



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE**  
**TÍTULO DE: PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA**

**INOCULACIÓN DE ESTRÉS EN LA ANSIEDAD DE**  
**PADRES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD DE LA**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA “PUYO”,**  
**PROVINCIA DE PASTAZA, PERIODO MARZO –**  
**AGOSTO 2015.**

**Autores:**

**María Elisa De La Torre Castañeda**  
**Soraya Vanessa Inga Alarcón**

**Tutor: Mg. Ramiro Torres**

**Riobamba-Ecuador**

**2015**

## CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Riobamba, 08 de enero de 2016

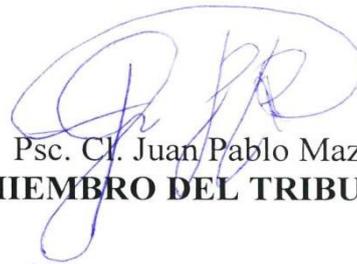
Certificamos que la Srta. María Elisa De la Torre Castañeda con cédula de ciudadanía N° 060462300-9, y la Srta. Soraya Vanessa Inga Alarcón con cédula de ciudadanía N° 160060193-2 están aptas para la Defensa Pública de su trabajo de investigación titulado: **INOCULACIÓN DE ESTRÉS EN LA ANSIEDAD DE PADRES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA “PUYO”, PROVINCIA DE PASTAZA, PERIODO MARZO – AGOSTO 2015.**

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad.

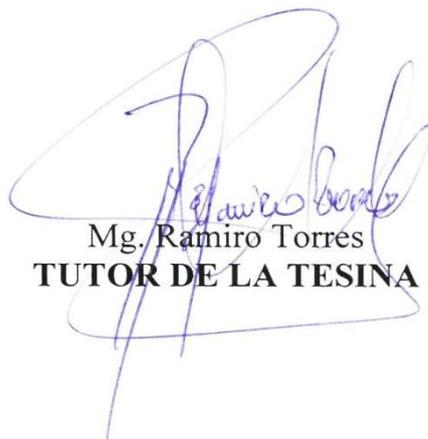
Atentamente,



Dra. Rocio Tenezaca  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**



Psc. Cl. Juan Pablo Mazón  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

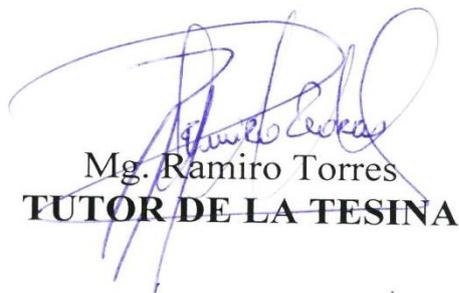


Mg. Ramiro Torres  
**TUTOR DE LA TESINA**

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Por, la presente hago constante que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por las Srtas. María Elisa De La Torre Castañeda y Soraya Vanessa Inga Alarcón para optar al Título de Psicólogo Clínico y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, septiembre 2015.



Mg. Ramiro Torres  
**TUTOR DE LA TESIS**

## DERECHO DE AUTORÍA

Yo, María Elisa De La Torre Castañeda con Cédula de Identidad 060462300-9 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



-----  
María Elisa De la Torre Castañeda  
060462300-9

Yo, Soraya Vanessa Inga Alarcón con Cédula de Identidad 160060193-2 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



-----  
Soraya Vanessa Inga Alarcón  
160060193-2

## **DEDICATORIA**

Dedicamos la presente investigación principalmente a nuestros padres y nuestra familia, porque ellos nos han impulsado con su ejemplo y su empeño para haber seguido el camino de la profesionalidad como psicólogos clínicos.

*Elisa y Soraya*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos la presente investigación a Dios que nos ha guiado e iluminado, a nuestros padres por su apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud y de manera especial a la Carrera de Psicología Clínica que han fomentado en nosotras la ética profesional y la necesidad de ser mejores cada día.

A nuestro tutor Mg. Ramiro Torres por brindarnos su tiempo, conocimientos y nos ha guiado en el desarrollo de la investigación.

A las autoridades de la Unidad de Educación Especializada “Puyo” por su valiosa colaboración para la ejecución del presente trabajo, y a los padres de familia por su predisposición para colaborar en el proceso.

## ÍNDICE GENERAL

|   |     |
|---|-----|
| TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS.....                               | i   |
| CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL .....                                | ii  |
| ACEPTACIÓN DEL TUTOR .....                                      | ii  |
| DERECHO DE AUTORÍA .....  | ii  |
| DEDICATORIA .....   | iv  |
| AGRADECIMIENTO .....  | v   |
| ÍNDICE GENERAL .....  | vi  |
| ÍNDICE DE TABLAS .....  | ix  |
| ÍNDICE DE FIGURAS .....   | ix  |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....  | ix  |
| ÍNDICE DE ANEXOS .....  | x   |
| RESUMEN .....   | xi  |
| ABSTRACT.....   | xii |
| INTRODUCCIÓN .....  | 1   |
| CAPÍTULO I  |     |
| PROBLEMATIZACIÓN.....   | 3   |
| 1. PROBLEMATIZACIÓN .....                                       | 4   |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                           | 4   |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....                              | 6   |
| 1.3. OBJETIVOS .....  | 7   |
| 1.3.1. Objetivo General.....                                    | 7   |
| 1.3.2. Objetivos Específicos.....                               | 7   |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN .....  | 7   |
| CAPÍTULO II   |     |
| MARCO TEÓRICO .....   | 9   |
| 2. MARCO TEÓRICO.....   | 10  |
| 2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....                               | 10  |
| 2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....                      | 10  |
| 2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....                               | 11  |
| 2.3.1. Antecedentes de la investigación .....                   | 11  |
| 2.3.2. Inoculación Del Estrés .....                             | 12  |
| 2.3.2.1. Definición de inoculación del estrés .....             | 12  |
| 2.3.2.2. Historia de la inoculación del estrés .....            | 13  |
| 2.3.2.3. Utilidad de la técnica de inoculación del estrés ..... | 15  |
| 2.3.2.4. Estrés.....  | 16  |
| 2.3.2.4.1. Concepto .....                                       | 16  |
| 2.3.2.4.2. Elementos del estrés.....                            | 16  |
| 2.3.2.4.3. Causas del estrés .....                              | 16  |
| 2.3.2.4.4. Agentes estresantes .....                            | 17  |
| 2.3.2.4.5. La relación entre el estrés y la ansiedad.....       | 18  |
| 2.3.2.4.6. Diferencia entre estrés y ansiedad.....              | 19  |
| 2.3.2.5. Fases de la Inoculación del Estrés .....               | 20  |

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| 2.3.2.5.1.  | Fase de Conceptualización.....   | 21 |
| 2.3.2.5.2.  | Fase de adquisición de habilidades y ensayo.....                                 | 23 |
| 2.3.2.6.    | Fase de aplicación y consolidación.....  | 29 |
| 2.3.3.      | Ansiedad .....   | 33 |
| 2.3.3.1.    | Concepto de ansiedad .....   | 33 |
| 2.3.3.2.    | Ansiedad como trastorno .....  | 35 |
| 2.3.3.3.    | Trastornos de ansiedad.....  | 35 |
| 2.3.3.4.    | Psicopatología de la ansiedad .....  | 38 |
| 2.3.3.5.    | Ansiedad como síntoma .....  | 42 |
| 2.3.3.6.    | Síntomas fisiológicos .....  | 43 |
| 2.3.3.7.    | Síntomas cognitivos .....  | 43 |
| 2.3.3.8.    | Síntomas conductuales.....   | 44 |
| 2.3.3.9.    | Síntomas afectivos .....   | 44 |
| 2.3.3.10.   | Ansiedad como síndrome.....  | 45 |
| 2.3.3.11.   | La ansiedad en padres con hijos con discapacidad .....                           | 45 |
| 2.3.3.11.1. | La crisis por el nacimiento .....  | 47 |
| 2.3.3.11.2. | Reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con<br>discapacidad ..... | 50 |
| 2.3.3.11.3. | Señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo .....                  | 52 |
| 2.3.3.11.4. | La reacción por género.....  | 53 |
| 2.4.        | MODELO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE<br>INOCULACIÓN DE ESTRÉS. ....             | 55 |
| 2.4.1.      | Definición de términos básicos.....  | 67 |
| 2.5.        | HIPÓTESIS Y VARIABLES .....  | 69 |
| 2.5.1.      | Hipótesis .....  | 69 |
| 2.5.2.      | Variables .....  | 69 |
| 2.6.        | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....  | 70 |

### CAPÍTULO III

|   |    |
|---|----|
| MARCO METODOLÓGICO.....   | 71 |
| 3. MARCO METODOLÓGICO.....  | 72 |
| 3.1. MÉTODO .....   | 72 |
| 3.1.1. Tipo de investigación:.....                                    | 73 |
| 3.1.2. Diseño de investigación: .....                                 | 73 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....   | 73 |
| 3.2.1. Población.....   | 73 |
| 3.2.2. Muestra .....  | 73 |
| 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE<br>DATOS .....         | 74 |
| 3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE<br>RESULTADOS..... | 75 |

### CAPÍTULO IV

|   |    |
|---|----|
| 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....   | 76 |
| 4.1. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA<br>ANSIEDAD APLICADA A LOS PADRES DE FAMILIA. .... | 77 |

|                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| 4.2.               | ANÁLISIS DE LA FICHA PSICOTERAPÉUTICA ..... | 88 |
| 4.3.               | COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....           | 90 |
| CAPÍTULO V         |   |    |
| 5.                 | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....        | 91 |
| 5.1.               | CONCLUSIONES .....                          | 92 |
| 5.2.               | RECOMENDACIONES .....                       | 93 |
| BIBLIOGRAFÍA ..... |   | 94 |
| ANEXOS .....       |   | 95 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| TABLA N° 1 Niveles de Ansiedad de la Escala de Hamilton.....   | 77 |
| TABLA N° 2 Niveles de ansiedad psíquica y somática .....   | 79 |
| TABLA N° 3 Retest de la escala de Hamilton.....  | 81 |
| TABLA N° 4 Retest de la escala de Hamilton ansiedad psíquica y<br>somática.....  | 83 |
| TABLA N° 5 Análisis comparativo del test y retest de la escala de<br>Hamilton para la Ansiedad.....                      | 85 |
| TABLA N° 6 Análisis comparativo del test y retest de la escala de<br>Hamilton para la Ansiedad Psíquica y somática. .... | 87 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                         |    |
|-------------------------|----|
| FIGURA N° 1 Estrés..... | 19 |
|-------------------------|----|

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO N° 1 Resultados de la aplicación de la Escala de Hamilton para<br>la Ansiedad. ....                               | 77 |
| GRÁFICO N° 2 Resultado de la escala de Hamilton para la ansiedad<br>psíquica y somática.....                              | 79 |
| GRÁFICO N° 3 Retest de la escala de Hamilton .....  | 81 |
| GRÁFICO N° 4 Retest de la escala de Hamilton ansiedad psíquica y<br>somática.....   | 83 |
| GRÁFICO N° 5 Análisis comparativo del test y retest de la escala de<br>Hamilton para la Ansiedad. ....                    | 85 |
| GRÁFICO N° 6 Análisis comparativo del test y retest de la escala de<br>Hamilton para la Ansiedad psíquica y somática..... | 87 |

## ÍNDICE DE ANEXOS

|  |     |
|--|-----|
| ANEXO N. 1 FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO<br>PSICOTERAPÉUTICO ..... | 96  |
| ANEXO N. 2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD .....                 | 103 |
| ANEXO N. 3 MATRICES DE RECOPIACIÓN DE DATOS .....                    | 106 |
| ANEXO N. 4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....                           | 107 |
| ANEXO N. 5 FICHA TÉCNICA .....                                       | 108 |

## RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar la efectividad de la técnica de Inoculación de Estrés en la ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, provincia de Pastaza, período marzo – agosto 2015. El tipo de investigación es Explicativa, diseño cuasiexperimental y un tipo de estudio transversal con empleo del método clínico y psicométrico. Se realizó el trabajo de campo a 40 padres que asisten a la institución, para la recolección de datos se utilizó como Instrumento la Escala de Hamilton para la Ansiedad, la misma que permitió establecer que 7% padres de familia no presentan ansiedad, 18% muestran ansiedad leve, 30% ansiedad moderada y 45% ansiedad grave; determinando de esta manera la presencia de ansiedad. Se desarrolló una técnica grupal que comprende tres fases: Conceptualización, adquisición de habilidades y ensayo, concluyendo con la fase de aplicación y consolidación; se ejecutó diferentes habilidades sociales para ser utilizadas por los padres de familia en el manejo de la ansiedad. Posteriormente en la aplicación del retest se evidenció los siguientes resultados: el 80% de padres de familia no presentan ansiedad, el 5% corresponde a la ansiedad leve, el 10% ansiedad moderada, el indicador de ansiedad grave disminuyó al 5%. Se pudo establecer que las consecuencias en el área física y psíquica que desencadenó la sobrecarga de ansiedad y estrés en los padres de familia se redujo con la aplicación de la técnica. Esta información permitió verificar la hipótesis planteada; realizar las respectivas conclusiones y recomendaciones que ayudaran a mejorar la calidad de vida en los padres de familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CENTRO DE IDIOMAS

---

#### ABSTRACT

This research was conducted to evaluate the effectiveness of stress inoculation technique on anxiety of parents with children with disabilities in the Special Education School "Puyo", in Pastaza Province from March to August 2015. The type of research is explanatory, the design is quasi-experimental and type is cross-sectional using the clinical and psychometric method. The study was carried out with 40 parents attending the institution. For data collection it was used the Hamilton Rating Scale for Anxiety, which established that 7% of parents have no anxiety. 18% show mild anxiety, 30% moderate and 45% severe anxiety; thereby determining the presence of anxiety. A group technique was developed in three phases: conceptualization, acquisition of skills and testing, concluding with the implementation phase and consolidation. Different social skills to be used by parents in the management of anxiety were performed. Later, during implementing the retest, the following results were evidenced: 80% of parents do not have anxiety, 5% have mild anxiety, 10% have moderate anxiety and the indicator of severe anxiety decreased to 5%. It could be established that the impact on the physical and mental overload area that triggered the anxiety and stress in parents was reduced with the application of the technique. This information allowed the authors to verify the hypothesis and make the respective conclusions and recommendations that will help improve the quality of life in parents of Special Education School "Puyo".

Translation Reviewed by:

Dra. Isabel Escudero  
LANGUAGES CENTER – HEALTH SCIENCE SCHOOL – UNACH  
January 2016



## INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación tuvo como propósito de estudio, evaluar la efectividad de la Inoculación de Estrés en la Ansiedad de padres con hijos con discapacidad, la misma que nos permite trabajar con la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes y así disminuir la ansiedad. En la mayoría de los casos las personas han experimentado ansiedad alguna vez. Lejos de ser algo completamente negativo, Aunque nos incita a actuar y nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones amenazadoras, la ansiedad puede llegar a ser patológica si es desproporcionada. La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar. La ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo, nerviosismo y puede ser causada por un agente estresante.

Esta investigación contiene los siguientes capítulos desarrollados a continuación:

**Capítulo I:** Contiene la problematización que a su vez consta del planteamiento y la formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir esta investigación y la justificación de la misma.

**Capítulo II:** Se detalla el marco teórico donde se incluye la línea de investigación, el posicionamiento teórico personal, la fundamentación teórica, el contenido de la investigación realizada, definición de términos básicos, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

**Capítulo III:** Abarca el marco metodológico donde se expone la metodología empleada para la investigación, la población y muestra escogida y las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

**Capítulo IV:** Comprende el análisis e interpretación de datos con cuadros y gráficos estadísticos.

**Capítulo V:** Se exponen las conclusiones en razón de este trabajo y se plantea las recomendaciones requeridas.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMATIZACIÓN**

# **1. PROBLEMATIZACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) estima que los desórdenes mentales y neurológicos afectan en el mundo a unos 700 millones de personas y la mayoría no cuentan con atención psicológica adecuada. Alrededor de 350 millones de personas en el mundo padecen depresión y ansiedad, 90 millones conviven con un desorden de abuso de sustancias, 50 millones padecen de epilepsia, 35,6 millones sufren Alzheimer y otras demencias.

Según los estudios realizados por el Dr. Vicente Benjamín de la universidad de Chile, experto en métodos de recolección de datos y criterios de validación (es consultor en lengua española de la Organización Mundial de la Salud por el sistema CIID, un avanzado instrumento para encuestas), indicó que en Latinoamérica "si nos centramos en el estrés y la ansiedad hay unos 20 millones de afectados y 15 millones que pueden enfermar a lo largo de sus vidas". Confirma que los trastornos de ansiedad se dan en proporciones similares en zonas urbanas y rurales, pese a que uno creería lo contrario. Esto refuerza la idea de que hay mucha influencia de lo biológico."

En Ecuador, la Constitución del 2008 refleja la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población. En la ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental.

El modelo de atención integral de salud enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, para ello plantea como uno de sus lineamientos generales la incorporación de Salud Mental Comunitaria, con el fin de superar los modelos Curativo y Clínico Biológicos que marcan aun el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

Datos del Ministerio de Salud (MSP, 2013) determinan que los problemas de salud mental abordados en el nivel primario son el maltrato infantil, la identificación y el manejo de los bebedores, depresión y ansiedad.

La ansiedad es una respuesta al estrés, como la interrupción de una relación importante o verse expuesto a una situación como por ejemplo el tema que vamos a tratar “las familias que enfrentan las vicisitudes de tener un hijo con discapacidad”. Considerando las formas en que padres e hijos reconstruyen su dinámica familiar.

Algunos de los cambios más comunes al tener un hijo con discapacidad fueron: la mayor demanda de atención, generación de nuevos y elevados gastos económicos, necesidad de ayuda profesional, afrontamiento social, aislamiento y cambios de creencias. Uno de los efectos que produce el tener un hijo con discapacidad es el alto nivel de ansiedad y estrés.

La discapacidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es definida como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la respuesta psicológica a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Todo proceso de la familia comienza con la decisión de tener una vida en pareja hasta el momento de la llegada del primer hijo o hija; por lo que, para la mayoría de las personas, la llegada del bebé es un fenómeno inolvidable y muy importante, ya que consolida una nueva etapa para la vida de la pareja, es decir, se convierten en padres y madres. Sin embargo, cuando este bebé presenta algún tipo de discapacidad los padres pueden reaccionar de maneras distintas. Hardman. (1996), señala que el nacimiento de un hijo con discapacidad altera a la familia como unidad social de diversas maneras; padres y hermanos reaccionan con decepción, enojo, depresión, culpa y confusión. El hecho se percibe como algo inesperado y extraño, que rompe

las expectativas sobre el hijo deseado. El reconocimiento de la discapacidad de un hijo tiene el potencial para amenazar violentamente la visión que tienen los padres sobre el desarrollo de sus hijos dentro del ciclo vital. De Marle & Le Roux. (2001).

