientes indicaciones:

Comenzaremos este ejercicio con la fase de sentado...Permanezca sentado en su silla y póngase lo más cómodo posible, con los pies apoyados en el suelo, las manos sobre sus piernas, los hombros tan caídos como sea posible y cierre los ojos...

Ahora tratará de relajarse inhalando y exhalando.... En cada inhalación dirá en su mente la frase “encuentro calma” y en cada exhalación dirá “me encuentro relajado”.... Comencemos.... Inhale y repita “encuentro calma”..... ahora exhale lentamente y repita “me encuentro relajado”..... Hará esta respiración 7 veces más.....

Ahora abra los ojos y con el resto del cuerpo muy relajado mire a su alrededor moviendo sólo los globos oculares.....Ahora acompañe el movimiento de los ojos con un movimiento muy suave de su cuello y tome conciencia a su vez de la relajación del resto del cuerpo....

Levante el brazo derecho y mantenga el resto del cuerpo relajado, manténgase así durante 10 segundos....ahora baje el brazo...

Levante la pierna derecha del suelo, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como le sea posible... manténgase así durante 10 segundos...ahora déjela caer.....



Levante ahora el brazo izquierdo... y mantenga el resto del cuerpo relajado, manténgase así durante 10 segundos...ahora bájelo...

Levante la pierna izquierda, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como le sea posible...manténgase así 10 segundos... ahora bájela....

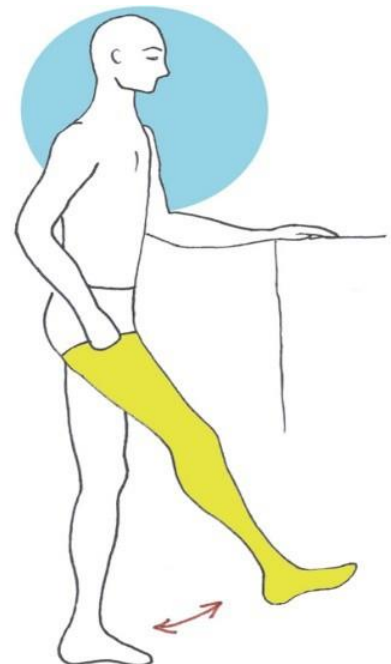
Ahora comenzaremos con la fase de pie.....

Póngase de pie.... Hará nuevamente las respiraciones repitiendo las frases que anteriormente mencionamos.... Comencemos.... Inhale y repita “encuentro calma”..... ahora exhale lentamente y repita “me encuentro relajado”..... Hará esta respiración 7 veces más.....

Ahora abra los ojos y con el resto del cuerpo muy relajado mire a su alrededor moviendo sólo los globos oculares....

Ahora acompañe el movimiento de los ojos con un movimiento muy suave de su cuello y tome conciencia a su vez de la relajación del resto del cuerpo.

Levante el brazo derecho y mantenga el resto del cuerpo relajado, manténgase así durante 10 segundos...ahora baje el brazo...



Levante la pierna derecha del suelo, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como le sea posible, puede sostenerse de la silla si lo prefiere para tener un mayor soporte... manténgase así durante 10 segundos...ahora déjela caer...

Levante ahora el brazo izquierdo... y mantenga el resto del cuerpo relajado, manténgase así durante 10 segundos...ahora bájelo...

Levante la pierna izquierda, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como le sea posible, puede sostenerse de la silla si prefiere para tener un mayor soporte...manténgase así 10 segundos... ahora bájela.....

Hemos finalizado el ejercicio, pueden sentarse....

Al finalizar esta técnica, se sugerirá practicarla de manera frecuente para obtener mejores resultados; asimismo se pedirán opiniones sobre qué les pareció la técnica, sensaciones vividas y dificultades al realizarla.

