

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL CONTROL DEL ESTRÉS EN ADULTOS POR MEDIO DE UNA
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

MINERVA A. HERNANDEZ P.

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

Dedicatoria

A mis compañeros de trabajo, que me mostraron que es importante brindarles estrategias a las personas para que afronten al mundo tan exigente y acelerado en el que vivimos sin sufrir en exceso en el proceso.

A los maestros, que con empeño se entregan a la labor de la enseñanza, sacrificando por amor, pasión y compromiso más cosas de las que las riquezas puedan llegar a costear.

A mis colegas, para que jamás pierdan de vista aquellas “nimiedades” que hoy parecen gotas y terminan por convertirse en océanos en el que muchas personas por falta de recursos se ahogan.

Agradecimiento

Sean mis primeras palabras para dar gracias al Ser Supremo, que en innumerables ocasiones me brindó oportunidades para continuar aun con las posibilidades en contra.

A Franklín, por estar ahí.

A mi madre que por modelado me enseñó que se vive un día a la vez para no morir de estrés y a mi familia por forzarme a superar mis expectativas.

A mis amadas amigas Ale, Damaris y Yani, que, con su cariño, apoyo y luz propia, invitan a otros a brillar con ellas, además de ser mis vínculos seguros. A mis colegas y amigos Alexander, Miguel y René que con sus palabras de motivación recargaban mi entusiasmo por continuar con este trabajo.

A la Sra. Paola Mora y a la Sra. Lilliana Estrada, que facilitaron el camino hacia el logro de esta meta.

Al Dr. Ricardo Turner por asesorar esta tesis, a la Magister Damaris Samaniego por su apoyo a nivel metodológico y al Magister Eloy Santos por su asesoramiento a nivel estadístico.

A las maestras que de manera entusiasta y comprometida participaron en este estudio.

A todos, gracias por estar ahí.

ÍNDICE GENERAL

<i>Dedicatoria</i>	i
<i>Agradecimiento</i>	ii
ÍNDICE DE CUADROS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	2
CAPÍTULO I	6
MARCO TEÓRICO	6
A. Antecedentes	6
B. Aproximación teórica: El Estrés	9
a) Definición de estrés.....	9
b) Perspectivas que explican el estrés.....	11
c) Tipos de Estrés	17
d) Causas del Estrés.....	18
e) El estrés y el cuerpo.....	20
f) Estrés y enfermedad	21
g) Signos y síntomas del estrés	25
C. Preparativos para el tratamiento para el estrés	27
D. Tratamiento para el estrés	28
E. La Terapia Cognitivo Conductual y el estrés	29
CAPÍTULO II	33
METODOLOGÍA	33
A. Planteamiento del problema	33
a. Objetivo General	34
b. Objetivos Específicos	34
c. Hipótesis.....	34
B. Diseño de investigación	35
C. Tipo de estudio	35
D. Definición de las variables	36
E. Población y muestra	37
F. Técnica de medición	38
G. Procedimiento	40
H. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	43

CAPÍTULO III	44
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
A. Datos generales de los participantes	44
B. Resultados obtenidos a partir de las mediciones antes y después de la aplicación del Programa para el Control del Estrés.....	47
C. Prueba de hipótesis.....	54
D. Discusión de los resultados.....	56
CAPÍTULO IV	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
A. Conclusiones	60
B. Recomendaciones.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	72
A. Consentimiento informado.....	72
B. Entrevista semiestructurada.....	75
C. Tareas para la casa entregadas a los sujetos de la muestra	76

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1 Descripción de la muestra: edades.	.....	44
Cuadro N°2 Descripción de la muestra: estado civil.	.....	46
Cuadro N°3 Puntuaciones en A de la prueba EAE en los sujetos de la muestra.	.....	47
Cuadro N°4 Puntuaciones en P de la prueba EAE en los sujetos de la muestra.	.....	48
Cuadro N°5 Puntajes netos, percentiles resultantes y categorías descriptivas de los resultados obtenidos en la muestra por medio de la prueba EAE.	.....	49

Cuadro N°6 Puntuaciones	53
promedio grupales de la muestra en el pretest y el postest.	
Cuadro N°7 Resumen de prueba de	55
hipótesis.	
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.	
Cuadro N°8 Estrategias señaladas	58
como funcionales por sujeto participante.	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Edades de la muestra	.....	45
Figura N°2 Estado civil de la muestra	.....	46
Figura N°3 Puntajes netos del pretest y postest	.....	51
Figura N°4 Percentiles resultantes del pretest y el postest	.....	52
Figura N°5 Diferencia de medias resultante de la comparación de los promedios de la muestra	.....	54

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación a continuación fue evaluar la efectividad del Programa para el Control del estrés en una muestra de adultos mayores a 30 años. Se empleó el diseño Cuasi experimental con Preprueba – Posprueba con un solo grupo. La muestra estaba compuesta por cinco docentes mayores a 30 años, del Centro Básico Potrero Grande en La Chorrera; las mismas fueron elegidas acorde con criterios de inclusión y exclusión. La intervención empleada fue una adaptación del Programa para el Control del Estrés de Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010), dicho programa está estructurado con base en la Terapia Cognitivo Conductual, específicamente en la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis. Esta intervención estuvo compuesta por 8 sesiones de una hora y media cada una, de aplicación semanal. Los sujetos de la muestra fueron evaluados por medio de la Escala de Apreciación del Estrés de J.L. Fernández-Seara y M. Mielgo (2017). Los resultados muestran que hubo diferencia entre los datos obtenidos del pretest y el postest, dando como conclusión que fue efectiva la intervención.

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the effectiveness of the Stress Management Program (Programa para el Control del estrés) a sample of adults over 30 years of age. The Cuasi - experimental design with Pre-test – Post-test with a single group was used. The sample was composed of five teachers over 30 years old, from Centro Básico Potrero Grande in La Chorrera. They were selected according to inclusion and exclusion criteria. The intervention used was an adaptation of the Humbelina Robles and María Isabel Peralta Stress Control Program (2010), the program is structured based on cognitive behavioral therapy, specifically Albert Ellis Rational Emotive Behavioral Therapy. This intervention consisted of 8 sessions of an hour and a half each, of weekly application. The sample subjects were evaluated by the Stress Appreciation Scale of J.L. (Escala de Apreciación del Estrés de J.L., Fernández-Seara y M. Mielgo (2017)). The results show that there was a difference between the results of the pretest and the posttest, with the conclusion that the intervention was effective.

INTRODUCCIÓN

Todas las personas nos vemos frente a situaciones cotidianas o laborales, que pueden generar presión, si esta presión tiende a ser constante, puede generar estrés, que, de no ser gestionado, puede acarrear consecuencias mayores, generando un impacto negativo a corto o a largo plazo en la salud y en las relaciones del sujeto que lo experimente.

Actualmente se considera al estrés como “el mal del siglo XXI” (El País, 2015), y según la Organización Mundial de la Salud, en una publicación realizada por Leka, Griffiths y Cox (2004), informan la importancia y el impacto que genera el estrés mal manejado dentro del campo laboral, donde se destacan que esto no sólo acarrea consecuencias para el individuo, como lo son el aumento de la irritabilidad, problemas cardiacos, trastornos a nivel digestivo, trastornos mentales, etc.; sino también el impacto para las instituciones: aumento del absentismo, aumento de la rotación del personal, disminución de la productividad, aumento de la insatisfacción por parte de los clientes o usuarios, aumento en los problemas legales debido a las demandas presentadas por trabajadores que experimentan estrés, entre otros sin número de consecuencias producto de la mala gestión del estrés. Cabe destacar que este no sólo está dentro del

ámbito laboral, sino que se extrapola a situaciones personales y familiares, impactando en varias áreas del sujeto se desenvuelve.

Por lo tanto, esta investigación surge a raíz de la búsqueda de ofrecer una alternativa que les pueda brindar estrategias para que puedan entender su estrés y a su vez gestionarlo correctamente, velando por una mejora en la calidad de su vida a los adultos que con tanto esfuerzo se enfrentan al día a día sin tomar en cuenta los daños colaterales del pobre manejo de su estrés diario.

Este trabajo lo hemos titulado “El Control del Estrés en Adultos por Medio de una Intervención Cognitivo Conductual”. A través de esta intervención se podrá evaluar la efectividad del Programa Cognitivo Conductual para el Control del Estrés en una muestra de adultos mayores a 30 años. La población elegida para este estudio se tomó de entre los docentes del Centro Básico Potrero Grande, ubicado en La Chorrera, Provincia de Panamá Oeste.

Hemos dividido esta investigación en cuatro capítulos. En el primer capítulo está redactado el marco teórico, en el cual se detallan tanto los antecedentes del estudio como información recopilada que busca explicar el concepto y naturaleza del estrés, además de vincularlo con la Terapia Cognitivo Conductual y su funcionalidad para manejarlo. En el segundo capítulo está redactada la metodología, el cual está compuesto por el planteamiento del problema, sus objetivos, las preguntas de investigación y su hipótesis; también está redactado el diseño de investigación, la definición de las variables, la descripción de la población y muestra, las técnicas de medición y el procedimiento que se utilizó en este estudio. En el tercer capítulo se

encuentran expuestos los resultados de la investigación y la discusión de los mismos, y en el cuarto capítulo se observan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Como cierre de esta investigación están las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

A. Antecedentes

Actualmente, el estrés se encuentra vinculado a una serie de afecciones que deterioran la salud y, por ende, la calidad de vida de las personas que se ven expuestas a este de manera crónica y que encuentran limitantes al momento de manejarlo.

Entre las afecciones vinculadas al estrés se cuentan la depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, alteraciones en la piel, indigestión y enfermedades vasculares (Redolar, 2011), trastornos inmunológicos, trastornos respiratorios, trastornos musculares (Robles y Peralta, 2010). Además, el estrés aumenta el riesgo de sufrir hipertensión, diabetes, inmunosupresión, afectación de las capacidades cognitivas, alteración de patrones del sueño (Redolar, 2011), entre otra larga lista de afecciones.

Evidencia de esto es un estudio correlacional entre estrés y depresión, realizado por León - Barúa (2007), donde los resultados obtenidos sugieren que existe relación entre el estrés de origen psicológico y la génesis de la depresión. La muestra del estudio,

realizado en Perú, estaba compuesta por 120 mujeres y 120 varones mayores de 19 años, con participación voluntaria.

En otro estudio, realizado en Chile, por Behar y Valdés (2009), se verifica la correlación entre estrés, adversidad social y trastornos alimenticios. La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres con Trastorno de Conducta Alimenticia, en edades entre 15 y 43 años, y 50 mujeres estudiantes de la carrera de medicina, de la Universidad de Valparaíso, sin el trastorno, en edades de 21 años (+/-), que acudían a consulta, de forma ambulatoria, en la Policlínica de Salud Mental de la Universidad de Playa Ancha, Hospital del Salvador, Servicio Médico y Dental de la Universidad de Valparaíso y en la consulta privada de las autoras del estudio.

Los resultados sugieren que las mujeres con patología alimentaria experimentaron una mayor cantidad de estrés acumulado, debido a eventos estresantes durante el año anterior a la aparición de la patología, en comparación con las mujeres sin la patología.

Un estudio explicativo realizado por Navarrete (2006), en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”, en Granada, en donde se medía el efecto de una terapia basada en técnicas cognitivo conductuales para el afrontamiento del estrés cotidiano en pacientes con lupus, que contó con 45 participantes, distribuidos en dos grupos de forma aleatoria: Un grupo que recibiría los cuidados habituales (n=24) y otro grupo que recibiría la terapia (n=21), arrojó como resultado que los enfermos con lupus y estrés cotidiano del grupo experimental presentaron disminución en su ansiedad y depresión, mejoría en los síntomas cutáneos y músculo-esqueléticos, cardiovasculares y respiratorios, al terminar la terapia y aún después 15 meses de esta.

Panamá, a pesar de ser un país en desarrollo constante, presenta una población que se ve afectada por esta misma situación, y que se pone en evidencia en los informes de la Subdirección Nacional de Promoción de Salud del Ministerio de Salud de Panamá, publicados por el periódico El Siglo (2017), donde se puntualiza que el estrés mal manejado afecta la salud mental y puede ser un detonante de la depresión. Tal situación que se ve reflejada en las cifras indicadas por la misma institución, en el año 2015. Las cifras mencionan que los diagnósticos de depresión registrados afectan en mayor medida al grupo etario de 35 a 49 años, de los cuales 914 casos corresponden a mujeres y 186 casos a hombres, de acuerdo con el reporte de la institución (Villar, 2017). El mismo artículo señala que factores estresantes como la pobreza, el desempleo y acontecimientos vitales como la pérdida de un ser querido, puede agravar el riesgo de depresión (Villar, 2017).

Asimismo, profesionales de la salud, de instituciones y de algunos centros, han reportado que existe un gran número de personas en el territorio nacional que también forman parte de las cifras de personas afectadas por el estrés (CSS, 2017), mientras que algunas instituciones públicas, como el Ministerio de Salud, informan que las comunidades tienen que orientar sus esfuerzos a prevenir el estrés, pues alegan que la población no cuenta con un manejo adecuado del mismo, lo que trae como consecuencia diversas reacciones violentas, abuso del consumo de alcohol o fármacos, aunado a accidentes de tránsito y homicidios, además de acarrear gastos económicos al Estado (Rodríguez, 2007).

De igual manera, el informe de la Situación de Salud de Panamá, del Ministerio de Salud del año 2013, señala que se ha vuelto importante realizar llamados a la acción,

pues la carga que representan las enfermedades mentales se ha tornado cada vez más significativa, lo que termina desencadenando altos niveles de sufrimiento individual y social. Con relación a esto, los trastornos mentales y del comportamiento que generan discapacidad y/o malestar en la población van desde los trastornos depresivos hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria. Además, se puntualiza que, en Panamá, la brecha entre las cifras de personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento es superior al 60% de los casos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

Por otra parte, el informe señala que, durante el año 2011, las enfermedades cerebrovasculares ocuparon las primeras causas de mortalidad en el país, vinculadas a factores como el comportamiento humano, el manejo del estrés y de las emociones (MINSAL, 2013).

B. Aproximación teórica: El Estrés

a) Definición de estrés

Entendemos por estrés, entre otras manifestaciones, aquella tensión que experimentamos cuando contamos con poco tiempo para cumplir con ciertas obligaciones, entregar un trabajo, etc., y nos sentimos incapaces de cumplir; cuando experimentamos dolores en el cuerpo o mal humor y el personal médico se lo adjudica a nuestro ritmo de vida, porque no aparece un síntoma físico que lo explique, entre otra serie de situaciones que comparten el mismo nombre o sustentación.

Asimismo, debemos aclarar que esa tensión no aparece exclusivamente en determinadas situaciones, ni a un grupo de personas en especial; afecta a todo el mundo y se produce en todo momento. Podríamos hasta señalar que un cuerpo sin estrés es un cuerpo sin vida (Robles y Peralta, 2010).

El estrés, entonces, es parte importante de nuestra existencia, es el resultado de la interacción que tenemos con nuestro ambiente, ya que necesitamos de él para poder adaptarnos a todas las demandas (Robles y Peralta, 2010). Dicho en otras palabras, el estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo ante cualquier cambio en el ambiente y que busca adaptarse a él. Es más que todo una reacción adaptativa (Robles y Peralta, 2010).

Para poder entenderlo un poco mejor, pasaremos a revisar algunas definiciones que se le han asignado:

La Asociación Americana de Psicología (Asociación Americana de Psicología [APA], 2009) define el estrés como el estado donde surgen respuestas fisiológicas y psicológicas por motivadores internos o externos que generan cambios que afectan casi todos los sistemas del cuerpo.

Por otra parte, Consuegra (2010), define el estrés como el resultado de la interacción dada entre las características de un sujeto y las demandas del ambiente.

También se define el estrés como el intento que lleva el organismo por recobrar el equilibrio homeostático y buscar adaptarse a las situaciones biológicas, psicológicas o sociales que le presenten demandas (Soriano, Guillazo, Redolar, Torras, y Martínez, 2007).