En la Unidad de Educación Especializada Puyo existen 100 padres de familia con hijos con múltiples discapacidades. Se realizó una entrevista con la psicóloga de la Institución donde nos argumentó que hay un índice alto de ansiedad en los padres de familia, y también a través de la observación se pudo identificar: llanto fácil al recordar su experiencia al tener un hijo con discapacidad, sentimientos de culpa hacia sí mismo o hacia el otro ,comportamientos reactivos en el intento de esconder a sus hijos ,vergüenza por el desarrollo del menor al ser diferente y la continua frustración por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo; lo que les afecta significativamente en su estabilidad emocional.

De acuerdo a los estudios realizados en la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, se evidencio en los padres de familia que presentan ansiedad, por tal motivo se llevó a cabo la aplicación de la inoculación de estrés donde se trabajó en la disminución de los niveles de ansiedad, que son generados por el estrés que enfrentan en su entorno familiar. Si no hay una intervención adecuada en los padres de familia, los niveles de ansiedad irían en aumento, perjudicando su salud física y mental.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La inoculación de estrés influye en la Ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, Provincia de Pastaza, periodo Marzo – Agosto 2015?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Evaluar la eficacia de la Inoculación de Estrés en la Ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, Provincia de Pastaza, Periodo Marzo – Agosto 2015.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de ansiedad que presentan los padres con hijos con discapacidad.
- Aplicar la técnica de inoculación de estrés a los padres de familia para disminuir los niveles de ansiedad.
- Analizar la eficacia de la Técnica de Inoculación de Estrés en la Ansiedad de padres con hijos con discapacidad.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

En un alto porcentaje de familias con hijos que tienen discapacidades, los niveles de estrés y ansiedad de los padres llegan a una escala muy alta y ocasionar patologías.

La presencia de estrés y ansiedad en muchos casos de familias que tienen de un hijo con discapacidad es un factor precipitante de ruptura conyugal y una importante fuente de conflicto. Lo cual da origen a la culpabilidad mutua que parece ser procesos inevitables por los que pasan los padres. En este sentido es innegable que muchos niños con discapacidad tienen que afrontar también las limitaciones de la ruptura familiar y crecer en familias monoparentales.

Es importante realizar esta investigación, ya que en los registros bibliográficos de nuestra carrera no se realizado estudios de la ansiedad que causa el estrés en padres con hijos discapacitados, por eso es necesario aportar con técnicas terapéuticas que les sirva como una herramienta.

La presente investigación en los padres con hijos con discapacidad, tiene como finalidad disminuir los niveles de ansiedad que son causados por el estrés a través de diferentes técnicas que les permita tener una mejor adaptación al entorno y por ende una mejor calidad de vida. Esta investigación tiene impacto puesto que en la Unidad de Educación Especializada “Puyo” no se ha realizado investigación alguna sobre el tema.

La población que se verá beneficiado es la Unidad de Educación Especializada Puyo y los padres de familia del Instituto, en ellos se verán los resultados de la aplicación de diferentes técnicas de la Inoculación del Estrés y su eficacia en la disminución de los niveles ansiedad.

La presente investigación es factible porque cuenta con el permiso y apoyo respectivo de las autoridades de la Unidad, con los recursos económicos, tecnológicos y el conocimiento para su realización.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

De la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad Ciencias de la Salud

**Línea Macro:** Salud Integral

**Sub-línea:** Salud mental, social, familiar e individual

### **2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

Dentro del posicionamiento teórico personal el trabajo investigativo se ha basado en las siguientes teorías:

La variable de inoculación de estrés está fundamentada, en la teoría del Dr. Donald Meichenbaum especialista en Psicología Clínica e Industrial, quien considera como un marco de intervención en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes dentro de un enfoque cognitivo conductual.

Para lo correspondiente a la Ansiedad se ha basado en la teoría del Dr. J Américo Reyes Ticas es un médico especialista en psiquiatría, fundador y coordinador del posgrado en psiquiatría en la UNAH desde 1995, donde explica que la ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro e metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.3.1. Antecedentes de la investigación**

Los antecedentes para el tema de la investigación partimos primero buscando en los archivos bibliográficos de la facultad, donde existen investigaciones similares respecto a este tipo de tema.

- La técnica en inoculación y los efectos en el estrés laboral de los docentes “Pensionado Americano” International School de Riobamba, periodo noviembre 2013- abril 2014, autora Mónica Jiménez. Estudio realizado por la Universidad Nacional de Chimborazo.

En el estudio se menciona que se utilizó una ficha de seguimiento terapéutico, el cuestionario de Burnout de Maslach para docentes (MBI-ED) que sirve para medir el estrés como constructo multidimensional, se aplicó a 23 docentes del Pensionado Americano International School. La población de estudio está constituida por un total de 23 docentes en esta 17 de sexo femenino y 6 de sexo masculino, la muestra está constituida por 13 docentes, 11 de sexo femenino y 2 de masculino. Esta investigación es la que más se aproxima a las variables de nuestra investigación. Como resultado la autora encuentra que el alto índice que se presentó en la aplicación del test en la sub-escala de agotamiento emocional disminuyó al 0 % ubicándose el 23 % de docentes que son 3 en el indicador intermedio y el 77% que corresponde a 10 docentes se ubica en el indicador bajo.

De manera similar en la sub-escala de despersonalización el indicador alto disminuyó al 0% , ubicándose el 15 % que corresponde a 2 docentes en el indicador intermedio y el 85 % que corresponde a 11 docentes se ubica en el indicador bajo.

## **2.3.2. Inoculación Del Estrés**

### **2.3.2.1. Definición de inoculación del estrés**

Es una técnica cognitivo-conductual que tiene como objetivo enseñar a una persona a enfrentarse con una situación estresante que le produce malestar, mediante el entrenamiento de determinadas habilidades. (Meichenbaum, 1987)

En otras palabras hacer que el paciente afronte sus problemas aplicando en la práctica diaria las habilidades cognitivo conductuales aprendidas.

Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan:

- a.** Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica.
- b.** Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos positivos para afrontar el estrés, como el temor a hablar en público, las fobias y otros tipos de situaciones, como la preparación al parto o los exámenes.

La Inoculación de Estrés considera que los factores cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales están interrelacionados y que cualquiera de ellos o su interrelación pueden ser el origen del desarrollo de trastornos emocionales. (Meichenbaum, 1987)

Partiendo de estas premisas el entrenamiento en Inoculación de Estrés se dirige a: Analizar detalladamente cada uno de esos factores y sus interrelaciones, para diseñar un tratamiento específico en el que se utilizan estrategias concretas, según el nivel a que se trabaje (cognitivo-conductuales...) que permita solucionar o aliviar los problemas.

La estrategia también incluye otras actividades coadyuvantes, como la práctica de la meditación, ejercicio, cambios en la dieta, entre otros.

También se le enseña al paciente a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de situaciones estresantes. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación progresiva. (Strupp, H. 1984).

### **2.3.2.2. Historia de la inoculación del estrés**

En los 70, Donald Meichenbaum comenzó su trabajo centrándose en el entrenamiento en auto instrucciones. En esa misma época (1972), difundieron un tipo de entrenamiento denominado INOCULACIÓN DE ESTRÉS: técnica concreta para el control de la ansiedad, a través de un entrenamiento en habilidades. Desde entonces, ésta técnica ha tenido un enorme impacto y una utilización masiva.

Desde un punto de vista histórico, se pueden identificar distintas líneas de evolución de la IE:

**1.-** Papel de las autoinstrucciones en la IE: Ambas técnicas nacen a la vez, en el mismo equipo de investigación: Decir IE era como decir entrenamiento en auto instrucciones (las autoinstrucciones dirigían en proceso de afrontamiento del estrés y se convertían en el eje vertebrador de la IE. Actualmente, la IE no puede considerarse como una aplicación del entrenamiento autoinstruccional.

**2.-** Camino de lo específico a lo general que ha seguido la IE: La IE se propone al principio como una técnica concreta para entrenar a los sujetos en habilidades para controlar la ansiedad. Posteriormente, se aplica la técnica al dolor, a la ansiedad o a la ira. Se cambia el acento de la ansiedad y el dolor al estrés, término más amplio que permite mayor margen de maniobra, y se amplía la técnica a un programa de intervención más global, que admite todas las posibilidades de la modificación de la conducta. En 1985, Meichenbaum presenta la IE como una forma de actuar más que como una técnica, aplicable a todos los trastornos y situaciones relacionadas con el estrés, y con utilidad en ámbitos muy diversos (deporte, trabajo o clínica).

**3.-** Desde el primer momento se presentó la técnica como una estrategia preventiva, lo que determinó una de sus mayores ventajas y uno de sus mayores inconvenientes:

Ventaja: Determinó el giro de la modificación de la conducta del tratamiento hacia la prevención. Además, el hecho de su fácil aplicación en grupos favorece éste hecho y la sitúa en el puente entre la clínica tradicional y en enfoque comunitario (segundo gran giro de la aplicación de la modificación de la conducta).

Inconveniente: Sin embargo, éste interés por la prevención y la intervención grupal, va unido a un déficit teórico importante y relega los aspectos relacionados con la evaluación a un segundo plano (punto más flojo de la IE). Las fuertes críticas, llevaron a Meichenbaum a la inclusión de un capítulo sobre evaluación en su manual de 1987.

#### 4.- Aportaciones más relevantes del grupo de Meichenbaum en relación con la IE:

- Gran difusión de la IE y de la modificación de la conducta en general.
- Ampliación muy importante de los ámbitos de aplicación.
- Remarcar la necesidad de combinar técnicas de modificación de la conducta distintas en cada aplicación.
- Fomento de aplicaciones en pequeños grupos.
- Disminución de los tiempos totales de aplicación.
- Énfasis en el papel de la modificación de la conducta más como disciplina que enseña habilidades y estrategias y dirige el proceso de aprendizaje que como técnicas de intervención eficaces en sí mismas.
- Contribución a la difusión de los modelos integradores en los programas conductuales.
- Consideración de los aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de forma conjunta.
- Importancia dada a la planificación de la aplicación y generalización de estrategias aprendidas durante el tratamiento.

### **2.3.2.3. Utilidad de la técnica de inoculación del estrés**

Este tipo de intervención se puede utilizar para reducir la ansiedad producida en situaciones sociales, fobias, temor a hablar en público y cualquier situación que produzca un elevado malestar. Se puede decir que su utilidad se relaciona con identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en un futuro.

En 1972 se describe el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), el cual se presentó como una técnica preventiva; ello justifica su nombre, que tiene como objetivo desarrollar la capacidad de las personas para afrontar situaciones difíciles de ansiedad o dolor, al dotarlas de una serie de habilidades que incrementan sus recursos personales. Esta técnica se compara con la inmunización biológica. Las habilidades de afrontamiento se pueden considerar como “anticuerpos psicológicos” que incrementan la resistencia potencial a situaciones estresoras. (Galletero, 2010)

El EIE tiene sus antecedentes en los tratamientos de auto-instrucción, aplicados en la antigua Unión Soviética por Luria (1959,1961) y por Vigostky (1962). Teóricamente, Michenbaum basó la técnica en los modelos de Murphy (1962) y de Lazarus y Folkman (1966,1984), los cuales explican que el afrontamiento al estrés ocurre a través de diferentes etapas consecutivas, durante las cuales las personas reaccionan ante situaciones estresoras, de acuerdo con los recursos personales que poseen.

Los objetivos se centran en tres áreas fundamentales:

- La promoción de una actividad autorreguladora adecuada que implica: Reducir o suprimir la intensidad de auto verbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar aquellas que proporcionen el funcionamiento más adaptativo.
- La modificación de conductas desadaptativas e incremento de conductas adaptativas.
- La revisión y modificación de estructuras cognitivas (creencias, forma de vida, etc.) que estén promoviendo valoraciones negativas de sí mismo y del mundo.

#### **2.3.2.4. Estrés**

##### **2.3.2.4.1. Concepto**

El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad. (Meichenbaum, 1987)

##### **2.3.2.4.2. Elementos del estrés**

(Powell & Enright, 1990):

En esta definición destacan tres elementos fundamentales:

- Las demandas de las situaciones ambientales, que serían los agentes estresantes.
- La persona sobre la que influyen dichas situaciones y que las considera perjudiciales o desafiantes, y, por tanto, que le superan.
- Las respuestas del individuo al estrés, tanto emocionales como biológicas.

##### **2.3.2.4.3. Causas del estrés**

Las causas que provocan el estrés no son siempre negativas, es decir, derivadas de situaciones de peligro, dolorosas o perjudiciales. Existen también situaciones que vivimos habitualmente, incluso situaciones más bien rutinarias, que pueden producirnos estrés sin ser necesariamente peligrosas. Ejemplos de ello son los atascos diarios que sufrimos, la música alta o los gritos los fines de semana debajo de nuestra casa. Así, según las situaciones ambientales que se presenten, el individuo tendrá que hacer frente a ellas, y, dependiendo de los mecanismos que ponga en marcha, se adaptará o no.

#### 2.3.2.4.4. Agentes estresantes

| Ámbito  | Agentes estresantes   |
|---|---|
| <p><b>Familiar.</b> Es el entorno más delicado como potencial causa de estrés, debido a la implicación emocional que suponen los conflictos familiares.</p> <p>Repercute más en aquellas mujeres que trabajan dentro del hogar y no tienen una ocupación fuera del mismo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesivo ruido en el entorno familiar (gritos, juegos de los niños, radio o televisión, etc.), que ocasiona un ambiente alterado.</li> <li>• Alteraciones en la relación de pareja, maltrato, engaños, problemas sexuales, etc.</li> </ul>   |
| <p><b>Laboral.</b> Su estudio no solo es importante por las repercusiones en la salud y bienestar de los trabajadores, sino por los efectos que tiene en la productividad de la empresa: Afecta a casi todas las profesiones</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud de algún miembro de la familia.</li> <li>• Hijos problemáticos (no estudian, no trabajan, se drogan, etc.).</li> <li>• Cuidado de algún familiar, generalmente los mayores que, dependiendo de la enfermedad que tengan (alzhéimer, invalidez de algún tipo, etc.), pueden llegar a ser una gran carga que provoca alteración en la dinámica familiar</li> <li>• Las características del contenido del trabajo.</li> <li>• La experiencia propia del trabajador</li> <li>• Las relaciones interpersonales (mal ambiente laboral).</li> <li>• Los factores relacionados con el desarrollo profesional</li> </ul> |
| <p><b>Social.</b> Son aquellas situaciones que están muy relacionadas con el tipo de vida del individuo, sobre todo en el entorno de las grandes urbes, ya que en ellas se suelen encontrar las características propiciadoras de situaciones de estrés</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivir en zonas de mucho ruido y contaminación (autopistas, aeropuertos).</li> <li>• En lo concerniente a la sanidad, la tensión e inseguridad de las largas listas de espera, el elevado costo que supone tener que recurrir al sector privado por falta de atención al público.</li> <li>• La forma de vida en la ciudad es un factor de tensión para el individuo; prisas, tráfico intenso, distancias, etc.</li> <li>• Vivir en una zona conflictiva, con muchos delitos, consumo o tráfico de</li> </ul>   |

| Ámbito   | Agentes estresantes  |
|--|--|
| <p><b>Personal.</b> Aparte de las situaciones personales que pueden actuar como agentes estresantes, hemos de tener en cuenta la personalidad del individuo, ya que rasgos como el perfeccionismo, la introversión, la competitividad, la agresividad o la inseguridad le van a suponer una mayor propensión o padecer estrés.</p> | <p>drogas, pandillas agresivas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar parte de procesos judiciales</li> <li>• Ingresos económicos bajos</li> <li>• Tener que modificar la forma de vida por una enfermedad, un divorcio, etc.</li> <li>• La dedicación permanente a otras personas (hijos, padres, etc.) que implique sacrificar el propio tiempo de ocio o el desarrollo profesional.</li> <li>• En la mujer, la menstruación y/o la menopausia pueden hacer que sea más vulnerable a padecer estrés.</li> </ul> |

*Fuente: Donald Meichenbaum (1987)*

#### **2.3.2.4.5. La relación entre el estrés y la ansiedad**

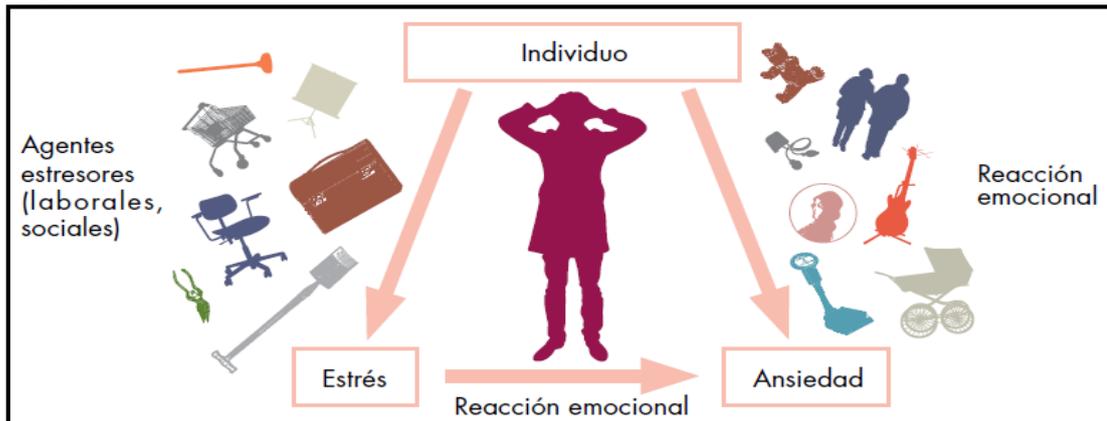
En la actualidad, casi todo cuanto nos rodea (trabajo, familia, circunstancias personales) genera grandes dosis de tensión, que producen en el individuo un estado de inquietud y malestar, que en muchos casos desencadena graves dolencias físicas. Puede haber cierta confusión entre los conceptos de estrés y ansiedad.

El estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.

Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, entre otros.) es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que posee el individuo, desarrollará una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas (desagradables), entre las que destacan la ansiedad, la ira y la depresión. El estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo.

La ansiedad, además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes. El estrés produce ansiedad, pero el individuo que padece ansiedad no necesariamente padece de estrés.

**FIGURA N° 1 Estrés**



*Fuente: Payne Rosemary (2002), Técnicas de relajación*

En el estrés es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia. (Payne, 2002)

#### **2.3.2.4.6. Diferencia entre estrés y ansiedad**

**El estrés:** La causa del estrés es la presencia de un factor estresante ya sean por ejemplo: Sobre carga de trabajo excesivo, problemas familiares, problemas sociales.

El estrés no siempre es malo, todos siempre tenemos un poco de estrés pero su exceso puede provocar un trastorno de ansiedad.