Actividad N° 3: Ritmo elevado de actividad

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes que uno de los aspectos cotidianos generadores de ansiedad es el ritmo de las actividades que realizamos. La ansiedad se produce cuando el ritmo es elevado, es decir cuando sometemos al organismo de manera continua a un nivel de activación alto. El individuo puede haber aprendido a través de su historia personal a tener un ritmo de ejecución alto en las conductas que realiza por un proceso de generalización. Es decir, puede ir ampliando de una conducta aislada (ritmo elevado en su actividad laboral) a cualquier conducta que realiza en su vida cotidiana (tareas de casa.).

Por ejemplo: si trabaja en un lugar que requiera un ritmo elevado y continuo, con el paso del tiempo aprende a comportarse de esa misma manera en su vida cotidiana.

Si todas estas conductas las mantiene por un periodo de tiempo prolongado puede llegar un momento en que comience a manifestarse ansiedad elevada: dolor de cabeza, dolor de estómago, sensación de mareos, taquicardias.

Las estrategias van encaminadas a que el organismo no esté por un tiempo prolongado con un nivel de activación muy elevado.

Para ello tendríamos que hacer lo siguiente:

- Realizar una planificación de las actividades de tal forma que no implique una auto exigencia muy elevada al organismo en realizarlas.
- Hacer pausas cada cierto tiempo en las actividades que realizamos.
- Utilizar la técnica de relajación aprendida en sesiones anteriores.
- Utilizar autoinstrucciones cuando detectemos que el ritmo de nuestra conducta es elevado para disminuirlo.



Ejercicio:

- Se les preguntará a los participantes, ¿Cuál es su rutina de ocupaciones durante el día? si, durante ésta ¿Hay un momento o una actividad que sienta que le genera más tensión o malestar general?

- Se tomará como ejemplo la rutina de actividades diarias de un participante y se escribirá en un papelógrafo el cual estará pegado en la pared, de manera que todos los demás participantes puedan observar.
- Tomando en cuenta que debemos hacer pausas cada cierto tiempo durante realizamos las actividades y además realizar algún ejercicio de relajación en dichas pausas, se preguntará de que manera podemos modificar esa lista de actividades y acomodarlas de manera más adecuada.
- Escuchando cada una de las sugerencias de los participantes, se escribirá en otro papelógrafo pegado a la par, la manera como pueden irse desarrollando cada actividad, ya tomando en cuenta tiempos libres o pausas entra cada actividad y algunos ejercicios de relajación que ayudarán.

Actividad N° 4: Revisión y asignación de tarea

Procedimiento:

Se les pedirá que entreguen y comenten sobre la tarea asignada en la sesión anterior. Se les proporcionará una página con unos cuadros donde deberán realizar lo que se les mostro en el papelógrafo, cada uno según su situación en un cuadro ilustrarán su actual rutina de actividades diarias, en el otro una nueva rutina modificada tomando en cuenta pausas y se incluirá un tercer cuadrante donde deberá describir los cambios logrados y si ellos han sido positivos o negativos para su bienestar. **(Ver anexo 16)**

SESIÓN N° 11



Objetivos:

- Que los/as participantes logren estar en armonía con el grupo por medio de la dinámica “Penitencia”
- Que los/as participantes alcancen un adecuado estado de relajación a través del autocontrol de las sensaciones.
- Que los/as participantes aprendan a comportarse de manera más asertiva.
- Que los/as participantes practiquen la técnica “Entrenamiento asertivo”, aprendida durante la sesión



Recursos:

- Papel
- Lápiz
-
- Paleógrafo
- Plumón
- Tabla de registro



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Penitencias

Procedimiento:

Se les mencionará a los participantes que se iniciará la sesión con la técnica de animación llamada penitencias. Seguidamente se darán las indicaciones correspondientes:

Se pedirá que se pongan de pie y se dirijan al centro del salón, se mencionará que formen un círculo, a cada jugador se indicará que le denomine una penitencia al compañero de su derecha, se proporcionará una hoja de papel y lápiz en donde deberá escribir la penitencia que tiene en mente, y al final deberá escribir su nombre, por ejemplo: “que Sonia cuente un chiste, atte. Carmen”

Cuando todos hayan terminado, el animador recogerá los papeles y los colocará en una bolsa, les explicará a los participantes que la persona a quien iba dirigida la penitencia no será quien la realizará, sino que cada quien tiene que hacer la penitencia que escribió.