Igualmente, para fines de este estudio, podríamos definir el estrés como el resultado de la interacción sostenida entre el individuo y un evento inespecífico dentro y/o fuera de sí mismo, que desencadena una serie de respuestas fisiológicas y el empleo de recursos que buscan lograr proteger al individuo tanto del daño físico como emocional. Si hay ausencia de recursos, son pobres o son percibidos como tal, también pueden desencadenar en estrés, resaltando el componente cognitivo en su incidencia.

b) Perspectivas que explican el estrés

La ciencia, en la búsqueda de respuestas que pudieran apoyar la cura de los males que afectan al hombre, encontró en el estrés una de las respuestas que permitió satisfacer total o parcialmente varias de las preguntas planteadas por la comunidad médica. Desde entonces, se ha venido buscando la manera de explicar cómo se produce el estrés y qué estimula su aparición.

En el año 1910, un médico de origen canadiense, Sir William Osler, empezó a utilizar la palabra “*stress*” en un artículo publicado en “*The Lancet*”, donde relacionó la angina de pecho que padecían varios miembros de la comunidad judía con estilo de vida intenso y por la alta demanda de energía nerviosa y tensiones a las que se sometían (Benjamín, 1992; Redolar, 2011), que como podemos leer entre líneas, le atribuía al estrés las características de una causal situacional de la angina de pecho.

Diecinueve años después, en 1929, Walter Bradford Cannon, fisiólogo y psicólogo estadounidense, acuñó el término homeostasis, haciendo referencia a: “Conjunto de procesos que se ponen en marcha con el fin de mantener estable el medio interno del

organismo, ante los estímulos que puedan desequilibrarlo” (como se citó en Redolar, 2011).

En 1936, Hans Selye, definió el Síndrome General de Adaptación, haciendo referencia al conjunto de cambios fisiológicos que tienen lugar en el organismo como respuesta a estímulos nocivos. Posteriormente, en el año 1956, explicó su posición. Cabe destacar que el autor puntualizó que la actividad hipotalámica y la del sistema nervioso parasimpático podría tener gran influencia en el sistema fisiológico y el estado de salud general del organismo (Redolar, 2011).

A partir de entonces el estrés ha sido ampliamente estudiado y en un intento por darle estructura, existen diferentes autores que abogan por describir este conjunto de síntomas desde distintos puntos de vista:

Existen diferentes teorías, las cuales pasaremos a organizar:

1. La teoría que conceptualiza el estrés como una variable independiente o contemplándola como un estímulo: Fisher, en 1986 (como se citó en Travers y Cooper, 1997), define el estrés como una condición física o psicológica presente en el medio ambiente; mientras que, para Cooper y Travers (1997), el estrés se estaría contemplando de un modo mecanicista, donde existe un factor que ejerce presión sobre un objeto y este objeto mostraría los efectos resultantes de dicha presión, tomando en cuenta que el objeto tendría un límite de tolerancia a la presión que se ejerza sobre él. Por otro lado, dos psiquiatras, Holmes y Rahe (como se citó en Oblitas, 2010), mencionan que los sucesos vitales, sean positivos o negativos, demandan cambio y requieren manejo

adecuado para su adaptación. Colocando al estrés en la posición de un estímulo o estresor.

2. Por otra parte, están los autores que se inclinan por observar el estrés como respuesta o variable dependiente de los estímulos, siendo la respuesta inespecífica por parte del sujeto. Como principal expositor de esta teoría tenemos a Hans Selye, el cual plantea el modelo general de adaptación (SAG), compuesto por tres fases: fase de alarma, la fase de resistencia y la fase de agotamiento, siendo descritas de la siguiente manera:
 - a. Fase de alarma: Es la primera reacción que tiene el organismo frente a algún estímulo al que no se ha adaptado. Esta reacción implica variedad de síntomas fisiológicos, incrementando el nivel de activación del organismo con la motivación de prepararlo para defenderse frente al estímulo. La atención y la memoria también se potencian, facilitando esta adaptación.
 - b. Fase de resistencia: En esta fase, ya ocurrió la adaptación del organismo al estresor, junto con la mejoría y ausencia de los síntomas iniciales. La amenaza ya habría desaparecido, pero de no ocurrir así, el organismo desplegaría sus recursos progresivamente y con ello la movilización de la energía necesaria.
 - c. Etapa de agotamiento: Si el estresor permanece por un periodo de tiempo superior al que el organismo pueda soportar, entra en la etapa de agotamiento. Llegado a este punto, el organismo pierde lo ganado en la fase de resistencia y sobrevienen las consecuencias de sobrecargar al organismo (Robles y Peralta, 2010).

Esta teoría describe el estrés como una respuesta biológica inespecífica al factor estresante, que se realiza por medio de cambios a nivel del sistema

nervioso, endocrino e inmunológico. Bajo estas circunstancias, el organismo se vería preparado para lucha o huir (Oblitas, 2010).

3. Está la perspectiva interactiva o la teoría de la evaluación cognitiva de los autores Lazarus y Folkman (1986), con su modelo cognitivo transaccional, el cual entra en contraste con los enfoques anteriores, ya que esta perspectiva asigna al sujeto un papel activo en el proceso del estrés (Oblitas, 2010). Este modelo define el estrés como una relación entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o que supera sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986)

Dicho modelo observa al estrés como un proceso por el cual este es el resultado producido por la percepción del sujeto acerca de las demandas del ambiente y el contraste con sus recursos para hacerle frente a tales demandas.

Lazarus y Folkman en 1986 (como se citó en Oblitas, 2010) contemplaba tres tipos de evaluación para clasificar las amenazas: La evaluación primaria, la secundaria y la reevaluación.

a) Evaluación primaria: Esta evaluación se centra en la situación. Esta evaluación contempla cuatro modalidades:

- Amenaza: Anticipar un posible daño.
- Daño/pérdida: Los posibles resultados del daño.
- Desafío: Valoración de la situación que hace el sujeto, siendo inciertos los posibles resultados.
- Beneficio: Valoración positiva que no motiva al estrés.

b) Evaluación secundaria: Se valida la propia eficacia y los recursos con que

se cuenta para hacer frente a la situación en conflicto. Al finalizar esta evaluación, inicia un proceso de retroalimentación donde se realizan los ajustes necesarios para asimilar la nueva información y orientar los cambios conductuales.

4. Por último, tenemos el Modelo procesual del estrés: Publicado en 1995, por Bonifacio Sandín, este modelo más que agregar explicaciones acerca de cómo ocurre el estrés, centra el objetivo del autor en organizar las distintas variables básicas que de manera indirecta o directa se relacionaban con el estrés (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). Este modelo toma elementos del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) y le brinda una estructura con alguna variable y las organiza en las siguientes siete etapas:

a. Demandas psicosociales: Son todos aquellos agentes externos causales de estrés, no solo los factores psicosociales, como los sucesos vitales, el estrés diario y el estrés crónico, sino también factores ambientales, denominándolos estresores ambientales, haciendo referencia a todo lo relacionado con él, desde el clima hasta el ruido que generan las ciudades.

b. Evaluación cognitiva: Es la valoración cognitiva que realiza el sujeto con respecto a la demanda psicosocial, puede ser consciente como inconsciente. Puede estar vinculada al tipo de amenaza que se presente, ya sea una demanda psicosocial, un peligro inminente que ponga en riesgo la integridad del sujeto o un desafío.

Esta evaluación pondera si esta demanda es positiva o negativa, la independencia de esta, su predictibilidad y controlabilidad.

c. Respuesta de estrés: Incluye todo lo relacionado con la respuesta fisiológica,

la psicológica y/o emocional.

- d. Afrontamiento: Son los esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea el sujeto para afrontar a las demandas y para regular la respuesta emocional.
- e. Características personales: Impactan sobre todo lo anterior. La conforman los tipos de personalidad, factores hereditarios, el sexo, la raza, etc. Influyen en cómo el sujeto hará usos de sus recursos de afrontamiento.
- f. Características sociales: Hacen referencia al apoyo social, nivel socioeconómico y redes sociales, tomando en cuenta que la persona tenga el recurso y le dé el debido uso al mismo.
- g. Estatus de salud: Hace referencia al resultado a nivel psicológico como fisiológico y dependerá del manejo en las fases anteriores, el afrontamiento que se le dio al estresor, haciendo un vínculo con comportamientos resultantes del manejo del estrés y sus repercusiones en la salud.

Visto esto, podemos mencionar que uno de los factores importantes en la incidencia del estrés son los pensamientos que tenga el sujeto con respecto a sí mismo y sus recursos en relación con el nuevo reto que afronta. Por lo tanto, de no gestionar la parte cognitiva adecuadamente, impactará sobre el uso o no de los recursos con que cuente y con ello, a modo de efecto dominó, afectará al individuo no solo produciendo malestar emocional, sino alterando la salud física y mental.

c) Tipos de Estrés

El estrés funciona como motivador o guía, pero al no ser regulado puede tornarse un riesgo para la salud, ya que gran parte de las enfermedades tienen su origen en él (Adams, 2000).

Para ahondar aún más en estos temas, podemos señalar dos estilos de clasificación que se le han asignado al estrés: Por su duración o por su signo (Rodríguez, 2016).

1. Estrés por su duración: L. Miller, A. Dell y L. Rothstein (como se citó en APA, 2010), mencionan tres tipos de estrés:
 - Estrés agudo: Suele ser el más frecuente. Surge a partir de las presiones del pasado reciente o anticipadas del futuro cercano. Es emocionante en pequeñas dosis, pero al aumentar su nivel se vuelve agotador.
 - Estrés agudo episódico: Es estrés agudo, pero por periodos. Es usual en el patrón de comportamiento tipo "A". Dado el nivel de tensión que genera, puede producir brusquedad, hostilidad e irritabilidad.
 - Estrés crónico: es cuando el estrés permanece por largos periodos, sin que se encuentren soluciones. Genera malestar mediante el desgaste a largo plazo, además de verse vinculado al suicidio, violencia doméstica, problemas cardiacos, cáncer, entre otros.
2. El estrés por su signo: Hans Selye (como se citó en Oblitas, 2009), reconoció que esta respuesta del organismo llamada estrés no solo tiene aspectos negativos, sino también positivos. A estas dos maneras de responder se les nombró eustrés y distrés:

- Eustrés: Esta respuesta al estrés es la que motiva al cambio, al desarrollo y al crecimiento, siendo estimulante para el avance (Travers y Cooper, 1997). Por su parte, González (2013) señala que este también implica el esfuerzo bajo situaciones especiales en las que se requiere luchar por una recompensa o al tener consecuencias positivas.
- Distrés: este es el conocido estrés indeseable y potencialmente dañino (Travers y Cooper, 1997). Este tipo de estrés también se vincula con el esfuerzo que se realiza en situaciones especiales que requieren actividad superior y esfuerzo para lograr el objetivo de huir de un peligro o también ocurre cuando la reacción del sujeto dificulta la adaptación ante un factor estresante (González, 2013).

En cualquiera de las dos clasificaciones anteriores, el modo como se percibe el factor estresante influye en si el sujeto termina por verlo como positivo o negativo o si es algo que él puede manejar a lo largo del tiempo o no.

d) Causas del Estrés

Definimos como causa del estrés a todo aquello que el sujeto etiquete como situación que implique adaptación para él y que sienta comprometidos sus recursos, produciendo malestar.

Podemos señalar que algunas situaciones que pueden provocar estrés, viéndolo desde el punto de vista de eventos detonantes del mismo, pueden ser sucesos extraordinarios que demandan del sujeto adaptación. Por ejemplo, casarse, separarse, ser despedido, etc. También se cuentan las situaciones de tensión crónicamente mantenidas y que, por su duración e intensidad, sus efectos son más graves. Por ejemplo, no poder conseguir empleo por una temporada, una relación de pareja tóxica,

un clima laboral enfermo, una enfermedad prolongada o crónica, problemas económicos, vivir con un familiar enfermo, etc. Y se encuentran los sucesos estresantes diarios de menor intensidad, que producen muchos efectos negativos dado lo habituales que se vuelven, como exponerse al tráfico, discutir con un hijo, etc. (Robles y Peralta, 2010).

Estos últimos, por el impacto acumulativo que generan, podrían fungir como predictores de la perturbación de la salud de las personas, en especial de los trastornos crónicos, aún más que los sucesos mayores (Kanner, Coyne, Schaefer, Lazarus, 1981; Camberlain y Zika, 1990). Por lo tanto, el análisis y señalamiento de estos últimos permite tener luces de los posibles factores precipitantes del malestar del sujeto o de factores que permiten que se empeore o mantenga alguna enfermedad.

Existen factores que clasifican el nivel en el que se encuentra el estresor dependiendo de características (Ortiz, 2008), como:

- Duración: Entre más tiempo el sujeto se encuentre inmerso en la situación estresante, aumenta el daño que le puede causar.
- Intensidad: A mayor magnitud, mayor daño.
- Inminencia: La tensión aumenta a medida que el acontecimiento se le vence la fecha.
- Predictibilidad: Entre menos información se maneje de lo que vaya a ocurrir, mayor nivel de estrés.

Pearlin y Thoits (como se citó en Sandín, 2002) señalan que el estresor no necesariamente son sucesos negativos, también pueden ser sucesos positivos. Su impacto va a depender de la percepción del individuo, si es interpretado como algo

que le generará malestar/daño o no y de si se percibe con recursos, sean cognitivos, físicos, materiales o sociales, para afrontar el estresor, sea eliminándolo o reduciéndolo.

e) El estrés y el cuerpo

Partiendo de la idea de que el estrés involucra aspectos fisiológicos, pasaremos a describir brevemente qué ocurre en nuestro cuerpo al encontrarnos estresados. En cuanto el sujeto percibe que existe alguna amenaza en el ambiente, el cuerpo humano inicia una carrera para equipar al individuo para defenderse o huir. En ese momento, el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino empiezan a dar respuesta, poniendo en marcha diferentes órganos y funciones como el aumento del riego sanguíneo en los órganos que necesitan responder velozmente ante la percepción de amenaza (Redolar, 2011). El corazón bombea sangre con mayor rapidez, el sistema límbico que regula la conducta afectiva y emocional se activa; el aparato digestivo suspende sus funciones; gracias al volumen de sangre en movimiento, aumenta el rendimiento de los músculos para movilizarlos a la acción; se liberan en sangre ácidos grasos triglicéridos y colesterol en plasma para brindarnos energía; se liberan opiáceos endógenos, endorfinas y encefalinas para anular la percepción del dolor, entre otros cambios (Robles y Peralta, 2010).

Por otra parte, si el sujeto continúa bajo percepción de peligro, ocurre un aumento de la frecuencia y la fuerza del latido cardiaco, aumento de los eritrocitos circulantes en sangre, liberación de azúcar almacenada hacia la musculatura, la sangre circulante por la piel y las vísceras se redistribuye, hay un aumento en la capacidad respiratoria, dilatación de la pupila, aumento de la coagulación de la sangre, inhibición de la

secreción de la insulina (Redolar, 2011). Además, el cuerpo -para mantener este sistema de activación- por medio de un proceso fisiológico, libera posteriormente la “hormona del estrés”, el cortisol, que, a pesar de ser altamente útil, junto con sus derivados, por tener funciones antiinflamatorias, debilitan las defensas inmunitarias (Robles y Peralta, 2010).

Esta serie de cambios que experimenta el cuerpo, al mantenerse por periodos prolongados, agotan al sujeto por la alta demanda que su organismo intenta cubrir para sobrevivir, generando impacto negativo a nivel físico, mental, conductual y emocional (Robles y Peralta, 2010).

f) Estrés y enfermedad

El proceso del estrés, visto de una manera instrumental, es nuestro aliado. Sin él, la mente y el cuerpo no se sincronizarían para encontrar esfuerzos que puedan lograr el equilibrio, la protección y la preservación de la salud del sujeto. Sin embargo, puede que el sujeto no cuente con suficientes estrategias a nivel cognitivo, físico o a nivel social que funjan como factor protector, o que el individuo tenga predisposiciones biológicas que le sirvan de desventaja frente a la avalancha de cambios, terminando dañándole, en lugar de apoyarle.

Variedad de estudios han vinculado el estrés con enfermedades tanto físicas como psicológicas. Uno de estos vínculos es que el cuerpo al exponerse a situaciones de estrés, como hemos mencionado anteriormente, libera corticoides en sangre, lo que interfiere en la eficacia de los anticuerpos, dejando expuesto al organismo al desarrollo de enfermedades (Barlow, 2005). Contar con redes de apoyo juega un papel

preponderante en la respuesta personal al estrés y en su bienestar psicológico, contribuyendo en la prevención de desajustes en momentos de estrés (Buendía, 1991). Contar con recursos cognitivos, como la flexibilidad de pensamiento, representa una herramienta útil para prevenir enfermedades o, en su ausencia, exponerlo a ellas.

