

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL

TÍTULO:

PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACIÓN, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO- JULIO 2015

Tesis previa la obtención del grado de Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

AUTOR

Lenin Andres Chuquimarca Masache

DIRECTORA:

Dra. Alba Susana Valarezo Cueva. Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2016

1859

CERTIFICACIÓN

Dra. Alba Susana Valarezo Cueva. Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado, revisado, orientado con pertinencia y rigurosidad científica en todas sus partes, en concordancia con el mandato del Art. 139 del Reglamento de Régimen de la Universidad Nacional de Laja, el desarrollo de Tesis de Licenciatura en Psicorrehabilitación y Educación Especial, titulada: PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACIÓN, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO- JULIO 2015, de la autoría del Sr. Lenin Andres Chuquimarca Masache. En consecuencia, el informe reúne los requisitos, formales y reglamentos, autorizo su presentación y sustentación ante el tribunal de grado que se designe para el efecto.

Loja, 28 de marzo del 2016.



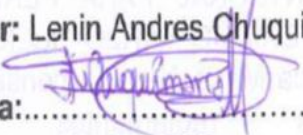
Dr. Alba Susana Valarezo Cueva Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Lenin Andres Chuquimarca Masache, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Lenin Andres Chuquimarca Masache

Firma:.....

Cedula: 1104299506

Fecha: 05 de abril del 2016.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Lenin Andres Chuquimarca Masache, declaro ser el autor de la tesis titulada PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACIÓN, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO - JULIO 2015, como requisito para optar al grado de Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de abril del dos mil dieciséis.

Firma.....

Autor: Lenin Andres Chuquimarca Masache

Cedula: 1104299506

Dirección: Loja. **Barrio:** El Electricista, calles Américo Vespucio 28-37 entre Leonardo Da Vinci

Correo electrónico: lenon_andres@hotmail.com

Teléfono: 072547039 **Celular:** S/N

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Alba Valarezo Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Oscar Cabrera. Mg. Sc.

Primer Vocal: Dra. Lourdes Ordoñez. Mg. Sc.

Segundo Vocal: Dra. Raquel Ocampo. Mg Sc.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, especialmente a los docentes de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, por brindarme los conocimientos y la experiencia precisa para el desarrollo profesional en la vida cotidiana.

La Directora de Tesis, Dra. Alba Valarezo, Mg. Sc, quien me guío y asesoró a través de sus conocimientos, sugerencias y habilidades que fueron pertinentes y necesarias para la concreción del presente trabajo de investigación.

Agradezco también a las autoridades, personal terapéutico, docente, así mismo a los padres y a los estudiantes del Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja, por su valiosa colaboración en la investigación de campo y en el desarrollo de los seminarios talleres constitutivos de la investigación.

El Autor.

DEDICATORIA

Dedico la presente a mi familia, en especial a mis padres, pues fueron la base fundamental para lograr esta meta, con su cariño, motivación, sacrificio y esfuerzo diario lograron brindarme todo el apoyo necesario para seguir adelante.

El Autor.

MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

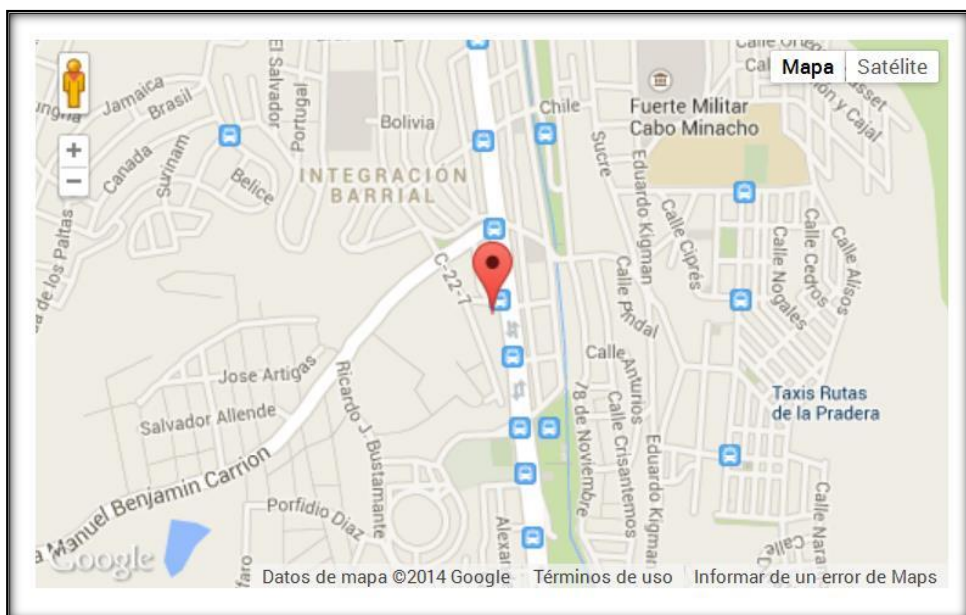
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN											
TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR NOMBRE DE LA DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DESAGREGACIONES	OTRAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIAL	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO		
TESIS	Lenin Andres Chuquimarca Masache PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACIÓN, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO- JULIO 2015.	UNL	2015	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	Sagrario	Los Cocos	CD	Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS.



UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CANTÓN DE LOJA.

CROQUIS DE LA INVESTIGACIÓN “CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA”



ESQUEMA DE TESIS

- i. PORTADA
 - ii. CERTIFICACIÓN
 - iii. AUTORÍA
 - iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN
 - v. AGRADECIMIENTO
 - vi. DEDICATORIA
 - vii. MATRIZ DEL ÁMBITO GEOGRÁFICO
 - viii. MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS
 - ix. ESQUEMA DE TESIS
-
- a. TÍTULO
 - b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS)
 - c. INTRODUCCIÓN
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA
 - e. MATERIALES Y MÉTODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS
-
- PROYECTO DE TESIS
 - OTROS ANEXOS

a. TÍTULO

PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACION, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2015.

b. RESUMEN

La presente tesis, titulada PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACION, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2015. Se aplicó en razón de la realidad que viven los padres de hijos con discapacidad, pues afrontan sentimientos de depresión, ira, rechazo, culpabilidad y aceptación que se mezclan de manera incesante, para confrontar este proceso de duelo, este dolor lo acompañará durante mucho tiempo y en algunos padres se convierte en apatía. Bajo este contexto se planteó el siguiente objetivo general: reducir la ansiedad, producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, a través de la Terapia Racional Emotiva en el periodo marzo- julio 2015. Este estudio se enmarca en una investigación-acción, el enfoque es mixto (cuanti y cualitativo), los tipos de estudio fueron el exploratorio, descriptivo, y explicativo, los métodos utilizados se enmarcan en tres áreas: teórico-diagnósticas, diseño y planificación de la propuesta, evaluación y valoración de la misma, por ello se utilizó principalmente el método científico, también métodos teóricos como el Analítico-sintético, inductivo, lógico, hermenéutico, dialectico y descriptivo, del mismo modo se utilizó el test de Hamilton con el cual se determinó que 6 personas serian aptas para la aplicación de la propuesta, además un registro diario de asistencias y finalmente se utilizó la estadística descriptiva. Luego de la aplicación del taller de Psicoterapia Racional Emotiva, se pudo observar una disminución en la ansiedad de los participantes. Por lo tanto se recomienda la continuación de este programa, en todos y cada uno de los padres de los jóvenes.

SUMMARY

This thesis, entitled RATIONAL EMOTIVE PSYCHOTHERAPY, TO REDUCE THE LEVELS OF ANXIETY, PRODUCT OF THE PROCESS OF ACCEPTANCE, IN PARENTS THAT SHOW MORE INTEREST IN THE FAMILY INTEGRATION AND COMMUNITY OF PEOPLE WITH DISABILITIES ATTENDING IN THE DIURNAL CENTER OF DEVELOPMENT FOR DISABLED PEOPLE OF MIES LOJA, IN THE PERIOD MARCH-JULY 2015. It was applied because of the fact that parents of children with disabilities live, they face feelings of depression, anger, denial, guilt and acceptance that are combined incessantly, to confront the grieving process, this pain will accompany them for a long time and in some parents it becomes apathy. In this context the following general objective was proposed: to reduce anxiety, product of the process of acceptance in parents who show more interest in family integration and community of people with disabilities, attending in the diurnal center of development for disabled people of MIES Loja, through Rational Emotive Therapy in the period March-July 2015. This study is part of an action research, the approach is mixed (quantitative and qualitative), the types of study were exploratory, descriptive and explanatory, the methods used fall into three areas: theoretical-diagnostic, design and planning the proposal, evaluation and assessment of it, the scientific method was mainly used, also theoretical methods as the analytic-synthetic, inductive, logical, hermeneutic, dialectical and descriptive, in the same way the test of Hamilton was used in order to determined that 6 families would be suitable for the implementation of the proposal, a daily attendance register and finally the descriptive statistic were used. After the application of Rational Emotive Psychotherapy workshop, it could be observed a decrease of anxiety in participants. Therefore we recommend that this kind of program continue with all parents of young people

c. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad reducir la ansiedad que padecen los padres producto del proceso de aceptación, de tener un hijo con discapacidad, a través de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Pues el nacimiento de un hijo con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado; la pérdida de expectativas y el desencanto ante la evidencia de la discapacidad, en un primer momento va a ser demoledor, pues la confusión y los sentimientos de depresión, culpa, vergüenza, rechazo, los padres pasan por una serie de estadios para lograr superar estos sentimientos, que no siempre son superados fácilmente, Bajo este contexto surge el siguiente problema ¿Cómo los padres de los niños con discapacidad que asisten Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, pueden superar los problemas de ansiedad producto del proceso aceptación?