Al finalizar se mencionará la moraleja: no le hagas al otro lo que no quieres que te hagan a ti.



Actividad N° 2: Visualización de una imagen para la tensión y otra para la relajación

Procedimiento:

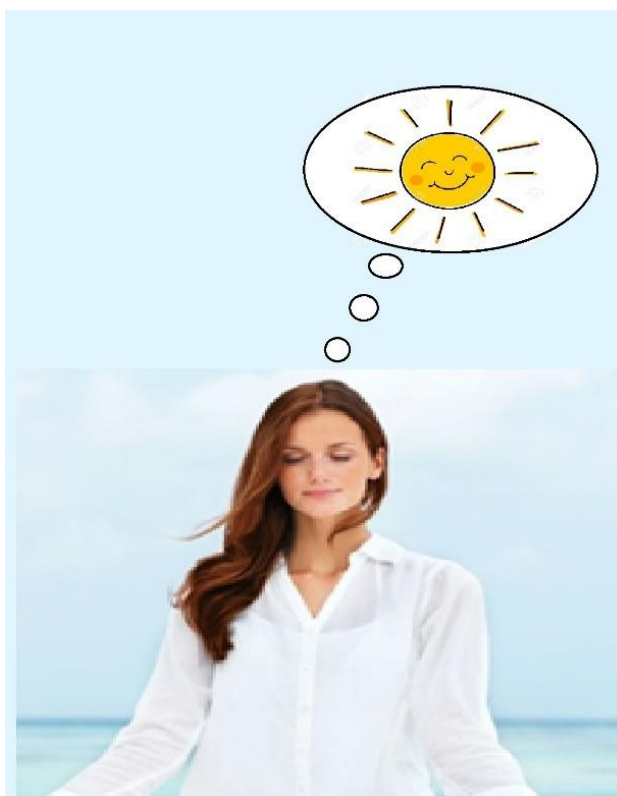
Se les explicará a los asistentes que la técnica de “Visualización de una imagen para la tensión y otra para la relajación” consiste principalmente en que, a través de la imaginación y la asimilación de objetos con nuestras sensaciones, lograr sustituir las tensiones en nuestro cuerpo por un estado de relajación. Se les explicará que esto les ayudará a tener un mayor autocontrol sobre sus sensaciones, contribuyendo a la reducción de los síntomas de ansiedad. Para la realización de este ejercicio se irán dando las siguientes indicaciones:

Siéntese cómodamente, con ambos pies apoyados en el suelo, las manos sobre las piernas, sus hombros tan caídos como le sea

posible y cierre sus ojos....Ahora se concentrará en los síntomas de tensión que note en su cuerpo...permanezca así durante un minuto, recorriendo todo su cuerpo y detectando en donde están ubicadas esas tensiones..... ahora elija

una imagen o un objeto para simbolizar el dolor o la tensión que experimenta en este momento; por ejemplo, un martillo, unas tenazas, una aguja, hielo, fuego, una máscara, entre otras.....enfóquese en ese objeto que usted ha elegido... Ahora elija otra imagen para representar la relajación, la salud y el bienestar físico;

por ejemplo, un sol, agua, un símbolo geométrico, una varita mágica, entre otras.....a continuación realizaremos 5 respiraciones profundas... inhale.....exhale..... repita esta respiración 4 veces más.....ahora quiero que se concentre e imagine que la imagen o el objeto que usted eligió para la relajación va cambiando a la de tensión hasta que la elimina,



por ejemplo, el sol va evaporando lentamente el hielo.....permanezca así durante un minuto, concentrándose como el objeto de relajación desaparece al de tensión.....ahora que lo ha hecho sienta como la relajación a vencido a la tensión en su cuerpo, ese objeto de tensión ha sido destruido, lo cual simboliza que la tensión en su cuerpo también.....concéntrese en esa sensación de bienestar.... de alivio.... Ahora realizará 5 respiraciones profundas.... Inhale.....exhale.... lo hará 4 veces más..... ahora abra los ojos lentamente.....