En la atención primaria, comúnmente el estrés reposa detrás de los síntomas que presentan gran cantidad de pacientes que acuden a consulta médica en busca de tratamiento (American Osteopathic Association [AOA], 2006).

Por lo tanto, una buena manera de entender la importancia de controlar el estrés es conociendo por qué es necesario. Para ello veamos una lista de enfermedades que se encuentran relacionadas con el estrés:

1. Enfermedades físicas vinculadas al estrés: Además de estar vinculado con la función del sistema inmune, impactando la supresión del mismo (Herrera, 2017), también se encuentra relacionado con complicaciones en el embarazo. Es bien conocido que vivir un embarazo involucra cierta cantidad de síntomas típicos o propios del mismo, debido a los cambios que se generan en el cuerpo a raíz de la nueva vida que se está gestando; no obstante, en un estudio se observó que un alto nivel de estrés y sin un adecuado soporte social, complicaba más del 90% de los embarazos de la muestra, en comparación con aquellas que tenían alto nivel de estrés, pero que contaban con el recurso de un soporte social, lo que conducía a reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo en un 32% (Nuckolls, K., Cassel, J. y Kaplan, B., 1972). También se encontró relación entre el estrés y la salud del bebé antes y después del nacimiento (Aguirre, E., Abufhle, M. y Aguirre, R., 2016).

Por otra parte, las enfermedades autoinmunes también se relacionan con el estrés. Aunque estas son multifactoriales y los activadores son de origen desconocido, se ha observado que el estrés ha estado presente antes de la aparición de la enfermedad en muchos casos y que este se encuentra vinculado a su mejora o desmejora, dependiendo de las características del sujeto y el nivel de estrés que este experimente (Herrera, 2017). Cabe destacar que las enfermedades como el cáncer, lupus, artritis, entre otras, se encuentran relacionadas con problemas en el sistema inmune que, al verse afectado, puede impactar en el desarrollo de la enfermedad, debido a la inmunosupresión generada por el estrés, sea por temas sociales o por factores psicológicos (Herrera, 2017).

2. Trastornos psicológicos vinculados con el estrés: La presencia del estrés en el sujeto desencadena respuestas y es importante discriminar las normales de las anormales. Cuando hablamos de respuestas normales al estrés, el sujeto puede experimentar emociones fuertes luego del evento, oponerse a pensar en el suceso, pensamientos indeseables o intrusivos relacionados al evento, síntomas físicos temporales como trastornos estomacales, dolores de cabeza, etc., pero, al cabo de poco tiempo el sujeto logra retornar a su patrón habitual.

Cuando esto raya en lo anormal, pueden aparecer respuestas como sentir preocupación excesiva por las emociones intensas que experimenta, puede que entre en pánico, tenga resistencia extrema a pensar en el suceso y recurra al uso de alguna droga o recurra a la negación, además de tener imágenes y pensamientos persistentes que terminan por entorpecer el funcionamiento normal (Sarason y Sarason, 2006).

Pueden ocurrir reacciones orgánicas más pronunciadas que las mencionadas anteriormente y finalmente, el sujeto muestra complicaciones para amar y trabajar; es decir, existen problemas para volver a su vida normal (Sarason y Sarason, 2006).

Por otra parte, según Valdez (como se citó en Barradas et al., 2018), los factores externos de estrés son determinantes en el inicio de trastornos, como el del estrés agudo, los trastornos adaptativos y el estrés postraumático.

El trastorno adaptativo se identifica cuando un sujeto no se adapta a situaciones que generen estrés, como lo haría una persona promedio, en los tres meses posteriores (Sarason y Sarason, 2006). Este diagnóstico se aplica cuando se tiene la seguridad de que los síntomas no habrían tenido lugar sin la presencia del estrés, a razón de una situación demandante (Bloye, D. y Davies, S., 2000).

Tanto el trastorno por el estrés agudo como el trastorno por estrés postraumático surgen como respuesta a una situación estresante excepcional. Ambos diagnósticos se discriminarán uno del otro a razón de la intensidad del trauma, la duración y el tipo de sintomatología a desarrollar (Jarne et al., 2011).

Por otro lado, el estrés también se encuentra vinculado a los trastornos de personalidad, a modo de factor que afecta el diagnóstico, además de ser uno de los puntos a tratar durante las sesiones de terapia psicológica. Es decir, se le enseña al paciente a lidiar con los problemas del día a día por medio de técnicas que van desde la relajación hasta las habilidades sociales, según sea el caso, pues el mal manejo del estrés influye de manera negativa sobre los resultados de la intervención (Caballo, 2004).

Los temas relacionados con ansiedad, miedo y preocupación no corresponden únicamente a experiencias que ponen en peligro la vida, sino que en gran parte de los casos su desarrollo inicia en lo cotidiano, por las presiones, el estrés y las demandas (Barlow, 2002).

La existencia de síntomas como fatiga, depresión, ansiedad, insomnio, trastornos musculoesqueléticos y conductas orientadas a la búsqueda de drogas son muy comunes después del fracaso del proceso del estrés en su intento por volver al equilibrio tanto mental como físico (AOA, 2006).

g) Signos y síntomas del estrés

Hoy día existe una plétora de documentos que nos brindan información acerca de cuáles son los signos y síntomas del estrés: Artículos indexados, libros, pruebas psicológicas, inventarios... Para tener una aproximación acerca de ellos, pasemos a revisar las siguientes listas que dividiremos en conductuales y físicos, y psicológicos:

1. A nivel conductual y físico:

- Consumo aumentado de café, tabaco, alcohol, medicamentos o drogas (Orlandini, 2012).
- Retraimiento, maltrato o violencia con la pareja, la familia u otras personas (Orlandini, 2012).
- Cambios en los hábitos de vida, como en las actividades recreativas, ejercicio físico, en los horarios, etc. (Orlandini, 2012).
- Desarreglos en el desempeño sexual (Orlandini, 2012).
- Cambio en los hábitos alimenticios y hábitos de sueño (Schmitz y Hipp, 2005).

- Sobresaltos, hiperactividad, aislamiento, aversión (Schmitz y Hipp, 2005).
- Malestares físicos recurrentes (Schmitz y Hipp, 2005), como gastrointestinales, tensión o rigidez muscular, alteraciones en la piel, subidas o bajadas de peso, sequedad de la boca y la garganta, palpitaciones, bruxismo, entre otros (Weiss, 2014).

2. A nivel psicológico:

- Ansiedad (Orlandini, 2012).
- Crisis de cólera, irascibilidad y malhumor (Orlandini, 2012).
- Pesadillas con el tema del estrés (Orlandini, 2012).
- Falta de ánimo: aburrimiento, sentimiento de tristeza (Orlandini, 2012).
- Dificultad para concentrarse o memorizar (Orlandini, 2012).
- Culpa (Weiss, 2014).
- Umbral de frustración bajo (Weiss, 2014).
- Pérdida de motivación y miedo al fracaso (Weiss, 2014).
- Preocupaciones recurrentes (Schmitz y Hipp, 2005).
- Aumento en el número de conductas obsesivo-compulsivas en las rutinas (Schmitz y Hipp, 2005).
- Rechazo de comentarios positivos o de apoyo (Schmitz y Hipp, 2005).

Cabe destacar que estos síntomas y signos varían de persona a persona, siendo consistentes en varias ocasiones; aunque, puede o no aplicar a toda la lista. Lo importante es verificar con cuál la persona se siente identificada o cuáles fueron detectadas por el experto durante la entrevista clínica, pues esto permite conocer cuáles serían los planes de acción para abordar el malestar que lo aqueja o discriminar si estos corresponden a un diagnóstico mayor.

C. Preparativos para el tratamiento para el estrés

Para ofrecer tratamientos para el estrés, basados en lo descrito anteriormente, es imprescindible verificar los siguientes puntos antes de detallarle a la persona el o los procedimientos a seguir para disminuir o regular su estrés:

1. Verificar qué siente el sujeto: Tome en cuenta todo lo observado anteriormente en este documento, incluyendo lo que usted pueda observar y los cambios o síntomas que reporte el sujeto, tanto a nivel psicológico (los pensamientos y las emociones que manifiesta), físico o conductual. También es importante verificar el nivel de estrés que esté percibiendo el sujeto. Tome en cuenta que probablemente se requiera descartar cualquier otro tipo de enfermedad o trastorno antes de proceder a ofrecer cualquier tipo de tratamiento.
2. Verificar cuáles factores califican como estresores: Valide qué ocurre u ocurrió en la vida del sujeto que pueda señalar un punto de inflexión. Riso (2006), señala que en toda problemática humana hay cinco elementos involucrados: Ambiente, cognición, emoción/afectos, comportamiento motor y la biología. Por nuestra parte, exhortamos a verificar todas estas áreas, pues el ser humano es integral y al afectarse una de estas áreas, tiende a impactar sobre las otras.
3. Verifique qué tipo de mecanismos utiliza para afrontar o si cuenta con recursos para afrontar: Verificar si el sujeto está teniendo un afrontamiento basado en el problema, donde busca modificar la situación problemática o si está teniendo un afrontamiento centrado en la emoción, es decir busca regular sus estados emocionales, sea evitándolo o afrontándolo (Lazarus y Folkman, 1984). Cabe destacar que, aunque existen mecanismos para afrontar el estrés, que puedan

darle resultados a corto plazo, no todos son beneficiosos para el sujeto a largo plazo, por lo tanto, se deben validar cuáles son aquellos que, más que beneficiosos, puedan ser una posible problemática a futuro.

4. Valide los recursos con los que cuenta: Ya hemos mencionado la importancia del apoyo social para evitar que el estrés se desarrolle de la manera menos favorable para quien lo experimenta, por lo tanto, se debe verificar si cuenta con apoyo social, qué estilo cognitivo practica y cualquier otro factor que sirva como protector, por ejemplo, tener un autoconcepto sano, experiencias anteriores similares a la actual en la que haya salido victorioso, autoestima sana, algún tipo de actividad que le cause placer, entre ellas el ejercicio físico, etc.

Estos puntos pueden recabarse por medio de entrevistas estructuradas, cuestionarios, autorregistros, observación conductual, entre otros (Caballo, 1998).

D. Tratamiento para el estrés

Existe una variedad de documentos con infinidad de recomendaciones para regular el estrés. Algunos con técnicas prometedoras y otras que limitan con el pensamiento mágico o los placebos. No obstante, hay técnicas que, por su fundamentación teórica y aplicación, han logrado sustentar científicamente su uso.

Muchas de estas técnicas se encargan de apoyar en la disminución del estrés en algún área específica, sea relajando temporalmente al sujeto o distrayéndolo. Sin embargo, es importante recalcar algo anteriormente señalado, el estrés involucra aspectos biológicos, físicos, emocionales, cognitivos, conductuales, ambientales y sociales

(Riso, 2006), por lo tanto, el tratamiento que habría de brindarse se espera cumpla con cada una de estas áreas o por lo menos que sean consideradas al momento de abordar la problemática.

Para la intervención realizada en este estudio, se empleó un programa para el control del estrés, basado en la terapia cognitivo conductual.

E. La Terapia Cognitivo Conductual y el estrés

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un término genérico que hace referencia a una lista de terapias que dentro de su haber técnico incluyen intervenciones conductuales y cognitivas (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Esta tiene sus orígenes psicológicos en corrientes como el psicoanálisis, la psicología individual, la fenomenología y la logoterapia, la psicología del aprendizaje y la terapia de la conducta, entre otras. Este enfoque surge para integrar diferentes corrientes que permitan comprender y abordar las problemáticas humanas desde una perspectiva consciente y responsable del sujeto, basado en que sus pensamientos modelan su conducta y a su vez, el sujeto al gestionarlos puede modularse a sí mismo, todo visto desde un punto de vista científico y sustentado empíricamente.

Esta terapia que data de los años cincuenta, ha evolucionado a pasos acelerados, gracias a la comprobación empírica en diferentes poblaciones como los escolares, personas internadas en hospitales psiquiátricos, personas privadas de libertad, pacientes no psiquiátricos, etc.

Sus métodos han comprobado ser eficaces para el abordaje en temáticas como trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulso, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad, manejo de fobias, etc. (Caballo, 1996, 1998), entre ellos, los problemas relacionados con incidencia del estrés.

Además, esta terapia por su flexibilidad y versatilidad permite que se apliquen variedad de estrategias que permiten un abordaje a nivel cognitivo y conductual, desde la modificación de los pensamientos, pasando por la relajación para disminuir síntomas de tensión y métodos para modificar hábitos o adquirir habilidades sociales (Robles y Peralta, 2010).

La TCC cuenta con muchos aportes de diferentes autores que han permitido comprender cómo se desarrollan las patologías, pudiéndonos dar luces acerca de cómo prevenirlas o tratarlas.

Uno de los referentes que caracteriza a esta terapia es que su teoría explica la génesis de varios trastornos psicológicos desde el contenido de los pensamientos, que luego son llevados a la conducta (Riso, 2006).

La TCC abarca varios estilos de terapia que se han desarrollado a lo largo del tiempo, gracias a las investigaciones y su aplicación clínica. Este avance se ha dividido en tres generaciones:

- I. Primera generación: Esta nace a partir de los trabajos de J.B. Watson y B.F. Skinner, como alternativa científica y oposición al modelo médico. Era la generación de la terapia de conducta, donde se observaban los principios

básicos del aprendizaje y la teoría del comportamiento (Sanz, 2016; Obando, y Parrado, 2015).

- II. Segunda generación: Esta generación se orienta a los aspectos cognitivos en terapia de conducta. Entre ellas, se destacan la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, la terapia cognitiva de Aaron Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Donald Meichenbaum y la terapia de solución de problemas, que cuenta con el aporte de varios autores. Esta última es la que más aceptación y uso ha recibido y ha sido la terapia de solución de problemas sociales de D’Zurilla y Goldfried (Becoña y Oblitas, 1997).
- III. Tercera generación: Conocidas como terapias contextuales, donde se inclinan por el análisis aplicado a la conducta, dándole énfasis al peso del contexto en la determinación y explicación de la conducta (Sanz, 2016). Este grupo de intervenciones, Mañas (como se citó en Obando y Parrado, 2015) señala que están compuestas por la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, la terapia dialéctica conductual, la terapia integral de pareja y la terapia cognitiva basada en mente plena.

De esta lista de terapias cognitivo conductuales, la intervención en la cual se basó el programa para el control del estrés fue la Terapia Racional Emotiva Conductual, ya que por ser la primera de su generación (1958), contempla aspectos importantes para nuestro fin, como: Una posición humanista dentro de la intervención, busca eliminar la evaluación del “sí mismo”, se enfoca en un cambio emocional y conductual profundo, fomenta el empleo del humor como herramienta para combatir creencias irracionales

que afectan al sujeto, fomenta el cuestionamiento activo por parte del sujeto hacia sus propios planteamientos, busca cambiar la baja tolerancia a la frustración, contempla los síntomas secundarios y terciarios, y es más selectiva en la elección de métodos terapéuticos potentes, llevando al sujeto a la aplicación de esos métodos terapéuticos potentes en la realidad más que a limitarse a la aplicación en la imaginación (Lega et al., 1997).

Como hemos visto, al momento de aplicar esta terapia al control del estrés, permite que el sujeto utilice estrategias para observar su realidad desde un punto de vista más flexible, menos catastrófico y más auditado, ya que puede modificar sus pensamientos a partir del conocimiento de cómo se generan las distorsiones por medio de la aplicación de técnicas como el ABC, donde A es el acontecimiento, B el pensamiento y C la conducta, explicando por qué ciertas situaciones le generan malestar a unas personas y a otras no; le permite conocer indicadores de tensión debido a que el sujeto, por medio del análisis llega a conocerse a sí mismo y sus puntos blandos ante el estrés; le permite generar estrategias para afrontarlo, al utilizar el humor, y los ejercicios para aplicarlos a su realidad, además de ser replicable a variedad de situaciones donde el sujeto, aún fuera de terapia, pueda extrapolarla y enseñarla a quienes le rodean.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

A. Planteamiento del problema

El estrés está definido como el resultado de la relación entre el ambiente y el sujeto que interactúa en él. Durante esta interacción el sujeto tiende a desarrollar percepciones acerca de lo que experimenta en dicho ambiente, dándole significado al mismo. Esta percepción final termina por generar bienestar o malestar en el sujeto al ser validada como experiencia amenazante o no. Si llega a percibirse como amenazante, el sujeto inicia una serie de mecanismos para superar o soportar la amenaza; si estos mecanismos no logran su objetivo, el sujeto iniciará por desarrollar síntomas que afectarán su calidad de vida en general (Robles y Peralta, 2010).