En la presente tesis, se cumplió de una manera efectiva con los siguientes objetivos:

1. Establecer los referentes teóricos y metodológicos relacionados con Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

2. Diagnosticar el tipos de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

3. Elaborar el programa de psicoterapia racional-emotiva para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja

4. Aplicar el programa psicoterapéutico para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja

5. Validar la eficacia de la aplicación del programa de psicoterapia racional emotiva para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

Este estudio se enmarca en una investigación-acción, el enfoque es mixto (cuanti y cualitativo), los tipos de estudio fueron el exploratorio, descriptivo, y explicativo, los métodos utilizados son el método científico, Analítico-sintético, inductivo, lógico, hermenéutico, dialectico y descriptivo, del mismo modo se utilizó el test de Hamilton, el cual permitió seleccionar 6 familias aptas para aplicación del presente proyecto, un registro diario de asistencias, y finalmente se utilizó la estadística descriptiva.

La intervención psicoterapéutica se realizó durante los meses de marzo hasta julio, en cada uno de los hogares de las 6 familias que presentaron ansiedad y que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, para lo cual se procedió a la evaluación de los tipos de ansiedad, luego la elaboración de la propuesta

terapéutica, seguidamente la aplicación del programa psicoterapéutico y para culminar con la validación y efectividad del mismo.

La ansiedad se define según Roca M. (2010) como una emoción compleja caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta urgentes. En general cumple una función adaptativa, y preparan al sujeto para afrontar situaciones de peligro, la ansiedad puede ser normal o patológica, la primera cumple una función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve y no afecta la libertad; por el contrario la ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, se sitúa en el plano corporal y reduce la libertad de la persona.

Para Lega, Vicente, Caballo, Ellis, (2009) La teoría de la Terapia Racional Emotivo fue formulada por Albert Ellis PhD, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la “American Psychological Association”. Básicamente la propuesta de la TRE es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de estos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

Todos los referentes teórico-científicos se fundamentan en libros y autores que hacen referencia a temas como ansiedad, discapacidad y terapia racional emotiva, organizada de acuerdo a lógica de investigación utilizada.

Siguiendo las normas institucionales de la Universidad Nacional de Loja, la presente tesis se elaboró bajo el siguiente esquema de tesis: título,

resumen en castellano (summary), introducción, revisión de literatura, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, anexos e índice.

Luego de la aplicación del taller de Psicoterapia Racional Emotiva, se pudo observar una disminución en los distintos tipos de ansiedad que padecen cada uno de los padres que participaron del presente proyecto. Por lo tanto se recomienda la continuación de este programa, en todos y cada uno de los padres de los jóvenes.

Finalmente luego de la aplicación de este proyecto de tesis se concluye que la Terapia Racional Emotiva, es una excelente opción para tratar el problema relacionados de la ansiedad de los padres con hijos con discapacidad, por lo que sería recomendable seguir aplicando el presente taller de psicoterapia.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. ANSIEDAD

Según Roca (2010) “La ansiedad se define como una a emoción compleja caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta urgentes” (p.275).

Para Ríos, Herrera, Rojas. (2014) La ansiedad es entendida como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, que produce cambios psicofisiológicos. La ansiedad sería un sentimiento de miedo, donde en muchas ocasiones uno no identifica las razones de dicho sentimiento, lo que aumenta claramente la angustia manifestada.

De mismo modo para Sigales (2006) define la ansiedad como una reacción emocional en la cual aparecen sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo e inquietud, que producen la activación o la descarga del sistema nervioso autónomo. En una perspectiva más simple la ansiedad se percibe como la reacción autónoma del organismo frente a los estímulos nocivos. El cuadro principal de la ansiedad está constituido por respuestas, subjetivas-cognoscitivas, fisiológicas-somáticas y motoras-comportamentales que pueden dissociarse. Sin embargo, a veces es difícil distinguir el modo de respuesta normal del patológico es decir, entre la ansiedad normal y la ansiedad clínica. (p.19)

En resumen la ansiedad sería una emoción desagradable, que cumple la función adaptativa de preparar al sujeto para afrontar situaciones de peligro, activando al sujeto de manera psíquica, fisiológica y conductual.

Ansiedad normal o patológica.

Según el doctor Roca M. (2010) La ansiedad puede ser normal o patológica, la ansiedad normal cumple una función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve, y no afecta la libertad; por el contrario la ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento y reduce la libertad de la persona.

Por otra parte, resulta difícil diferenciar angustia de ansiedad. En la ansiedad existe un mayor <sobresalto> y en la angustia un mayor sobrecogimiento; la

ansiedad existe en el plano psíquico y la angustia en lo físico, dentro del esquema corporal la angustia se localiza más profundamente, como sensación opresiva en la garganta, pecho, el corazón o el estómago. En cualquier caso, en la práctica, angustia y ansiedad suelen emplearse en el lenguaje coloquial con significados equivalentes. (p.p. 275,276)

De la misma manera Gómez, (2012) afirma que existen dos tipos de ansiedad.

Ansiedad normal. Es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia, alertando al individuo sobre la necesidad de actuar. En condiciones normales surge ante situaciones que implican una amenaza o un desafío para el individuo. Así, las exigencias de la vida cotidiana generan cierto grado de ansiedad, constituyendo un mecanismo de adaptación que permite mejorar el rendimiento de las tareas o situaciones que se debe afrontar. Eso es así siempre que no se supere unos límites de intensidad y duración.

Ansiedad patológica. La diferencia radica fundamentalmente en que la ansiedad patológica supera los límites de intensidad soportables por el ser humano y de la duración de la misma, pues interfiere de forma negativa en el funcionamiento normal del individuo, desembocando en un estado de desadaptación. (p.p. 37,38)

Factores implicados en la etiología y mantenimiento de la ansiedad

Baeza. (s.f) Muchos de los trastornos tienen su origen en anomalías neuroquímicas influenciadas genéticamente, otros están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología, actualmente se considera que en la ansiedad puede originarse por:

Factores predisposicionales: Sierra, Zubeidat, Fernández, (2006) es decir las variables biológicas y constitucionales, hereditarias (familiares, evolutivas o neurobiológicas) que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. En cierto sentido, son personas que se encuentran

regularmente en una especie de pre-alerta que condiciona su disposición hacia el medio externo o interno.

Factores de mantenimiento: Baeza (s.f). Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados en por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión.

Además existen otro grupo de factores considerados activadores, que según señala Baeza, estos aparecen cuando ha existido un episodio previo de ansiedad y se refiere a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta, de la misma manera los factores activadores dependen de la percepción de riesgo es decir de la evaluación, consciente o automático que el individuo hace frente a ello.

Tiene su lógica que, si por ejemplo, se declara un incendio, la gestión de otros programas de acción en curso - leer, realizar un informe, participar en una reunión, comer- pase a un segundo plano o en el caso del problema abordado, que si las familias que tienen un hijo con discapacidad, actividades como reuniones de amigos, leer, etc. pasen a un segundo plano minorando su importancia, y dedicándose al cuidado de su hijo. Si la ansiedad es puntual, no representa grandes inconvenientes; pero si el estado de alarma se prolonga en el tiempo afecta severamente a su

desarrollo y, a la postre, tendría consecuencias tales para individuo que se convertirían en nuevas fuentes de ansiedad.

Tipos de ansiedad

Uno de los psicólogos que más ha trabajado en los problemas relacionados con la ansiedad es Hamilton, para el cual existen 3 tipos de ansiedad, los cuales son: ansiedad psíquica, ansiedad somática y ansiedad global (ansiedad psíquica + somática).

Ansiedad psíquica.

Según señala Gómez. (2012) En este grupo encontramos características como: preocupaciones excesivas, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, pérdida de memoria, dificultad para la toma de decisiones, desrealización, despersonalización, preocupación miedo o temor Inseguridad.

Ansiedad Somática.

Para Bulbena , Bobes , Luque, Dal-Ré, Ballesteros, Ibarra (2003) En la ansiedad existe un estado anómalo de hipervigilancia, que actuaría sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando así una activación del sistema endocrino, dando lugar a cambios hormonales, los mismos que pueden ser cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, hipertensión arterial, dolor precordial, extrasístoles), respiratorias (disneas, taquipnea, opresión torácica, suspiros, espasmos faríngeos, tos nerviosa), gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, aerofagia, molestias digestivas inespecíficas, pirosis, alteraciones en la alimentación), genitourinarios (poliuria, urgencia miccional, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, amenorrea, menorragia), Neuromusculares (tensión

muscular, temblor, hormigueo, cefalea tensional, fatiga excesiva, alteraciones sensoriales, dolores, rechinar de dientes, voz inestable) y por último los neurovegetativos (sequedad de la boca, midriasis, mareos, sudoración excesiva, sofocos, visión borrosa, zumbidos de oídos)

¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?

Según el Reglamento General De La Ley De Discapacidades, en el capítulo dos, Art.3, (CONADIS, 2003) Señala:

Se considerará persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive la persona.

2. LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD

Definición de familia

Según el diccionario (Definición ABC, 2007-2015). Define: “La familia es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos.”