Para finalizar la actividad se harán las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció la técnica? ¿Tuvieron alguna dificultad al realizarla? ¿Se les hizo más difícil elegir al objeto de tensión o al de relajación? ¿Qué cambios sintió en su cuerpo al realizar la técnica?

Actividad N° 3: Entrenamiento asertivo

Procedimiento:

Se les explicará a los participantes primeramente en qué consiste la asertividad, mencionando que es un modelo de relación interpersonal que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás; tiene como premisa fundamental que toda persona posee derechos básicos o derechos asertivos. Como estrategia y estilo de comunicación, el asertividad se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la pasividad que consiste en permitir que terceros decidan por nosotros, o pasen por alto nuestras ideas, por otro lado, tenemos la agresividad que se presenta cuando no somos capaces de ser objetivos y respetar las ideas de los demás.

Al tener una idea clara de la asertividad se explicará en qué consiste la técnica de entrenamiento asertivo, y su importancia mencionándoles que es muy efectiva en el tratamiento de la ansiedad provocada por las relaciones interpersonales. Ayudando a respetar a los demás, y por ende a nosotros mismos, haciendo énfasis en las conductas negativas y como éstas se pueden cambiar dándole otro significado siendo respetuoso,

amable, sin necesidad de ofender a las demás personas ni ser ofendido. Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria.

Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo de manera distinta, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción. **(Ver anexo 17)**

Cuando todos hayan comprendido en qué consiste la asertividad y la importancia de la técnica de entrenamiento asertivo, se pasará a explicar los pasos que se deben de seguir para realizar la técnica.

Ejercicio:

- **Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos.**
Se preguntará a los participantes que mencionen una situación donde consideren que sería importante o que deseen modificar su comportamiento para que éste sea de una manera más asertiva. Quien dirija la actividad, describirá en un paleógrafo la situación mencionada por los participantes, se tomará solo una de las que mencionen. Asimismo, se les proporcionará dos páginas de papel y un lápiz, donde deberán describir cada uno la situación que hayan elegido.

- **Identificar los estilos básicos de conducta interpersonal (agresiva, pasiva y asertiva)**
Se identificarán los estilos de conducta en la situación descrita, se pedirán opiniones a los participantes y se clasificarán las agresivas, pasivas y asertivas si las hay. Nuevamente se les pedirá que realicen este mismo ejercicio para la situación que cada uno describió en las páginas que se les proporcionaron.

- **Escribir un guion para cambio de conducta**

Se describirá la situación a manera de guión, reemplazando las conductas agresivas y pasivas por asertivas, se pedirán opiniones a los participantes para realizar los cambios de conductas. Asimismo se les dirá que deberán hacer lo mismo con su situación personal ya descrita.

➤ **Desarrollar el lenguaje corporal adecuado.**

Se les explicará que el lenguaje corporal es muy importante, ya que verbalmente podemos expresar seguridad pero si corporalmente mostramos temor o vergüenza, quedan invalidadas las palabras.

Las facilitadoras dramatizarán algunos ejemplos cortos, de manera que se evidencie la importancia de una coherencia entre lo que se dice y se hace.