**La Ansiedad:** La ansiedad es el estrés que continúa después de que el factor estresante ha desaparecido, por ejemplo: Si una persona tiene un estrés excesivo en el

trabajo y a causa de ello le da un ataque de pánico, esta persona recurre al hospital y el psicólogo le sugiere que se dé unas vacaciones y así pueda desestresarse, sin embargo a pesar de haberse ido de vacaciones y dejando de lado el factor estresante sigue presentando ataques de pánico (producto de la ansiedad).

Simplemente la ansiedad se instala a causa de un estrés excesivo, la ansiedad permanece por mucho tiempo y produce un montón de sensaciones, muchas personas en los consultorios furiosos dicen, pero si yo no tuve ningún problema porque me da este trastorno, la verdad es que si hay una causa, la ansiedad puede brotar de forma repentina a veces en un día normal de campo o en un día feliz. Pero siempre abra una causa; puede ser genético, puede ser tu niñez, puede ser un trauma que tienes guardado, puede ser que por dentro te sientas mal y finjas estar bien.

Pero la ansiedad que tenemos está producida por un factor existente, y solo tú puedes identificar cuál es ese factor, nadie conoce de ti más que tú mismo, tú eres la única persona que puede identificar con exactitud cuál es ese factor. La ansiedad es producto del estrés.

### **2.3.2.5. Fases de la Inoculación del Estrés**

(Meichenbaum, 1985, p.28): refiere

Suele estar compuesta de varias fases, dependiendo de la persona con la que se intervenga se hará más hincapié en unas u otras, ya que no es lo mismo intervenir con un niño que con un adulto, Pero nosotros vamos a fijar tres fases, las establecidas por Meichenbaum.

- a) Fase de conceptualización
- b) Fase de adquisición de habilidades y ensayo
- c) Fase de aplicación y consolidación

### **2.3.2.5.1. Fase de Conceptualización**

(Meichenbaum, 1985, p.28)

En esta primera **Fase de Conceptualización** se explica a la persona la finalidad de la intervención y se plantean unos objetivos realistas a conseguir. Lo primero que hay que conseguir es encontrar los elementos que producen el malestar e identificarlos. A continuación se proporciona la información sobre el origen y mantenimiento de los fenómenos emocionales problemáticos, desde el punto de vista fisiológico y lo que producen en el organismo.

Como hemos dicho anteriormente, el objetivo de esta primera fase es la de identificar la situación que produce ese malestar y reconocer la existencia de que es un problema real, y así empezar a buscar su solución. Se debe guiar a la persona para que reconozca los elementos estresantes para poder asociarlos con las emociones que sufre.

El correcto planteamiento de esta fase es muy importante para un buen desarrollo de la intervención. Hay que dejar muy claro a la persona afectada cuál es el funcionamiento del organismo ante situaciones de estrés y la relación que existe entre este y la salud. Según explica Meichenbaum, es necesario hacer hincapié en los aspectos aprendidos del comportamiento, en la continua interacción sujeto-ambiente y la importancia de los pequeños problemas cotidianos frente a los grandes problemas de estrés.

Durante esta etapa, y mediante lo que Meichenbaum considera un intercambio socrático, se educa a la persona acerca de la naturaleza y el impacto del estrés en particular, y de la salud en general. Muy importante, también en esta etapa, es el inicio de la relación psicoterapéutica, la cual se va haciendo más sólida a medida que avanza el tratamiento.

Focalizados los problemas que la persona presenta, debemos entonces elaborar qué estrategia terapéutica vamos a seguir, qué técnicas vamos a seleccionar y cuál será el

procedimiento. El diseño de la intervención adquiere un valor importante para poder evaluar si el modelo terapéutico es efectivo o no. La fase de conceptualización ocupa del 10 al 20 % del tiempo total del entrenamiento, el cual dependerá de las características de la persona y sus problemas.

**Objetivos fase de conceptualización:**

1. Establecer una relación de colaboración con el paciente y otras personas importantes para éste, cuando sea conveniente (por ejemplo, el cónyuge).
2. Comentar los problemas y síntomas del paciente, centrándose en un análisis de la situación.
3. Recoger información en forma de entrevistas, cuestionarios, procedimientos de auto-control, técnicas basadas en las imágenes y evaluaciones conductuales.
4. Evaluar las expectativas del paciente con respecto a la eficacia del programa de adiestramiento de inoculación del estrés y formular planes de tratamiento, estableciendo objetivos a corto, medio y largo plazo.
5. Instruir al cliente sobre la naturaleza transaccional del estrés y la manera de hacer frente al problema; considerar el papel que juegan las percepciones y las emociones en la producción y el mantenimiento del estrés.
6. Ofrecer un modelo conceptual o una re-conceptualización de las reacciones de estrés del paciente.
7. Prever y asumir la posible resistencia del paciente y los motivos por los que no se adhiere al tratamiento.

Antes de considerar las etapas concretas para lograr estos objetivos, es preciso comentar brevemente el importante papel de la relación entre paciente y terapeuta, así como la naturaleza del estilo de este último.

### 2.3.2.5.2. Fase de adquisición de habilidades y ensayo

(Meichenbaum, 1985, p.51)

En este punto se procede a enseñar al afectado las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés que sean las más útiles en cada caso en particular. Enlistamos las diferentes habilidades a aprender:

- a) **Habilidades cognitivas:** las principales estrategias a entrenar son la detención del pensamiento, auto-instrucciones y reestructuración.
- b) **Habilidades de control emocional:** La principal estrategia es la relajación.

Esta etapa está dirigida a desarrollar las habilidades, que le permitan ejecutar con efectividad las respuestas de afrontamiento elegidas. La persona aprende las técnicas que se han seleccionado, para lograr superar sus dificultades. Esta fase ocupa del 60 al 70 % del tiempo total del entrenamiento.

El objetivo de la segunda fase del AIE es asegurar que el paciente desarrolle la capacidad de ejecutar efectivamente las respuestas de afrontamiento.

Los estudios de análisis de los componentes del AIE, efectuados por Horan, Hackett, Buchanan, Stone y Demchik-Stone (1977) y Wallis (1984) indicaron que la fase de adquisición de habilidades juega un papel básico. Cuando se abandona esta fase, la eficacia de la inoculación del estrés disminuye notablemente.

Como en la fase anterior, se considera al paciente como un colaborador en este empeño. ¿Qué sugerencias hace el paciente sobre las maneras de reducir y evitar el estrés? ¿Qué intentos del paciente en el pasado salieron bien o fracasaron?

El propósito de estos sondeos es aprovechar las actitudes y expectativas del paciente sobre los procedimientos específicos para controlar el estrés.

En una palabra, una directriz central en esta segunda fase del adiestramiento es que el terapeuta evalúe repetidamente el diálogo interno del paciente sobre cada

procedimiento. Es importante para el terapeuta tener información sobre las actitudes y expectativas del paciente ante cada técnica particular de adiestramiento que se presenta.

### **a) Habilidades (estrategias) cognitivas**

Para controlar el impacto de esos procesos cognitivos y afectivos, el AIE emplea una serie de procedimientos cognitivos: reestructuración cognitiva, resolución de problemas y diálogo dirigido con uno mismo.

Al considerar cada una de estas intervenciones cognitivas, es importante subrayar el hecho de que las cogniciones no debieran considerarse como entidades que preceden a otros procesos psicológicos o fisiológicos, sino como un conjunto de relaciones que son interdependientes con respecto a otros procesos.

- **Reestructuración cognitiva**

La primera de las intervenciones que consideraremos es la reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es hacer que los pacientes sean conscientes del papel que juegan las cogniciones y las emociones en la potenciación y mantenimiento del estrés.

Consecuente con el objetivo de establecer una colaboración gracias a la cual los pacientes puedan replantearse la naturaleza de su estrés, el sistema de reestructuración cognitiva utilizado en el AIE se basa en la obra de Aaron Beck sobre terapia cognitiva.

Aunque los componentes específicos de esta terapia han sido descritos en otro lugar. Beck, Col. (1979), vamos a revisar brevemente sus rasgos principales, sobre todo por lo que respecta a los problemas relacionados con el tratamiento del estrés.

Las técnicas esenciales de la terapia cognitiva incluyen:

1. Evocación de los pensamientos, sentimientos e interpretación de los acontecimientos por parte del paciente;

2. Recogida de pruebas, con la colaboración del paciente, en favor o en contra de tales interpretaciones;

3. Elaboración de experimentos personales (tarea a realizar en casa) para poner a prueba la validez de las interpretaciones y reunir más datos para la discusión.

Beck (1963) utilizó el término pensamientos automáticos para describir los pensamientos específicos discretos que tienen los pacientes y que se producen con mucha rapidez, sin que al parecer los interrumpan acontecimientos inesperados, y que no son resultado de un pensamiento «dirigido».

El objeto de este ejercicio de autoconciencia incrementada es ayudar a los pacientes para que reconozcan que sus pensamientos y conclusiones son a menudo inferencias, no hechos, y que la manera como procesan la información es falible y está sometida a la distorsión de lo que se percibe.

**Ejemplos de pensamientos negativos, engendradores de estrés, automáticos Beck (1963)**

Hacer cualquier cosa cuesta demasiado esfuerzo. La vida no tiene sentido.

No soy tan bueno como otros. Estos pensamientos (o sentimientos) me abruman

Todo es inútil.

El futuro no es más que una ristra de problemas. El futuro es desesperanzador.

En el pasado sólo he cometido errores. No puedo hacer nada para controlarlos.  
Todo lo que hago me sale mal. No hay nadie a quien pueda recurrir Les he decepcionado.

Sólo yo tengo la culpa.

Al leer esta lista de pensamientos automáticos, es importante apreciar que no es la presencia de tales pensamientos, lo que representa el problema, sino más bien que esa ideación negativa, y con frecuencia absolutista, promueve ulteriores sentimientos disfuncionales negativos y comportamientos engendradores de estrés, con sus consecuencias acompañantes. Esta pauta conduce posteriormente a más ideación negativa, creándose un círculo vicioso, porque los individuos estresados tienden menos a interrumpir de manera espontánea o permitir a otros que interrumpan su pauta engendradora de estrés.

Entre paréntesis, digamos que los individuos que «afrontan bien» el estrés también pueden tener pensamientos negativos engendradores de estrés, pero, en su caso, esa ideación es susceptible de interrupción y emplean espontáneamente respuestas de afrontamiento tales como la comparación social, el rechazo y la resolución de problemas. (Meichenbaum, Henshaw, Himel. 1982).

El siguiente paso en el proceso de reestructuración cognitiva es que los pacientes empiecen a observar la manera en que tienden a pensar sobre las situaciones (lo que Beck ha descrito como errores cognitivos). Estos errores consisten en la tendencia a generalizar en exceso, a verlo todo como blanco o negro, sin matices intermedios, a ver las cosas desde un ángulo catastrofista, a centrarse selectivamente en un solo aspecto de un acontecimiento y atribuirle un significado que no le corresponde, y llegar a conclusiones precipitadas. El objetivo es ayudar a los pacientes para que sepan cuándo se están estresando (preferiblemente captando señales de baja intensidad) y aprendan a formularse preguntas cuando reparen en su estrés. El terapeuta puede pedir a los pacientes que examinen el contenido de las afirmaciones que se hacen a sí mismos, como en el caso de las predicciones que neutralizan la visión catastrofista y la atribución de responsabilidad. (Ellis 1962).

- **Adiestramiento en auto- instrucciones o auto-diálogo dirigido**

EL adiestramiento en auto-instrucciones está diseñado para fomentar una actitud de resolución de problemas y engendrar estrategias cognitivas específicas que los

pacientes pueden usar en diversas fases de su respuesta al estrés. De manera más específica, el auto-diálogo orientado está pensado para ayudar a los pacientes ha:

1. Evaluar las exigencias de una situación y planificar para futuros estresores.
2. Controlar los pensamientos, imágenes y sentimientos negativos derrotistas y engendradores de estrés.
3. Reconocer, utilizar y calificar de nuevo la activación experimentada.
4. Afrontar las intensas emociones disfuncionales que pudieran experimentarse.
5. «Psicoanalizarse» para hacer frente a situaciones estresantes.
6. Reflexionar sobre su actuación y fortalecerse por haber intentado el afrontamiento.

El comentario sobre la experiencia estresante del paciente proporciona la base para el desarrollo de las autoafirmaciones de afrontamiento. Si los pensamientos del paciente pueden empeorar el estrés, entonces no hay inconveniente en sugerirle que diferentes pensamientos (autoafirmaciones) pueden emplearse en cada fase para reducir, evitar o usar constructivamente el estrés. Con una actitud de colaboración, el terapeuta y el paciente consideran las posibles autoafirmaciones de afrontamiento.

Las autoafirmaciones no deben ser demasiado generales, pues eso podría conducir a una repetición mecánica; las que se relacionan con la competencia y el control parecen funcionar mejor. Por ejemplo, son muy útiles las autoafirmaciones que ayudan al paciente a centrarse en el presente, tratando de tomar las cosas como vienen en vez de considerar las futuras consecuencias negativas (por ejemplo: «¿y si sucede algo terrible?»). De manera similar, las autoafirmaciones que dirigen pensamientos, emociones y comportamientos específicos también son útiles, como observó un paciente:

(La auto-instrucción) me capacita para estar en la situación, no con comodidad, pero con tolerancia... No me digo que no tengo miedo, sino de que parezco tenerlo... De

inmediato reaccionas ante lo que temes y empiezas a razonar contigo mismo. Me disuado de tener pánico.

El principal objetivo de la segunda fase del adiestramiento AIE es ayudar a los pacientes a desarrollar y consolidar una variedad de habilidades de afrontamiento intrapersonal e interpersonales. Las habilidades de afrontamiento entrenadas surgen naturalmente del proceso de re-conceptualización. Las técnicas de adiestramiento específicas revisadas incluyen el adiestramiento en relajación, los procedimientos de reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y el adiestramiento en auto-instrucciones.

El capítulo termina haciendo hincapié en la necesidad de adaptar individualmente las intervenciones, puesto que en algunos casos la negación puede ser una respuesta de afrontamiento más adaptativa que los enfoques cognitivos más válidos. Se han revisado las directrices clínicas necesarias para llevar a la práctica esos modos de adiestramiento.

En este ejemplo de entrenamiento en auto-instrucciones, utilizaremos el esquema que describió Meichenbaum y seguiremos estos pasos:

- 1) Preparación para una situación estresante.
- 2) Afrontamiento de esa situación.
- 3) Prevención de crisis durante el afrontamiento.
- 4) Recompensa posterior por la ejecución correcta.
- 5) Afrontamiento de fracasos o recaídas.
- 6) Una vez adquiridas las habilidades y habiendo evaluado dicho aprendizaje con resultado positivo, procedemos a pasar a la siguiente fase.

#### **b) Habilidades de control emocional**

La principal estrategia es la relajación.- Se usa con frecuencia respecto a los músculos, lo cual significa liberar la tensión y el alargamiento de las fibras

musculares, en contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular.

Un punto de vista más global es el que se desprende de Sweeney. (1978) que define a la relajación como un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento. Ello incluye aspectos psicológicos de la experiencia de la relajación, tales como una sensación agradable y la ausencia de pensamientos estresantes o molestos.

Lichstein. (1988) distingue entre métodos que crean una relajación profunda y aquellos que crean una relajación breve. La relajación profunda hace referencia a procedimientos que inducen un efecto de gran magnitud y que son aplicados en un ambiente tranquilo con el receptor tendido, por ejemplo, la relajación progresiva, el entrenamiento auto génico y la meditación.

La relajación breve hace referencia a las técnicas que producen efectos inmediatos y que pueden usarse cuando el individuo se enfrenta con acontecimientos estresantes; aquí el objeto es liberar con rapidez el exceso de tensión. Por tanto, mientras que la relajación profunda hace referencia a un proceso de relajación de todo el cuerpo, la relajación breve aplica estos procedimientos a la vida cotidiana.

#### **2.3.2.6. Fase de aplicación y consolidación**

(Meichembaum, 1985, p.72)

Los objetivos de la tercera fase del adiestramiento son estimular a los pacientes para que pongan en práctica respuestas de afrontamiento a las situaciones de la vida diaria y acrecienten al máximo las oportunidades de un cambio generalizado.

Esta fase ocupa del 15 al 20 % del tiempo total del entrenamiento. Las horas totales del EIE deben dividirse en sesiones, y valorarse tareas intercesiones; el orden de presentación de las técnicas se planificará, según la estrategia de intervención.

Debe realizarse una evaluación final del entrenamiento mediante evaluaciones pos tratamiento, teniendo en consideración que para la primera evaluación no deben esperarse cambios radicales en la vida de la persona, pues esto se logrará gradualmente.

En ella ponemos en práctica lo aprendido en la fase anterior con una serie de técnicas entre las que destacamos.

- A) El ensayo en imaginación,
- B) Ensayo conductual
- C) La exposición en vivo
- D) Consolidación

#### **A) Ensayo Imaginado**

El ensayo en imaginación se realiza para afianzar lo aprendido viviendo la experiencia desde fuera y por observación de un modelo que se expone a la situación estresante. Es importante decir que cuanto más acercamiento afectivo exista entre la persona afectada y el modelo a imitar, más efectivo será este entrenamiento. Imaginando una representación de papeles, el paciente puede ensayar durante las sesiones tentativas de afrontamiento que se aproximan a la situación estresante.

Luego pueden planificarse, ponerse en práctica y evaluarse en la práctica in vivo. El formato general para el procedimiento del ensayo imaginado deriva del paradigma de desensibilización sistemática de Wolpe. (1959).

El paciente y el terapeuta generan en colaboración una jerarquía de escenas, desde los menos a las más estresantes. Las diversas escenas estresantes pueden obtenerse a partir de los ejercicios de auto-registro realizados por el paciente (por ejemplo, registro de estrés y anotaciones de los pensamientos automáticos), entrevistas, etcétera. Con frecuencia es muy educativo y terapéutico comentar con los pacientes

las dimensiones implícitas en las diversas situaciones estresantes y disponerlas jerárquicamente. El objetivo es que los pacientes aprendan a observar, incluso a prever, las señales de desazón, de modo que puedan convertirse en señales que produzcan respuestas de afrontamiento. Para incrementar al máximo la similitud entre el ensayo imaginado y las experiencias de la vida real, se emplean imágenes de *afrontamiento*<sup>13</sup>, procedimiento por el que los pacientes se imaginan estresados, con pensamientos y sentimientos engendradores de estrés, y luego hacen frente a esas dificultades utilizando las habilidades de afrontamiento que han adquirido.

### **B) Ensayo Conductual, Representación De Papeles y Modelamiento**

El ensayo conductual se aborda desde el enfrentamiento de la persona a situaciones simuladas, controlables y con un aumento en el grado de integración en relación a la situación real, incluyendo imprevistos para observar cómo van los avances de la persona en la intervención.

Por último la persona ha de enfrentarse a la situación real de una forma progresiva hasta conseguir controlar las reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales que le producía la situación estresante que le condujo a esta intervención.