Para Ruíz. (2010) La familia se constituye como el primer contexto de desarrollo en que el niño o niña nace y se desarrolla. Ésta se encargará del desempeño de funciones tales como la alimentación, el cuidado, el apoyo, la estimulación y la estructuración de un espacio al que el menor ha de adaptarse. Y será en este contexto donde el niño comience a establecer relaciones interpersonales donde adquirirán conocimientos, habilidades y destrezas que servirán para el desarrollo en el mundo real. (p.1)

Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad

A decir de los autores Córdoba; Soto,(2007) Es considerable la evidencia empírica sobre el impacto que tiene la discapacidad en la familia y su consecuente adaptación. Desde hace mucho tiempo ha existido la tendencia de los investigadores a realizar atribuciones generales caracterizando a las familias que tienen uno de sus miembros con una discapacidad como mal adaptadas y patológicas. (p. 535)

La condición crónica es estresante para todos los miembros del sistema familiar, tiene un impacto directo o indirecto sobre dicho sistema y requiere diversas respuestas de todos los miembros de la familia para afrontar la situación, existen casos en que los padres de los niños con una enfermedad crónica o una discapacidad encuentran numerosas y diversas maneras o alternativas en el cuidado y crianza de su hijo.

De la misma manera Vásquez; Cáceres. (2008) Cada familia es un sistema abierto, en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Los procesos que tienen lugar son interactivos de forma que cualquier suceso que ocurra en alguno de los miembros repercute de una u otra manera sobre los demás; produciendo incertidumbres, desequilibrios y cambios que para ser superados necesitaran de un trabajo sistemático.

El proceso de adaptación es dinámico puesto que a medida que el niño crece vivencia situaciones nuevas que van a requerir nuevas adaptaciones. Es por esto que el nacimiento, accidente o enfermedad que produce un miembro con discapacidad, es percibido por la familia, como una vivencia traumática, rompe con las expectativas del hijo deseado. En los grupos familiares se manifiestan confusión, desorientación, dudas, e inquietudes con respecto a cómo ayudar a su hijo/a con discapacidad en los aspectos que hacen a su desarrollo integral, y a la satisfacción de la praxis familiar de resolución de problemas que aparecen en la vida cotidiana obligando a sus miembros a transitar por diferentes etapas para llegar a la aceptación de su hijo/a, logrando su integración personal, familiar y social. (p. 162)

Comunicar a unos padres que su hijo presenta discapacidad es una noticia capaz de desestabilizar cualquier sistema familiar. Las reacciones pueden ser muy diversas, emociones como rabia, culpa, tristeza, odio, negación, dolor, pena, entre otras, forman parte de sus vivencias durante un tiempo, estas emociones complejas y al parecer casi inasumibles son

normales y pueden aparecer desde el anuncio de la noticia hasta la culminación del proceso de aceptación.

El proceso de aceptación de un hijo con discapacidad.

Luego de la noticia se inician una experiencia de duelo o dolor emocional que se manifiesta directa o indirectamente en todo padre, madre o miembro familiar de la persona con discapacidad, Villaroel (s.f.) Afirma: que este proceso abarca los siguientes estadios: Negación y culpa, pena o dolor, ira o coraje, búsqueda, aceptación.

La fase de negación y culpa

Según Ponce. (2008) Es más simbólica que literal, la persona sabe lo que está pasando, sin embargo no lo logra entender ni asimilar, empiezan a cuestionar la realidad: “no está sucediendo”, “no es cierto”, “usted no sabe lo que dice”, etc. Este es el inicio del proceso y empieza a cuestionarse la realidad porque en un principio el dolor es excesivo, existen muchas dudas, se encuentran indefensos y sin argumentos, esta etapa permite dosificar el dolor actuando como primer mecanismo de defensa para encarar una situación nueva amenazante.

La fase de pena o el dolor

A decir de Villaroel. (s.f.) Estos sentimientos no desaparece en un padre o madre especial, ya que la discapacidad es igual de permanente, sin embargo, este dolor se transforma. En un primer momento este dolor es agudo, penetrante, aniquilador, es una depresión por lo que se perdió por lo que se tendrá que vivir y por lo que se perderá también a futuro. El llanto, los nervios, la angustia, el temor, la incertidumbre, el desconocimiento de la discapacidad, la desesperación, los sentimientos de inutilidad y de “no poder con la carga”, se hacen presentes. Dejarse llevar por el dolor y sufrirlo es lo que los conducirá a progresar en su camino a la aceptación.

La fase de la ira

Según Cuadrado. (2010) “este es un proceso genuinamente emocional se manifiesta de múltiples formas: contra los causantes del cambio, contra los seres cercanos, contra terceros no claramente definidos, contra entres.” (p. 162)

Así mismo Ponce. (2008), Señala que los padres “tienen que manejar muchos sentimientos: de injusticia, culpa, incompetencia, desastre... Muchas veces el enfado puede ser secundario y se dirige hacia otros... lo cierto es que estamos acostumbrados a la ira que nos sirve para tapar el resto de sentimientos” (p. 11)

Cuando la persona ve por fin la realidad, intenta todavía rebelarse contra ella, aparece el enojo con la vida y con el mundo, la ira es una reacción normal ante el cambio y en este caso ante la noticia tan inesperada, En ocasiones la persona expresa una ira que inunda todo a su alrededor; nada le parece bien, nada le conforma.

La fase del rechazo

Según Neimeyer. (s.f) Los padres muchas veces tienen dificultades para entender la noción de rechazo emocional. Si pensamos en la recolocación, la tarea del padre en duelo implica cierta relación continuada con los pensamientos y expectativas que esperaba con el nacimiento de su hijo. Universalmente se habla de que todos los padres aman y que ninguno “debe” sentir rechazo por un niño o niña, pero en estos casos, es un sentimiento de autodefensa ante la amenaza de vivir con una responsabilidad excesiva.

Generalmente el rechazo no se verbaliza por el temor a que los demás nos enjuicien y suele enmascararse con actitudes de sobreprotección como: “todo lo hago por mi hijo o hija”, “sólo yo me ocupo del niño”, “nadie

cuida tan bien a mi hijo o hija como yo”, “vean cuanto me sacrifico por él o ella”, “vivo para mi hijo o hija”.

La fase de Búsqueda

Ruíz (2010) Luego de haber superado estos proceso se inicia los primeros pasos hacia la aceptación, la familia comienza a entender que tener un hijo con discapacidad no tiene que ser un problema, sino una situación que requiere de la búsqueda de estrategias para hacerle frente a esta situación. Este periodo va a depender de muchos factores como las características emocionales de la familia, el apoyo entre pareja, el nivel económico, y la capacidad de buscar recursos en el entorno que le ayuden a entender y aceptar la nueva situación (los servicios médicos, educativos, de rehabilitación), en este proceso se da una búsqueda de alternativas que, en ocasiones, se abandonan y luego se las retoman hasta que llegan a ser permanentes en las actividades rutinarias de la vida.

La fase de aceptación

Según Ponce, (2008) No es que la persona se encuentre bien o se sienta de acuerdo con lo que está sucediendo, sino de aceptar la situación y que se trata de un hecho permanente, esta etapa se trata de adaptarse, reorganizarse, esta fase es la que permite ayudar a su hijo.

La aceptación es el sentimiento más gratificante y liberador que puede experimentar un padre especial. Sentir amor por el hijo o hija, no lástima, cuidarlo sin sobreprotegerlo, conocer el problema sin minimizarlo, involucrar a toda la familia sin absorber toda la responsabilidad, buscar apoyo educativo, médico, social y espiritual e integrar todos estos aspectos.

Todos los mecanismos de defensa mencionados son normales, ningún padre o madre se exentan de vivirlos. Puede ocurrir que estas fases no se den en este orden o que no se supere una y se vuelva a ella, incluso estas fases pueden ocurrir en forma psíquica conforme tengan nuevo lugar

las situaciones. En un proceso adecuado se considera aproximadamente entre 2 y 3 años para lograr la aceptación. Cuando un padre se estanca en una etapa es muy recomendable buscar ayuda profesional.

Señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo

A decir de Vallejo (s.f) Es imposible pronosticar exactamente el curso del proceso que una pareja de padres va a tener en la aceptación 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, actitud sacrificada sobre-exigencia al menor, actitudes de huida, actitud desafiante, agresiva, altos niveles de ansiedad, cuadros de depresión crónica.

Por último la experiencia de un hijo discapacitado produce en los padres y en la familia, cualquiera de las dos situaciones totalmente opuestas: unos superarán la situación de un modo admirable, mientras que otros son incapaces de soportar la terrible tensión generada y la familia se desintegra.

3. ¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ANSIEDAD?

Según López, Vázquez, Arcila, Sierra, Barranco, Salín (2002) Existe un gran número de cuestionarios o escalas que se derivan del constructo clínico de depresión y ansiedad, basados en algunos sistemas de clasificación como el DSM-IV (American Psychiatry Association 1994) y el ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Estos cuestionarios utilizan múltiples preguntas para medir aspectos cognoscitivos de la depresión o ansiedad, los síntomas somáticos o la conducta entre otros.

Bulbena, Casquero, Díaz, García, Pereira, Pozo,... Casado (2008) Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la

presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica. (p. 40)

Todos estos instrumentos presentan limitaciones en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad. Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar.

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS).

Krebs, González, Rivera, Herrera, Melis (2012) Es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Los puntajes oscilan entre 0 y 56 puntos, considerándose los siguientes puntos de corte recomendados:

- (a) 0-5 no ansiedad
- (b) 6-14 ansiedad leve
- (c) 15-30 ansiedad moderada
- (d) > 31 ansiedad grave.

Para efectos de los análisis, se consideraron tres categorías de severidad de la sintomatología ansiosa: (a) no ansiedad/ansiedad leve, (b) ansiedad moderada y (c) ansiedad grave.

Interpretación

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, El paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems.

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.)

¿Cómo Tratar la ansiedad?