Situación 1:

Un amigo acaba de llegar a cenar, pero una hora más tarde de lo que había dicho. No ha llamado para avisar que se retrasaría. Estás irritado por la tardanza. Tienes estas alternativas:

1. **CONDUCTA PASIVA.** Saludarle como si tal cosa no hubiese pasado y decirle “Entra la cena está en la mesa”.
2. **CONDUCTA ASERTIVA.** He estado esperando durante una hora sin saber lo que pasaba (hechos). Me has puesto nervioso e irritado (sentimientos), si otra vez te retrasas avísame (conducta concreta) harás la espera más agradable (consecuencias).
3. **CONDUCTA AGRESIVA.** Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que te invito.

Situación 2:

Un compañero de trabajo te da constantemente su trabajo para que lo hagas. Decides terminar con esta situación. Puedes crear la situación preguntándole como lleva su trabajo o esperar a que él la cree cuando te pida otra vez a que le ayudes haciéndole algo. Las alternativas podrían ser:

1. **CONDUCTA PASIVA.** Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar.
2. **CONDUCTA AGRESIVA.** Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo. Eres un desconsiderado.
3. **CONDUCTA ASERTIVA.** Muy frecuentemente me pides que te eche una mano en el trabajo que te asignan, porque no te da tiempo o porque no sabes hacerlo (hechos). Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo (sentimientos), así que intenta hacerlo tú mismo (conductas), seguro que así te costará menos la próxima vez (consecuencias).

Situación 3

Vas a un restaurante a cenar. Cuando el camarero trae lo que has pedido, te das cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Se trata de llevarse bien con el camarero para que nos sirva bien, pero eso no es un buen servicio, podrías:

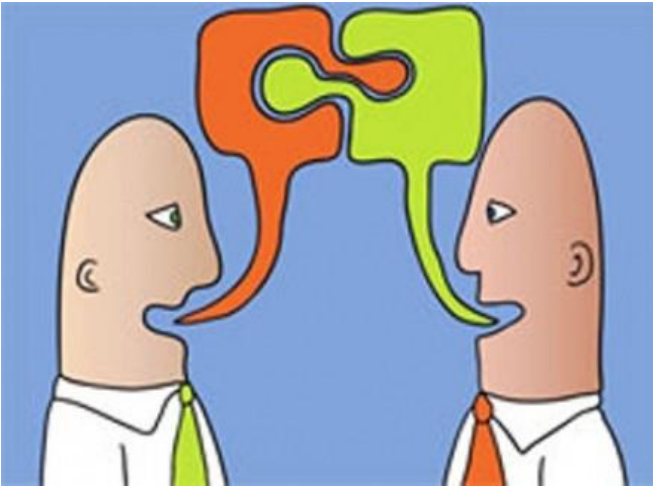
1. **CONDUCTA PASIVA.** No decir nada y usar la copa sucia, aunque a disgusto.
2. **CONDUCTA AGRESIVA.** Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que como el servicio es asqueroso nunca volverás a ir a ese establecimiento.
3. **CONDUCTA ASERTIVA.** Llamar al camarero y, mirándole a la cara y sonriendo, pedirle que por favor le cambie la copa.



Procedimiento:

Se solicitará a los participantes que entreguen la tarea que se les fue asignada en la sesión anterior y se comentará sobre el cumplimiento de ésta, si fue efectiva o no.

Se les explicará que la siguiente tarea es practicar lo que se les explicó en la sesión sobre el comportamiento asertivo, esta vez deberán registrar en una página que se les proporcionará las veces que lograron comportarse de manera asertiva, mencionarán en un cuadrante la situación, en el siguiente la conducta que generalmente tenían frente a esa situación y en un tercer cuadrante la conducta asertiva que lograron desarrollar frente a la situación. (Ver **anexo 18**)



ANEXOS

ÁREA IV: COMPONENTE MOTOR.



ANEXO 15

Tabla de registros

Nombre: _____

Sesión: _____ Tarea: _____

Indicación: Deberá registrar aquellos comportamientos o tics que presente durante la semana, en el primer cuadrante debe mencionar el comportamiento, en el siguiente la consecuencia negativa, en próximo cuadrante anotará el comportamiento alternativo o acción de afrontamiento y por último describirá como ha sido su progreso.