El formato general de este aspecto del AIE consiste en que el paciente y el terapeuta prevean las interacciones estresantes y ensayen desde el punto de vista de la conducta las formas de afrontamiento. El terapeuta y el paciente pueden intercambiar sus papeles periódicamente, de modo que el terapeuta pueda modelar respuestas de afrontamiento específicas.

### **C) Exposición «In Vivo» Graduada**

La literatura sobre el control del estrés indica que, cuanto más se aproximen las sesiones de adiestramiento a la situación tomada como norma, tanto mayor es la generalización. Además, siempre que sea posible, se estimula al paciente para que ensaye in vivo, en forma de tareas graduadas para hacer en casa. Estas tareas deben

ser concretas, observables y medibles, y su dificultad debe ir en aumento a medida que avance el adiestramiento.

Como observaron Shelton y Ackerman. (1974), las tareas para hacer en casa deben incluir una norma de ejecución y una norma de cantidad, que indiquen lo que el paciente realizará y con qué frecuencia han de completarse las tareas, respectivamente.

Es necesario asegurar que las tareas para hacer en casa sean realistas y pertinentes. De hecho, el terapeuta ha de poner los cimientos para que los pacientes puedan colaborar en la generación de las tareas para hacer en casa. El terapeuta ha de preguntar a los pacientes cuáles son sus sugerencias para poner a prueba sus habilidades de afrontamiento.

En una palabra, es más probable que los pacientes lleven a cabo las tareas para hacer en casa si ellos mismos las han sugerido. Es necesario aprovechar las opiniones del paciente sobre la realización de cada ejercicio.

#### **D) Consolidación**

La última fase del AIE es la de consolidación, o extensión del adiestramiento en el futuro. El paciente y el terapeuta no deben considerar el programa de adiestramiento como un fin en sí mismo, sino más bien como el paso a una fase diferente. En la mayor parte de los programas de AIE se ha introducido en el plan de adiestramiento alguna clase de sesiones de seguimiento o refuerzo. El tiempo de tales sesiones ha variado según la población específica y las exigencias de la situación. Normalmente, el adiestramiento va disminuyendo y las últimas sesiones tienen lugar cada dos semanas en vez de ser semanales.

El objetivo principal de la tercera fase del AIE es ayudar a los pacientes para que practiquen sus habilidades de afrontamiento tanto en las sesiones de adiestramiento como in vivo. Hasta aquí, hemos considerado técnicas como el ensayo imaginado y conductual, el modelamiento, la representación de papeles y la práctica graduada *in*

*vivo*, y hemos revisado las orientaciones clínicas para la intervención con cada procedimiento. También hemos examinado el importante concepto de prevención de recaídas para fomentar sentimientos de eficacia y resistencia. El adiestramiento AIE puede extenderse en el futuro mediante el uso de sesiones de refuerzo e intervenciones de seguimiento y consolidación.

De manera más sencilla la técnica de inoculación e estrés se lleva a cabo en tres pasos:

Esta técnica se lleva a cabo de la siguiente manera:

- **Primero:** Elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación que produce ansiedad.
- **Segundo:** Creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.
- **Tercero:** Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

### **2.3.3. Ansiedad**

#### **2.3.3.1. Concepto de ansiedad**

La ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Se puede considerar también como una expectación aprensiva.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Madrid; 2008)

Barlow. (2002, p.104). En su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. (Barlow, 2002, p.104).

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al. 1985, p.9).

Beck, Emery, Greenberg. (1985) propusieron un punto de vista levemente distinto sobre las diferencias entre miedo y ansiedad. Estos autores definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba “la *valoración* de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada” (Beck, Emery, Greenberg, 1985, p.8).

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal-adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). (Reyes-Ticas, 2010).

### **2.3.3.2. Ansiedad como trastorno**

Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, entre otros.). (Marks, 1983)

### **2.3.3.3. Trastornos de ansiedad**

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

- a) Trastornos físicos
- b) Trastornos mentales

#### **a) Trastornos físicos**

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
- trastornos respiratorios (asma),
- trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
- y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide. También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante.

## **b) Trastornos mentales**

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia)
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína,)
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
  - Trastornos del sueño,
  - Trastornos sexuales,
  - Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía)
  - Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión)

**Según el DSM-IV TR la ansiedad puede ser:**

### **A) Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)**

#### **Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

**Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- 1.** inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

## **B) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)**

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica**

**A.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

**D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### **2.3.3.4. Psicopatología de la ansiedad**

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Aunque nos incita a actuar y nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones amenazadoras, la ansiedad puede llegar a ser patológica si es desproporcionada. La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar.

La ansiedad patológica es una respuesta desproporcionada a un estímulo determinado. Como resultado de ello, el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida diaria. En ese caso, ha de ser tratada por profesionales especializados, como psiquiatras y psicólogos. (M. Galletero, 2010, p.82)

### **Causas de la Ansiedad**

De la misma manera que no todas las personas experimentan las mismas sensaciones con la ansiedad, ni la misma frecuencia, en la ansiedad nos encontramos con dos cuadros completamente distintos:

- Las personas que padecen trastorno de ansiedad sin que, aparentemente, haya ningún motivo que lo justifique.
- Las personas que tienen ansiedad como respuesta a otro trastorno (consumo de anfetaminas, hipotiroidismo, consumo de alcohol, etc.)

En la ansiedad intervienen tres tipos de factores que son el origen del trastorno y la causa por la que se mantiene:

### **Causas de la ansiedad que predisponen**

Está demostrado que existen personas que tienen una predisposición a padecer ansiedad, esto es, personas que tienen unas características que hacen que sean más vulnerables, más propensas a desarrollar el trastorno de ansiedad y que, además, tienen una mayor dificultad para desactivar el sistema de alarma una vez se ha disparado.

Al hablar de predisposición nos referimos a aspectos físicos y/o de constitución, siendo estos además heredados o no.

El problema fundamental de este tipo de factores es que si bien algunos son conocidos, otros no y, por tanto son difíciles de diagnosticar.

Para aquellos seguidores de la medicina occidental que buscan un origen físico, un trastorno físico para cualquier alteración, podemos decir que los descubrimientos médicos llevan a asociar el trastorno de ansiedad con un mal funcionamiento de una zona del cerebro llamada la amígdala, pero, lo que aún no son capaces de decir es en qué dirección se produce la alteración, esto es: no se sabe si es la alteración de la amígdala la que produce la ansiedad o la ansiedad la que produce un funcionamiento anormal de la amígdala.

### **Causas de la ansiedad que desencadenan**

Tenga una persona o no factores que le predisponen a padecer el trastorno de ansiedad esto no hace que efectivamente esta se desarrolle. Existen personas que “teóricamente” tienen una predisposición biológica o una constitución que hace intuir que deberían desarrollar el trastorno y, sin embargo, no lo desarrollan nunca y otras que, también sobre el papel, padecen más inmunes y efectivamente lo desarrollan. Esto es debido a que, existen estos factores desencadenantes.

Estamos hablando de aquellas circunstancias, aquellas situaciones que nos rodean y que son capaces de hacer que se dispare el sistema de alerta que es la ansiedad.

Puesto que, como hemos dicho, la ansiedad es un sistema de alerta ante una situación de riesgo, serán factores que hagan que nos sintamos en peligro.

Como decíamos al principio este peligro puede ser físico o psicológico y puede responder tanto a una percepción de pérdida de algo que tenemos o de dejar de ganar algo, sobre todo si es algo que creemos que nos merecemos.

Pensemos que en este tipo de factores también se incluirán el consumo de determinadas sustancias estimulantes, situaciones de estrés, etc. Factores externos que sobre-estimulan nuestro sistema nervioso.

## **Causas de la ansiedad que la perpetúan**

Tenemos pues que determinadas personas tendrán factores que los predispongan a padecer ansiedad, que sólo con estos factores no basta, hacen falta además factores desencadenantes y que estos pueden hacer que se desarrolle este trastorno en personas con o sin predisposición.

Podemos encontrarnos con tres situaciones típicas:

- Personas en las que las causas desencadenantes se mantienen.
- Personas en las que a las causas desencadenantes se han ido añadiendo otras que profundizan en la sensación.
- Personas en las que la causa desencadenante ha desaparecido y, aparentemente, no se han añadido nuevas pero que mantienen la ansiedad. (Admin 2012).

## **Consecuencias de la Ansiedad**

### **Consecuencias físicas de la ansiedad**

Cuando el trastorno de ansiedad no se trata puede producir una serie de consecuencias físicas que a largo plazo pueden poner en grave riesgo la salud. Esos efectos o consecuencias de la ansiedad están muy relacionados con sus propios síntomas. Cuando observamos síntomas como la taquicardia, los mareos o la dificultad para respirar, pueden darnos una pista de hacia dónde se dirigen las consecuencias de la ansiedad.

No queremos ser alarmistas pero existe el riesgo a largo plazo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado. Por eso insistimos en no tomar la ansiedad como algo inevitable, porque estamos poniendo en peligro nuestra calidad de vida y nuestra salud.

A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, entre otros. Y todas estas consecuencias de la ansiedad podemos evitarlas si buscamos ayuda para tratar la ansiedad.

### **Consecuencias psicológicas de la ansiedad**

Síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevarnos a una situación de aislamiento social, a recluirnos en casa paralizadas por el miedo. Aunque la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata es la depresión.

La ansiedad también puede llevarnos a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar a nuestra vida social, laboral y familiar.

Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y con una misma nos lleva a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones. Drogas, alcohol o cualquier otro medio que nos permita evadirnos por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando nuestra vida. (Vélez, 2013).

#### **2.3.3.5. Ansiedad como síntoma**

La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas. Es una sensación normal de tensión provocada por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas. (Ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no sé qué", etc.) Forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión. (Rivera, 2011, p.45)

### **2.3.3.6. Síntomas fisiológicos**

- (1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones
- (2) respiración entrecortada, respiración acelerada
- (3) dolor o presión en el pecho
- (4) sensación de asfixia
- (5) aturdimiento, mareo
- (6) sudores, sofocos, escalofríos
- (7) náusea, dolor de estómago, diarrea
- (8) temblores, estremecimientos
- (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas
- (10) debilidad, mareos, inestabilidad;
- (11) músculos tensos, rigidez
- (12) sequedad de boca.

### **2.3.3.7. Síntomas cognitivos**

- (1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo;
- (2) miedo al daño físico o a la muerte;
- (3) miedo a “enloquecer”
- (4) miedo a la evaluación negativa de los demás;
- (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes;

- (6) percepciones de irrealidad o separación;
- (7) escasa concentración, confusión, distracción;
- (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza;
- (9) poca memoria;
- (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

#### **2.3.3.8. Síntomas conductuales**

- (1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza
- (2) huida, alejamiento
- (3) obtención de seguridad, reafirmación
- (4) inquietud, agitación, marcha
- (5) hiperventilación
- (6) quedarse helado, paralizado
- (7) dificultad para hablar.

#### **2.3.3.9. Síntomas afectivos**

- (1) Nervioso, tenso, embarullado
- (2) asustado, temeroso, aterrorizado
- (3) inquieto, asustadizo
- (4) impaciente, frustrado.

### **2.3.3.10. Ansiedad como síndrome**

Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociado a distintas etiologías. Es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad. (Gelder, 1988).

### **2.3.3.11. La ansiedad en padres con hijos con discapacidad**

El nacimiento de un niño(a) discapacitado(a) se puede deducir el impacto en los padres por el encuentro con el niño “real”. La dinámica, expectativas, planes y proyectos de vida familiar y personal se ven alterados de forma más o menos radical. Tal discrepancia puede ser tan grande que los padres se encuentren, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

Los padres no solo esperan tener un hijo sano y “normal”, sino que también sienten la necesidad de crear algo bueno. Es este uno de los significados sublimes que los humanos le damos a la procreación, crear otro ser y recrearnos al mismo tiempo. El nacimiento de un niño con un grave trastorno congénito puede acabar con ese orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar. (Moreno 1997).

El nacimiento de un hijo produce cambios considerados normales en el marco familiar. Sin embargo, el nacimiento de un hijo discapacitado puede considerarse un evento estresante crítico persistente en el tiempo que, unido a la incertidumbre de la situación, provoca la aparición de preocupaciones basadas en las necesidades especiales del hijo, que ocasionan un coste emocional y económico superior al resto de las familias. Por este motivo es importante evaluar el bienestar psicológico y la satisfacción familiar de estos padres. El presente estudio pone de manifiesto un menor bienestar psicológico y una menor satisfacción familiar en aquellos padres que tienen a su cargo a un hijo con algún tipo de discapacidad. Asimismo, también se

confirma la presencia de una mayor ansiedad situacional en estos padres. Los resultados sugieren la necesidad de una mayor implicación de los recursos institucionales dirigidos a estas familias.

Existen numerosos acontecimientos vitales críticos que modifican sustancialmente las expectativas de una familia y que producen estrés en las personas que han de afrontarlos, registrando a su vez variadas respuestas comportamentales en el núcleo familiar. (Torres. M 1995).

Por sí mismo el nacimiento de un hijo produce cambios que pueden calificarse como normales en el marco familiar, afectando a varias facetas, desde el reajuste económico hasta aspectos tan habituales y normales como son las preocupaciones por la salud y el desarrollo del hijo. (Rodríguez, 1995).

No obstante, el nacimiento de un niño discapacitado puede considerarse una fuente propia y diferenciada, un evento estresante crítico y persistente en el tiempo, que no solamente afecta a los padres sino también al resto de los miembros de la familia. Además, unidas a la incertidumbre de la situación, aparecen las preocupaciones basadas en las necesidades especiales del niño que ocasionan un coste emocional y económico superior al resto de las familias. (Leventhal y Van Nguyen, 1985).

Freixa (1993). Las familias cambian constantemente a través de lo que se ha denominado el Ciclo Vital. Este supone una progresión de etapas de desarrollo dotadas de cierta estabilidad, separadas por etapas de transición que señalan la entrada a un nuevo estado de desarrollo; estas etapas de transición constituyen periodos relativamente breves de desorganización. Como ya se ha comentado, los cambios significan incrementos normales de estrés y ansiedad para cualquier familia, pero uno de los hechos que tendrá un mayor efecto sobre este ciclo vital es el nacimiento de un hijo con discapacidad física o psicológica, que supone un hecho estresante que produce claras repercusiones en el bienestar psicológico de cada uno de los cónyuges, así como en la satisfacción familiar percibida por cada miembro de la pareja.

Durante la etapa del embarazo, los padres generan importantes expectativas sobre su futuro hijo (pe.: a quien se parecerá, que querrá estudiar). De esta manera, todas las parejas se forman una imagen mental de un hijo normal, sano, guapo, etc., acorde con ciertos valores sociales de índole positiva. Todos estos pensamientos sufren una radical transformación cuando el hijo nace con algún tipo de disminución, ya sea física o psicológica, añadiéndose a dicha etapa del ciclo vital familiar un estrés y ansiedad "extra" que los padres afrontan de distintas maneras y con mayor o menor éxito.

Freixa. (1993). Refiere que: "estrés paranormativo", que incluye los acontecimientos inesperados, en nuestro caso, el nacimiento de un hijo que no se ajusta a la imagen mental que los padres se han formado y que supone una situación de cronicidad y preocupación perpetua.

#### **2.3.3.11.1. La crisis por el nacimiento**

La llegada de un hijo discapacitado genera en la familia una crisis inesperada, no normativa, de desajuste, que exige de los padres una adaptación instantánea. El equilibrio de la familia queda generalmente descompensado, tanto el funcionamiento interno de la familia como sus relaciones con el mundo exterior, se altera.

Aunque resulta imposible predecir el proceso exacto que viven los padres, se identifican algunas situaciones que influyen de manera determinante en la forma en que asumen dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra. Algunos de estos factores son:

- Características psicológicas de los padres.
- Antecedentes personales.
- Manera como haya enfrentado otros duelos y crisis en su vida.
- Expectativas sobre la maternidad y/o paternidad.
- Expectativas del hijo esperado.
- Expectativas durante el embarazo.

- Calidad de las relaciones en la estructura familiar.
- Apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social.
- Momento y contexto vital por el cual atraviesan.
- Percepción de la discapacidad.
- Tipo y grado de discapacidad del niño(a).
- Apariencia, evidencia física
- Valores frente a la vida.
- Nivel sociocultural.
- El sexo del niño(a).

Detrás de esta elaboración vienen otras situaciones que integran de manera compleja los retos que cada familia debe igualmente elaborar, y que bien pueden considerarse como los “Otros duelos” que los padres deben elaborar:

- Alteración de las funciones básicas de la familia: Sexualidad
- Reproducción
- Economía
- Educación y socialización
- Conmoción de los cimientos de la familia como unidad social.
- Redistribución de roles y funciones.
- Cambio en el estilo de vida.
- Establecimientos de nuevas metas y proyectos de vida.

Freixa. (1993); Muntaner. (1995) refieren que: han descrito una serie de reacciones y sentimientos que suelen ser comunes a todos los padres en general ante este supuesto:

A continuación se describe cada una de las etapas por las cuales pasan los padres que tienen hijos con discapacidades:

### **A.-Etapa de shock inicial. O de incredulidad:**

Los padres no quieren creer que su hijo no tendrá un desarrollo normalizado y ponen en marcha todos los mecanismos de defensa necesarios para proteger sus sentimientos y negar la disminución de su hijo, pese a existir evidencias clínicas que demuestren lo contrario.

### **B.-Etapa de reacción. O de miedo y frustración:**

Los padres tratan de entender que le ocurre realmente a su hijo. Es un momento crucial en el que la pareja experimenta un gran repertorio de reacciones: a) emocionales, tanto positivos como negativos (ejem., rechazo, sobreprotección, dolor de pérdida por el hijo que esperaban, es decir, un niño sano, normal, sin problemas...), b) sentimientos de culpabilidad, que no solo se dirigen hacia sí mismos, sino también hacia la pareja o al equipo médico que supervise el embarazo o el parto), y c) dudas sobre su competencia personal para poder cuidar del bebe, así como acerca de su capacidad reproductora para tener hijos “sanos”. Además, comienza una peregrinación clínica tratando de verificar el diagnóstico. En este sentido, muchas veces tratan de encontrar algún especialista que les diga que su hijo no tiene ningún problema, búsqueda, por otro lado, con resultados infructuosos.

### **C.-Etapa de adaptación funcional o del examen objetivo inteligente**

Los padres empiezan a aceptar la realidad y a plantearse que pueden hacer para ayudar a su hijo, recibiendo ayuda y el apoyo de diversos profesionales.

Estas fases no se producen necesariamente de forma lineal, ni tienen una duración determinada, dependiendo de diversos factores, de la personalidad de los padres, de los recursos internos y externos de la familia, de la intensidad de las expectativas creadas, entre otros.