National Institute of Mental Health (2015) Señala: En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, psicoterapia, o ambos. La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia, la psicoterapia implica un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Esta terapia se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor. Con frecuencia, la

terapia cognitiva-conductual o terapia conductual dura aproximadamente 12 semanas.

Terapia Racional Emotivo (TRE)

Según Lega, Vicente. Caballo, Ellis, (2009) La teoría de la Terapia Racional Emotivo, fue formulada por Albert Ellis, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la “American Psychological Association”. Básicamente la propuesta de la TRE es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta). A la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, Ellis lo ha llamado “pensamiento racional” y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado “pensamiento irracional”.

Es importante aclarar que algo será “racional” o “irracional” en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él o ella, no para el/la terapeuta, en tanto esos pensamiento no le permitan conseguir sus metas y le causen perturbación emocional: ansiedad, depresión, enojo excesivo, etc.

El ABC del TRE

Adecir de Mayorga (2014) Para reconocer con eficacia las emociones y conductas que pueden presentarse como negativas, ligeras, fuertes inapropiadas o apropiadas; lo principal es poner énfasis en los pensamientos, es decir todo lo relacionado con las creencias e imágenes que disparan de un acontecimiento y estas son interpretadas de forma

racional o irracional. Por este motivo, Ellis resumió su teoría que denominó el "ABC" emocional, nombre críptico que sirve para facilitar la labor didáctica y educativa, además recordando que "entre A y C siempre está B"; en la que se detalla a continuación

Los acontecimientos activantes o las A

Según Blanco (s.f) Cuando una persona que asiste a psicoterapia describe un acontecimiento que les perturba, el terapeuta debe pensar en tres elementos: 1) ¿Qué sucedió?, 2) ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió? y 3) ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?

Los primeros dos elementos se relacionan con el acontecimiento, el último elemento se refiere al sistema de creencias de la persona. Otro aspecto importante de la TRE es que hace diferencia entre realidad objetiva y realidad percibida. La primera es la realidad confirmable, el hecho en sí, lo que realmente sucedió y la segunda, es la realidad conforme la describe la persona y como supuestamente cree que es, es la realidad según y cómo la persona la está evaluando.

Algo importante es que en TRE el término creencia se utiliza para referirse a las cogniciones, a los pensamientos; las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad. Por eso la propuesta de la TRE es que son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

Las creencias o las B

Según González N. (2004) Son el sistema de creencias, es decir el conjunto de pensamientos racionales (rB) e irracionales (iB) que son evaluaciones de la realidad, y en las personas se dan ambos tipos de pensamiento. (Cabezas, 2006, p. 103) señala que según las investigaciones se "Identificaron once ideas irracionales las que posteriormente fueron

agrupadas en tres inferencias: Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración (BTF), y Condenación o “Evaluación global de la valía del ser humano”

Las consecuencias o las C:

Para Boeree, (2001) Corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias o ideas.

Para Calvete, Cardeñoso, (1999) “En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales (C) sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) que median sobre A las que causan dichas consecuencias” (p. 179). Además Blanco (s.f) Un aspecto importante a destacar es que para la TRE no todas las emociones son inapropiadas, o serán objetivos para modificar. De hecho, las emociones son muy útiles en nuestra vida diaria, y es parte de nuestra supervivencia. Se pueden diferenciar unas de otras, debido a que las emociones que se consideran dañinas son las que no permiten conseguir los logros y las metas propuestos, la persona no disfruta de su vida y puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo.

Además también hay emociones esperables en ciertas situaciones, por ejemplo, la tristeza debido a la muerte de un ser querido, sin embargo, cuando esa tristeza se prolonga durante mucho tiempo, es muy debilitante, la persona se aísla y se deteriora su capacidad de autocuidado, entonces se convierte en una emoción disfuncional, perturbadora y es un objetivo para la intervención terapéutica.

El objetivo a nivel terapéutico es “transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas. Algunas pueden ser:

Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.

Emociones inapropiadas: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza.

Las bases de la TRE

Según Blanco (s.f) Para la TRE el elemento principal en el trastorno psicológico es la evaluación irracional, que hace el individuo sobre el sí mismo y el mundo que le rodea, esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas “debo de” y “tengo que” en relación a estos aspectos. Entonces, la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la tríada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias, y son:

Tremendismo: Cabezas (2006) “El “tremendismo” es la tendencia a resaltar excesivamente la parte negativa de un acontecimiento, es una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “esto no debería ser tan malo como es” (p. 103)

Baja tolerancia a la frustración: Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la situación presente la probabilidad de que en un futuro pueda presentarse: “si tal cosa ocurre es insoportable, terrible, horrible”.

Condenación: Ellis (1993) Es la tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona (amigo/a, familiar, pareja) con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo a las demandas que se tengan hacía esa persona.

La terapia racional emotiva, establece una diferencia muy importante entre la ansiedad del ego y la ansiedad situacional, en donde la ansiedad del

ego se da como consecuencia de la condenación o “evaluación global de la valía del ser humano”, mientras que la ansiedad situacional es producto de la baja tolerancia a la frustración

Los principales cambios que se espera luego de la intervención psicoterapéutica son: darse cuenta de que son los propios individuos las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas, y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.

EL PROCESO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Evaluación psicopatológica

El primer paso es realizar una exploración psicopatológica completa. En los pacientes que no sufren ningún trastorno psicopatológico especial se comienza directamente con la evaluación racional emotiva. Según González J. (s.f) Esta exploración se realiza en la primera entrevista, el psiquiatra debe obtener información detallada sobre los síntomas de su paciente, sus particularidades caracteriológicas y la naturaleza de aquellos estreses presentes y pasados que puedan jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad actual.

Evaluación racional-emotiva

psipedia.es (2015) Se comienza realizando una lista con los problemas que presenta el paciente, clasificándolos en internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales) y externos (dependen del ambiente), y primarios o secundarios. El objetivo es detectar creencias que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o auto-descalificación general. En general es conveniente comenzar trabajando los problemas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. El orden es: a) los problemas secundarios, b) los problemas primarios, y c) los problemas externos. Se

establece una primera aproximación a las relaciones entre acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (C). A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TRE.

Insight racional-emotivo

Roca E. (2014) Señala que existen dos tipos de insight los cuales son:

Insight racional.- en esta etapa se supone llegar a tener claro los siguientes conceptos: las creencias irracionales son el determinante de los problemas actuales; no existen pruebas que apoyen a las ideas irracionales, sin embargo existen evidencias claras de que mantener esas actitudes son perjudiciales.

Una vez comprendidos estos principios se puede pasar a la fase de reestructuración o cambio de actitudes.

Insight emotivo.- es la etapa más extensa, esta se trata de lograr el cambio de creencias, emociones y conductas. En esta etapa el terapeuta debe de analizar los obstáculos que vayan surgiendo y ayudar a resolverlos, con ideas lógicas, persuasión, dialogo socrático.

El paciente aprende a identificar sus ideas como hipótesis a comprobar y no como una realidad absoluta, tomando en cuenta nuevas ideas u opiniones de entre su entorno social.

El objetivo del insight es crear nuevas ideas o filosofías de vida, actuar contra las ideas o creencias irracionales existentes para de esta manera superar los problemas presentados.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Según la enciclopedia psipedia.es (2015) Primero tenemos que establecer el raptor, luego es importante preguntar al paciente por el

problema a tratar durante la sesión, no siempre es necesario continuar con el problema de la sesión anterior, en este momento hay que definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y paciente, seguidamente damos inicio al proceso ABC y establecer relaciones, si es necesario se procede a debatir entre terapeuta y paciente las creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas, si el problema que se encuentran abordando permite se elabora un plan de actividades de respuesta, para la situación, en el caso de trabajar problemas previos abordados es necesario los autorregistros de las sesiones anteriores, para culminar con la sesión se realiza un recuento de las actividades establecidas, y de las nuevas creencias racionales.

Principales técnicas de intervención

Para González N. (2004) Antes de que el enfermo esté capacitado para hacer el debate de sus propias ideas, es necesario que el terapeuta comience practicando el debate y demostrándole al sujeto, siendo bastante directivo, a cambiar sus hábitos. Para ello, usa distintas técnicas: trata de persuadirlo, hace sugerencias, preguntas, explicaciones, la lógica, el humor, etc. Así el paciente aprende a debatirse a sí mismo, es decir, demostrarse a sí mismo la irracionalidad del pensamiento que mantiene sus emociones y sus conductas. (p. 25)

Según Almazán, (2013) Las técnicas más utilizadas por excelencia en la TRE son: a) discusión y debate de creencias, b) entrenamiento en auto-instrucciones, y c) distracción cognitiva e imaginación.

Discusión y debate de creencias

Navarrete (2015) señala: las técnicas de discusión más usadas en la TRE son las técnicas de didácticas de persuasión, entre las que cabe destacar las siguientes: Análisis y evaluación lógica (análisis de premisas y de incongruencia de la premisa con la conducta), razonamiento deductivo para demostrar que una conducta no se deriva de una creencia, razonamiento inductivo para mostrar como una creencia no se deduce de

una conducta), reducción al absurdo (llevar al extremo la creencia para mostrar lo absurdo de las consecuencias) , análisis y evaluación empírica, contradicción con el valor apreciado (contradicción entre creencias del paciente), apelar a consecuencias negativas (consecuencias negativas de los auto-mensajes), apelar a consecuencias positivas. Los estilos del terapeuta pueden ser: socrático (formula preguntas abiertas), didáctico, metafórico (contar historias), humorístico, y teatral (escenificar creencias).