Para este estudio se habrá de aplicar el Programa para el Control del Estrés, procurando la disminución de este; al facilitar estrategias a los sujetos participantes, para que puedan trabajar en una mejor calidad de vida, que permita lidiar con las presiones diarias, sin tantos efectos secundarios negativos; por lo tanto, nos interesó verificar lo siguiente:

¿Cuál es el efecto del Programa para el Control del Estrés sobre el manejo del estrés en una muestra de adultos mayores a 30 años?

a. Objetivo General

1. Evaluar el efecto del Programa para el Control del estrés en una muestra de adultos mayores a 30 años.

b. Objetivos Específicos

1. Compilar las conductas que reflejan el estrés en los sujetos de la muestra.
2. Discriminar el uso de estrategias para el control del estrés en los sujetos de la muestra y reportar aquellas que sean más funcionales para cada sujeto.
3. Contrastar los niveles de estrés reportados en la primera aplicación de la Escala de Apreciación del Estrés (EAE-G) en comparación con la segunda aplicación en la muestra de adultos mayores a 30 años.

c. Hipótesis

c.1 Hipótesis de investigación:

H_T: El Programa para el Control del Estrés disminuye el estrés reportado por los participantes del estudio.

c.2 Hipótesis experimental y estadística:

H₀: Los participantes del Programa para el control del estrés, obtendrán puntuaciones mayores o iguales en la Escala de Apreciación del Estrés, luego de la intervención.

H₁: Los participantes del Programa para el Control del Estrés, obtienen puntuaciones menores en la Escala de Apreciación del Estrés, luego de la intervención.

H₀: Md ≥ 0

H₁: Md < 0

Prueba a 1 cola, $\alpha = 0.05$

B. Diseño de investigación

El diseño elegido para este estudio es el Diseño Cuasi experimental con Preprueba – Postprueba con un solo grupo; pues se conformará solamente un grupo a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia; los sujetos serán pasados por un filtro de requerimientos para el fin de obtener una muestra acorde con los propósitos del estudio (Montero y León, 2002).

C. Tipo de estudio

Este tipo de estudio entra en la clasificación de estudios explicativos, de naturaleza cuantitativa, ya que pretende explicar la influencia del Programa para el control del estrés sobre el fenómeno estudiado, que en este caso sería el estrés, (Hernández Fernández y Baptista, 2010). Es de corte cuantitativa por el tipo de datos y el manejo que se le darán (Hernández et al., 2010).

D. Definición de las variables

Para fines de esta investigación, se espera aplicar un programa cognitivo conductual para el control del estrés; por lo tanto, esta investigación se enfocará en las siguientes variables:

- Variable Independiente: Programa para el Control del Estrés (Robles y Peralta, 2010).
- Variable dependiente: Estrés general.
- a. Definición conceptual de la variable independiente:
 - Programa para el Control del Estrés: Es un abordaje cognitivo conductual que promueve el manejo de nuevas estrategias para que el individuo mejore su afrontamiento frente a situaciones que sean consideradas desbordantes o generen algún tipo de presión sobre el mismo.
- b. Definición operacional de la variable independiente:
 - Programa para el Control del Estrés: El Programa para el control del estrés es una adaptación del Programa para el Control del Estrés de Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010). Nuestra adaptación está compuesta por 8 sesiones grupales de 90 minutos cada una, la cual está enfocada en brindar a los participantes estrategias tanto prácticas como teóricas para reforzar elementos que sirvan para afrontar las situaciones percibidas como estresantes, buscando generar resultados positivos en los participantes de este. Las estrategias que se utilizarán serán basadas en la Terapia Cognitivo Conductual.
- c. Definición conceptual de la variable dependiente:

- Estrés: relación particular entre el sujeto y el entorno, donde aquel evalúa el entorno como amenazante (Lazarus y Folkman, 1986).

d. Definición operacional de la variable dependiente:

- Estrés: para medir el estrés se aplicará uno de los formularios de la Escala de Apreciación del Estrés (EAE, editorial TEA). Este formulario tiene por nombre Escala General; tiene una media en puntajes directos de 51,5 y con una desviación estándar de 16, 3., y una media de 50 en percentiles; contiene 53 ítems, que se dividen en cuatro áreas: salud, relaciones humanas, estilo de vida, asuntos laborales. Los autores de esta prueba son José L. Fernández-Seara y M. Mielgo Robles. La prueba cuenta con validez y fiabilidad.

E. Población y muestra

1. Población: maestros del Centro Básico de Potrero Grande, ubicado en La Chorrera, Provincia de Panamá Oeste.
2. Unidad de análisis: maestros del Centro Básico de Potrero Grande, con edades entre 32 y 47 años, que experimentaban niveles significativos de estrés entre 60 y 70 percentiles en la prueba Escala de Apreciación del Estrés (EAE).
3. Muestra: se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, con participación voluntaria; tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Debido a que sólo un grupo personas pudieron aplicar al estudio y estaban dispuestas a participar, la muestra terminó por conformarse por cinco sujetos, sin poder tener grupo de comparación.

a. Criterios de Inclusión

Verificados los filtros, los participantes deberán cumplir con el siguiente perfil:

- ✓ Adulto mayor a 30 años.
- ✓ Presentar un percentil mínimo de 60 puntos en los resultados de la Escala de Apreciación del Estrés, formato G.
- ✓ Deseos de participar en el programa y compromiso para asistir a las sesiones, que ha de confirmarse al firmar el consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

No podrán participar del estudio los sujetos que:

- Presentar diagnóstico o sospecha de discapacidad cognitiva.
- Presentar diagnóstico o sospecha de Trastornos Psicótico no tratados.
- Presentar diagnóstico o sospecha de Discapacidad Auditiva moderada o profunda o Discapacidad Visual.
- Presentar diagnóstico o sospecha de Trastornos del Espectro Autista.
- Estar recibiendo un tratamiento de índole psicológico alterno al iniciar el programa o en los últimos tres meses.
- Persona que no esté de acuerdo en firmar el consentimiento informado.
- Personas que falten a más de dos sesiones.

F. Técnica de medición

- Entrevista clínica: Se orientó a recolectar información general de los sujetos con respecto a edad, nivel educativo e historial laboral, lugar de vivienda, tipo de vivienda,

familiares con los que vive, actividades extracurriculares, enfermedades y diagnósticos previos, síntomas relacionados con el estrés. Esta entrevista se realizó de manera individual a los sujetos del estudio.

- Escala de Apreciación del Estrés: esta escala fue diseñada con el fin de conocer el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los sujetos (Fernández y Mielgo, 2001). Es de aplicación individual o colectiva, está compuesta por 4 escalas, que varían en su cantidad de ítems cada una: Escala de Estrés-Sociolaboral (50 ítems), Escala de estrés en la conducción (35 ítems), Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (51 ítems) y la Escala General de Estrés (53 ítems), que fue la que se aplicó en este proyecto.

Todas estas escalas tienen tres categorías de análisis: la presencia o ausencia de los acontecimientos estresantes, la intensidad y la vigencia de estos, y su tiempo de aplicación ronda entre los 20 y 60 minutos por escala, sin embargo, no tiene tiempo límite, ya que se prefiere que la persona culmine toda la prueba.

La Escala General tiene una media de 51,5 y con una desviación estándar de 16, 3.

La edad de aplicación de esta prueba va desde los 18 años a los 85 años, variando el rango de escala en escala.

Para esta prueba se tomó una muestra total de 2,059 sujetos, que fueron divididos de acuerdo con la escala que se deseaba validar. Para la Escala General, la muestra fue de 680 personas; con una media de edades de 28,5 años.

Se hizo el test y luego un retest, con diferencia de 15 a 30 días entre una aplicación y otra, lo que validó su fiabilidad y validez concurrente, debido a la consistencia de los resultados.

Cabe destacar, que el fin es abarcar áreas generales del estrés, por lo tanto, se optó por tomar la Escala General ofrecido por la Escala de Apreciación del Estrés (EAE).

G. Procedimiento

Como primer paso, se creó un proyecto de investigación tomando en cuenta la búsqueda del tema principal, la población, los recursos antes, durante y después del programa y el tiempo de duración. Luego se continuó con realizar el contacto con la población que participaría y conseguir la autorización de los participantes y el líder del plantel, para ajustar horarios de visita y lugar de aplicación, entre otros temas varios. Se concertó la primera visita con los docentes, se les informó que se pretendía lograr con el estudio, tiempo de duración y otros detalles relacionado con el mismo, todo colocado en un consentimiento informado. Los participantes que aceptaron, se les ofreció el documento para ser leído y firmado. El estudio fue realizado en tres fases:

1. Primera fase: se profundizó en las directrices del experimento, se realizó una entrevista semiestructurada y se les aplicó el pretest. Además de confirmar los días que se realizarían las sesiones, tomando en cuenta días feriados y demás.
2. Segunda fase: se realizaron ocho sesiones en total, con una duración de 90 minutos por sesión. Estas sesiones eran una vez por semana. Se aplicó el Programa para el Control del Estrés, basado en la Terapia Cognitivo Conductual. En estas sesiones se fueron explicando de manera progresiva las estrategias para manejar el estrés, pasando por la explicación de cómo ocurre el estrés y qué lo mantiene; además de brindar estrategias para manejarlo.

Para especificar, pasaremos a describir los temas de cada sesión:

I Sesión - Conociendo el Estrés: ¿Qué es el estrés? Características de las situaciones estresantes, fuentes de estrés, ¿Qué ocurre en nuestro cuerpo cuando nos estresamos?, efectos negativos del estrés, estrategias de desactivación, entrenamiento en respiración abdominal o diafragmática, entrenamiento autógeno, los cortocircuitos, resumen de la sesión y asignación de tareas: autorregistro de las estrategias de relajación y autorregistro de las situaciones que me estresan (toma en cuenta: situaciones que me estresan, ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me afecta?).

II Sesión – La reestructuración cognitiva: ¿Dónde nacen las conductas?, ¿Qué papel juegan nuestros pensamientos?, ¿Qué son los pensamientos automáticos negativos?, las distorsiones cognitivas, creencias centrales negativas (ideas irracionales), ¿Cómo se aplica todo esto a la sensación de agobio o de estar estresado?, práctica en sesión (identificar cuál distorsión cognitiva corresponde al ejemplo nombrado), resumen y asignación de tareas: identificar cuál distorsión cognitiva corresponde al ejemplo nombrado.

III Sesión - La reestructuración cognitiva: debatiendo los pensamientos distorsionados, las autoinstrucciones, resumen de sesión y asignación de tareas autorregistro de las situaciones que me estresan (tomando en cuenta: ¿Qué estoy pensando?, ¿Cómo me siento?, ¿Qué hago?, distorsiones de pensamiento, pensamiento racional).

IV Sesión – El ser asertivo: ¿Qué es la asertividad?, los derechos asertivos, cómo decir no y pedir un cambio de conducta, resumen de sesión y entrega de los derechos asertivos.

V Sesión - Administrar el tiempo: establecer prioridades y objetivos, organización, ejercicio en sesión “hagamos una agenda”, resumen de sesión.

IV Sesión - Características de personalidad y su relación con el estrés y la salud: ¿Qué es la personalidad?, personalidad tipo A, C y R, características de la personalidad tipo A y su relación con el estrés, resumen de sesión y asignación de tarea en casa autorregistro de las situaciones que me estresan (tomando en cuenta: ¿Qué estoy pensando?, ¿Cómo me siento?, ¿Qué hago?, distorsiones de pensamiento, pensamiento racional).

VII Sesión - Ira/hostilidad y el humor como herramienta: ¿Qué hacer para controlar la ira?, creencias que la precipitan, ¿Qué hacer ante la ira de otros?, el humor como herramienta, resumen y anuncio de cierre para la próxima sesión.

VIII Sesión – Integración de todo lo visto: modo de despedida. Se realizó un resumen de lo trabajado durante las sesiones, la importancia de recordar y aplicar lo aprendido y se conversó acerca de la actitud frente a la vida en relación con la felicidad.

3. Tercera fase: la siguiente semana luego de la octava sesión se realizó una entrevista de cierre, se aplicó el postest y finalmente se hizo un brindis a modo de agradecimiento por la participación en el Programa para el Control del Estrés.

Los resultados del postest se le hicieron llegar a cada participante de manera individual con la retroalimentación correspondiente.

H. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

- El programa no implica riesgo ni moral ni físico para los participantes de mismo.
- El consentimiento informado donde se les detalló a los participantes antes de iniciar el estudio el tipo de investigación, los objetivos, los procedimientos que se planearon aplicar, el tiempo estimado de duración del estudio, el tiempo destinado para cada sesión, el lugar donde se aplicaría y la opción del participante de retirarse del programa si así lo decidía. La información facilitada por los participantes quedaría de manera confidencial en los registros del investigador y al momento de divulgar los resultados en el informe final no se les colocaría nombre, solamente se les asignaría un número para los puntajes obtenidos para el pretest y el posttest. Al culminar el estudio la información de los resultados se les hizo llegar de manera individual, excluyendo los de los demás participantes, velando por su confidencialidad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Datos generales de los participantes

A continuación, pasaremos a presentar los resultados obtenidos por los cinco participantes del Programa para el Control del Estrés.

Para la realización de los cálculos de la prueba estadística no paramétrica seleccionada, se utilizó el Programa Estadístico para Ciencias Sociales “Statistical Package for the Social Sciences” SPSS, por sus siglas en Inglés, utilizando la aplicación para muestras emparejadas “Prueba de signo de Wicolxon”:

Cuadro N° 1

Descripción de la muestra: edades

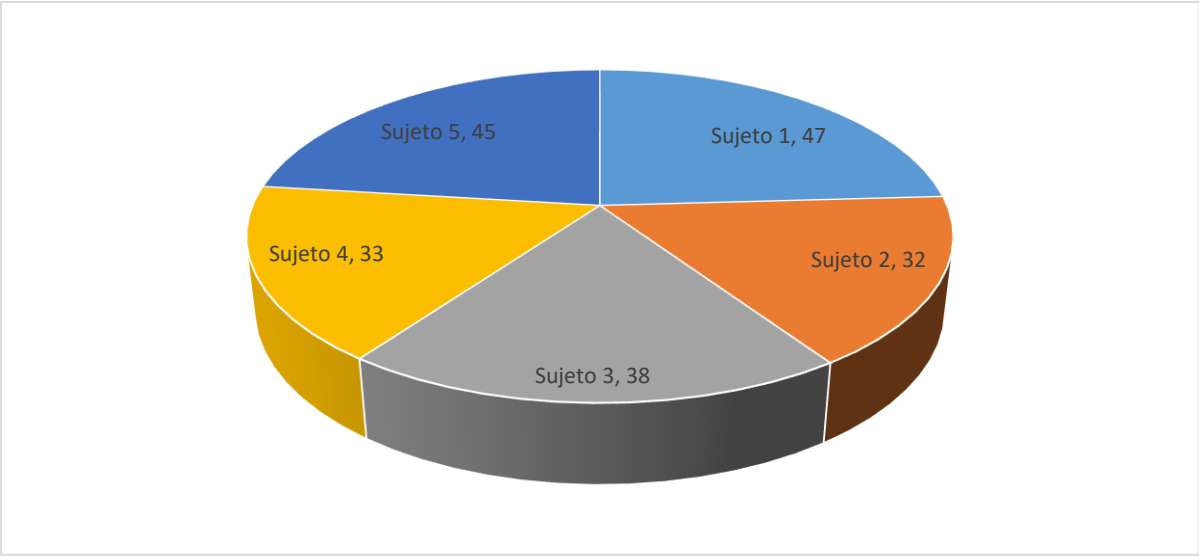
Sujetos	Edades
Sujeto 1	47
Sujeto 2	32
Sujeto 3	38
Sujeto 4	33
Sujeto 5	45

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°1 se contemplan enlistadas las edades de cada participante del estudio, las cuales fueron mujeres en su totalidad.