Cada etapa del ciclo vital sugiere todo un conjunto de necesidades que experimentan los padres, especialmente durante los primeros años de vida, momento en el cual se

producen los hitos evolutivos más importantes (ejemplo: adquisición del control postural, la marcha, el inicio de la comunicación y el lenguaje). Los padres con hijos discapacitados tienen que enfrentarse a la ausencia o lentificación de dichos hitos evolutivos, que en todos los demás niños se producen de una forma progresiva y normal, tanto que a veces pasan desapercibidos para sus padres. Además, cualquier avance o logro evolutivo en los niños discapacitados es muchísimo más visible e importante para sus padres, dado el contexto existente en dicha familia.

La llegada de un niño o una niña es, en general, un acontecimiento familiar muy feliz, las esperanzas son numerosas, ya que todos los padres desean que su bebé sea el más bello y perfecto. Es una enorme decepción el enterarse de que tienen un hijo con necesidades especiales que pueden ser evidentes en el momento del nacimiento (ejem: síndrome de Down, parálisis cerebral, etc.) y/o en el desarrollo posterior como: problemas de aprendizaje, de lenguaje, ausencia de conductas básicas (atención, seguimiento de instrucciones, discriminación, etc.), de auto cuidado, pre académicas, hiperactividad.

Dichas características propician que los padres consideren que estos niños no pasan a través de las etapas usuales de la niñez, dado que no cuentan con los repertorios necesarios para desarrollar habilidades más complejas, esto les hace formarse una figura distorsionada en relación a la imagen ideal que se habían creado de él o ella antes del nacimiento o durante su desarrollo (Guevara, Ortega, Plancarte, 2001).

#### **2.3.3.11.2. Reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad**

En los padres puede darse una serie de sentimientos, que impiden comprender la situación y que muchas veces los paraliza. Son una serie de reacciones naturales ante los aspectos negativos de la limitación, surgen como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, actúan como un anestésico, de efecto inmediato, aunque temporal, que da a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. Esta es una situación altamente angustiante, y en un intento por

controlarla, se desencadenan mecanismos de defensa, (como el pensamiento mágico omnipotente y la negación entre otros), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo. (Moreno, 1997)

Es característico en este momento que los padres tengan una visión muy limitada de su situación. Están aturdidos y presentan dificultades para responder ante las personas y situaciones de la vida diaria. Esto incide en la manera como entienden las cosas que el equipo de profesionales que atienden a su hijo le dicen acerca de su diagnóstico y pronóstico.

La información que en ocasiones se le intenta transmitir, es en palabras de los profesionales, "... como sino las entendieran", se produce un desfase entre el saber y la verdad: comprenden las palabras pero no escuchan la verdad, pues está implica un dolor intenso y en muchos casos es destructivo para la estabilidad emocional.

Otras situaciones vividas por algunos padres durante todo el proceso de confrontación y asimilación de la situación son:

**Depresión:** Entendida como una tristeza crónica que invade a toda la persona, y afecta las relaciones que establece con los otros, incluido el menor

**Sentimientos de culpa:** Hacía sí mismo o hacía el otro. El cual depende de ciertas asociaciones "internas" o inconscientes frente al rechazo o deseo de muerte del menor.

**Comportamientos reactivos:** Algunos padres, en el intento de esconder a sus hijos, llegan a esconderse ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes.

**Vergüenza:** El desarrollo del menor al ser diferente produce sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.

**La continua frustración:** por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo(a).

Vale la pena recordar que las personas no reaccionan directamente a los acontecimientos externos, sino a los significados internos que asumen tales acontecimientos, porque lo que se plantea, tras el descubrimiento de las limitaciones del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino la demolición de las expectativas paternas” (GLARP, Pag. 13).

Además, los padres se enfrentan a la aparición y oposición de dos deseos incompatibles. Por una parte el deseo de atender y proteger al niño limitado porque es su propio hijo, por otro lado, aparece el rechazo por su limitación.

Es igualmente importante hecho de que este proceso se da justo en el momento en que su hijo más los necesita a nivel de la aceptación, protección y apoyo.

#### **2.3.3.11.3. Señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo**

Hasta el momento he hablado de un proceso de reorganización que llevaría a los padres a buscar los medios operativos de elaboración de la situación, que posibilitarían crear un vínculo lo "suficientemente sano" con el niño y el entorno, proporcionando a aquel, el sostén afectivo necesario para su estructuración psíquica. Llevando a los padres a que asuman una actitud más realista frente a él y su discapacidad, favoreciendo la identificación de sus necesidades y los apoyos específicos que requiere.

Sin embargo algunas de estas reacciones pueden de estereotiparse y volverse rígidas, trayendo graves consecuencias, en cuanto impiden una adaptación activa a la realidad, afectando de esta manera la elaboración del duelo

Sin olvidar lo que se dijo anteriormente acerca de que es imposible pronosticar exactamente el curso del proceso que una pareja de padres va a tener en la aceptación o no de su hijo discapacitado, existen algunos indicadores que pueden señalar mostrando dificultades en dicho proceso. Algunos de ellos son:

- Excesivo apego.
- Sobreprotección.
- Trato negligente o de abandono.
- Pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del menor.
- Abandono frente a sí misma(o).
- Actitud Sacrificada
- Sobrexigencia al menor.
- Sobre estimulaciones.
- Percepción irreal de pronóstico (Baja o alta).
- Actitudes de huida
- Actitud desafiante, agresiva y de desautorización respecto al profesional o equipo.
- Altos niveles de ansiedad.
- Cuadros de depresión crónica

Para concluir este apartado digamos que la experiencia de un hijo discapacitado produce en los padres, una de dos situaciones diametralmente opuestas: o superan la situación de un modo admirable y a veces heroico o son incapaces de soportar la terrible tensión generada y la pareja se desintegra.

#### **2.3.3.11.4. La reacción por género**

En nuestra sociedad los roles desempeñados por los padres y madres ante el nacimiento de un niño con discapacidad son significativamente diferentes.

En la mayoría de estudios sobre el tema, se valora el impacto que tiene el nacimiento de un hijo discapacitado en el núcleo familiar o en la madre. Los pocos estudios específicos, sobre la manera el padre asume dicho nacimiento, han demostrado que su aceptación sobre la condición de su hijo va a suponer siempre un gran soporte social y marital en el que la madre apoyará sus esperanzas. (Petchel & Perry 1989)

La reacción negativa por parte del padre se le ha relacionado con el nacimiento de un hijo varón y aparece proporcionalmente correlacionada con el grado de disfuncionalidad que tenga o pueda tener su hijo (Meyer 1963).

Kasan & Marvi (1984) refieren que: Los padres en muchos casos son los que sufren mayor depresión, debido quizás a la dificultad que tienen para expresar sus afectos, en este sentido suelen presentar un acercamiento progresivo y gradual, en cambio las madres muestran periodos de euforia y crisis, presentando una mayor tendencia a la aflicción, a sentir sentimientos de culpa y a necesitar exteriorizar sus sentimientos, lo que les ayuda a evitar la depresión.

Al interior de las aulas o espacios de rehabilitación ellos brillan por su ausencia. Es común identificar que el mayor peso de la responsabilidad a este nivel es delegado y asumido por las madres, las mujeres. Son ellas, las que asumen en ocasiones de manera estoica, el compromiso de “sacar adelante a sus hijos”, haciendo frente a cualquier adversidad, asumiendo cualquier costo, hasta el descuido y la renuncia hacia sí misma.

Es común identificar a muchas madres que “dan la vida por sus hijos”, y esto en el sentido estricto de la palabra es permutar su vida por la de su hijo.

Al cuestionar a sus respectivas compañeras por la situación de estos, responden de forma ambivalente e imprecisa acerca de sus reacciones. Antes ellas se muestran “duros, fríos y calculadores, valoran la practicidad”, lo que les impide reconocer las implicaciones de la rehabilitación como un proceso. Sin embargo, las madres señalan en ellos un incremento en el consumo de alcohol, cambios significativos en sus estados de ánimo, hipersensibilidad frente a algunas situaciones, apego y sobreprotección frente al niño(a), entre otros.

Todo esto estaría indicando que no solo es una manifestación de una influencia sociocultural en la que la educación de los hijos es delegada y asumida por las mujeres, sino que además por dicho comportamiento estarían evitando confrontarse con sus propios conflictos internos.

La pobre participación del Padre, tiene una implicación aún más preocupante: Deja a la madre y a su hijo(a) expuestos una relación sin límites claros, pues siendo él una de las figuras que podría mediar esta relación no está presente para hacerlo, aumentando con ello los factores de riesgo para que el duelo se complique, así como el proceso de estructuración psíquica del menor. Considero que este es un aspecto que debe desarrollarse, pues constituye uno de los fenómenos más generalizados en nuestro medio, siendo además una de las puertas de entrada para dar cuenta de cómo se da la estructuración psíquica de estos menores.

#### **2.4. MODELO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS.**

**Aplicado a:** Padres de Familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”

**Tipo de sesiones:** Trabajo grupal

**Duración de la sesión:** 45 minutos

**Técnicas utilizadas:** Rapport, Proporcionar Información, Aplicación de Hamilton, psi coeducación, relajación, reestructuración cognitiva, detección del pensamiento, auto instrucciones, ensayo imaginado, ensayo conductual, exposición en vivo y consolidación.

A continuación se detalla el modelo de aplicado:

- Alianza psicológica y aplicación del test de Hamilton para los padres de familia de la institución.

#### **FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN**

##### **Sesión 1**

**Tiempo:** 45 minutos

**Actividades:**

- Rapport: se crea el ambiente propicio para garantizar la relación entre el terapeuta y el grupo, durante el proceso terapéutico.
- Contrato Psicoterapéutico: Especificar las condiciones del adiestramiento.
- Proporcionar Información
- Entrevista Inicial
- Autorregistro: permite registrar y evaluar la forma de respuesta.
- Reconceptualización: oferta de un concepto más susceptible de cambio

**OBSERVACIONES:**

Los Padres de Familia colaboraron adecuadamente y mostraron participación en la investigación.

Existe predisposición para colaborar en las actividades.

Se logró observar tensión en los padres de familia.

**Sesión 2**

**Tiempo:** 45 minutos

**Actividad:** Aplicación de la Escala de Hamilton de ansiedad

**OBSERVACIONES:**

Existe tranquilidad y se observa que la mayoría de los padres se detiene a pensar en algunas de las preguntas mostrando ansiedad.

**FASE DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y ENSAYO****Sesión 3**

**Tiempo:** 45 minutos

## **Actividad**

**Psicoeducación:** Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

**Objetivo:** Orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida de los padres de familia.

**Tema:** Psi coeducación Ansiedad

### **Observación:**

Se prestó gran interés sobre el tema y buena retroalimentación.

## **Sesión 4**

**Tema:** Psioeducación

**Tiempo:** 45 minutos

**Objetivo:** Lograr participación por parte de los padres de familia.

## **Actividad**

Brindar información de la respiración diafragmática.

Explicación respecto de la respiración y su importancia en la relajación.

### **Observación:**

Se pudo evidenciar que los padres de familia no tenían la información necesaria acerca del tema.

## **Sesión 5**

**Tema:** Relajación

**Tiempo:** 45 minutos

**Objetivo:** Es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor ansiedad o estrés que los padres de familia presenten en su vida cotidiana.

### **Actividad**

Entrenamiento en respiración.

Se realiza ejercicios de respiración diafragmática: técnica que carga de energía al cuerpo y se practica previo la relajación muscular.

### **Observación:**

Se evidencio que algunos padres de familia tienen dificultad en realizar este tipo de respiración, sin embargo hubo una buena predisposición y colaboración por parte de todos.

## **Sesión 6, 7, 8, 9,10**

**Técnica de relajación: Tensión – Relajación.**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

### **Objetivo:**

- Mejorar la salud en su dimensión física, mental, emocional y social.
- Identificar los distintos factores de riesgo. Ansiedad y estrés.
- Tomar conciencia del desgaste energético tanto físico como mental.

- Experimentar la relajación como un recurso efectivo y sencillo para reducir la ansiedad y el estrés, y gozar de una vida más saludable.

### **Actividades**

Se ejecuta la primera parte.

Se ejecuta la segunda parte.

Se ejecuta la tercera parte

Técnica completa

### **Observaciones:**

Se logró conseguir interés por practicar la técnica en las sesiones correspondientes.

La mayoría de los padres de familia se mostraron relajados y al culminar con la técnica cada uno mencionaron que si bajaron sus niveles de ansiedad y estrés.

La mayoría de los padres de familia lograron concentración y manifestaron sentirse relajados.

Al finalizar la sesión los padres de familia mencionaron sentirse más relajados que la sesión anterior, y ser capaces de manejar la técnica.

La mayoría de los padres de familia tienen la capacidad de realizar la técnica sin contratiempos.

### **Sesión 11**

**Tiempo:** 45 minutos

**Técnica Reestructuración Cognitiva:** Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y

controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa delante de situaciones conflictivas

**Objetivo:** Identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

**Actividad:** Proporcionar Información

**Observaciones:** Los padres de familia se muestran participativos aportando información acerca del tema, analizan y relacionan sus pensamientos con sus emociones y conductas.

## **Sesión 12**

**Tiempo:** 45 minutos

**Técnica:** Reestructuración Cognitiva.

**Actividad:** Identificar los pensamientos inadecuados, utilizando una dramatización.

**Observaciones:**

Se logró observar que las madres de familia son más interactivas que los padres de familia, e identificaron con mayor facilidad sus pensamientos inadecuados y emociones negativas.

## **Sesión 13, 14, 15, 16, 17, 19, y 20**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión aplicada.

**Técnica:** Reestructuración Cognitiva.

**Actividades:**

- Evaluar y analizar los pensamientos inadecuados mediante preguntas.
- Búsqueda de pensamientos.
- Identificar pensamientos inadecuados.
- Búsqueda de pensamientos alternativos.
- Identificar pensamientos inadecuados, se realizan grupos de trabajo.
- Evaluar y analizar los pensamientos inadecuados.
- Búsqueda de pensamientos alternativos.

**Observaciones:**

Los padres de familia se mostraron con una actitud buena, colaboradores y muy responsables, lo que facilitó para realizar la actividad.

Los padres de familia lograron un buen trabajo aportando con sus ideas.

Se logró que los padres de familia aporten con más información, analicen y relacionen sus pensamientos con sus emociones y conductas.

Los padres de familia se mostraron con una actitud buena, colaboradores y muy responsables, lo que facilitó para realizar la actividad.

Los padres de familia lograron un buen trabajo aportando con sus ideas.

Todos los padres de familia colaboraron y muestran interés, ya que lograron analizar los pensamientos inadecuados de la sesión anterior.

Los padres de familia respondieron muy bien a la actividad.

Los padres de familia relacionaron sus pensamientos negativos con acontecimientos de su vida diaria.

Uno de los padres de familia menciona que no se había dado cuenta de la existencia de estos pensamientos inadecuados.

La mayoría de los padres de familia asimilaron positivamente la técnica y pudieron realizar con facilidad la búsqueda de pensamientos alternativos.

### **Sesión 21**

**Tema:** Reestructuración cognitiva

**Tiempo:** 45 minutos

**Técnica:** Reestructuración Cognitiva

**Actividad:** Aplicar la técnica de Reestructuración Cognitiva Completa.

#### **Observación:**

Cada uno de los padres de familia tuvo la capacidad de analizar y buscar soluciones alternativas a los pensamientos inadecuados.

### **Sesión 22 y 23**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

**Actividad:** Técnica de relajación y Técnica de Reestructuración Cognitiva.

#### **Observaciones:**

Los padres de familia asimilaron de mejor manera las técnicas combinadas y se observa mayor eficacia.

Los padres de familia aportaron con ideas y algunos mencionan que tienen mayor agrado hacia la técnica de relajación.

## **Sesión 24, 25, 26, 27 y 28**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

**DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO:** consiste en concentrarse en los pensamientos no deseados y, después de un corto periodo de tiempo, detener y vaciar la mente.

**Objetivo:** Reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos y las preocupaciones.

### **Observaciones:**

Los padres de familia escribieron en un papel, las ideas recurrentes que les causan daño o que les molestan.

En conjunto con los padres de familia buscamos un lugar tranquilo, donde se relajen e imaginen una situación en la que suele aparecer el pensamiento que les molesta en su vida diaria.

Utilizamos con los padres de familia una alarma e hicimos que coloquen para dos minutos, pasado ese tiempo, cuando suene les dijimos, que digan en voz alta “¡Basta!”, que aprieten su puño o hagan cualquier cosa que determinen como estímulo de detención.

Hicimos que los padres de familia mantengan la mente en blanco al menos durante unos segundos.

Trabajamos con los padres de familia en sustituir el pensamiento negativo con ideas saludables y que sean creíbles para los ellos, y que utilicen frases como: “soy una persona valiosa”, “las personas me estiman” o “me siento cómodo y relajado”.

### **Sesión 29, 30, 31, 32 y 33**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

**AUTO INSTRUCCIONES:** afirmaciones que influyen en nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos.

**Objetivo:** Es que el sujeto introduzca inicialmente un cambio en sus auto verbalizaciones para que, finalmente, se modifique su comportamiento manifiesto.

#### **Observaciones:**

Trabajamos con los padres de familia en una charla incentivando y recomendando que hagan uso de auto-frases positivas, y, además, frases que enfatizen que el posible malestar que se está sintiendo es pasajero y sólo durará un tiempo limitado.

Se trabajó con los padres de familia en la Definición del problema. Realizamos un examen o ejercicio básico, y que determinen qué es lo que deben hacer.

Se trabajó con los padres de familia en la Aproximación al problema, consiste en guiarnos mediante comentarios positivos que hemos preparado con anterioridad para decirnos antes y durante la situación ¿qué me piden concretamente que haga?

Se trabajó con los padres de familia en Auto verbalizaciones para afrontar los errores como: Me he equivocado, pero puedo repetirlo.

Se trabajó con los padres de familia, en Autoevaluación es muy importante que se elogien por haber afrontado la situación (haya sido un éxito o no”).

### **FASE DE CONSOLIDACIÓN**

#### **Sesión 34, 35, 36 y 37**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

## **Actividad**

**Técnica de Ensayo Imaginado:** estimula imaginar situaciones problemáticas y como utilizar las habilidades de afrontamiento.

**Objetivo:** Identificar y encontrar soluciones para afrontar situaciones estresantes.

### **Observaciones:**

Los padres de familia se organizan aportando con ideas e imaginándolas de las situaciones más estresantes y ansiosas para ellos, las cuales van hacer representadas.

Se pone en práctica las escenas de las situaciones planificadas, existiendo una buena colaboración por parte de los padres.

Al poner en práctica las escenas imaginadas los padres de familia van identificando y encontrando soluciones de cómo ir afrontando las diversas situaciones estresantes.

Junto a las soluciones encontradas y recomendadas para afrontar cualquier situación las han acogido de una manera muy positiva.

## **Sesión 38, 39 ,40 y 41**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

## **Actividad**

**Técnica de Ensayo Conductual:** representación de papeles y modelamiento: práctica y análisis de las habilidades frente a una situación estresante.