Entrenamiento en auto-instrucciones

Para los autores Umaña, Zárate, (2014) Las auto-instrucciones ayudan a combatir la creencia irracional, a recalcar la planificación de la nueva creencia, también ayudan a mantenerse centrado en la tarea a cumplir, evitando otras fuentes de distracción o de ansiedad, Se le pide al cliente que apunte en tarjetas auto-instrucciones y las practique en situaciones particulares

Distracción cognitiva e imaginación

Según Navarrete (2015) Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y la imaginación. Estas técnicas sólo se utilizan ante situaciones de muy alta intensidad emocional o facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal para que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementando así su tolerancia a la frustración.

Técnicas conductuales

Ensayo de conducta

Según Almazán (2013) “Inversión del rol racional se trata de que el terapeuta asuma y adopte el rol del cliente y verbalice las creencias irracionales subyacentes a sus problemas. El paciente adopta el rol del terapeuta y debe discutir las creencias”

Entrenamiento en habilidades sociales.

Para Navarrete (2015) Previamente se han de haber interiorizado creencias racionales con respecto al ridículo, fracasos, etc. (Marín, León, 2001) señalan que esta técnica permite “dotar al usuario de determinadas capacidades, para que éste mantenga una línea de comportamiento coherente (por ejemplo, con un tratamiento) y pueda además instruir y capacitar a otras personas, cercanas a él o que están a su cargo” (p. 248)

Técnicas emotivas

En la TRE se utilizan numerosas técnica emotivas como la imaginación racional emotiva y procedimiento humorísticos (sesiones cargadas de emoción).

Imaginación racional emotiva.

A decir de Núñez (2015) Es una técnica muy efectiva, se enfoca en la premisa de que no solo las experiencias reales sino también a través de la imaginación se pueden crear conexiones o impulsos nerviosos

Técnicas humorísticas.

Para Dehesa (s.f) Aquí encontramos las técnicas usadas por los terapeutas tanto de forma espontánea como intencional, que conducen a la mejora de la autocomprensión y la conducta de los clientes, aquí se incluirían desde los chistes, hasta la identificación de lo absurdo de las situaciones, el parafraseo, ejemplos de pensamientos ilógicos y las exageraciones. El resultado que se obtiene típicamente es una experiencia emocional positiva compartida por terapeuta y cliente, que abarcaría desde una empatía silenciosa hasta la carcajada.

e. MATERIALES Y METODOS

Materiales

Se utilizaron materiales de escritorio como: Escala de ansiedad de Hamilton previamente impresa, hojas de registro diario, hojas del registro condensado, rotulador de pizarra, borrador de pizarra, lápiz, bolígrafos, cuadernos, y hojas previamente preparadas con actividades de la TRE, todos estos materiales fueron de gran importancia para realizar las actividades diarias de la propuesta.

El presente estudio es de tipo investigación-acción, a través de la intervención, el enfoque es mixto, es decir cuantitativo-cualitativo, los tipos de estudio son el exploratorio, descriptivo, y explicativo, el tipo de estudio exploratorio se utilizó al momento de seleccionar la información del presente tema y vincularnos con el mismo, es de tipo descriptiva al momento de investigar, organizar y describir las variables en el marco teórico, y por último pertenece al tipo explicativo al momento de analizar las causas y consecuencias del problema para luego detallar los resultados que se obtuvieron luego de la aplicación de la propuesta de intervención.

Métodos

Los métodos que se utilizaron se enmarcan en tres áreas: teórico-diagnósticas, diseño y planificación de la propuesta y evaluación y valoración de la misma. Por ello se utilizaron:

Analítico-sintético ya que se investigó cada consecuencia y cada causa de la ansiedad para elaborar un plan de intervención adecuado para reducir los tipos de ansiedad. El método inductivo servirá desde el momento de investigar información necesaria para el planteamiento del problema, objetivos, problemática y al recabar los mayores datos posibles sobre las variables.

Instrumentos

El Test de Hamilton para medir los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación de la propuesta, para finalizar un registro diario de actividades que sirvió como evidencia de la labor psicoterapéutica, donde detallaremos las labores que se realizaron como parte del proyecto de intervención

Métodos estadísticos

Por último se utilizó la estadística descriptiva, la cual permitió organizar la información y las tabulaciones luego de la aplicación del test, del mismo modo permitió la comparación de los resultados luego de aplicada la propuesta.

El contexto donde fue desarrollada la investigación es en la ciudad de Loja en cada uno de los hogares de los padres de los jóvenes que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en los meses comprendidos entre Marzo–Junio del año dos mil quince, la intervención de la propuesta fue de carácter individual; por un tiempo de 30 a 45, durante los días martes, miércoles, jueves y sábados.

El procedimiento que se llevó a cabo para la investigación, consistió en realizar un observación para poder determinar el problema, luego se evaluó con la escala de ansiedad de Hamilton, consecuentemente se procedió a elaboró y aplicó el programa de Psicoterapia Racional Emotiva, y por último se realizó la validación de la propuesta con la re- aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton y así poder certificar si la propuesta dio resultados.

La población fue de 13 padres de familia, el criterio de la muestra fue de tipo no probabilístico mediante la utilización de la escala de ansiedad de Hamilton, permitiendo diagnosticar los diversos tipos de ansiedad. Siendo la muestra 6 padres.

CUADRO DE POBLACIÓN Y MUESTRA

Población	13
Muestra	6

f. RESULTADOS

Objetivo 1.- Establecer los referentes teóricos y metodológicos relacionados con Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

Para dar cumplimiento al primer objetivo se utilizó la técnica del mapeo y se establecieron los siguientes referentes teóricos: La ansiedad en donde se abordaron temas como: la definición, factores implicados en la etiología y mantenimiento y los tipos de ansiedad, en un apartado también se abordó ¿qué es la discapacidad?, además se trabajó la categoría de la familia y la discapacidad, con temas como: la definición de familia, el duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad, el proceso de aceptación de un hijo con discapacidad y las señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo, también se abordó el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad, asimismo se definió la propuesta de la terapia racional emotiva (TRE), el ABC del TRE, las bases de la TRE, el proceso de la terapia racional emotiva y las principales técnicas de intervención.

Objetivo 2.- Diagnosticar el tipo de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

El test utilizado fue la Escala de ansiedad de Hamilton (HAS), la cual se aplicó a los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad del MIES Loja, obteniendo los siguientes resultados que se los presenta de acuerdo a la puntuación dada en el baremo.

		Ansiedad psíquica																																	
Numero de caso	Estado ansioso					Tensión					Temores					Insomnio					Factores cognitivos					Depresión					Comportamiento en la entrevista				
	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG
1			*				*					*				*						*					*					*			
2			*				*					*				*						*					*					*			
3			*				*					*				*						*					*					*			
4		*					*					*				*						*					*					*			
5		*					*					*				*						*					*					*			
6			*				*					*				*						*					*					*			
sub-total		2	4				5	1				4	2				4	2				1	5				1	3	2			2	4		
total	6					6					6					6					6					6									

A= Ausente L= Leve M= Moderado G= Grave MG= Muy Grave

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton (HAS).

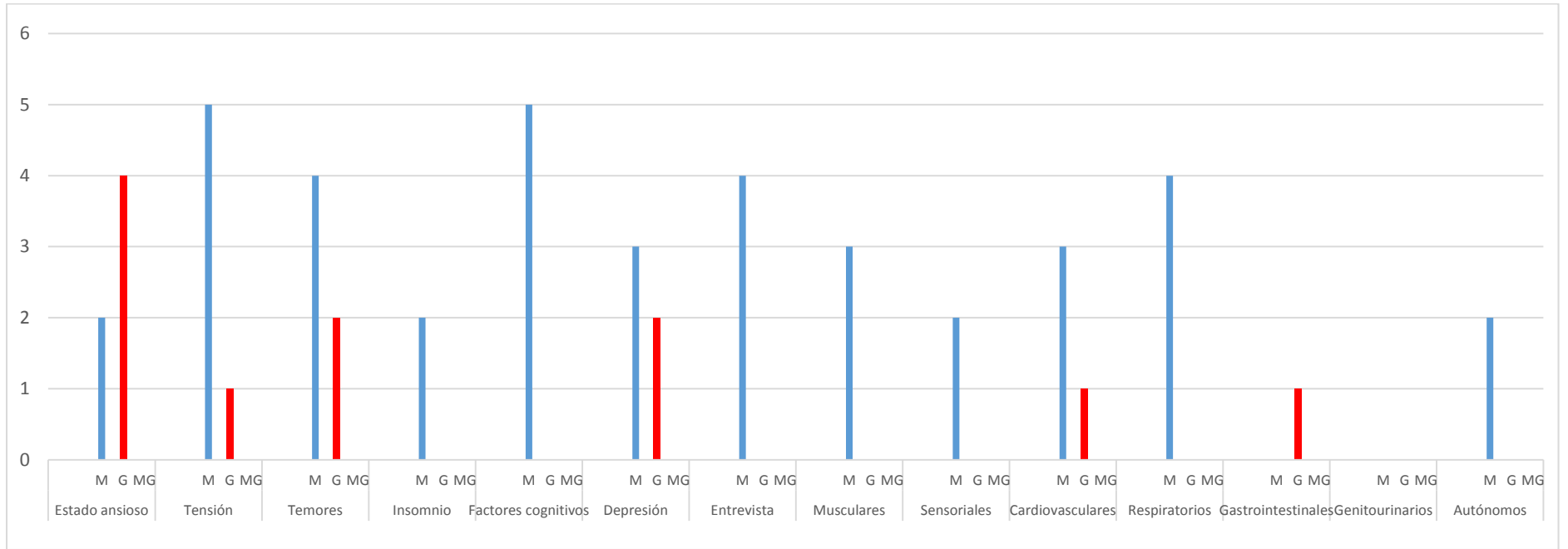
Elaborado por: Lenin Andres Chuquimarca Masache.