Figura N° 1

Edades de la muestra



Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En la Figura N°1 se observa la cantidad de personas con la misma edad en la muestra. Cada una estaba en edades no mayor a 47 años y no menor a 32 años, lo que las hacía candidatas para el estudio.

Cuadro N° 2

Descripción de la muestra: estado civil

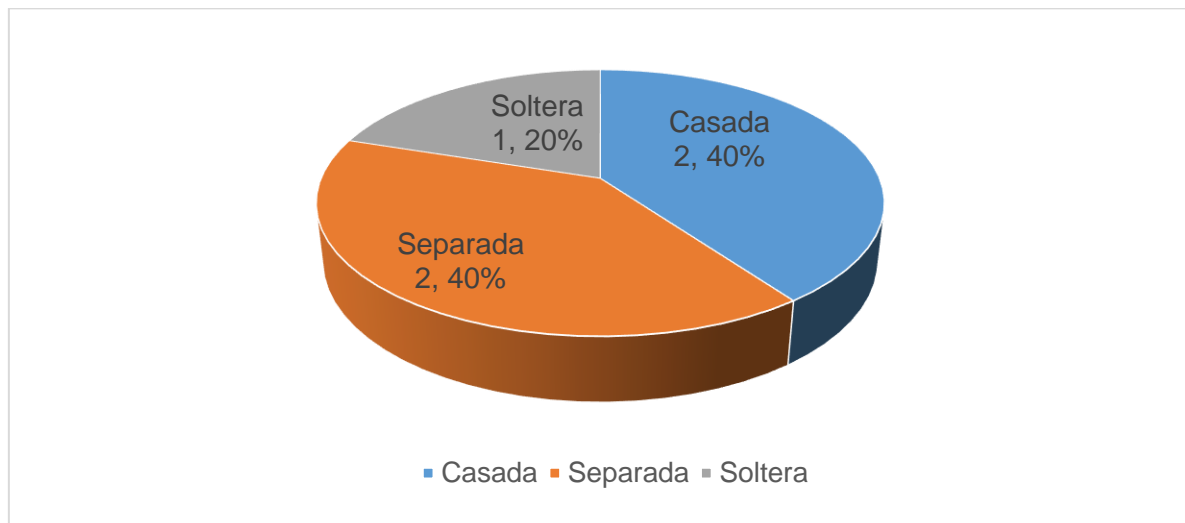
Estado civil	f	%
Casada	2	40%
Separada	2	40%
Soltera	1	20%
Total	5	100%

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°2 se contempla enlistado el estado civil de cada participante del estudio.

Figura N° 2

Estado civil de la muestra



Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En la Figura N°2 se observa la cantidad de personas con el mismo estado civil dentro de la muestra, donde había 2 personas casadas (40% de la muestra), 2 personas separadas (40% de la muestra) y 1 persona soltera (20% de la muestra).

B. Resultados obtenidos a partir de las mediciones antes y después de la aplicación del Programa para el Control del Estrés

Cuadro N° 3

Puntuaciones en A de la prueba EAE en los sujetos de la muestra

Sujetos	Cantidad de respuestas de sí en A: Pretest	Cantidad de respuestas de sí en A: Postest	Puntajes en A: Pretest	Puntajes en A: Postest
Sujeto 1	12	9	30	17
Sujeto 2	16	16	41	35
Sujeto 3	23	8	48	17
Sujeto 4	22	4	50	10
Sujeto 5	17	8	48	23

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°3 se observa la **cantidad** de respuesta de sí en A: el instrumento utilizado muestra una sección donde se suma la cantidad de veces que el sujeto respondió sí en alguna situación **que todavía le está afectando**. Estas columnas tituladas “Cantidad de respuestas de Sí en A”, muestra las veces que cada sujeto respondió sí en “A” durante la prueba, tanto en el pretest como para el postest. Las dos siguientes columnas, las que se titulan “Puntajes en A”, en el instrumento utilizado se muestra una sección donde se suma la **intensidad** total asignada a cada respuesta sí que el sujeto apreció como una situación que **todavía le está afectando**. La escala era la siguiente: 0 para nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo. Estas columnas muestran la suma total de la intensidad apreciada en “A” por cada sujeto de la muestra, tanto en el pretest como para el postest.

Cuadro N° 4

Puntuaciones en P de la prueba EAE en los sujetos de la muestra

Sujetos	Cantidad de respuestas de sí en P: Pretest	Cantidad de respuestas de sí en P: Postest	Puntajes en P: Pretest	Puntajes en P: Postest
Sujeto 1	11	9	27	10
Sujeto 2	9	12	17	14
Sujeto 3	10	12	14	14
Sujeto 4	10	20	18	27
Sujeto 5	10	8	23	18

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°4 se observa la **cantidad** de respuestas de sí en P; el instrumento utilizado muestra una sección donde se suma la cantidad de veces que el sujeto respondió sí a alguna situación que **le ha dejado de afectar o apenas le afecta**. Estas columnas tituladas “Cantidad de respuestas de sí en P, muestra las veces que cada sujeto respondió sí a “P” lo largo de la prueba, tanto en el pretest como para el postest. De igual manera el instrumento utilizado muestra una sección donde se suma la **intensidad** total asignada a cada respuesta sí que el sujeto apreció como una situación que le ha dejado de afectar o apenas le afecta. La escala era la siguiente: 0 para nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo. Las columnas tituladas “Puntajes en P”, muestra la suma total de la intensidad apreciada en “P” por cada sujeto de la muestra, tanto en el pretest como para el postest.

Cuadro N° 5

Puntajes netos, percentiles resultantes y categorías descriptivas de los resultados obtenidos en la muestra por medio de la prueba EAE

Sujetos	Puntajes netos en el pretest	Puntajes netos en el posttest	Percentiles resultantes del Pretest	Percentiles resultantes del posttest	Categoría de estrés del pretest, de acuerdo con la distribución de los puntajes	Categoría de estrés del posttest, de acuerdo con la distribución de los puntajes
Sujeto 1	57	27	60	15	Media alta	Bajo
Sujeto 2	58	49	60	50	Media alta	Medio
Sujeto 3	62	31	65	25	Media alta	Bajo
Sujeto 4	68	37	70	30	Alto	Medio bajo
Sujeto 5	71	41	70	41	Alto	Medio bajo

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°5 se observan los puntajes netos; en las columnas tituladas “Puntajes netos” se muestra el resultado en crudo de la prueba, tanto en el pretest como para el posttest. Esta columna señala si este está por encima o por debajo de la media de la Escala de Apreciación del Estrés; en donde la media en puntajes directos es de 51,5 con una desviación estándar es de 16,3. Como se puede evidenciar, tres de los sujetos obtuvieron puntajes dentro de la media y dos por encima de la media, en el pretest; por otra parte, cuatro de los sujetos obtuvieron puntajes por debajo de la media y uno de los sujetos disminuyó, pero se mantuvo dentro de la media en el posttest.

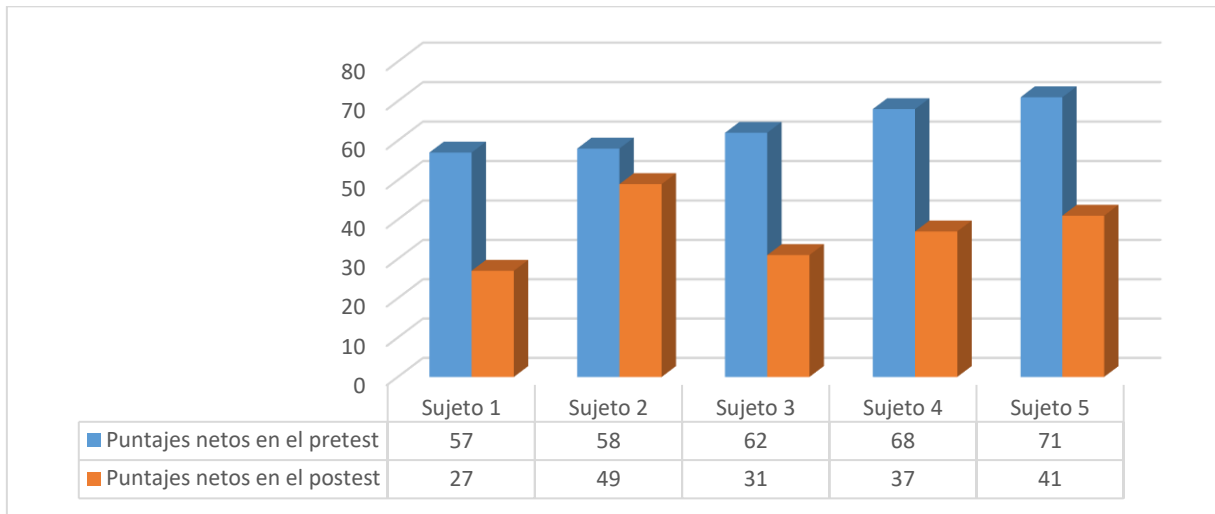
En las columnas tituladas “Percentil” se muestra el baremo en percentiles donde el sujeto obtuvo el puntaje final; la media en percentil es 50. Los percentiles obtenidos

antes y después de la intervención reflejan una disminución de la apreciación del estrés con respecto a la primera aplicación del instrumento.

En el Cuadro N°5 se observa en la columna titulada “Categoría de estrés del pretest de acuerdo con la distribución de los puntajes” y otra titulada “Categoría de estrés del postest de acuerdo con la distribución de los puntajes”, se observan los rangos de modo descriptivo donde cayeron los resultados de los puntajes de cada participante antes de la intervención. Donde, tres de los sujetos fueron puntajes medios altos y dos puntajes altos en el pretest; es decir, tres de ellos estuvieron alejados de la media, pero dentro de ella y dos estuvieron por encima de la media, de acuerdo con la desviación estándar de 16,3 y la media de 51,5 de acuerdo con los puntajes brutos ofrecidos por el instrumento. En la columna titulada “Categoría de estrés del postest, de acuerdo con la distribución de los puntajes”, se observan los rangos de modo descriptivo donde cayeron los resultados de los puntajes de cada participante después de la intervención. Donde, dos sujetos de ser puntajes altos pasaron a medios bajos, dos de ser puntajes medios altos pasaron a ser bajos y uno de ser medio alto a ser medio. Estos datos fueron descritos a partir de la desviación estándar de 16,3 y la media de 51,5 de acuerdo con los puntajes brutos ofrecidos por el instrumento.

Figura N° 3

Puntajes netos del pretest y postest

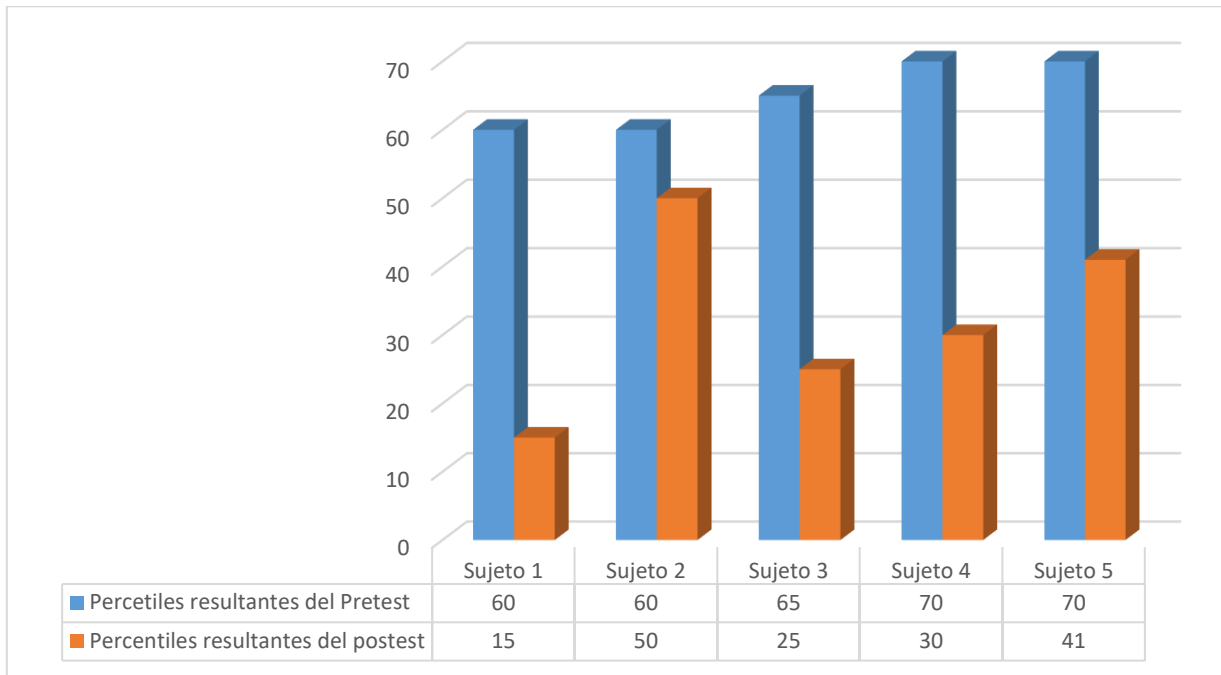


Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En la Figura N°3 se puede observar los puntajes netos antes y después de la aplicación del Programa para el control del estrés, en donde cada sujeto disminuyó varios puntos en comparación con la medida inicial, de acuerdo a su apreciación del estrés medida por el instrumento aplicado.

Figura N° 4

Percentiles resultantes del pretest y el postest



Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En la Figura N°4 se puede observar los percentiles antes y después de la aplicación del Programa para el control del estrés, en donde cada sujeto disminuyó varios puntos en comparación con la medida inicial, de acuerdo a su apreciación del estrés medida por el instrumento aplicado.

Cuadro N° 6

Puntuaciones promedio grupales de la muestra en el pretest y el postest

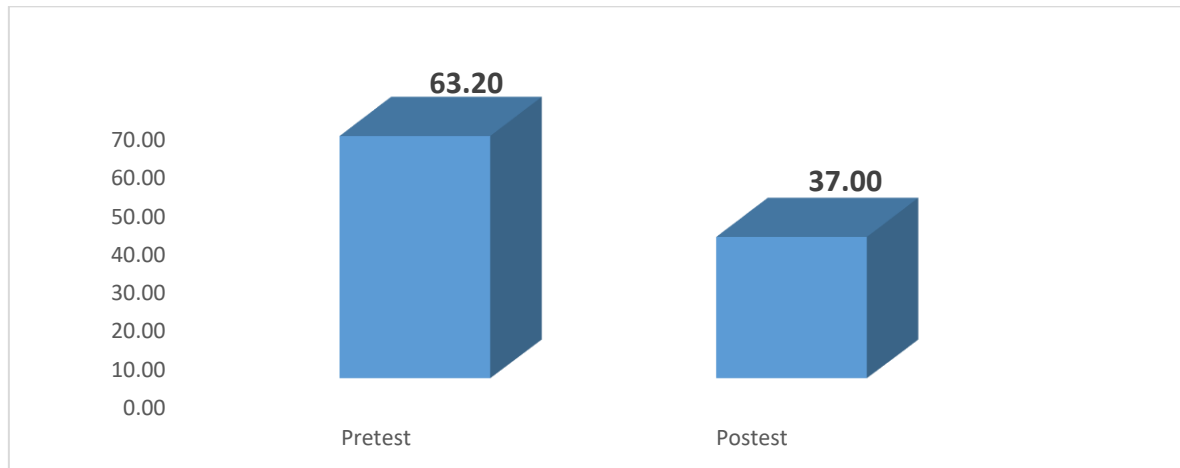
	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Pretest	63.20	6.140	2.746
Postest	37.00	8.602	3.847

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N° 6 se puede observar las puntuaciones promedio grupales de la muestra en el pretest y el postest, donde, en el pretest se obtuvo una media grupal de 63.20 con una desviación típica o estándar de 6.140 y un error típico de la media de 2.747. En contraste con el postest donde la media disminuyó a 37.00, con una desviación típica de 8.602, lo que nos indica los resultados de la muestra en el postest están más dispersos en comparación con los resultados obtenidos de la muestra en el pretest, donde eran un poco más agrupados. El error típico o estándar de la muestra en contraste con el pretest, en el postest fue de 3.847.

Figura N° 5

Diferencia de medias resultante de la comparación de los promedios de la muestra



Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En la Figura N°5 se puede observar la disminución en los resultados obtenidos a partir del cálculo de la media del pretests en comparación con los resultados obtenidos del posttest.