**Objetivo:** lograr cambios en la conducta utilizando técnicas de intervención psicológica para poder mejorar el comportamiento de los padres de familia.

**Observación:**

Los padres de familia ensayan desde el punto de vista de la conducta las formas de afrontamiento.

Se muestran un video de maneras de afrontamiento a situaciones similares a las que ellos enfrentan

Los padres de familia comprenden y analizan las maneras de afrontar tanto practicadas como aprendidas y expuestas

Los padres se encuentran adiestrados y estimulados para responder de una manera más adecuada y positiva a cualquier situación de riesgo para ellos y así encontrar posibles soluciones a las situaciones estresantes y ansiosas que viven diariamente.

**Sesión 42,43**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

**Actividad**

**Técnica Exposición en vivo:** consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, o bien entrando en contacto directo con situaciones productoras de alta ansiedad.

**Objetivo:** Afrontar, de forma sistemática y deliberada, determinadas situaciones, como hablar en público, comer delante de otros, o estímulos internos, como la sensación de desmayarse, las preocupaciones o las obsesiones, que generan ansiedad y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada, como por ejemplo lavarse las manos compulsivamente.

**Observaciones:**

En esta se explica que van a llevar a cabo tareas a sus casas para las cuales se les entrena

Acogen la mayoría cumpliendo las tareas a cabalidad en las que exponen como se enfrentan a diversas situaciones estresantes en casa y como las han solucionado

**Sesión 44 y 45**

**Tiempo:** 45 minutos por cada sesión.

**Actividad****Técnica: Consolidación****Observaciones:**

Se hace una revisión con los padres de familia de lo que han aprendido y como han cambiado, como les ha ayudado las técnicas a cada uno de ellos.

Responden de una manera muy positiva ya que han existido grandes cambios en la mayoría de los padres exponiendo que se sienten más tranquilos y encuentran soluciones de una forma más fácil a las diversas situaciones que se les presentan.

**2.4.1. Definición de términos básicos.**

Diccionario de Psicología de Humberto Galimberti siglo XXI.

**Adiestramiento:** En un uso general y amplio adiestramiento refiere a la acción y resultado de adiestrar, en tanto, por adiestrar se significa a hacer diestro, enseñar o instruir a alguien sobre determinada cuestión.

**Afrontamiento:** Es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha tano de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una

determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, y otros, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

**Autoconciencia:** La autoconciencia implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones. Así como conocer nuestras propias emociones y cómo nos afectan, cuáles son nuestras virtudes y nuestros puntos débiles.

**Autoinstrucciones:** Las auto instrucciones se desarrollan en 1969 por Meichenbaum para tratar de ayudar en el aprendizaje a los niños con hiperactividad. Hoy las auto instrucciones se usan en el aprendizaje de idiomas, exámenes en la relajación, en las técnicas de autocontrol.

**Auto verbalización:** Diálogo por medio del cual el individuo interpreta sentimientos y percepciones, al mismo tiempo este diálogo regula y cambia evaluaciones y convicciones, promoviendo de esta manera instrucciones y refuerzo" (Hackfort & Schwenkmezger, 1993, p. 355.).

**Coadyuvantes:** Se denomina coadyuvante a la persona que interviene en el proceso velando por sus intereses legítimos pero en una posición subordinada a una de las partes principales a la que ayuda de forma instrumental, adhiriéndose a sus pretensiones y sin poder actuar con autonomía respecto de ella.´

**Distorsión cognitiva:** Se entienden como un error en el procesamiento de la información asociado a unas creencias desadaptativas o que no se ajustan al entorno. Este error en el procesamiento puede influenciar la conducta y el estado emocional. Serían una especie de fallo en el pensamiento crítico.

**Inhibición:** Bloqueo del proceso de activación emocional en un sujeto que es, a pesar de sí mismo, incapaz de reaccionar o de tomar iniciativas, lo que a veces le ocasiona malestar o sufrimiento.

**Introspección:** Actitud psicológica que se orienta hacia la búsqueda de información sobre lo que pasa en el interior del sujeto mismo que utiliza este mecanismo.

**Pensamientos automáticos:** Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o auto dialogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia).

## **2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.5.1. Hipótesis**

La inoculación de estrés disminuye los niveles de ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, Provincia de Pastaza, período Marzo- Agosto 2015.

### **2.5.2. Variables**

#### **Independiente**

Inoculación de Estrés

#### **Dependiente**

Ansiedad

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables  | Definiciones Conceptuales  | Categorías  | Indicadores   | Técnicas e instrumentos   |
|--|--|---|---|---|
| Variable independiente:<br>Inoculación de estrés | Técnica en la que se aplica diversas estrategias y habilidades (cognitivo-conductuales) que permiten hacer frente a las situaciones futuras que supongan estrés. Donald Meichenbaum (1987).                          | -Enfrentar situaciones de estrés<br>-Aplicación de estrategias<br><br>-Habilidades cognitivo conductuales                       | -Fase de conceptualización<br>-Fase de adquisición de habilidades<br>*habilidades cognitivas<br>*Habilidades de control emocional<br>-Fase de consolidación<br>*Ensayo imaginado<br>*Ensayo conductual<br>*Exposición in vivo<br>*Consolidación | Técnica:<br><br>-Observación Clínica<br><br>Instrumento:<br><br>-Ficha de seguimiento terapéutico |
| Variable dependiente:<br>Ansiedad                | Estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizada por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente. Dr. Américo Reyes Ticas (2010) | 1.Estado de agitación e inquietud<br>2. Anticipación de peligro<br>3.Síntomas físicos y psíquicos<br>4. Sensación de catástrofe | -Leve<br>-Moderado<br>-grave  | Técnica:<br><br>Reactivo psicológico<br><br>Instrumento:<br><br>Escala de Ansiedad de Hamilton    |

**CAPÍTULO III**

**MARCO**

**METODOLÓGICO**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. MÉTODO**

Los métodos utilizados fueron:

##### **Método científico:**

El método científico, describe una serie de etapas estructuradas para obtener un conocimiento válido desde el punto de vista científico, se utiliza diferentes instrumentos que resulten fiables. Lo que hace este método es minimizar la influencia de la subjetividad del científico en su trabajo, basándose en la: Observación, Proposición, Hipótesis, Verificación y experimentación, Demostración o refutación de la hipótesis y la Conclusiones

##### **Método clínico:**

La investigación se basa en la observación, entrevista y estudio del proceso terapéutico con un enfoque cognitivo- conductual para la disminución de la ansiedad en padres con hijos con discapacidad

##### **Método psicométrico:**

Este método es el que incorpora instrucciones de valoración cuantitativa de los trastornos psicológico a través de diferentes reactivos psicológicos validados, los que están utilizados para medir y evaluar las diferentes característica psicológica específica del ser humano. Incluye en la investigación la aplicación de la escala de Hamilton para la ansiedad como procedimiento estadístico de medición de los niveles de ansiedad ` presentes en padres con hijos discapacitados.

### **3.1.1. Tipo de investigación:**

El tipo de investigación fue explicativa, ya que comprende y resuelve alguna situación, al conocer la realidad en la alteración de los niveles de ansiedad en padres con hijos que tienen diferentes discapacidades, aplicando la Inoculación del estrés que ayuda a disminuir los signos y síntomas de la misma.

### **3.1.2. Diseño de investigación:**

El diseño de esta investigación es Cuasiexperimental, porque se manipula una de las variables de investigación, en este caso la variable independiente la Inoculación de Estrés y observar los efectos en la variable de ansiedad en padres con hijos con discapacidad.

### **Tipo de estudio:**

El tipo de estudio fue transversal, se aplica en un periodo de tiempo determinado de seis meses Periodo Marzo –Agosto 2015.

## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. Población**

Esta investigación se realizó en la Unidad de Educación Especializada “Puyo” de la Provincia de Pastaza Cantón Pastaza Barrio la Merced vía Puyo Macas con una población de 100 Padres de Familia con hijos que presentan múltiples discapacidades que asisten a la Institución, los mismo que aceptaron colaborar.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra es no probabilística ya que no se utilizó ninguna fórmula estadística para la elaboración de la misma, la elección de la muestra se realizó según el criterio de los investigadores.

La muestra se constituyó de 40 padres de familia, a los cuales se aplicó el test de Hamilton y donde se pudo identificar niveles de ansiedad moderada y grave.

### **Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.**

#### **a) Criterios de inclusión:**

- Padres con hijos con discapacidad física
- Padres con hijos con discapacidad cognitiva
- Padres con hijos con discapacidad sensorial
- Padres con hijos con discapacidad intelectual

#### **b) Criterios de exclusión**

- Padres con discapacidad intelectual (No comprenden el tratamiento terapéutico).
- Padres que viven fuera de la ciudad (No se pueden presentar a las terapias)

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

#### **TÉCNICAS:**

**Observación Clínica:** Constituye un instrumento profesional e intencionado, voluntario, estructurado y sistemático, que permite describir, analizar, interpretar los comportamientos de las personas.

**Reactivo Psicológico:** También denominado como prueba psicológica, es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica o aquellos rasgos esenciales o generales que marcan o distinguen la personalidad de un individuo, actitudes, conocimientos y capacidades.

## **INSTRUMENTOS**

**Ficha de seguimiento psicoterapéutico:** Es un recurso que tiene como objetivo principal registrar el desarrollo y avances de la aplicación de la técnica, consta de datos informativos, personales o grupales. Se aplicó a los Padres de Familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo” y se utilizó en cada sesión terapéutica para el seguimiento de la evolución de la aplicación de la Técnica.

**Escala de Ansiedad de Hamilton:** Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (1) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión (2) es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

Se aplicó a los padres de familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo” con el objetivo de valorar el grado de ansiedad en los padres de familia previamente diagnosticados.

### **3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el proceso de la investigación se obtuvo información con la aplicación de la escala de ansiedad, las mismas que permitieron analizar e interpretar, mediante la estadística básica, siendo el resultado representado a través de porcentajes en cuadros y gráficos. Los mismos que servirán para verificar los análisis de los niveles de ansiedad en los padres de familia de la Unidad Educativa Especializada “Puyo” y con estos datos se emitirán conclusiones para la comprobación de la hipótesis planteada.

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E**

**INTERPRETACIÓN**

**DE DATOS**

#### 4.1. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD APLICADA A LOS PADRES DE FAMILIA.

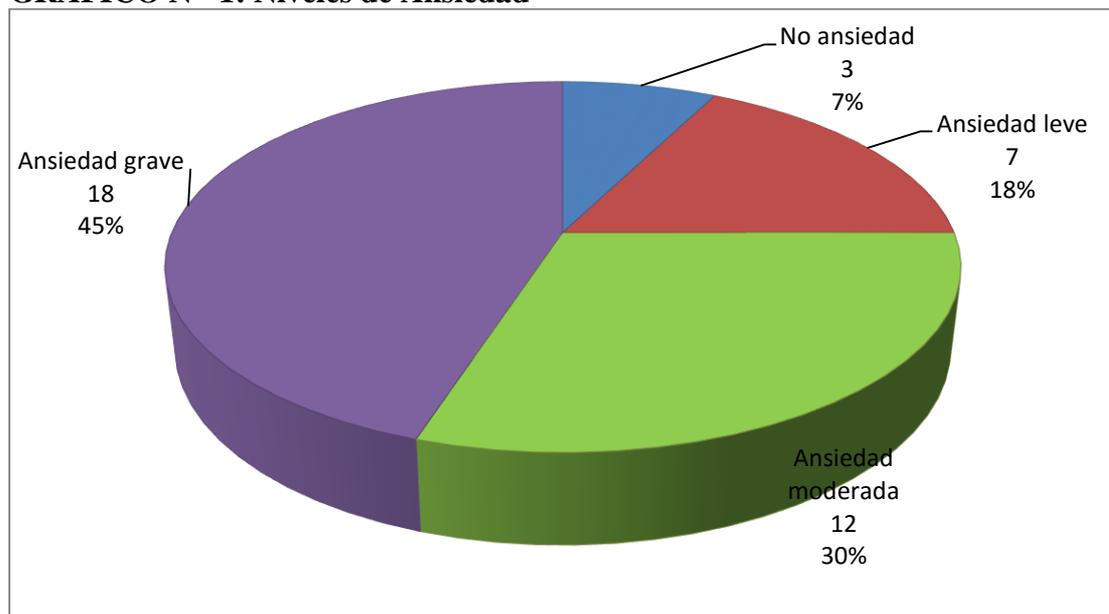
**TABLA N° 1 : Niveles de Ansiedad**

| Nivel de Ansiedad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| No ansiedad       | 3          | 7%         |
| Ansiedad leve     | 7          | 18%        |
| Ansiedad moderada | 12         | 30%        |
| Ansiedad grave    | 18         | 45%        |
| Total             | 40         | 100%       |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a los Padres de Familia de la Unidad de Educación Especializada "Puyo"

*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 1: Niveles de Ansiedad**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"

*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

#### **Análisis**

La escala de Hamilton utilizada fue para conocer la muestra con la que se trabajó, ya que el 30% equivale a 12 padres de familia que presentan ansiedad moderada; el

45% presentan ansiedad grave; el 18 % presentan ansiedad leve; y el 7% de los padres no presentan ansiedad.

### **Interpretación**

Se determina que la mayor parte de la muestra presenta un índice alto de ansiedad grave , con estos resultados se indica que en el momento actual los padres de familia se encuentran afectados por ansiedad y estrés, esto se debe a que están sometidos a grandes cambios, como es el nacimiento de un hijo discapacitado ya que los padres experimentan sentimientos de culpabilidad, reacciones emocionales tanto positivos como negativos, dudas sobre su competencia personal para poder cuidar de su hijo, problemas económicos, cambios en la adaptación social, entre otros.

Según nuestras estadísticas si no se da una intervención breve a los padres de familia los porcentajes de nivel de ansiedad moderado pueden aumentar llegando a un nivel grave de ansiedad es por tal razón que nuestro objetivo es disminuir los niveles de ansiedad aplicando la técnica de inoculación de estrés.

En los padres puede darse una serie de sentimientos, que impiden comprender la situación y muchas veces los paraliza. Son una serie de reacciones naturales ante los aspectos negativos de la limitación, surgen como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, actúan como un analgésico, de efecto inmediato, aunque temporal, que da a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. Esta es una situación altamente angustiante y en un intento por controlarla, se desencadenan mecanismos de defensa (como el pensamiento mágico omnipotente, la negación y entre estos la ansiedad), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo. Vallejo M. (2012).

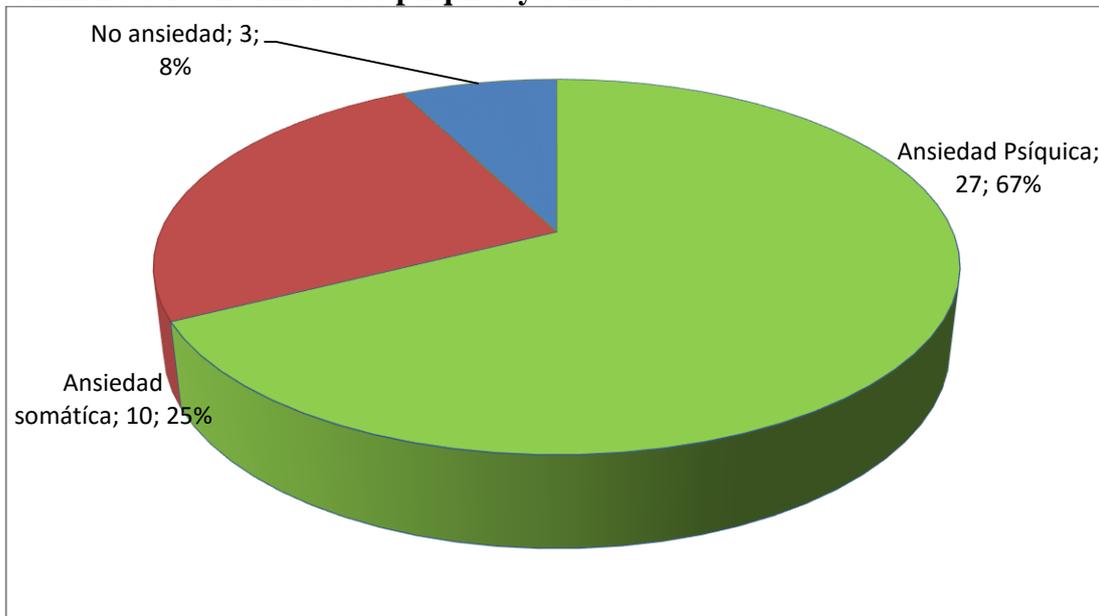
**TABLA N° 2 : Niveles de ansiedad psíquica y somática**

| Ansiedad / tipo   | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Ansiedad Psíquica | 27         | 67%        |
| Ansiedad somática | 10         | 25%        |
| No ansiedad       | 3          | 8%         |
| Total             | 40         | 100%       |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"

*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 2 : Ansiedad psíquica y somática**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"

*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

### **Análisis**

La escala de Hamilton para la ansiedad psíquica y somática se analizó para conocer el porcentaje de padres de familia de este establecimiento presentan estos tipos de ansiedad, siendo así que el 67% equivale a 27 padres de familia que presentan ansiedad psíquica; el 25% equivale a 10 padres de familia que presentan ansiedad somática y el 8% que corresponde a 3 padres de familia que no presentan ansiedad.

En si podríamos establecer que un 67 % presentan ansiedad psíquica y 25% corresponde ansiedad somática.

### **Interpretación**

Deducimos luego de la aplicación del test para la ansiedad de Hamilton, que el mayor porcentaje de padres de familia con hijos con discapacidad de la unidad de educación especializada “Puyo” presentan ansiedad psíquica con una proporción del 67% equivalente a 27 padres de familia y el 25 % presentan ansiedad somática equivalente a 10 padres de familia.