COMPORTAMIENTO AUTOMATICO O TICS	CONSECUENCIA	ACCION DE AFRONTAMIENTO	PROGRESO

ANEXO 16

Tabla de registros

Nombre: _____

Sesión: _____ Tarea: _____

Indicación: Deberá registrar en el siguiente cuadro la rutina de actividades que realiza diariamente, luego en el cuadrante de nueva rutina escriba una nueva rutina de actividades tomando en cuenta lo aprendido en la sesión y por ultimo describa los resultados obtenidos luego de realizar los cambios indicados.

RUTINA	NUEVA RUTINA	RESULTADOS

ANEXO 17

¿Qué es la asertividad?

Se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento". Está en el tercer vértice de un triángulo en el que los otros dos son **la pasividad y la agresividad**.

Pasividad: Evitamos decir o pedir lo que queremos o nos gusta.

Agresividad: Nos expresamos de forma tan violenta que nos descalificamos nosotros mismos.

Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad consiste también en hacer y recibir cumplidos, y en hacer y aceptar quejas.

La asertividad y la ansiedad

El elemento básico de la asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable y franca, pero el punto fundamental consiste en lanzarse y atreverse. Pero cuando la ansiedad y el miedo son demasiado grandes hasta el punto de que nos dificultan o impiden expresar nuestros deseos, hemos de plantearnos una estrategia para superarla.

Para ello se debe trabajar en entrenamiento de conductas asertivas las cuales nos puedan ayudar a mostrar lo que sentimos y deseamos, porque sabemos que lo estamos haciendo de forma adecuada que nadie se puede ofender, esto nos ayudará a atrevernos a hacerlo.

ANEXO 18

Tabla de registros

Nombre: _____

Sesión: _____ **Tarea:** _____

Indicación: Deberá registrar las veces que logro comportarse de manera asertiva, mencionará en un cuadrante la situación, en el siguiente la conducta que generalmente tenían frente a esa situación y en el tercer cuadrante la conducta asertiva que logró desarrollar frente a la situación.

SITUACIÓN	CONDUCTA PASADA	CONDUCTA ASERTIVA

Área V

EVALUACIÓN FINAL



SESIÓN N° 12



Objetivos:

- Que los participantes logren estar en armonía por medio de la técnica de animación apartamento e inquilino.
- Revisar el cumplimiento de la tarea asignada y compartir experiencias con los participantes.
- Determinar la reducción de síntomas de ansiedad que manifiestan los miembros del grupo de tratamiento a través de la aplicación de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
- Identificar los cambios en cuanto a la manifestación de los síntomas como ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.
- Agradecer a los participantes por su asistencia y responsabilidad durante el desarrollo del programa.



Recursos:

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
- Lápices.
- Carta de agradecimiento



Tiempo de duración:

- 120 minutos

Actividad N° 1: Apartamento e inquilino

Procedimiento:

Se les mencionará a los participantes que se iniciará con una técnica de animación llamada “Apartamento e inquilino”, con el fin de que se relajen y olviden por un momento los problemas del diario vivir.

Seguidamente se darán las instrucciones para realizar la actividad de la siguiente manera:

Se pedirá a los participantes que se pongan de pie y que formen grupos de tres integrantes, se mencionará a dos de ellos que se agarren de las manos colocándose frente a frente entre ellos se coloca el tercer integrante. Los que están agarrados de las manos se llamarán departamento y el del centro inquilino, se formará además un grupo que solo contendrá dos integrantes los cuales serán departamento, la coordinadora que dirija el juego dirá cambio de inquilinos y estos deben de dejar su apartamento y correr en busca de otro. El inquilino que no tiene apartamento deberá realizar una penitencia. Luego se mencionará cambio de apartamento y estos deben soltarse e ir a buscar otra pareja para formar un apartamento. Tanto el inquilino o departamento que quede solo deberá realizar una penitencia. Al final de la técnica de animación se pedirá comentarios de manera voluntaria sobre la realización de ésta.