		Ansiedad somática																																						
Numero de caso	Síntomas somáticos musculares					Síntomas somáticos sensoriales					Síntomas cardiovasculares					Síntomas respiratorios					Síntomas gastrointestinales					Síntomas genitourinarios					Síntomas autónomos									
	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG					
1	*					*					*					*					*					*					*					*				
2	*						*				*					*					*					*											*			
3		*					*						*				*						*				*					*					*			
4		*				*					*					*					*					*					*					*				
5	*					*					*					*					*					*					*					*				
6		*				*					*					*					*					*					*					*				
sub-total		3	3				4	2				2	3	1			2	4				5		1			3	3				4	2							
total	6					6					6					6					6					6														

A= Ausente L= Leve M= Moderado G= Grave MG= Muy Grave

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton (HAS).

Elaborado por: Lenin Andres Chuquimarca Masache



M= Moderado

G= Grave

MG= Muy Grave

Análisis e interpretación

Análisis Empírico

Luego de tabular las diferentes escalas de Hamilton observamos que del total de 6 padres presentan un predominio en la ansiedad psíquica. Cabe recalcar que para la realización de esta interpretación se ha considerado las puntuaciones mayores como es moderado y grave, ya que la leve y ausente se considera normal y no se han tomado en cuenta.

En el estado de ánimo ansioso 4 padres se encuentran en un estado grave y 2 en un estado moderado, seguido de los temores con 2 padres en grave y 4 moderadamente, en el estado depresivo encontramos dos padres gravemente deprimidos y 3 moderadamente, luego la tensión con un padre en grave y 5 en moderado, en la parte que se refiere a las dificultades relacionadas con el proceso cognitivo, encontramos a 5 padres en un estado moderado, seguido del estado ansioso que se evalúa mientras se aplica el test con 3 padres moderadamente ansioso y el insomnio 2 padres lo padecen moderadamente.

En lo referente a la ansiedad somática, a decir de los padres al momento de aplicar el test, en lo que más dificultades señalan son los síntomas cardiovasculares con un padre grave y 3 moderados, seguidos de los síntomas gastrointestinales que 1 padre presento gravedad, en los problemas respiratorios encontramos 4 padres moderadamente, y en los síntomas somáticos musculares 3 padres que se encuentran modernamente con estas molestias, en los síntomas somáticos sensoriales y los síntomas autónomos 2 padres se encuentran moderadamente.

Según Gómez (2012) señala que en la ansiedad psíquica. Encontramos características como: preocupaciones excesivas, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, pérdida de memoria, dificultad para la

toma de decisiones, desrealización, despersonalización, preocupación miedo o temor Inseguridad. Según el diagnóstico lo que más padecen los 6 padres es la ansiedad psíquica y lo que más se manifiesta es el estado de ánimo ansioso, pues existe una gran preocupación por sus hijos con discapacidad, y a decir de las familias la mayor parte del tiempo pasan irritados, suelen tener una especie de anticipación de peligro de que algo les pueda pasar a sus hijos si ellos no están presentes, también existen pensamientos negativos de incapacidad al no saber cómo ayudar a sus hijos con las actividades de la vida diaria, incluso llegan a sentirse dependientes y responsables por el cuidado total de sus hijos, descuidado al resto de miembros de la familia, y esto genera en los padres se produzcan estados emocionales de tristeza.

Bulbena , Bobes , Luque, Dal-Ré, Ballesteros, Ibarra (2003) Expresan que en la ansiedad Somática existe cambios o alteraciones cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia), respiratorias (disneas, opresión torácica, suspiros, tos nerviosa), gastrointestinales (alteraciones en la alimentación), genitourinarios (urgencia miccional, enuresis), Neuromusculares (tensión muscular, temblor, hormigueo, cefalea, fatiga excesiva) y por último los neurovegetativos (sequedad de la boca, mareos, sudoración excesiva, visión borrosa, zumbidos de oídos).

A decir de los participantes durante la aplicación del test ellos se encuentra constantemente con estos síntomas, especialmente con los síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, musculares y respiratorios, estos sistemas aparecen inmediatamente cuando existe algún problema relacionado con sus hijos.

Objetivo 3.- Elaborar el programa de psicoterapia racional-emotiva para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja

Titulo	Objetivos	Tiempo	Técnica y Metodología	Recursos	Descripción
1) Descripción de la propuesta	Explicar en qué va consistir la presente propuesta	30 min	Metodología Grupal	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Computadora, Proyector	Reunir a todo el grupo de participantes y explicar en qué va a consistir la presente propuesta, "Psicoterapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad, producto del proceso de aceptación, en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad que asisten al centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad de la ciudad de Loja.
2) Aplicación del test de Hamilton	Evaluar y diagnosticar los niveles de ansiedad	30 min	Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Test de Hamilton	El investigador, visitará personalmente a los padres, explicará en que consiste y para qué sirve el test, consecuentemente procederá a su respectiva aplicación
3) Conociendo mis problemas	Detectar creencias que encierren Negación y culpa.	30 min	Técnica conductual: ejercicio de metas Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja, Esfero	El investigador junto con el participante realizarán una lista con los problemas relacionados con la no aceptación, culpabilidad y limitaciones que representa el tener un hijo con discapacidad, clasificándolos en internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales) y externos (factor tiempo, amigos, medio ambiente. A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TRE.

4) Auto-registros	Identificar las situaciones y las ideas irracionales de negación y culpa.	45 min	Técnica cognitiva: auto- registro Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja, Esfero	El investigador expresa: pide que realicen un horario de sus actividades diarias, desde el momento de levantarse hasta el momento de volverse a acostar. Luego se pedirá que identifiquen en cuál de estas actividades son las que más le gusta, cuando esta con su hijo que tiene una discapacidad y luego las que más le molestan. Luego realizarán este horario semanal y finalmente mensual, Luego el investigador realizará preguntas para determinar cuáles son las actividades que puedan causar ansiedad.
5) Mis sentimientos	Conocer el insight racional emotivo de los sentimientos de negación y culpa.	30 min	Técnica cognitiva: La detención del pensamiento Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	Previamente realizada la actividad 3 y 4, El investigador explicará el porqué de los sentimientos de negación y culpa, para que de esta manera el paciente tenga un sustento cognitivo sobre lo que le está sucediendo o lo que le sucedió.
6) Cambio de roles	Identificar las ideas irracionales de pena o dolor	30 min	Técnica conductual: role-playing Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Lectura	El investigador empezará esta sesión explicando en que consiste la técnica. El paciente junto con el investigador leerán la historia “me sentí culpable de mi hija con discapacidad” y descubrirán las ideas irracionales de pena o dolor, para luego analizarlas.

7) La ampliación de mis sentimientos	Realizar una descarga emocional sobre los sentimientos de negación y culpa.	45 min	Técnica emotiva: imaginación irracional Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión explicando, que los sentimientos son lo que nos caracteriza como personas y que es normal que aparezcan estos sentimientos. Luego se pedirá que verbalicen los sentimientos positivos que tienen hacia sus hijos Seguidamente se pedirá que verbalicen los sentimientos negativos.
8) Liberando mi culpa	Aprender una nueva filosofía de vida, sobre los sentimientos de negación y culpa.	45 min	Técnica conductual: entrenamiento en habilidades sociales Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión realizando una serie de cuestionamientos, con el fin de reflexionar sobre los sentimientos e ideas irracionales del paciente. "¿Por qué razón piensa o cree que eso fue su culpa?"; "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"; "¿Por qué es tan importante eso que piensa, para ud?"; "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?" Entre otras preguntas con el fin de modificar las ideas irracionales.
9) Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de pena o dolor.	45 min	Técnica conductual: Ejercicio de metas Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja, Esfero	El investigador pedirá al paciente que evoquen el momento en que se enteró que su hijo tenía discapacidad. A continuación se evaluarán que sentimientos se producen en ellos, se pedirá que se centre en las experiencias que generan dolor o pena. A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TRE.

10) La ampliación de mis sentimientos.	Realizar una descarga emocional sobre los sentimientos de pena o dolor.	45 min	Técnica emotiva: técnica humorística Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión explicando, que los sentimientos son lo que nos caracteriza como personas y que es normal que aparezcan estos sentimientos. Luego se pedirá que expresen los sentimientos sobre el dolor que sienten como padres, producto del temor, la soledad, o la desesperación
11) Yo puedo, yo lo logré. (Auto-instrucción)	Ayudar al paciente a superar las ideas irracionales de pena o dolor	20 min	Técnica cognitiva: Ejercicio de metas Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en que consiste la técnica de “La Auto-instrucción” El investigador empezará con ideas de auto instrucción “no tengo por qué sentir dolor” “no tengo por qué llorar”, así mismo se reforzaran ideas positivas como “tengo que ser feliz”, “mi hijo me ha dado muchos momentos felices”,
12) Re-atribución	Cambiar las ideas irracionales de pena o dolor	30 min	Técnica conductual: ensayo de conducta Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará explicando, que la discapacidad de su hijo no es algo que lo limite en su totalidad, y que tiene que ser valorado y respetado como persona con deberes y derechos. Se establecerá una lista de actividades en las que su hijo pueda actuar solo, y las que necesita ayuda, y las que

13) La escalada del síntoma o problema	Disminuir los sentimientos de tristeza.	30 min	Técnica conductual: la escala del síntoma o problema Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará explicando, en que consiste esta técnica y los pasos a seguir. Prescripción y escala del síntoma. En una escala de 1 a 100 donde 100 es lo peor ¿qué número expresa el grado en el cual tú estás experimentando ese problema en este momento? Prescripción del problema. Permite que el problema empeore. ¿En qué grado empeora? Ahora permite que el problema mejore. ¿En qué grado mejora? Toma consciencia de lo que haces para mejorar y aplícalo en tu vida cotidiana
14) Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de ira o coraje	45 min	Técnica conductual: Ejercicio de metas Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador pedirá al paciente realicen un auto registro sobre las actividades que hacía antes de que nazca su hijo, y luego un auto registro de cómo ha cambiado sus actividades ahora
15) Des-centramiento	Cambiar las ideas irracionales de los pacientes de culpa	45 min	Técnica cognitiva: Des- centramiento Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja y esfero	Se empezará esta sesión explicando en que se basa la técnica. El paciente muchas veces siente que la responsabilidad de cuidar de su hijo es total que no puede disfrutar de otros momentos que antes le hacían feliz. Ayudaremos al paciente a realizar una redistribución de su horario, en el cual compartan más momentos como familia
16) Auto-controlándome	Enseñar técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	30 min	Técnica relajación progresiva Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en que consiste la técnica de la respiración diafragmática y los pasos a seguir. Luego se pedirá que realicen un registro diario de respiración diafragmática.