C. Prueba de hipótesis

1. Instrumento: Escala de Apreciación del Estrés (Fernández-Seara y Mielgo, 2017).

2. Hipótesis:

H1: Los participantes del Programa para el Control del Estrés, obtienen puntuaciones menores en la Escala de Apreciación del Estrés, luego de la intervención.

3. Nivel de significancia: prueba a 1 cola, alfa = 0.05

4. Estadístico de prueba utilizado: Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

5. Resultados de prueba de hipótesis

Cuadro N° 7

Resumen de prueba de hipótesis

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest - Pretest	Rangos negativos	5 ^a	3.00	15.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	5		

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

Cuadro N° 7 (continuación)

Resumen de prueba de hipótesis

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Estadísticos de contraste	Postest - Pretest
Z	-2.041 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.041

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N° 7 se observa los resultados de la prueba de hipótesis procesados por el paquete estadístico SPSS, utilizando la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon; donde se obtuvo un P valor de 0,041, el cual está por debajo de nuestro alfa de 0,05, lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna donde, los participantes del Programa para el Control del Estrés, obtuvieron puntuaciones más bajas en la Escala de Apreciación del Estrés, con respecto a la medición resultante de los mismos participantes antes de iniciar en el Programa para el Control del Estrés.

D. Discusión de los resultados

Partiendo de los datos obtenidos a través de la prueba de hipótesis podemos indicar que la intervención cognitivo conductual a través del Programa para el Control del Estrés fue efectiva para nuestra muestra, ya que se observó una disminución en los puntajes obtenidos posterior a la intervención.

Es necesario señalar que a pesar de que los sujetos de esta muestra calificaban como estrés medio alto y alto, estos, al momento de la entrevista, se pudo observar que la apreciación de estrés que tenían los sujetos de la muestra era importante y estaba generando malestar en las participantes. De hecho, los sujetos durante la entrevista mostraban en su discurso ideas que señalaban distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento poco efectivas, como lo eran no hablar sobre lo que les incomodaba o reservarse opiniones y emociones, que terminaban por incrementar su percepción de estrés y su sintomatología; por ejemplo, una de ellas decía que cada vez que estaba bajo tensión incrementaban sus dolores de cabeza desde que empezaba la jornada

laboral hasta terminarla y que sentía esto cada vez que entraba a un aula específica a dictar clases, otro sujeto señalaba que decidió participar porque la tensión era tanta que se despertaba de dos a tres veces por las noches lo que la llevaba a sentirse cansada por la mañana, situación que era desfavorable al tener un empleo que demanda tanta energía como lo es el trabajo con niños de primaria; otra mencionaba en la entrevista que lloraba con frecuencia porque se sentía agotada, además de experimentar dolores en el cuello y espalda, que no descansaba bien y que estaba pasando por situaciones complicadas tanto en su trabajo como en su vida personal que la mantenían así. Una de ellas reporto que optó por realizarse una visita médica por dolores varios e insomnio y el médico le informó que su problema estaba relacionado con el manejo de tensiones (estrés) más allá de problemas médicos como tal.

Aun sin cumplir con los criterios de la prueba que pudieran categorizarlos a todos como un estrés alto y, que a pesar de todas las tensiones, aún se mantenían funcionales, la falta de estrategias cognitivas y conductuales definitivamente le estaba generando malestar a las participantes, lo que respaldó la necesidad de aplicar una intervención que les permitiera obtener alternativas para lidiar con las demandas diarias y las tensiones internas generadoras de los pensamientos filtro de su realidad y del cansancio físico típico de la exigencia del estrés sobre el cuerpo.

Posterior a la aplicación del Programa para el Control del Estrés, los sujetos señalaron que habían aprendido estrategias que les permitieron detectar y manejar sus distorsiones cognitivas, conocieron más acerca de la flexibilidad del pensamiento, estrategias de respiración para la relajación, entre otras que se les brindaron durante

las sesiones. Para ser más exactos en esta explicación, pasaremos a observar el siguiente cuadro:

Cuadro N° 8

Estrategias señaladas como funcionales por sujeto participante

Sujetos	Estrategias reportadas como útiles por cada participante
Sujeto 1	Debate cognitivo, conocer los deberías, empleo de autoinstrucciones.
Sujeto 2	Empleo de las autoinstrucciones, conocer los deberías, aplicar la respiración.
Sujeto 3	Conocer sobre la asertividad, las agendas, el empleo de la respiración.
Sujeto 4	Aplicar la respiración, análisis de prioridades por medio de las agendas, conocer acerca de la etiquetación, conocer la importancia de generar equilibrio entre el descanso y el trabajo, conocer acerca del egoísmo sano.
Sujeto 5	Conocer acerca de la asertividad y cómo decir no, hacer pausas, conocer acerca de las distorsiones cognitivas y los deberías, conocer los derechos asertivos.

Fuente: (Hernandez, M, 2018).

En el Cuadro N°8 podemos observar las estrategias reportadas como útiles o funcionales por cada uno de los sujetos de la muestra. Cabe destacar que siendo cada participante un individuo diferente, las estrategias que encontraba útiles para sí iban a variar de persona a persona; este, por otra parte era un beneficio recibido a partir del programa: la variedad de estrategias aplicadas servían como abanico de opciones dependiendo de lo que el participante apreciara como aplicable a su situación particular.

Por otra parte, producto de la intervención, se obtuvieron resultados que señalaron una disminución importante en la Escala de Apreciación del Estrés, la cual también se confirmó al momento de la entrevista donde, además de indicar cuáles estrategias les

fueron útiles y cuáles no, los sujetos señalaron mejoría tanto a nivel físico como emocional.

Cabe destacar que nuestro estudio cuenta con limitantes como la de ser un pre-experimento, no contar con aleatoriedad, ni una muestra representativa de la población, además de no tener un grupo de comparación, lo que compromete generalizar los resultados. Sin embargo, se procuró controlar variables externas como la interferencia por tratamientos múltiples al verificar que los sujetos que no estuvieran llevando de manera alterna otro tipo de terapia psicológica; poseer un instrumento con validez y confiabilidad, tener otras fuentes de información además de la prueba como lo era la entrevista y la observación, y adicional a esto, de velar por la aplicación de un programa que contara con estrategias que cumplieran con criterios ampliamente validados en otras poblaciones, haciendo referencia a las estrategias cognitivo conductual.

No obstante, este estudio pudo servir de evidencia de lo redactado en el marco teórico, donde se señala el impacto que este genera sobre la salud física y mental de las personas y que de no trabajar en controlarlo o regularlo, se vuelve un factor predisponente a afecciones varias, comprometiendo a largo plazo la salud en general de la persona que lo padece y que, además, por medio de la Terapia Cognitivo Conductual, se puede tener acceso a alternativas que en forma sencilla sea aplicable a una variedad de situaciones donde el sujeto requiera de estrategias.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Luego del análisis de los resultados y la revisión de la información suministrada por medio de las entrevistas clínicas realizadas a cada participante del Programa para el Control del Estrés, podemos concluir que los resultados obtenidos están a favor de la efectividad del Programa del Control del Estrés sobre el manejo del estrés en las participantes de la muestra. Esto, por tanto, nos llevó a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, de acuerdo con los resultados del pretest en contraste con el posttest de la Escala de Apreciación del Estrés, instrumento utilizado para este estudio.

Por otro lado, las cinco participantes de la muestra reportaron mejoría posterior a la aplicación del programa, situación que no solamente se vio reflejada en los resultados de la prueba, sino también a nivel de aplicación de las estrategias en sus realidades y que estas tomaran como evidencia la utilidad de las mismas.

Cabe señalar que los cambios logrados en la aplicación del Programa para el Control del Estrés obedecen a la intervención realizada, pero también a factores que se

escaparon al control del investigador, como la motivación por parte de las participantes para mantenerse dentro del programa, pues a pesar de ser un programa con estructura, la motivación por entrenarse en estas técnicas y verlo como alternativa para mejorar su manejo del estrés, se presume tuvo gran influencia en la recepción de la información por parte de las participantes, haciendo relevante la importancia de entablar una buena alianza terapéutica entre el psicólogo investigador y la población a intervenir.

También se pudo evidenciar que el mal manejo del estrés está presente en nuestra población, generando gran impacto a nivel laboral y personal, así como lo mencionó Leka, Griffiths y Cox (2004). Para este estudio se optó por utilizar una vertiente de la Terapia Cognitivo Conductual, dando resultados favorables en su aplicación para el manejo del estrés, así como se observó en un estudio explicativo realizado por Navarrete (2006), en donde se medía el efecto de una terapia basada en técnicas cognitivo-conductuales para el afrontamiento del estrés cotidiano en pacientes con lupus que, aunque no contábamos con poblaciones iguales, a nivel de técnica y problemática, sí fue efectivo.

Este estudio pudo resaltar que en Panamá existen personas a las cuales el mal manejo del estrés les está demandando costos en temas laborales y de salud, y que muchas veces no son atendidos por contemplar la problemática como superflua. Esta observación se relaciona con los datos arrojados por el Ministerio de Salud en el año 2013, donde señalan que se ha vuelto importante tratar el estrés de la vida cotidiana por estar relacionado con el desarrollo de malestares mayores en la población.

Por otra parte y de igual manera, se llegó a la conclusión que entrenar a las personas para que conozcan y manejen estrategias para el control del estrés no solo impacta de manera positiva desde el momento de su aplicación, sino que de practicarse con frecuencia se vuelve útil para generar mejoras a largo plazo y no solo bajo situaciones en las que sean empleadas por primera vez. Es decir, también pueden ser extrapoladas a otras situaciones. Además, el entrenar a las personas en el uso de estrategias para el manejo del estrés, las convierte en entes multiplicadores de estas estrategias, pues quienes entran en contacto con ellas pueden aprender una mejor manera de sobrellevar algo con lo que hay que vivir sin que se salga de las manos: El estrés.

Para cerrar, la prevención se vuelve altamente necesaria. De esta manera, como personas y profesionales aprendemos a velar por la salud propia y de aquellos que nos rodean (Barlow, 2005, Buendía, 1991).

B. Recomendaciones

Partiendo del punto de que esto fue un cuasi experimento, se recomienda la aplicación de más de una prueba para medir el estrés. Esto pudiera ser altamente útil para verificar factores que quizás una sola escala no tenga alcance para medir. Además, tomar en cuenta otros aspectos en los cuales el estrés quizás tenga injerencia, como los estallidos de ira o llanto, enfermedades que empeoran, etc., podría en el futuro generar conclusiones más robustas o explorar otras poblaciones a las que se les pueda llevar el programa y mejorar su manejo del estrés.

En fin, la aplicación a varios grupos compuestos por una muestra que no exceda de 12 personas, con sus respectivos grupos de comparación, pudiera fundamentar resultados más generalizables a la población.

Otro punto que es importante resaltar es que, a pesar de haber sido útil la aplicación de 8 sesiones, se continúa recomendando aplicar las 14 sesiones que señala el programa original, pues suele ser de mejor provecho para quien toma el entrenamiento, aparte de contemplar si se generan los hábitos de cambio o no.

A pesar de que la muestra elegida para este estudio fue en extremo pequeña, correspondiente al cuerpo docente de una sola escuela, se recomienda dentro de la medida de lo posible, incluir en la educación obligatoria de los docentes conocer estrategias que le permitan velar por su salud mental y física en ambientes tan demandantes como las escuelas. Eso les proporcionará de herramientas que les permitirán educar a niños con mejores recursos cognitivos y a la larga, tendremos adultos con una formación integral, que no solo se educarían en competencias técnicas, sino también en competencias para la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J. (2000). Estrés: un amigo de por vida. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kier.

Aguirre, E., Abufhele, M. y Aguirre, R. Estrés prenatal y sus efectos: fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil. Estudios Públicos, 144, 7- 29.

https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170113/asocfile/20170113095631/rev144_ea_guirre_otros.pdf

American Osteopathic Association. (2006). Fundamentos de medicina osteopática.

Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - 5. España: Editorial Médica Panamericana.

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. Revista CON-CIENCIA, 2.

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_arttext

Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Estados Unidos: Guilford Press.

Barlow, J.M. (2005). *Gestión del estrés*. España: Grupo Planeta.

Barradas, Ma. E., Delgadillo, R., Gutierrez, L., Posada, M., garcía, J., González, J. y

Rodríguez, E. (2018). *Estrés y burnout: enfermedades en la vida actual*. Estados Unidos: Palibrio.

Becoña, E. y Oblitas, L. (1997). *Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas*.

Revista Liberabit, 3.

http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf

Behar, R. y Valdéz, C. (2009). *Estrés y trastornos de la conducta alimentaria*. doi:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Volumen II*.

España: McGraw-Hill.

Benjamin, J. (1992). *El estrés*. México: Publicaciones Cruz O., S.A.

Bloye, D., Davies, S. (2000). *Lo esencial en psiquiatría*. España: Elsevier

Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud*. España: EDITUM.

Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. España: Editorial Síntesis.

Caballo, V. (Ed.). (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Madrid, España: Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Caja de Seguro Social. (2017). Población panameña afectada por el estrés.

<https://www.um.es/documents/378246/2964900/Normas+APA+Sexta+Edici%C3%B3n.pdf/27f8511d-95b6-4096-8d3e-f8492f61c6dc>

Camberlain, K. y Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81, 469-481. doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1990.tb02373.x>

Casma, J. El estrés, aliado de la pobreza de latinoamérica. *El País*.

https://elpais.com/internacional/2015/12/21/america/1450734791_979876.html

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Colombia: Ecoe Ediciones. S.A.

Fernández-Seara, J. y Mielgo, M. (2017). *Escala de Apreciación del Estrés*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Gabalda, I. (2009). *Manual teórico – Práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao, España: Editorial desclée de Brouwer.

González, R. (2013). *Parkinson y estrés*.

<https://books.google.com.pa/books?id=GPU-vlghipMC&printsec=frontcover&dq=parkinson+y+estres&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEw>

jxwtrb0ZPfAhWJ1FkKHWUgCmYQ6AEIJzAA#v=onepage&q=parkinson%20y%20estres&f=false

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw – Hill.

Herrera, J. (2017). Psiconeuroinmunología para la práctica clínica.

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10384/1/Psiconeuroinmunologia.pdf>

IDGA. (2012). Manejo y control del estrés. Universidad Tecnológica de Panamá.

<http://www.utp.ac.pa/manejo-y-control-del-estrés>

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2011). Psicopatología. España: Editorial UOC.

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. y Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, 4.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7288876>

Kazdin, A. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. México: Pearson Educación.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Nueva York, Estados Unidos: Springer Pub. Co.

Lega, L., Caballo, V. y Elli, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S.A.

Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2004) La organización del trabajo y el estrés.

Organización Mundial de la Salud, 3, 1-23.

https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1

León-Barúa, R. (2007). Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de

"agotamiento nervioso? Revista Medicina Interna, 20, 149-152.

http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_20_4_2007/5.pdf

Mersland, A., Bachen E., Cohen, S., Rabin, B. y Manuch S. (2002). Stress, immune

reactivity and susceptibility to infectious disease. National Library of Medicine, 77, 4-5.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12527024>

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y medición de las metodologías de

investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3) ,503-508.

<https://www.um.es/documents/378246/2964900/Normas+APA+Sexta+Edici%C3%B3n.pdf/27f8511d-95b6-4096-8d3e-f8492f61c6dc>

Ministerio Público. (2017). Risoterapia: estrategia para liberar el estrés.

<http://ministeriopublico.gob.pa/risoterapia-estrategia-liberar-estres/>

Navarrete, N. (2006). Efectos de la terapia de afrontamiento del estrés cotidiano en pacientes con lupus. Tesis de Doctorado en Medicina. Universidad de Granada, España.

Nuckolls, K., Cassel, J. y Kaplan, B. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of epidemiology*, 95, 431-441. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a121410>

Obando, L. y Parrado, F. (3 de mayo del 2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 8(1), 51-61. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/650/723>

Oblitas, L. (Ed.). (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.

Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*.

https://books.google.com.pa/books?id=d8-KuiJAOXIC&printsec=frontcover&dq=el+estres+que+es+y+c%C3%B3mo+evitarlo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiVxu_klpTfAhXF11kKHVC2CPIQ6AEIJzAA#v=onepage&q=el%20estres%20que%20es%20y%20c%C3%B3mo%20evitarlo&f=false

Ortiz, F. (2008). *Vivir sin estrés*. México: Editorial Pax.