Actividad N° 2: Revisión de tareas

Procedimiento:

Se les pedirá la página de papel bond que contiene la tabla de registros que se les proporcionó en la sesión anterior y se comentará sobre el desarrollo de la tarea realizada y sobre la experiencia durante todo el desarrollo del programa, las facilidades que tuvieron al realizar las actividades y tareas, así como también las dificultades que se les presentarán.



Actividad N° 3: Aplicación de pos-test

Procedimiento:

Se proporcionará a cada uno de los asistentes la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (**Ver anexo 3**). Posteriormente se les explicará que ésta es la misma prueba que se les aplicó en la primera sesión, y que es necesario aplicarla nuevamente, pues ahora que ya se han desarrollado las diferentes técnicas y demás actividades orientadas a reducir los síntomas de ansiedad, se pretende conocer si los resultados obtenidos son positivos; es decir, si se ha dado una reducción en los síntomas de ansiedad que manifiestan.

Asimismo, se les recordarán las indicaciones necesarias para contestar las preguntas o situaciones que se les plantean en el cuestionario, indicándoles que estas indicaciones se encuentran en la primera página de la prueba, serán éstas en las que la facilitadora se guiará para explicar a los participantes la forma en que contestarán la prueba. Se indicará que no habrá respuestas buenas o malas, ya que solamente se pretende conocer la manera en que generalmente reaccionan ante diferentes situaciones de la vida cotidiana. La prueba posee un tiempo de aplicación de aproximadamente cincuenta minutos.



Una vez terminada la prueba anterior se les proporcionará la prueba Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (**Ver anexo 4**).

Se les explicará qué es necesario aplicar nuevamente esta prueba para determinar los cambios que se han dado en cuanto a la manifestación de los síntomas como rasgo o estado. Además, se les recordarán las indicaciones para contestar el formato, las cuales se encuentran en la misma página de las preguntas o situaciones a las que deben contestar. Esta prueba posee un tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos.

Actividad N° 4: Carta de agradecimiento

Procedimiento:

Se dará lectura a una carta donde se les agradecerá a los participantes por su permanencia en cada una de las sesiones y perseverancia en el desarrollo del programa “LIBERÁNDOME DE LA ANSIEDAD”, haciéndoles ver que el interés principal consistió en proporcionarles las herramientas necesarias para que puedan reducir significativamente los síntomas de ansiedad, a nivel fisiológico, cognitivo y motor; mejorando su bienestar psicológico y por ende su calidad de vida. (**Ver anexo 18**)



ANEXOS

ÁREA V: EVALUACIÓN FINAL.



ANEXO 18

CARTA DE AGRADECIMIENTO

Nos es grato dirigirnos a cada uno de ustedes y agradecerle su asistencia por haber participado en nuestro taller denominado programa de tratamiento cognitivo conductual grupal “Liberándome de la Ansiedad”, y además por permanecer en cada una de las sesiones, mostrando su interés y entusiasmo.

Agradecemos y consideramos el esfuerzo por mantenerse asistiendo desde el día en que dio inicio el programa hasta este día de finalización, esperando que cada técnica desarrollada en las diferentes sesiones hayan sido de utilidad en sus vidas, como de igual manera las distintas técnicas auxiliares aprendidas.

Deseamos que les hayan sido de gran ayuda, ya que nuestra intención es haberles ayudado en disminuir y controlar los síntomas de ansiedad, y así gozar de una buena salud mental.

Sin otro en particular nos despedimos hasta una nueva oportunidad.

Atentamente.

F: _____
Facilitadora

F: _____
Facilitadora

F: _____
Facilitadora

F: _____
Profesor Responsable