17) Manejo del resentimiento y perdón	Cambiar las ideas irracionales de los pacientes de culpa	45 min	Técnica emotiva: distracción cognitiva e imaginación Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	Se pedirá al paciente que se siente en una silla cómoda y cierra los ojos. Luego lleva la atención a la respiración. Seguidamente realizar una clara representación en tu mente de la persona hacia la que sientes resentimiento, imagina que a esa persona le ocurren cosas buenas: recibe amor, cuidados, dinero, etc. Percibe tus propias reacciones. Luego imagina la situación desde el punto de vista de la otra persona., se consciente de que
18) Técnica de la imaginación positiva.	Aprender técnicas de relajación para sobrellevar las crisis de ansiedad	45 min	Técnica emotiva: distracción cognitiva e imaginación Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en que consiste la técnica de “la imaginación positiva.” La cual consiste en relajarse imaginando una situación que le genere felicidad y tranquilidad
19) Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de rechazo	45 min	Técnica conductual: Ejercicio de metas Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	Se pedirá al paciente que evoquen el momento en que se enteró que su hijo tenía discapacidad. A continuación se evaluarán que sentimientos se producen en ellos, se pedirá que centrarse en las experiencias que generan rechazo. A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TRE

20) Mis sentimientos	Conocer el insight racional emotivo de los sentimientos de rechazo	45 min	Técnica cognitiva: La detención del pensamiento Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará el porqué de los sentimientos de rechazo, son parte del proceso de aceptación, y que es un sentimiento normal, que necesita ser expresado, se enseñara la parte teórica del sentimiento.
21) Diario de lo que va bien	Superar los sentimientos de rechazo, producto del proceso de aceptación	30 min	Técnica cognitiva: auto- registros Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Cuaderno, esfero	Se explicará en que consiste la técnica y se pedirá al paciente que anote cada día por escrito 3 cosas que le hayan ocasionado felicidad al compartir tiempo con su hijo y también anotara el por qué. Esta actividad la realizaría durante un mínimo de 1-2 semanas. Con este ejercicio se enseñara a dirigir la atención a los aspectos positivos de la vida en
22) Re-atribución	Afrontar los sentimientos de rechazo	45 min	Técnica cognitiva: discusión y debate de creencias Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión realizando una serie de cuestionamientos, con el fin de reflexionar sobre los sentimientos e ideas irracionales, el rechazo generalmente suele enmascarse con actitudes de sobreprotección. “todo lo hago por mi hijo” ¿Qué actividades hacen con su hijo? ¿En una escala del uno al diez, cómo calificaría el tiempo compartido con su hijo? ¿Cree que usted vive para cuidar a su hijo? Entre otras
23) Venciendo sentimientos erróneos	Cambiar los sentimientos erróneos producto de la idea de rechazo	45 min	Técnica cognitiva: discusión y debate de creencias Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en qué consiste la técnica, reflexionando sobre los prejuicios sociales de “tengo que actuar bien”, y obtener la aprobación de las personas que son importantes” “si no logro esta aprobación será terrible,” “tengo que ser la mejor madre para mi hijo” etc.” “qué hice para merecer esto”, “por qué me castigan”

24) Diario de lo que va bien	Superar los sentimientos de rechazo	30 min	Técnica cognitiva: auto-registros Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Diario de lo que va bien	Previamente realizada la actividad 19, se pedirá al paciente que lea su diario de lo que todo va bien, y se analizarán las experiencias allí relatadas, permitiendo de esta manera evocar sentimientos de alegría y felicidad que ayudaran a superar las ideas irracionales de rechazo.
25) ¿Cómo he llegado aquí?	Contribuir al proceso de aceptación en la fase de búsqueda	30 min	Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja y esfero	Se pedirá al paciente que realice una lista de las actividades que hace su hijo, a los centros que asiste, etc. Se preguntará hace que tiempo realiza estas actividades, y como es que decidió permitir que su hijo realice estas actividades
26) ¿Qué tanto conozco de mi hijo?	Contribuir a la fase de búsqueda	30 min	Metodología Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador pedirá al paciente que le explique sobre la discapacidad de su hijo, sobre los derechos y deberes que como ser humano tiene, a su vez el investigador aportará con ideas claras y precisas sobre la discapacidad

<p>27)</p> <p>El modelo ideal soy yo</p>	<p>Contribuir al proceso de aceptación.</p>	<p>45 min</p>	<p>Técnica emotiva: imaginación irracional Metodología Individual</p>	<p>Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS</p>	<p>El investigador guiará al paciente con las siguientes actividades: Imagínate a alguien a quien te gustaría parecerte, en su manera de reaccionar emocionalmente. Imagina a esa persona nítidamente, su vestimenta, su manera de andar, etc. Imagina que esa persona vive un grave acontecimiento: el anuncio de que tiene un hijo con discapacidad. Observa cómo reacciona esa persona cuando recibe la noticia, imagina lo que piensa, lo que siente, lo que expresa, cómo decide afrontar la situación. Ahora que tú eres esa persona y reaccionas como esa persona aunque mantienes tu identidad... date cuenta de la diferencia entre cómo reaccionas ahora y cómo reaccionas habitualmente. Despídete de la fantasía ahora y vuelve a llevar la atención a tu respiración... y termina.</p>
<p>28) Auto-aceptación</p>	<p>Contribuir al proceso de aceptación.</p>	<p>40 min</p>	<p>Técnica emotiva: imaginación racional Metodología Individual</p>	<p>Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS</p>	<p>El investigador empezará esta sesión, con la técnica de respiración diafragmática para luego trabajar con el paciente sobre sus exigencias y autocríticas En un hoja se pedirá que anote cual te de todos los sentimientos que ha sentido hacia su hijo cree que son erróneos y por qué. Luego el investigador explicará sobre el proceso de aceptación y sobre las experiencias que esto conlleva, por último se diferenciara entre estos sentimientos personales y la persona global.</p>

<p>29) Mi vida!!!</p>	<p>Contribuir al proceso de aceptación.</p>	<p>145 minutos</p>	<p>Técnica emotiva: imaginación racional emotiva Técnica cognitiva: auto-registro Metodología Individual</p>	<p>Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja y esfero</p>	<p>El investigador junto con el paciente construirán un diario sobre el trauma emocional, mediante esta técnica se puede aprender a gestionar la ira y la tristeza, culpabilidad, rechazo, dolor, como otras emociones, por medio de la redacción de un diario personal donde se puedan expresar las emociones más destructivas e íntimas. El investigador dará al paciente las siguientes órdenes: Escribe sobre aquellos aspectos que has comentado menos o que imaginabas que no comentarías a nadie. A la vez que narras los hechos transcribe tu reacción a ellos: tus sentimientos y pensamientos. No te preocupes por la gramática ni la ortografía. Escribe un mínimo de 15 minutos, al menos durante 4 días. Si te quedas bloqueado escribe sobre el bloqueo mismo. Es importante Programa una actividad transitoria después de la escritura, antes de volver a la "vida normal".</p>
<p>30) A la basura!!</p>	<p>Contribuir al proceso de aceptación.</p>	<p>40 min</p>	<p>Técnica emotiva: imaginación racional emotiva Metodología Individual</p>	<p>Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja y esfero</p>	<p>El investigador pedirá al paciente, que realice una lista clara y precisa sobre los sentimientos que aun considera que son negativos para él, y para su convivencia familiar. Luego se pedirá que los lea en voz alta y que repita, "ya no tengo...culpa", una vez hecho esto se pedirá que arrugue esta hoja y que la bote a la basura, mentalizándose que junto con ella se irán esos sentimientos que le causan malestar</p>

<p>31) Lo vivo, lo acepto y soy feliz</p>	<p>Contribuir al proceso de aceptación.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Técnica emotiva: imaginación racional emotiva Metodología Individual</p>	<p>Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales: Hoja y esfero</p>	<p>La aceptación es el objetivo terapéutico y personal más difícil de lograr, La verdadera aceptación es definitiva. Este es el reconocimiento de que su hijo nació con discapacidad y que esa es una realidad inmutable. Por tanto, la aceptación supone la rendición de las fantasías de consuelo en relación al duelo. El investigador pedirá que anoten en un papel todos los buenos recuerdos que tienen con su hijo con discapacidad, pues Los buenos recuerdos se fortalecen y al coger confianza, de que lo bueno no se va a perder, puede procesar mejor los recuerdos dolorosos. Esto es lo racional contenido en la pregunta: "¿Qué necesita retener y qué necesita dejar ir?".</p>
--	---	-------------------	---	---	--

Elaborado por: Lenin Andres Chuquimarca

Objetivo 4.- Aplicar el programa psicoterapéutico para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.