Redolar, D. (2011). *El cerebro estresado*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Robles, H. y Peralta, Ma. I. (2010). *Programa para el control del estrés*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Rodríguez, I. (2007). *Panameños deben aprender a manejar el estrés*. Panamá América.

<https://m.panamaamerica.com.pa/nacion/panamenos-deben-aprender-manejar-el-estres-266921>

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Editorial Norma.

Rodríguez, M. (2016). Tipos de estrés y sus desencadenantes [Mensaje de un blog].

<https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-estres>

Sandín, B. (17 de mayo del 2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>

Sanz, M. (2016). *Terapia Grupal*. España: Editorial Grupo 5. Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Schmitz, C. y Hipp, E. (2005). *Cómo enseñar a manejar el estrés*. México: Editorial Pax México.

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). *Revista Mal estar e subjetividade/ Fortaleza*, 3.

<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1159/3435>

Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M. y Martínez, A. (2007). *Fundamentos de Neurociencia*. España: Editorial UOC.

Travers, C. y Cooper, C. (1997). El estrés de los profesores: la presión en la actividad docente. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Villar, V. (10 de abril del 2017). Hablemos de la depresión. *La Estrella de Panamá*.
<http://laestrella.com.pa/vida-de-hoy/salud/hablemos-depresion/23995245>

Weiss, B. (2014). Eliminar el estrés. España: Penguin Random House Grupo Editorial.

Yanes, J. (2008). El control del estrés y el mecanismo del miedo. Madrid, España: Editorial EDAF, S. L.

Zeballos, E. (4 de junio del 2017). El estrés y la depresión: trastornos que te podrían llevar a la tumba. *El Siglo*.
<http://elsiglo.com.pa/panama/estres-depresion-trastornos-podrian-llevar-tumba/24005350>

ANEXOS

A. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes del Programa para el Control del Estrés

Estimado Docente, por medio de la presente deseo invitarle a participar en el estudio: “EL CONTROL DEL ESTRÉS EN ADULTOS POR MEDIO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL”.

El objetivo de esta investigación es poder valorar la influencia que tiene un programa de **intervención grupal** orientada cognitiva-conductualmente en la disminución del estrés en adultos.

Procedimiento del estudio:

- Si usted decide participar, requerimos realizarle la aplicación de una Escala de Apreciación del Estrés para verificar si cumple con un estrés mínimo para participar en el programa. Esta aplicación tiene duración de 20 minutos máximo.
- De cumplir con el criterio anterior de tener un mínimo de estrés requerido y de decidir continuar como participante en el programa, se le hará una entrevista

que tiene una duración de 30 a 45 minutos, que ha de realizarse en un lugar aislado y seguro.

- Posteriormente le solicitaremos participe de una Intervención Grupal, la cual consiste en 8 sesiones, de una hora y treinta minutos cada una. Este grupo terapéutico lo integrarán otros docentes que al igual que usted, aceptaron participar del estudio.

Se llevará a cabo en un salón privado la aplicación del programa.

Beneficios:

No existe un beneficio material por su participación. Sin embargo, este espacio de apertura grupal, puede proveerle la oportunidad de ser escuchado y escuchar a otras personas en su misma situación, lo cual le ayudará a validar sus emociones y pensamientos, que, sumado a las técnicas psicológicas empleadas, favorecerá la disminución del nivel de estrés experimentado, el cual actualmente puede estar limitando su óptimo desempeño en sus funciones diarias.

Riesgos:

No se esperan mayores riesgos que los usuales al asistir a una consulta clínica. De identificarse alguna situación particular, se le referirá al especialista indicado para su atención. Toda información personal, que lo (a) pueda identificar, guarda carácter **confidencial**, que será exigida también a las personas que tengan contacto con usted (por ej. el resto de los participantes a través del contrato psicológico). En los resultados de la investigación, sólo se plasmarán

datos generales del grupo o particulares a través de un número. La información personal se le solicitará únicamente para promover un contacto personalizado con usted.

Recuerde que está amparado por la Ley No. 3 del 5 de enero del 2000, Ley No. 68 del 20 de noviembre del 2003, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Código de Ética de los Psicólogos Panameños.

Derechos como participante:

- Usted tendrá la libertad de renunciar al estudio si lo considera necesario, sin repercusión alguna. Si tiene consultas, quejas o dudas sobre sus derechos como participante, puede contactar a la investigadora Minerva Hernandez al teléfono XXXX-XXXX o al correo electrónico XXXXXXXX@XXXXXX.com. Al culminar toda la investigación, reconoceremos su participación con un brindis.

Con base a lo antes descrito, ¿Usted desea participar de manera voluntaria en el Programa para el Control del Estrés?

De estar de acuerdo, por favor colocar su nombre y su firma en las siguientes columnas:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____

Fecha: _____

B. Entrevista semiestructurada

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Número de hijos: _____

Profesión: _____

Preguntas:

1. ¿Con quién vive?
2. ¿Cómo es su relación con las personas con quien convive en casa?
3. ¿Tiene amistades?
4. ¿Cómo se siente con su trabajo y con todo lo referente al mismo?
5. Hábleme de lo que le causa malestar, eventos, sentimientos y pensamientos vinculados.
6. ¿Qué cosas usted siente que están relacionadas con el estrés (síntomas y desde cuándo los tiene)?
7. ¿Qué hace para manejar su estrés?
8. ¿Algo más que desee reportar?

Cabe destacar que este formato sirvió como base para entablar la entrevista clínica, sin embargo, el investigador se valió de sus competencias para obtener información extra a la solicitada aquí.

C. Tareas para la casa entregadas a los sujetos de la muestra

1. Material de apoyo de la primera sesión:

1.1 Material de apoyo

Técnicas de desactivación

Autores: Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010).

1. Respiración diafragmática:

Instrucciones:

- Afloja cualquier prenda que te apriete, sobre todo alrededor del abdomen.
- Póngase cómoda.
- Coloque una mano sobre su pecho y otra sobre su abdomen.
- Tome aire por la nariz y expúlselo por la boca. De tener la nariz tapada, no hay problema en hacerlo vía oral.
- Concéntrate en tu respiración, lenta y suave, durante unos minutos, e intenta tomar conciencia de qué mano está subiendo y bajando en cada respiración.
- Toma aire mientras cuentas lentamente hasta cuatro, aproximadamente un segundo por número. Cuando tomes aire eleva ligeramente el abdomen. Siente el movimiento de tu mano. No debes mover los hombros, ni el pecho.

- Inspira y luego retén el aire un segundo.
- Mientras expulsas el aire, el abdomen descenderá. Imagina que al salir el aire, las tensiones se escapan con él.
- **Repite el mismo procedimiento entre 5 y 10 veces: toma aire lentamente, para, expulsa el aire, para.**

2. Entrenamiento autógeno:

Instrucciones:

- Es importante que busques un ambiente tranquilo, en penumbra, sin ruidos, ni interrupciones, y con una temperatura agradable.
- Viste ropa cómoda y deshazte de aquello que pueda servir como distractor (ej. el celular).
- Puedes hacerlo sentada, acostada o un poco inclinada; colocando los brazos a los lados y las piernas separadas. Cierra los ojos.
- Concéntrate en la siguiente frase: “Estoy completamente tranquila”.
- **Es importante la práctica diaria.**

Ejercicio 1: sensación de pesadez.

Este ejercicio se hace para provocar relajación muscular. No debes mover ni los brazos ni las piernas. Sólo concéntrate en la sensación de pesadez. Intenta generar la sensación de pesadez mientras vas recorriendo uno por uno brazos y piernas.

Instrucciones:

- “Mi brazo derecho me pesa mucho y yo me siento tranquila”.
- “Mi brazo izquierdo me pesa mucho y yo me siento tranquila”.

- “Mis brazos me pesan mucho y yo me siento tranquila”.
- **Repetir secuencia con ambas piernas.**

Ejercicio 2: sensación de calor.

Este ejercicio facilita la relajación vascular. No debes mover los brazos ni las piernas. Sólo concéntrate en la sensación de calor. Intenta generar la sensación de calor mientras vas recorriendo ambos brazos y piernas.

Instrucciones:

- “Mi brazo derecho está caliente y yo me siento tranquila”.
- “Mi brazo izquierdo está caliente y yo me siento tranquila”.
- “Mis brazos están calientes y yo me siento tranquila”.
- **Repetir secuencia con ambas piernas.**
- “Mis brazos y mis piernas están calientes y yo me siento tranquila”.
- “Un calor relajante fluye por mi cuerpo”.

Ejercicio 3: regulación cardíaca.

Pon la mano sobre tu corazón y repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores añadiendo “mi corazón late tranquilo” o “mi corazón late tranquilo y con regularidad”. No trates de intensificar el ritmo cardíaco, sólo concéntrate en estas sugerencias, dejando que las sensaciones aparezcan poco a poco.

- “Mi corazón late tranquilo”.
- “Mi corazón late tranquilo y con regularidad”.
- “Los latidos de mi corazón son calmados y regulares”.

- “Mis brazos están calientes, mi corazón late con regularidad y yo me siento completamente tranquilo”.
- “Mis piernas me pesan, mi corazón late con regularidad y yo me siento completamente tranquilo”.

Ejercicio 4: regulación de la región cefálica.

Concéntrate en la sensación de frescor en la frente. El objetivo es que no se produzca una relajación vascular excesiva en la cabeza. Repite varias veces las siguientes frases, alternándolas con las de los ejercicios anteriores:

- “La frente está agradablemente fresca y yo me siento tranquilo”.
- “Mi frente está fría”.
- “Mi frente está fresca y yo me siento sereno”.

3. Los cortocircuitos.

Son ejercicios cortos de chequeo de nuestro estado seguido de breves momentos de desconexión y/o relajación. El objetivo es utilizarlos varias veces al día, aunque su duración toma pocos minutos. Su función es reducir la tensión acumulada a lo largo del día.

Instrucciones:

- Buscaremos un indicador que nos señale que debemos prestar atención a nuestro cuerpo.
- Luego, aplicamos alguna técnica de relajación, puede ser por medio de la respiración.

- La señal elegida puede ser una alarma, un timbre, el escuchar una palabra, la bocina de un auto, la presencia de alguien que nos irrite, etc.
- Cada vez que aparezca esta señal, nos diremos: relájate o respira hondo. Cualquier frase que nos ayude a disminuir la tensión.

*Importante: localiza qué hace tu cuerpo en ese momento (recoges los hombros o estás frunciendo el ceño, etc.) y busca relajar esa parte.

Sugerencias:

- Al principio no es necesario detenerse mucho tiempo en cada ejercicio.
- A medida que te vayas acostumbrando, podrás ir alargando el tiempo dedicado a los ejercicios.
- Déjate llevar por cualquier respuesta física, sin forzar las sensaciones que se sugestionan.
- Para terminar la sesión, se recomienda hacer unas inspiraciones profundas y unas flexiones de los brazos antes de abrir los ojos.
- Cada ejercicio se practica durante dos semanas y una vez dominados los ejercicios anteriores, realiza un entrenamiento completo, es decir, repasa todas las frases y los ejercicios anteriores.

1.2 Autorregistro de las Técnicas de relajación

Autores: Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010).

Autorregistro de las Técnicas de relajación							
Nombre							
Fecha							
Completa este formulario después de cada sesión de relajación. Es conveniente realizarlo a la misma hora todos los días. Practica durante dos semanas, de 15 a 20 minutos, dos veces al día.							
En una escala de 1 a 5, señala en cada día si has conseguido relajarte; siendo 1 el nivel de relajación conseguido más bajo a 5, siendo el nivel de relajación conseguido alto.							
	L	M	X	J	V	S	D
Respiración diafragmática.							
Entrenamiento autógeno.							
Hora de inicio.							
Hora de finalización.							

Autoregistro de las situaciones que me estresan

Nombre

Fecha

Situaciones que me estresan	¿Cómo se siento?, ¿Cómo me afecta?

2. Material de apoyo de la segunda sesión

2.1 Práctica de la sesión 2

Autores: Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010).

Práctica de la sesión 2

Nombre: _____

A continuación aparece la lista de distorsiones de pensamiento que hemos visto en la sesión:

Personalización.	Error del adivino.
Filtro mental.	Magnificación/Catastrofización.
Generalización excesiva.	Pensamiento de todo o nada.
Lectura del pensamiento.	Descalificación de lo positivo.
Deberías.	Etiquetación.
Razonamiento emocional.	

Identifica las distorsiones que puede haber en los siguientes ejemplos (no todos los pensamientos tienen que ser distorsiones de pensamiento, y en algunos casos pueden reflejar más de una distorsión).

Estoy en mi casa, sentado en el sillón y mirando la televisión. De pronto me vienen a la mente los siguientes pensamientos.

- **¡Qué desgraciado soy!, ¡Qué vida más horrible me espera!, ¿Por qué he tenido que sufrir un infarto de miocardio?**

- **Me siento mal. ¡La vida no tiene sentido!**

- **Ya no voy a poder hacer nada de lo que me gusta. No voy a poder disfrutar de la vida.**

- _____

- **Todo se ha acabado para mí.**

-
- **Esto no es vida. Para vivir así, mejor acabar de una vez por todas.**

Son las doce de la noche. Tu esposo se retrasa. Te empiezas a poner nerviosa porque no es habitual que llegue a esas horas. En tu cabeza aparecen los siguientes pensamientos:

- **Es muy tarde y no me ha llamado, ¡Qué raro!**

-
- **¿Habrá pasado algo malo? Seguro que ha ocurrido algo malo. Oigo una sirena. Seguro ha tenido un accidente o a lo peor le han atracado.**

-
- **¡Pasan tantas cosas malas!, ¡Qué asco de vida, nunca puede estar uno tranquilo!**

-
- **Si es que no debería haber aceptado este trabajo.**

-
- **Yo no sé si voy a poder soportar muchos días como este. No puedo soportar estar aquí esperando, sin saber si ha ocurrido algo malo.**

-
- **Cuando venga, voy a hablar seriamente con él. Tiene que renunciar a este trabajo. ¡O el trabajo o yo!**
-

2.2 Ideas centrales negativas

Ideas centrales negativas (ideas irracionales)

1. Para sentirme bien necesito la aprobación de todo el mundo:

- **Problema:** la persona que tiene interiorizada esta idea irracional necesita ser querida y aceptada siempre por todas las personas que considera importantes, necesita la aprobación de todo el mundo para sentirse bien, para valorarse. Por lo tanto, cuando la gente desaprueba algunas cosas que ha hecho, algún aspecto de su persona o de su conducta, eso lo va a

interpretar como que está equivocada, que es una incompetente, que no es buena, que no le valora, que tienen una mala opinión de ella, o que no se merece su cariño..., o puede significar para ella que no le quieren ni le aprecian. Las personas que tienen muy arraigada esta idea irracional están convencidas de que si no se esfuerzan por agradar a los demás, éstos le abandonarán y rechazarán.

- Plántate lo siguiente: posiblemente encuentres menos problemas si te muestras como eres. Realmente es imposible gustar a todas las personas que nos rodean. Incluso aquellas personas a las que gustamos y nos quieren, discrepan en alguna de nuestras conductas y características. Esta creencia irracional puede provocar mucha ansiedad, y es probablemente la mayor causa de infelicidad.

2. Para valorarme, debo ser perfecto:

- Problema: la persona que tiene muy interiorizada y asumida esta idea, para considerarse valiosa y para aceptarse necesita ser siempre adecuada, competente e inteligente, no cometer error alguno en todas aquellas cosas que considere importantes, tiene la necesidad de ser perfecta (o casi) y estar constantemente demostrando a los demás, y a sí misma que entiende de todo. Como resultado de esta creencia, aparecen muchos reproches ante los fallos inevitables, una disminución de la autoestima y miedo a intentarlo de nuevo. Igualmente, si exigimos a los demás que sean perfectos, esto producirá mucho malestar, enfados y, en general, una mala relación interpersonal.

- Plantéate lo siguiente: tenemos que partir del hecho de que la perfección no existe. Si para valorarnos bien tenemos que ser perfectos, entender de todo y no cometer ningún fallo, probablemente estamos cometiendo un error de todo o nada. El perfeccionismo es una fuente de ansiedad y estrés. Suele ser bastante frustrante dado que todos somos limitados, nadie es perfecto, y esta demanda es evidente que compite con la salud mental.