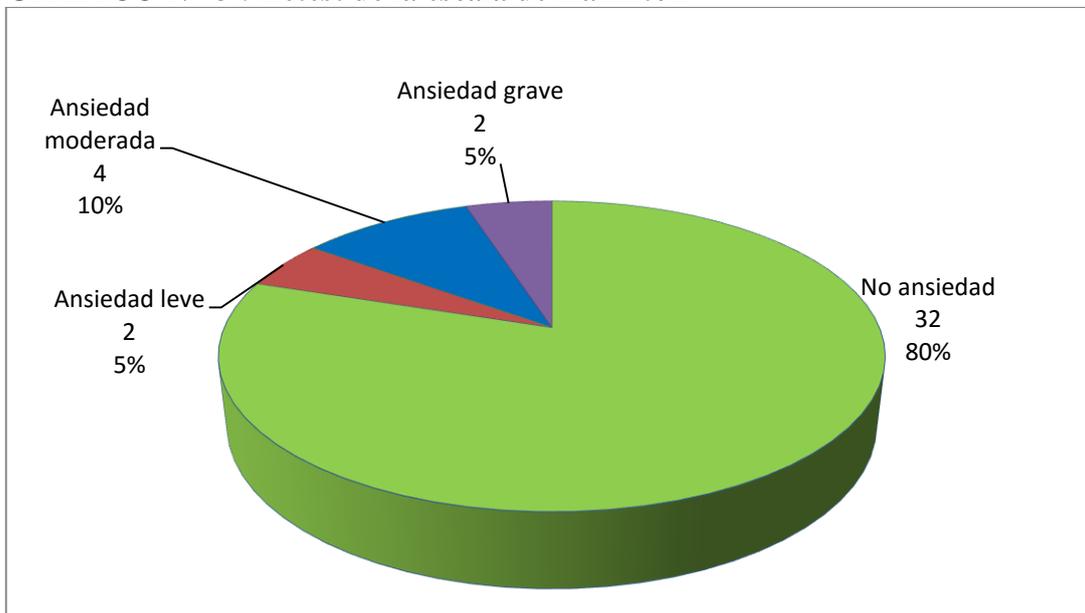
Establecemos que la ansiedad psíquica afecta más a los padres con hijos discapacitados que la ansiedad somática. Entendiéndose como ansiedad somática a los cambios físicos que ocurren en el cuerpo cuando una persona experimenta ansiedad.

**TABLA N° 3: Retest de la escala de Hamilton**

| Nivel de Ansiedad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| No ansiedad       | 32         | 80%        |
| Ansiedad leve     | 2          | 5%         |
| Ansiedad moderada | 4          | 10%        |
| Ansiedad grave    | 2          | 5%         |
| Total             | 40         | 100%       |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 3 : Retest de la escala de Hamilton**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga:

### **Análisis**

Los resultados obtenidos después de la aplicación del re test de la escala de Hamilton para la ansiedad los porcentajes de los niveles de ansiedad son: 80 % No ansiedad; 5 % Ansiedad leve; 10% Ansiedad moderada y 5% Ansiedad grave.

## **Interpretación**

Determinamos que de acuerdo a los porcentajes obtenidos después de la aplicación del retest de la escala de Hamilton para la ansiedad que la mayor parte de la muestra que corresponde al 80% de la muestra total está ubicada en el ítem de no ansiedad, es decir que los resultados obtenidos demuestran que la ansiedad grave disminuyó un 27%, la ansiedad moderada corresponde a un 14% y la ansiedad leve corresponde a un porcentaje de la muestra de un 9%.

Es decir que las técnicas aplicadas en las sesiones son efectivas positivamente ya que los niveles de ansiedad han disminuido progresivamente.

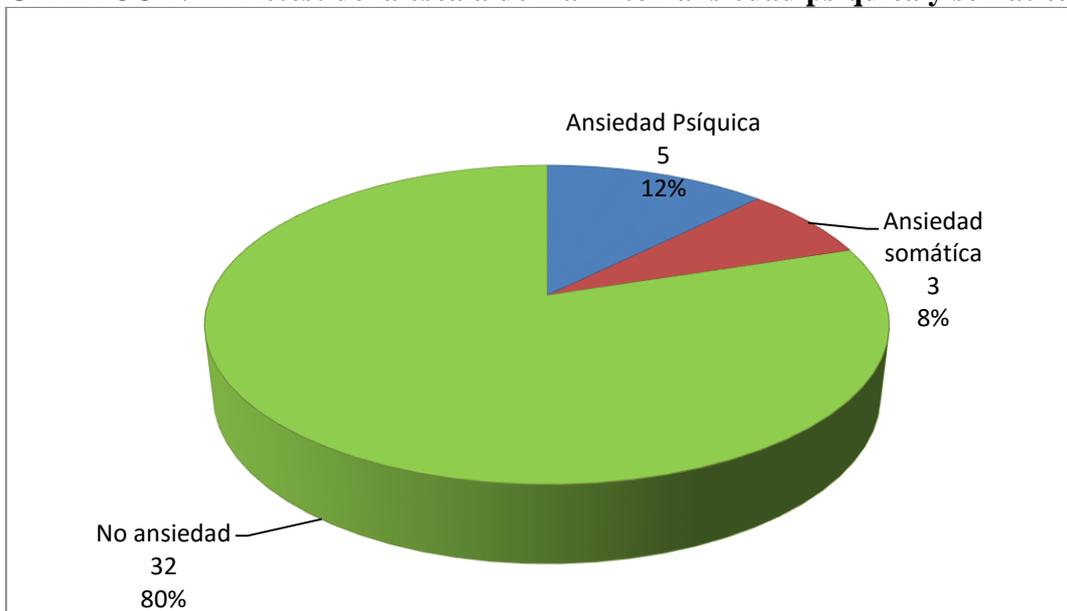
Existe una ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Sin embargo la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su ansiedad y duración exceden de los límites aceptables. Reyes T. (2010).

**TABLA N° 4 Retest de la escala de Hamilton ansiedad psíquica y somática.**

| Ansiedad / tipo   | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Ansiedad Psíquica | 5          | 12%        |
| Ansiedad somática | 3          | 8%         |
| No ansiedad       | 32         | 89%        |
| Total             | 40         | 100%       |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 4 Retest de la escala de Hamilton ansiedad psíquica y somática.**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

### **Análisis**

Con el retest de la escala de Hamilton para la ansiedad psíquica y somática se comprobó que disminuyó el porcentaje de ansiedad en padres de familia de este establecimiento, siendo así que el 12% equivale a 5 padres de familia que presentan ansiedad psíquica; el 8% equivale a 3 padres de familia que presentan ansiedad somática y el 89% que corresponde a 32 padres de familia que no presentan ansiedad.

Podríamos establecer que un 12 % presentan ansiedad psíquica, 8% corresponde ansiedad somática y el 80% de padres de familia no presentan ansiedad; determinando así la disminución de los niveles de ansiedad.

### **Interpretación**

La factibilidad de la aplicación de nuestras técnicas para la disminución de la ansiedad en padres con hijos discapacitados se demuestra con la obtención de buenos resultados luego de la aplicación de re test para la ansiedad de Hamilton.

La disminución estadísticamente de la ansiedad psíquica ha sido de un 12% correspondiente a 5 padres de familia y la ansiedad somática con una proporción de disminución del 8 % correspondiente a 3 padres de familia. Y el 89 % de los padres están libres de ansiedad.

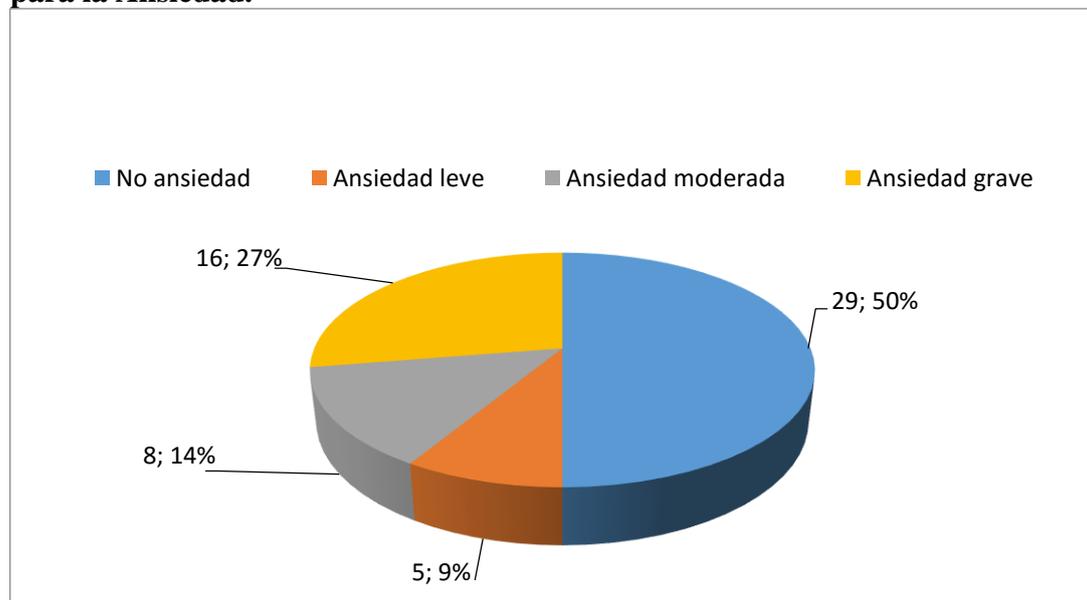
Demostrando así que la técnica de inoculación de estrés es eficaz en la disminución de la ansiedad en padres de familia con hijos discapacitados.

**TABLA N° 5 Análisis comparativo del test y retest de la escala de Hamilton para la Ansiedad.**

|                   | <b>Test</b> | <b>Retest</b> |
|-------------------|-------------|---------------|
| No Ansiedad       | 3           | 32            |
| Ansiedad Leve     | 7           | 2             |
| Ansiedad moderada | 12          | 4             |
| Ansiedad grave    | 18          | 2             |
| Total             | 40          | 40            |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada “Puyo”  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 5 Análisis comparativo del test y retest de la escala de Hamilton para la Ansiedad.**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada “Puyo”  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

### **Análisis**

En la comparación del test y retest de la escala de Hamilton para la ansiedad representa que al aplicar el test de Hamilton, la escala de no ansiedad presenta 3 padres de familia que equivale al 7%, en la secuencia de la escala la ansiedad leve presenta 7 padres de familia que equivale al 18%, ansiedad moderada presenta 12

padres de familia que equivale al 30% y ansiedad grave presenta 18 padres de familia que equivale al 45%.

En el retest podemos observar que los valores cambiaron plenamente en la siguiente relación de los niveles de ansiedad, la **ansiedad grave** que se presenta más problemas entre los padres de familia bajo a 2 padres de familia que es en porcentaje en un 5% a relación del 45% y en la **ansiedad moderada** se refleja un porcentaje del 10% con el 30% al inicio del test y en la **ansiedad leve** tenemos que 2 padres de familia que es 5% al 18% al inicio del test.

### **Interpretación**

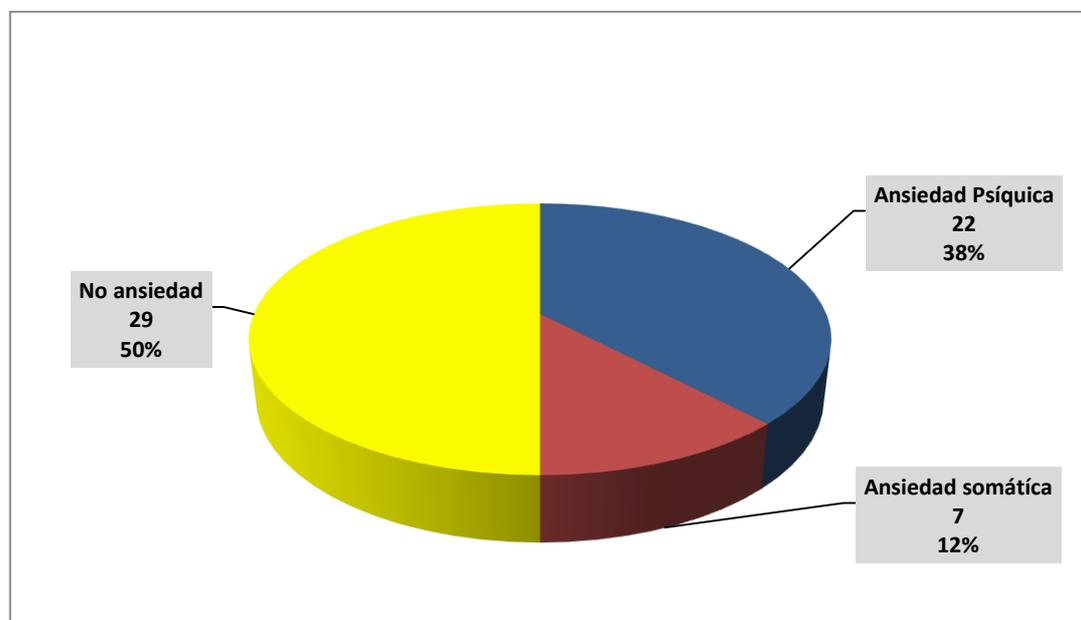
Al analizar entre el test y retest podemos explicar que en la **no ansiedad** se recuperó a 29 padres de familia los mismos que son los de la **ansiedad grave** con un porcentaje de 50% , en la **ansiedad leve** se pueden obtener 5 padres positivos que en su equivalencia es de 9% del 18% al inicio de test, en la **ansiedad moderada** al inicio 12 cuyo porcentaje es de 30% de padres de familia y en el retest logramos obtener 8 padres de familia recuperados esto nos da un porcentaje de 14% bajando la incidencia en un 16% ; recalamos que los test y retest de Hamilton son eficientes y evaluativos.

**TABLA N° 6 Análisis comparativo del test y retest de la escala de Hamilton para la Ansiedad Psíquica y somática.**

|                   | <b>Test</b> | <b>Retest</b> |
|-------------------|-------------|---------------|
| Ansiedad Psíquica | 27          | 5             |
| Ansiedad Somática | 10          | 3             |
| No Ansiedad       | 3           | 32            |
| Total             | 40          | 40            |

*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

**GRÁFICO N° 6 Análisis comparativo del test y retest de la escala de Hamilton para la Ansiedad psíquica y somática.**



*Fuente:* Escala de Hamilton para la ansiedad aplicada a la Unidad de Educación Especializada "Puyo"  
*Elaborado por:* Elisa De La Torre; Soraya Inga

### **Análisis**

En la comparación del test y retest de la escala de Hamilton para la ansiedad **psíquica** y somática representa que de 27 padres de familia que equivale al 67% se encontraron afectados y en la aplicación del retest se recuperaron favorablemente 22 padres de familia que en la equivalencia es de 38% que estos tenían ansiedad **psíquica** por lo cual esto padres de familia pasaron a no tener ansiedad 29 padres de

familia que representa un 50% y en la ansiedad **Somática** se inició la aplicación de los test que habían 10 con un porcentaje del 25% de padres de familia con esta sintomatología y a aplicar el retest podemos demostrar que se recuperaron 7 padres de familia con un porcentaje de 12% podemos decir que con la aplicación de las test y retest de Hamilton para la ansiedad psíquica y somática son aplicables y con resultados excelentes..

### **Interpretación**

Podemos deducir que tanto en la ansiedad psíquica como somática hemos obtenido muy buenos resultados con un índice de disminución de la ansiedad psíquica de 82 % y una disminución de la ansiedad somática del 68%.

## **4.2. ANÁLISIS DE LA FICHA PSICOTERAPÉUTICA**

Al iniciar la intervención terapéutica a través de la observación clínica hacia los padres de familia se pudo ver que existía una actitud de tristeza, negación y ansiedad. Presentando sentimientos de culpa, desesperación y una continua frustración por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo, llegando a pensar que no existía ninguna solución a sus problemas. Es por lo cual se desarrolló un plan de trabajo terapéutico en el que constaba de 45 sesiones, en las que se trabajó las tres fases con sus técnicas respectivas.

En las primeras sesiones que se trabaja la primera Fase que es de Conceptualización en la que los padres de familia no se mostraban muy colaboradores existía mucha tensión en estas sesiones se realizó el rapport y empatía, se proporcionó información acerca de la ansiedad y el estrés para que tengan un conocimiento de que se trata y las posibles soluciones al estrés y ansiedad, también se aplicó el reactivo psicológico de la escala de Hamilton para la Ansiedad en el que se comprobó que se encontraban los padres de familia en un alto índice de ansiedad.

En las siguientes sesiones se trabaja con la segunda fase que es de Adquisición de habilidades y ensayo iniciando con la técnica de Psicoeducación para una buena

comprensión de que se trata la ansiedad y el estrés por el que están atravesando los padres y entender que si se puede reducir este mediante el plan terapéutico.

Como segunda técnica en esta fase se interviene con la Relajación en la que se realiza ejercicios de respiración activando todas las zonas del cuerpo y llegando a una distensión.

Continuamos con la técnica de Reestructuración cognitiva en la que iniciamos con el proceso de modificar cogniciones que producen pensamientos inadecuados los que los conllevan a la situación de estrés, los identifican, los analizan y los modifican. Trabajando en el mismo plano aplicamos la técnica de detención del pensamiento en la que realizan grandes cambios y mejoras en los padres sustituyendo sus pensamientos negativos por positivos.

Como siguiente la técnica de Auto instrucciones en las que se les asigna tareas de cambio de auto verbalizaciones. Auto frases positivas que las llevan en práctica tanto en casa como en la institución.

Como proceso continuo se trabaja con la tercera fase que es la de Consolidación iniciando con la técnica de Ensayo imaginado en la que se desarrollan escenas de situaciones estresantes imaginadas similares a las que enfrentan los padres de familia en estas aprenden como enfrentarlas y las acogen de manera muy positiva los padres de familia haciendo una gran dinámica.

La siguiente técnica que realizamos es Ensayo conductual en esta los padres de familia ensayan desde un punto conductual para un comportamiento adecuado y un mejor afrontamiento les cuesta un poco modificar sus conductas pero se adaptan y las acatan al final de las sesiones de una manera positiva.

Continuamos con la técnica de exposición en vivo en la que los padres de familia colaboraron adecuadamente, llevan como tarea a casa enfrentar las situaciones de estrés aplicando las técnicas aprendidas y exponiéndolas en las sesiones tanto para

corregir sus afrontamientos como para aprender nuevas formas de enfrentar cualquier conflicto.

Para realizar el cierre terapéutico se da la consolidación en la que se comparte de manera espontánea las reacciones particulares de todo el proceso grupal con el fin de fomentar lazos afectivos entre los miembros del grupo llegando a convertir en apoyo y finalmente existe un buen afrontamiento y resolución de conflictos ante situaciones de estrés y ansiedad en los padres de familia.

#### **4.3. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

La aplicación de la técnica cognitivo conductual “Inoculación de estrés” de Donald Meichenbaum mediante el entrenamiento de determinadas habilidades se ha comprobado con la aplicación de test y retest de la escala de Hamilton para la ansiedad que La inoculación de estrés es eficaz en la disminución de los niveles de ansiedad de padres con hijos con discapacidad.

Dando como resultados la disminución en el nivel de ansiedad grave a un 5% correspondiente a 2 padres de familias y un aumento en el nivel de no ansiedad de 80% correspondiente 32 padres de familia del total de la muestra de 40 padres de familia.

Por lo tanto se comprobó la hipótesis de investigación planteada: La inoculación de estrés disminuye los niveles de ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, Provincia de Pastaza, periodo Marzo-Agosto 2015.