3. Se horrible que las cosas no salgan como uno quiere:

- Problema: una idea irracional que favorece el malestar emocional es la de creer que es horrible que las cosas no salgan como uno quiere, que no lo puedes soportar, que será una catástrofe que las cosas no salgan como esperabas.
- Plantéate lo siguiente: se podría decir que estamos ante el síndrome del niño mimado. Tan pronto como se pincha el globo empieza el dialogo interior: “¿Por qué me pasa esto a mí? No puedo soportarlo. Todo es un asco”. Cualquier problema o fallo que aparezca en el camino se interpreta de ese modo.

Si la satisfacción de un deseo pudiera causar el sentimiento de felicidad, todos seríamos felices ya. ¿Cuántas veces has recibido lo que querías y al recibirlo la felicidad no duró mucho? La mera satisfacción de nuestros deseos no trae la felicidad y de igual manera, no conseguir algunas cosas que deseamos no necesariamente significa que sea una catástrofe o que no lo podamos soportar.

4. La felicidad y la desgracia humana están causadas por factores externos y no se puede hacer nada por controlarlas:

- Problema: solemos creer que nuestra felicidad depende de lo que ocurre a nuestro alrededor, que si las cosas “van bien”, seremos felices, y si las cosas “van mal”, seremos desgraciados. Creemos que todo depende de las circunstancias que nos toque vivir.
- Plantéate lo siguiente: no podemos controlar todo lo que ocurre a nuestro alrededor y no podemos cambiar a los demás; el resultado de este empeño es la sensación de infelicidad y ansiedad crónica. Atribuir la falta de felicidad a los acontecimientos es una forma de evitar enfrentarse con la realidad. Nuestra interpretación de los hechos es la causa de la infelicidad.

5. Las cosas deben ser fáciles, y si no, es mejor evitarlas:

- Problema: la persona que tiene interiorizada esta idea irracional cree que las cosas tienen que ser fáciles, que la vida tiene que ser fácil, y, por lo tanto, las dificultades que vayan surgiendo, mejor evitarlas que hacerles frente o esperar a que otros las resuelvan. Puede caer en la dinámica de estar quejándose constantemente de lo dura que es su vida, asumiendo un rol pasivo, e incluso entrar en la dinámica de la victimización.
- Plantéate lo siguiente: las cosas no “deben ser”, las cosas simplemente son como son. Pensamientos que te lleven a no hacerle frente a lo que consideras difícil puede llevarte a no intentarlo y llegar renunciar antes de tiempo. Las cosas no se solucionan solas, de caer en la actitud de evitación puede llevarte a contribuir a eternizar algunos problemas.

6. El pasado determina el presente, y una vez que ha pasado, siempre va a pasar:

- Problema: la persona que tiene muy asumida esta idea irracional cree que una vez que ha pasado algo, siempre va a pasar. Algo que le ocurrió una vez, seguirá afectándole. Si en el pasado fracasó en algo, cada vez que vuelva a intentarlo. Se repetirá la situación.
- Plantéatelo así: el pasado pertenece al pasado, no podemos recuperarlo ni volver a vivirlo. Es adaptativo e inteligente aprender de las experiencias pasadas, pero no es bueno permanecer atados a ellas indefinidamente.

7. Debo asumir los problemas de los demás como propios y debo preocuparme constantemente por ellos:

- Problema: a veces cargamos sobre nuestras espaldas los problemas de los demás, intentando solucionarlos. Con nuestra mejor voluntad podemos estar impidiéndole a la otra persona que tome sus propias decisiones, que tenga un papel activo en su vida, podemos estar impidiendo que crezca como persona, al mismo tiempo que nos sobrecarguemos de trabajo y responsabilidades que no nos corresponden.
- Piensa que: cada uno es capitán de su propio barco. No es conveniente ni para ti ni para nadie cargar con los problemas de los que tenemos a nuestro alrededor. Esto no significa que uno no pueda ayudar a los demás. Pero siendo conscientes de que se trata de eso, de una ayuda. Por otra parte, tampoco es bueno sobreproteger a las personas y quitarle la oportunidad de desarrollar herramientas para que pueda tomar el mando de su vida.

8. Ante cualquier problema existe una solución perfecta y es catastrófico si esa solución no se alcanza:

- Problema: tener esta idea irracional implica empeñarnos en conseguir una solución para nuestro problema, la solución que consideramos perfecta y no aceptar ninguna otra. Esta creencia puede estancarnos o invertir esfuerzos en algo que no es factible o que se escape de nuestras manos.
- Piensa en lo siguiente: ante un problema, existe variedad de alternativas, y nadie tiene la verdad revelada de cuál es la mejor solución. En este caso, un signo de inteligencia emocional es aceptar la mejor solución posible, aunque diste mucho de la que teníamos en mente.

9. Se necesita contar con alguien más fuerte y más grande que uno mismo:

- Problema: es una trampa psicológica de dependencia de una autoridad superior o simplemente de otra persona. Parte de la idea de que “si actúo desde mi criterio, seguro me equivocaré”.
- Piensa que: es cierto que no somos islas y a veces necesitamos de los demás, porque recibir ayuda no es lo mismo que depender.

10. Si algo puede ser peligroso, debo preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor:

- Problema: esta creencia se basa en la idea de que si hay alguna posibilidad de que algo malo, peligroso o amenazante ocurra, uno no puede estar tranquilo.
- Plántate lo siguiente: si podemos hacer algo para solucionar el problema, lo adaptativo será realizar todo aquello que nos lleve a conseguir

solucionarlo, pero si no se puede hacer nada, la preocupación seguramente tampoco conseguirá nada.

11. Ciertas personas son malas, viles y perversas, y deberían ser castigadas por sus malas acciones:

- Problema: podemos llegar a creer que en el mundo hay personas verdaderamente malas, cuyo objetivo en la vida es hacer daño o aprovecharse de los demás. Se trata de una visión muy negativa del ser humano. Esta visión nos puede alejar de la gente, nos puede aislar y generar emociones negativas.
- Plantéate lo siguiente: una suposición más real es la de pensar que tales personas se comportan de modo antisocial o inapropiado. Quizá se deba a que son ignorantes o tienen problemas, o quizás se deba a que su visión de las cosas es diferente de la que todos tenemos. Generalmente las personas no se levantan por la mañana con la intención de estropear la vida, pero ocurre que a veces cometemos el error de tomarnos como cosa personal el comportamiento negativo del otro.

12. No tendríamos que sentir dolor; tenemos derecho a una buena vida. ¿Por qué tenemos que sufrir?

- Problema: esta pregunta probablemente no nos lleve a ningún sitio, pero seguro nos llevará a una dinámica poco sana mentalmente.
- Reflexiona sobre: una postura realista es que el dolor es una parte inevitable de la vida del hombre. Frecuentemente acompaña a las decisiones difíciles y saludables y a los procesos de crecimiento. La vida no es una fiesta, y en muchas ocasiones el sufrimiento no se puede evitar. El deseo de librarse del

sufrimiento es completamente humano y creerlo antinatural puede llevarnos a una lucha sin fin por querer erradicarlo.

13. Está mal ser egoísta. El egoísmo es un error, es malo:

- Problema: una idea irracional que genera mucha angustia es creer que pensar en uno mismo es malo, es inmoral, incluso pecado para una persona creyente. Esta idea genera muchos sentimientos de culpa. Se suele asumir que las buenas relaciones tienen que estar basadas en el sacrificio mutuo y en la idea de dar.
- Plántate lo siguiente: tachamos de egoístas a las personas que piensan en ellas, que se preocupan por su bienestar, que son capaces de rechazar una petición sin inventar miles de excusas que justifiquen su respuesta. Una de las peores cosas que se le puede decir a una persona es que es una egoísta. A casi nadie le gusta que lo tachen como tal. En nuestra cultura, este término tiene una connotación negativa, pero en algunos casos suele ser un término que está mal empleado. Lo cierto es que nadie conoce sus propias necesidades mejor que uno mismo, y nadie tiene mayor interés en que sean satisfechas. Tu felicidad es responsabilidad tuya. Ser egoísta significa aceptar esta responsabilidad, significa que te haces cargo de buscar tu felicidad. En una buena relación es importante dar, pero también es muy importante recibir.

** Tomado y modificado de: Peralta, M., Robles, H. (2010). Programa para el control del estrés (2da. ed.). España: Pirámide.*

2.3 Práctica de la sesión 2 para la casa

Autores: Humbelina Robles y María Isabel Peralta (2010).

Sesión 2

Tarea 1: Distorsiones cognitivas.

Nombre: _____

A continuación aparece la lista de distorsiones de pensamiento que ya conoces:

Personalización.	Error del adivino.
Filtro mental.	Magnificación/Catastrofización.
Generalización excesiva.	Pensamiento de todo o nada.
Lectura del pensamiento.	Descalificación de lo positivo.
Deberías.	Etiquetación.
Razonamiento emocional.	

Identifica el tipo de distorsiones que pueden tener los siguientes pensamientos:

1. Mi hijo siempre deja la mochila en cualquier sitio _____
2. Yo debería ser una madre más comprensiva _____
3. Esta situación es horrible, no la puedo soportar _____
4. Esta noche no saldré con mis amigas; de todas formas seguro que me la voy a pasar mal _____
5. Fulana me dejó plantada, ya me amargó el día _____
6. Para que voy a pedirle algo a ella si igual me dirá que no _____
7. Ese niño es malo _____
8. Hoy Fulana no está amable conmigo, debe estar enojada porque ayer no le ayudé en lo que me pidió _____
9. Mi amiga dice que este vestido me queda genial, pero yo creo que lo no. ¡Claro que va a decir que me queda lindo, si yo soy su amiga! _____
10. Mi amistad con ella fracasó porque no supe ser buena amiga _____
11. Yo con la amistad soy muy exigente. Si no encuentro un amigo que me dé el 100 por 100, prefiero estar solo _____
12. No puedo soportar que la vida sea injusta conmigo _____

2.4 Distorsiones cognitivas para uso tanto dentro de la sesión como fuera de ella

Distorsiones cognitivas

- 1. Pensamiento de todo o nada (pensamiento dicotómico o polarizado):** es cuando vemos las cosas blancas o negras, todo o nada, sí o no, sin tener en cuenta la diversidad de opciones o situaciones intermedias.
- 2. Generalización excesiva (generalizar):** se produce cuando a partir de un suceso o unos pocos sucesos negativos consideramos que siempre saldrá todo igual de mal. Suelen emplearse términos como siempre, todo, nunca, jamás y nada. Ejemplo: “Siempre es igual, este hijo mío nunca recoge sus cosas”, cuando en realidad por lo menos una vez lo ha hecho.
- 3. Filtro mental:** ocurre cuando nos centramos en un solo detalle y no tenemos en cuenta todo lo demás. Un detalle negativo nubla los demás aspectos de la realidad. Ejemplo: un compañero critica lo que estoy haciendo y no dejo de pensar en ello durante todo el día, olvidando todos los comentarios positivos que otras personas dieron con respecto al mismo evento. Esto tiene algo clave, aquello en lo que nos concentramos, aumenta de tamaño.
- 4. Descalificación de lo positivo (no tiene la menor importancia):** es la distorsión contraria a lo que ocurre con el filtro mental. En este caso vemos que las cosas buenas que hacemos o lo que nos ocurre como “lo normal” o que no tiene la menor importancia. Ocurre cuando pensamos que las cosas agradables o los logros alcanzados no hay que tenerlos en cuenta. Ejemplo: “El éxito que tuve fue por pura suerte”, “Eso lo hace todo el mundo”.

- 5. Conclusiones precipitadas:** se produce cuando interpretamos las cosas de forma negativa sin datos que lo fundamenten. Las dos conclusiones precipitadas más comunes son: la lectura de pensamiento y el error del adivino:
- **Lectura de pensamiento:** suponemos lo que el otro piensa sin tener pruebas ni haberlo comprobado.; atribuimos al comportamiento de los demás intencionalidad. O vemos a los demás no como ellos son, sino como a nosotros mismos; proyectando en ellos nuestros sentimientos, miedos y emociones. Ejemplo: “Yo sé que ella piensa que soy la culpable”.
 - **El error del adivino:** esperamos que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes para ello. Ejemplo: no voy a solicitar la beca, porque no me la van a dar.
- 6. Magnificación (catastrofizar) o minimización:** ocurre cuando exageramos la importancia o el impacto de los hechos (ejemplo: me he equivocado, ¡Qué desastre!). Minimizamos cuando le quitamos importancia a lo que realmente tiene un valor (ejemplo: soy muy mayor para aprender algo nuevo). También vemos involucrada esta distorsión cuando tenemos una visión catastrófica del futuro: “**Y si** me despiden”, “**Y si** no me dan la beca”, etc.
- 7. Etiquetación:** en este caso, la distorsión se produce cuando hacemos una valoración global del ser humano basada en algunos aspectos negativos. Ejemplo cuando decimos: “Soy torpe”, “Es un desastre”, “Ella es una incompetente”.
- 8. Personalización (echarse la culpa):** ocurre cuando nos atribuimos toda la responsabilidad de los sucesos que tienen consecuencias negativas para los demás o para uno mismo, sin tener base para ello. Esto nos puede generar

sentimiento de culpa. Ejemplo: “Por mi forma de ser, lo he echado todo a perder”.

9. Razonamiento emocional: esta distorsión se produce cuando suponemos que nuestras emociones negativas reflejan la realidad. Si lo siento así, será verdad. Tomamos nuestras emociones como prueba de la realidad. Ejemplo: “Siento miedo de viajar en avión, entonces viajar en avión debe ser peligroso”.

10. Los deberías: esta distorsión consiste en utilizar exigencias absolutas y rígidas, como si fueran dogmas acerca de uno mismo (debo, tengo que), acerca de los demás (deben, tienen que), o acerca de la vida o el mundo (la vida no debería ser así).

** Tomado y modificado de: Peralta, M., Robles, H. (2010). Programa para el control del estrés (2da. ed.). España: Pirámide.*

3. Materia de apoyo de la tercera sesión

3.1 Ejercicio para la casa de la sesión 3

Autorregistro de situaciones que me estresan

Nombre: _____

SITUACIÓN Y FECHA	¿QUÉ ESTOY PENSANDO?	¿CÓMO ME SIENTO? ¿QUÉ HAGO?	DISTORSIONES DE PENSAMIENTO	PENSAMIENTO RACIONAL
Ejemplo: El 12 de agosto de 2018 entro a mi casa y veo "caras largas" en mi familia.	Ejemplo: "Siempre lo mismo. Se enfadan porque me he ido a dar una vuelta. Ya no puede hacer uno nada".	Ejemplo: - Molesto, irritado. - Me voy a mi habitación sin hablarles.	Ejemplo: - Generalización excesiva. - Lectura de pensamiento.	Ejemplo: "Mejor averiguo qué ha ocurrido, quizás estén preocupados o aburridos".

4. Material de apoyo de la cuarta sesión

4.1 La lista de los derechos asertivos para ser usados durante la sesión y fuera de ella

DERECHOS ASERTIVOS

1. Algunas veces, tú tienes derecho a ser primero.
2. Tienes derecho a cometer errores.
3. Tienes derecho a cambiar de idea, o de línea de acción.
4. Tienes derecho a ser el juez último de tus sentimientos y derecho a aceptarlos como válidos.
5. Tienes derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
6. Tienes derecho a sentir y a expresar dolor, a expresar malestar.
7. Tienes derecho a decir no.
8. Tienes derecho a no justificarte ante los demás.
9. Tienes derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás.
10. Tienes derecho a intentar un cambio.
11. Tienes derecho a tener tus propias opiniones y convencimientos.
12. Tienes derecho a ignorar los consejos de los demás.
13. Tienes derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen tu compañía.
14. Tienes derecho a no anticiparte a las necesidades y deseos de los demás.
15. Tienes derecho a la crítica y a protestar por un trato injusto.
16. Tienes derecho a decidir si satisfacer las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses (respetando los derechos de los demás).
17. Tienes derecho a pedir información y a decir “no entiendo”.

18. Tienes derecho a responder o no hacerlo.

19. Tienes derecho a sentirte a gusto contigo mismo con independencia de tus logros.

20. Tienes derecho a no seguir, a no utilizar todos estos derechos.

Tomado de Robles y Peralta, 2010.

Durante el resto de las sesiones que no aparecen materiales, es de debido a que los autorregistros se les recomendaba fueran usados para adquirir el hábito y a su vez se les sugería la aplicación de la información recibida en sesión.