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

## 5.1. CONCLUSIONES

Después de haber aplicado la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Con la aplicación de la Escala de Hamilton para la ansiedad, se pudo identificar que los niveles de ansiedad que presentaron los padres con hijos con discapacidad fueron 3 padres de familia corresponde al 7% no presentaron ansiedad, 7 padres de familia corresponde al 18% presentaron ansiedad leve, 12 padres de familia que corresponde al 30% presentaron ansiedad moderada y 18 padres de familia que corresponde al 45% presentaron ansiedad grave.
- En la aplicación de la técnica de Inoculación de Estrés se utilizó tres fases que comprenden: Conceptualización, Adquisición de habilidades y ensayo y finalmente Aplicación y Consolidación, consiguiendo en los padres de familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, disminuir los niveles de ansiedad, mejorar la resolución de conflictos y así adquirir habilidades para afrontar el estrés y la ansiedad.
- Analizando los resultados alcanzados luego de la Técnica de Inoculación de Estrés mediante la aplicación del re-test de la escala de Hamilton para la ansiedad, que el indicador alto de ansiedad grave disminuyó un 5%, el indicador de ansiedad moderada disminuyó un 10%, el indicador de ansiedad leve disminuyó un 5%, y el indicador de no ansiedad aumentó un 80%. Con la comparación de Gráficos- Estadísticos de la escala de Hamilton, se ha llegado a la obtención de resultados favorables con la aplicación de la técnica de Inoculación de Estrés mediante la adquisición de habilidades Cognitivo-Conductuales.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

- A los representantes de la Unidad de Educación Especializada “Puyo” del departamento de salud, se sugiere continuar evaluando a los nuevos padres de familia, con el fin de prevenir y en otros casos tratar las manifestaciones de ansiedad y estrés.
- Padres de familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo” permanecer practicando a diario las técnicas aprendidas en el transcurso del proceso del AIE para así mantener en un equilibrio y control en el afrontamiento de diversos problemas.
- Continuar impartiendo charlas los profesionales del departamento de salud a todos los pacientes y familiares de los mismos de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, para mantener una higiene y salud mental adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Clark & T. Beck: Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad; serie psicoterapias cognitivas: Biblioteca de psicología: Desclee de Brouwer S.A (2012).
- Américo R.T (2012): trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Barcelona. Roca M.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), Control del Estrés (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Carmen Sandi, M<sup>a</sup> Isabel Cordero y César Venero Editorial UNED, Colección Cuadernos de la UNED, 2000.ISBN:84-362-4115-0
- Gerhard & Camacho (2010): Guía clínica para el manejo de la ansiedad: Editorial: Psiquiatría Ramos De La Fuente.
- J. Mariano Galletero: Etiología de la ansiedad: Monografías psiquiatría; (2010).
- Masson, S.A. DSM-IV, criterios diagnósticos
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona. España: Ediciones Martínez Roca. (versión en español del manual).
- McGlynn TJ, Metcalf HL (Editores). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manual para el Médico
- Mckay, M.; Davis, M. y Fanning, P. (1985): Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca (V.O. 1981).
- Psicoactiva (2013, 09,28) artículo de inoculación de estrés Recuperado de: [http://www.psicoactiva.com/ebook/ebook\\_estres7.htm](http://www.psicoactiva.com/ebook/ebook_estres7.htm)
- RAMÍREZ CABAÑAS, J.F.J."Curso de relajación progresiva para niños y adultos". Madrid, 1998. Editorial CEPE. ISBN 84-7869-293-2
- Rosemary A.Payne-(2002): Técnicas de relajación guía práctica: Editorial Paidotribo.

# **ANEXOS**

**ANEXO N. 1 FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO  
PSICOTERAPÉUTICO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA**



**FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

**Aplicado a:** Padres de Familia de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”

**Tipo de sesiones:** Trabajo grupal

**Técnicas utilizadas:** Rapport, Proporcionar Información, Aplicación de Hamilton, psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, detección del pensamiento, autoinstrucciones, ensayo imaginado, ensayo conductual, exposición en vivo y consolidación.

**Responsables:** Elisa De La Torre – Soraya Inga

| <b>FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN</b> |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| <b>FECHAS</b>                    | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>OBSERVACIONES</b>  |
| <b>Sesión 1<br/>10/04/15</b>     | Rapport<br>Proporcionar Información<br>Entrevista Inicial<br>Dinámica de presentación : “ Me llamo...y me siento” | Los Padres de Familia colaboraron adecuadamente y mostraron participación en la investigación.<br>Existe predisposición para colaborar en las actividades.<br>Se logró observar tensión en los padres de familia.<br>Durante la dinámica la mayoría de los padres mencionaron sentirse estresados y agotados. |
| <b>Sesión 2<br/>16 /04/15</b>    | Aplicación de la Escala de Hamilton de ansiedad   | Existe tranquilidad y se observa que la mayoría de los padres se atreven a pensar en algunas de las preguntas mostrando ansiedad.   |

| <b>FASE DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y ENSAYO</b> |  |   |
|--|--|---|
| <b>Sesión 3</b><br><b>18/04/15</b>                 | Psicoeducación respecto a la Ansiedad.   | Se prestó gran interés sobre el tema y buena retroalimentación.   |
| <b>Sesión 4</b><br><b>23 /04/15</b>                | Brindar información de la respiración diafragmática.                                 | Explicación respecto de la respiración y su importancia en la relajación.<br>Se pudo evidenciar que los padres de familia no tenían la información necesaria acerca del tema.   |
| <b>Sesión 5</b><br><b>25/04/15</b>                 | Entrenamiento en respiración.<br>Se realiza ejercicios de respiración diafragmática. | Se evidencio que algunos padres de familia tienen dificultad en realizar este tipo de respiración, sin embargo hubo una buena predisposición y colaboración por parte de todos. |
| <b>Sesión 6</b><br><b>28 /04/15</b>                | Técnica de relajación: Tensión – Relajación.<br>Se ejecuta la primera parte.         | Se logró conseguir interés por practicarla técnica en las sesiones correspondientes.  |
| <b>Sesión 7</b><br><b>03 /05/15</b>                | Técnica de relajación: Tensión – Relajación.<br>Se ejecuta la segunda parte.         | La mayoría de los padres de familia se mostraron relajados y al culminar con la técnica cada uno mencionaron que si bajaron sus niveles de ansiedad y estrés.                   |
| <b>Sesión 8</b><br><b>05/05/15</b>                 | Técnica de relajación: Tensión – Relajación.<br>Se ejecuta la tercera parte.         | La mayoría de los padres de familia lograron concentración y manifestaron sentirse relajados.   |
| <b>Sesión 9</b><br><b>07/05/15</b>                 | Técnica de relajación: Tensión – Relajación.<br>Completa                             | Al finalizar la sesión los padres de familia mencionaron sentirse más relajados que la sesión anterior, y ser capaces de manejar la técnica.                                    |
| <b>Sesión 10</b><br><b>11/05/15</b>                | Técnica de relajación: Tensión – Relajación.<br>Completa                             | La mayoría de los padres de familia tienen la capacidad de realizar la técnica sin contratiempos.   |

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Sesión 11</b><br><b>13/05/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br><br>Información   | Los padres de familia se muestran participativos aportando información acerca del tema, analizan y relacionan sus pensamientos con sus emociones y conductas.                       |
| <b>Sesión 12</b><br><b>15 /05/15</b> | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Identificar los pensamientos inadecuados, utilizando una dramatización. | Se logró observar que las madres de familia son más interactivas que los padres de familia, e identificaron con mayor facilidad sus pensamientos inadecuados y emociones negativas. |
| <b>Sesión 13</b><br><b>18/05/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Evaluar y analizar los pensamientos inadecuados mediante preguntas.     | Se logró que los padres de familia aporten con más información, analicen y relacionen sus pensamientos con sus emociones y conductas.   |
| <b>Sesión 14</b><br><b>20/05/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Búsqueda de pensamientos.   | Los padres de familia se mostraron con una actitud buena, colaboradores y muy responsables, lo que facilito para realizar la actividad.   |
| <b>Sesión 15</b><br><b>01/06/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Identificar pensamientos inadecuados.                                   | Los padres de familia lograron un buen trabajo aportando con sus ideas.   |
| <b>Sesión 16</b><br><b>09/06/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Evaluar y analizar los pensamientos inadecuados.                        | Todos los padres de familia colaboraron y muestran interés, ya que lograron analizar los pensamientos inadecuados de la sesión anterior.  |
| <b>Sesión 17</b><br><b>12 /06/15</b> | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Búsqueda de pensamientos alternativos.                                  | Los padres de familia respondieron muy bien a la actividad.   |
| <b>Sesión 18</b><br><b>17/06/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Identificar pensamientos inadecuados, se realizan grupos de trabajo.    | Los padres de familia relacionaron sus pensamientos negativos con acontecimientos de su vida diaria.  |
| <b>Sesión 19</b><br><b>22/06/15</b>  | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br><br>Evaluar y analizar los pensamientos inadecuados.                    | Uno de los padres de familia menciona que no se había dado cuenta de la existencia de estos pensamientos inadecuados  |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>Sesión 20</b><br><b>25/06/15</b> | Técnica: Reestructuración Cognitiva.<br>Búsqueda de pensamientos alternativos. | La mayoría de los padres de familia asimilaron positivamente la técnica y pudieron realizar con facilidad la búsqueda de pensamientos alternativos.   |
| <b>Sesión 21</b><br><b>26/06/15</b> | Técnica: Reestructuración Cognitiva completa.                                  | Cada uno de los padres de familia fue capaces de analizar y buscar soluciones alternativas a los pensamientos inadecuados.  |
| <b>Sesión 22</b><br><b>26/06/15</b> | Técnica de relajación y Técnica: Reestructuración Cognitiva.                   | Los padres de familia asimilaron de mejor manera las técnicas combinadas y se observa mayor eficacia.   |
| <b>Sesión 23</b><br><b>26/06/15</b> | Técnica de relajación y Técnica: Reestructuración Cognitiva.                   | Los padres de familia aportaron con ideas y algunos mencionan que tienen mayor agrado hacia la técnica de relajación.   |
| <b>SESION 24</b><br><b>04/07/15</b> | Detención del pensamiento  | Los padres de familia escribieron en un papel, las ideas recurrentes que les causan daño o que les molestan.  |
| <b>SESION 25</b><br><b>06/07/15</b> | Detención del pensamiento  | En conjunto con los padres de familia buscamos un lugar tranquilo, donde se relajen e imaginen una situación en la que suele aparecer el pensamiento que les molesta en su vida diaria.   |
| <b>SESION 26</b><br><b>09/07/15</b> | Detención del pensamiento  | Utilizamos con los padres de familia una alarma e hicimos que coloquen para dos minutos, pasado ese tiempo, cuando suene les dijimos, que digan en voz alta “¡Basta!”, que aprieten su puño o hagan cualquier cosa que determinen como estímulo de detención. |
| <b>SESION 27</b><br><b>11/07/15</b> | Detención del pensamiento  | Hicimos que los padres de familia mantengan la mente en blanco al menos durante unos segundos.  |
| <b>SESION 28</b><br><b>15/07/15</b> | Detención del pensamiento  | Trabajamos con los padres de familia en sustituir el  |

|                                      |                            |  |
|--------------------------------------|----------------------------|--|
|                                      |                            | pensamiento negativo con ideas saludables y que sean creíbles para los ellos, y que utilicen frases como: “soy una persona valiosa”, “las personas me estiman” o “me siento cómodo y relajado”.  |
| <b>SESION 29</b><br><b>18/07/15</b>  | Autoinstrucciones          | Trabajamos con los padres de familia en una charla incentivando y recomendando que hagan uso de auto-frases positivas, y, además, frases que enfatizan que el posible malestar que se está sintiendo es pasajero y sólo durará un tiempo limitado. |
| <b>SESION 30</b><br><b>21/07/15</b>  | Autoinstrucciones          | Se trabajó con los padres de familia en la Definición del problema. Realizamos un examen o ejercicio es básico, determinar qué es lo que he de hacer   |
| <b>SESION 31</b><br><b>23/07/15</b>  | Autoinstrucciones          | Aproximación al problema, ¿qué me piden concretamente que haga?  |
| <b>SESION 32</b><br><b>29/07/15</b>  | Autoinstrucciones          | Auto verbalizaciones para afrontar los errores. Me he equivocado, pero puedo repetirlo.  |
| <b>SESION 33</b><br><b>30/07/15</b>  | Autoinstrucciones          | Auto evaluación, ¿lo he resuelto bien?   |
| <b>FASE DE CONSOLIDACIÓN</b>         |                            |  |
| <b>Sesión 34</b><br><b>07/08/15</b>  | Técnica : Ensayo Imaginado | Los padres de familia se organizan aportando con ideas e imaginándolas de las situaciones más estresantes y ansiosas para ellos, las cuales van hacer representadas.   |
| <b>Sesión 35</b><br><b>10 /08/15</b> | Técnica : Ensayo Imaginado | Se pone en práctica las escenas de las situaciones planificadas, existiendo una buena colaboración por parte de los padres.  |
| <b>Sesión 36</b><br><b>14/08/15</b>  | Técnica : Ensayo Imaginado | Al poner en práctica las escenas imaginadas los padres de familia van  |

|                                      |                              |  |
|--------------------------------------|------------------------------|--|
|                                      |                              | identificando y encontrando soluciones de cómo ir afrontando las diversas situaciones estresantes.   |
| <b>Sesión 37</b><br><b>17 /08/15</b> | Técnica : Ensayo Imaginado   | Junto a las soluciones encontradas y recomendadas para afrontar cualquier situación las han acogido de una manera muy positiva.  |
| <b>Sesión 38</b><br><b>20 /08/15</b> | Técnica : Ensayo Conductual  | Los padres de familia ensayan desde el punto de vista de la conducta las formas de afrontamiento.  |
| <b>Sesión 39</b><br><b>22/08/15</b>  | Técnica : Ensayo Conductual  | Se muestra un video de maneras de afrontamiento a situaciones similares a las que ellos enfrentan  |
| <b>Sesión 40</b><br><b>25/08/15</b>  | Técnica : Ensayo Conductual  | Los padres de familia comprenden y analizan las maneras de afrontar tanto practicadas como aprendidas y expuestas  |
| <b>Sesión 41</b><br><b>27/08/15</b>  | Técnica : Ensayo Conductual  | Los padres se encuentran adiestrados y estimulados para responder de una manera más adecuada y positiva a cualquier situación de riesgo para ellos y así encontrar posibles soluciones a las situaciones estresantes y ansiosas que viven diariamente. |
| <b>Sesión 42</b><br><b>29/08/15</b>  | Técnica : Exposición en vivo | En esta se explica que van a llevar a cabo tareas a sus casas para las cuales se les entrena   |
| <b>Sesión 43</b><br><b>31 /08/15</b> | Técnica : Exposición en vivo | Acogen la mayoría cumpliendo las tareas a cabalidad en las que exponen como se enfrentan a diversas situaciones estresantes en casa y como las han solucionado   |
| <b>Sesión 44</b><br><b>02 /09/15</b> | Técnica : Consolidación      | Se hace una revisión con los padres de familia de lo que han aprendido y como han cambiado, como les ha ayudado las técnicas a cada  |

|                                      |                         |  |
|--------------------------------------|-------------------------|--|
|                                      |                         | uno de ellos.  |
| <b>Sesión 45</b><br><b>04 /09/15</b> | Técnica : Consolidación | Responden d una manera muy positiva ya que han existido grandes cambios en la mayoría de los padres exponiendo que se sienten más tranquilos y encuentran soluciones de una forma más fácil a las diversas situaciones que se les presentan. |

## ANEXO N. 2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**N° Historia**

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### **Instrucciones para el profesional**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD   | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave/<br>Incapacitante |
|---|---------|------|----------|-------|-----------------------------|
| <b>1. Estado de ánimo ansioso.</b><br>Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad                                 | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>2. Tensión.</b><br>Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.             | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>3. Temores.</b><br>A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.                                | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>4. Insomnio.</b><br>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>5. Intelectual (cognitivo)</b><br>Dificultad para concentrarse, mala memoria.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>6. Estado de ánimo deprimido.</b><br>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b><br>Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b><br>Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>9. Síntomas cardiovasculares.</b><br>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>10. Síntomas respiratorios.</b><br>Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>11. Síntomas gastrointestinales.</b><br>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>12. Síntomas genitourinarios.</b><br>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>13. Síntomas autónomos.</b><br>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b><br>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.<br>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Ansiedad psíquica</b> |  |
| <b>Ansiedad somática</b> |  |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>  |  |



#### ANEXO N. 4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>ENE</b> | <b>FEB.</b> | <b>MAR</b> | <b>ABR.</b> | <b>MAY</b> | <b>JUN</b> | <b>JUL</b> | <b>AGO.</b> |
|---|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| Elaboración del anteproyecto  | X          |             |            |             |            |            |            |             |
| Presentación del anteproyecto   | X          |             |            |             |            |            |            |             |
| Aprobación del anteproyecto   |            |             | X          |             |            |            |            |             |
| Aplicación de los reactivos psicológicos                                  |            |             |            | X           |            |            |            |             |
| Recolección de datos del pre test   |            |             |            | X           |            |            |            |             |
| Aplicación de la técnica de Inoculación del estrés.                       |            |             |            | X           | X          | X          |            |             |
| Aplicación del post test  |            |             |            |             |            | X          |            |             |
| Elaboración del marco teórico   |            |             |            |             |            | X          |            |             |
| Procesamiento y análisis de datos   |            |             |            |             |            | X          |            |             |
| Comprobación de hipótesis   |            |             |            |             |            | X          |            |             |
| Elaboración de conclusiones y recomendaciones                             |            |             |            |             |            | X          |            |             |
| Presentación del informe para la revisión previa a la pre defensa privada |            |             |            |             |            |            | X          |             |
| Defensa Privada de la tesina  |            |             |            |             |            |            |            | X           |
| Correcciones sugeridas por los miembros del Tribunal                      |            |             |            |             |            |            |            | X           |
| Defensa publica   |            |             |            |             |            |            |            | X           |

## **ANEXO N. 5 FICHA TÉCNICA**

### **TITULO DEL PROYECTO:**

Inoculación de estrés en la ansiedad de padres con hijos con discapacidad de la Unidad de Educación Especializada “Puyo”, provincia de Pastaza, periodo marzo – agosto 2015

### **ORGANISMOS RESPONSABLES:**

Para la ejecución de este proyecto los organismos quienes demostraran sus apoyos son los siguientes:

- Universidad Nacional de Chimborazo
- Unidad de Educación Especializada Puyo

### **AUTORES**

- María Elisa De La Torre Castañeda
- Soraya Vanessa Inga Alarcón

### **LUGAR DE REALIZACIÓN:**

Provincia: Pastaza

Cantón: Puyo

### **INSTITUCIÓN:**

Unidad de Educación Especializada “Puyo”

### **BENEFICIARIOS:**

Los beneficiarios directos serán los padres de familia de la Unidad de Educación Especializada Puyo.

### **TIEMPO ESTIMADO APROXIMADAMENTE:**

El tiempo aproximado para la ejecución de la investigación será de 6 meses.

**ANEXO 6: FOTOS**