Centro:	Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja				
Indicadores	Actividades	Adquiridas	NO Adquiridas		Observaciones
Negación y culpa	Conociendo mis problemas	100%	-		
	Autor registros	100%	-		
	Mis sentimientos	100%	-		
	Cambio de roles	100%	-		
	La ampliación de mis sentimientos	100%	-		
	Liberando mi culpa	100%	-		
Penas o dolor	Conociendo mis problemas	100%	-		
	La ampliación de mis sentimientos.	67%	33%		
	Yo puedo, yo lo logré.	67%	33%		
	Re-atribución	67%	33%		

	La escalada del síntoma o problema	67%	33%		
Ira o coraje	Conociendo mis problemas	67%	33%		
	Descentramiento	67%	33%		
	Autocontrolándome	67%	33%		
	Manejo del resentimiento y perdón	50%	50%		
	Técnica de la imaginación positiva	100%	-		
Rechazo	Conociendo mis problemas	100%	-		
	Mis sentimientos	67%	33%		
	Diario de lo que va bien	100%	-		
	Re atribución	67%	33%		
	Venciendo sentimientos erróneos	67%	33%		
	Diario de lo que va bien	67%			
Búsqueda	¿Cómo he llegado aquí?	67%	33%		
	¿Qué tanto conozco de mi hijo?	67%	33%		
Aceptación	El modelo ideal soy yo	100%	-	-	
	Auto-aceptación	67%	33%		
	Mi vida!!!	100%			
	A la basura!!!	100%			
	Lo vivo, lo acepto y soy feliz	100%			
Total 62%		67%	31%		100%

Análisis empírico.

Luego de la aplicación de la propuesta, los participantes de la misma logran cumplir en un 67% con todas las actividades y un 31% no logro cumplirlas. Las actividades las que mejor resultado tuvieron fueron las técnicas emotivas, dentro de ellas las actividades como: La ampliación de mis sentimientos, liberando mi culpa, Re-atribución y venciendo sentimientos erróneos, ya que estas existió una fuerte descarga emocional permitiendo a los padres encontrar sentimientos positivos y liberarse de los negativos, en la etapa que mayor dificultad se encontró, fue en la etapa de rechazo, pues existían sentimientos enmascarados como sobreprotección. Por otro lado las actividades que no se pudieron cumplir fueron por factores como la edad, el nivel sociocultural de los pacientes, y algunos casos por la escasa colaboración de los mismos, también cabe recalcar que una de las mayores preocupaciones que se evidencio durante todo el trabajo fue por el factor económico y el miedo al futuro de sus hijos.

Objetivo 5.- Validar la eficacia de la aplicación del programa de psicoterapia racional emotiva para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.

		Aniedad psíquica																																						
Numero de caso	Estado ansioso					Tensión					Temores					Insomnio					Factores cognitivos					Depresión					Comportamiento en la entrevista									
	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG					
1			*				*					*				*						*					*					*					*			
R1	*					*					*					*					*						*					*				*				
2			*				*					*				*						*					*					*					*			
R2	*						*				*					*						*					*					*				*				
3			*				*					*				*						*					*					*					*			
R3		*					*				*					*						*					*					*				*				
4		*						*				*				*						*					*					*					*			
R4	*						*				*					*						*					*					*				*				
5		*					*					*				*						*					*					*					*			
R5	*						*				*					*						*					*					*				*				
6			*				*					*				*						*					*					*					*			
R6		*					*					*				*						*					*					*				*				
sub-total		2	4				5	1				4	2				4	2				1	5				1	3	2			2	4				2	4		
sub-total R	4	2				1	5				5	1				6					2	4				2	4				2	3	1							
total	6					6					6					6					6					6														

A= Ausente

L= Leve

M= Moderado

G= Grave

MG= Muy Grave

Ansiedad somática																																								
Numero de caso	Síntomas somáticos musculares					Síntomas somáticos sensoriales					Síntomas cardiovasculares					Síntomas respiratorios					Síntomas gastrointestinales					Síntomas genitourinarios					Síntomas autónomos									
	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG	A	L	M	G	MG					
1		*					*					*					*					*					*					*					*			
R1		*					*					*					*					*					*					*					*			
2		*					*					*					*					*					*					*					*			
R2		*					*					*					*					*					*					*					*			
3			*					*					*					*					*					*					*					*		
R3			*					*					*					*					*					*					*					*		
4			*					*					*					*					*					*					*					*		
R4		*					*					*					*					*					*					*					*			
5		*					*					*					*					*					*					*					*			
R5	*					*					*					*					*					*					*					*				
6			*					*					*					*					*					*					*					*		
R6			*					*					*					*					*					*					*					*		
sub-total		3	3			4	2				2	3	1			2	4				5	1				3	3				4	2								
sub-total R	1	3	2			5	1				4	2				2	2	2			5	1				4	2				6									
total	6					6					6					6					6					6														

A= Ausente

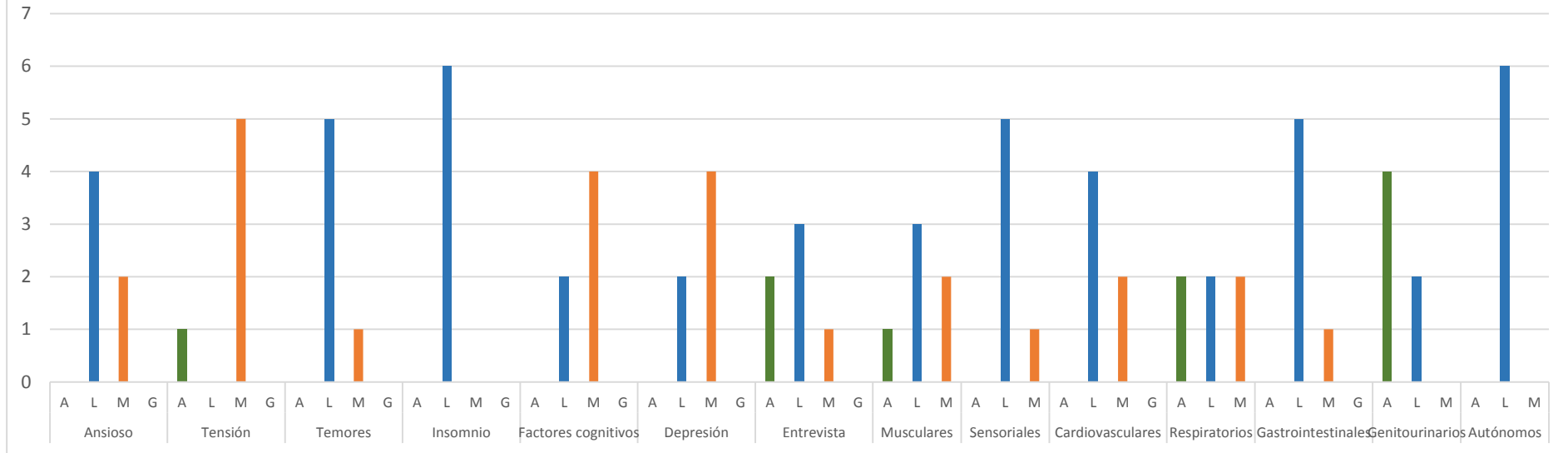
L= Leve

M= Moderado

G= Grave

MG= Muy Grave

Re-aplicación del Test



Análisis.

Luego de la aplicación de la propuesta de psicoterapia racional emotiva y re aplicar el test de Hamilton, observamos que del total de 6 padres uno de ellos que se encontraban en el rango para considerarse con problemas de ansiedad grave y otros 5 con un problema moderado, el padre que estaba en estado ansioso grave paso a una ansiedad moderada, y de los 5 padres que tenían ansiedad moderada, 2 lograr disminuir su ansiedad a leve.

En términos más específicos en la parte de ansiedad psíquica, en el estado de ánimo ansioso de 4 padres que estaban en estado grave dos pasaron a un estado leve y otros 2 a un estado moderado, a su vez dos que se encontraban en estado moderado pasaron a un estado leve. En la tensión un padre que se encontraba en estado grave pasó a un estado moderado, y del estado moderado un padre pasó a ausente. En los temores de dos padres que se encontraba en estado grave uno pasó al estado leve y otro al estado moderado, igualmente de 4 padres que estaban en un estado moderado pasó a un estado leve. En el insomnio de dos padres que antes de participar en el proyecto se encontraban en un estado moderado pasaron a un estado leve. En lo relacionado con los problemas de los factores cognitivos dos padres pasaron del estado moderado al estado leve. En el estado de ánimo depresivo dos padres pasaron de estar en el estado grave al estado moderado, y a su vez un padre del estado moderado al estado leve.

De igual manera al observar el comportamiento durante la entrevista inicial, dos padres que fueron catalogados en el estado moderado por sus diferentes comportamientos luego de cumplir las actividades de la propuesta un padre pasó al estado leve y otro al estado ausente, de igual manera un padre pasó del estado leve al estado ausente.

A decir de los padres que antes de la aplicación del taller de psicoterapia racional emotiva, en la ansiedad somática, los síntomas musculares redujeron de la siguiente manera, un padre paso del estado moderado a un

estado leve, y a su vez un padre del estado leve bajo al estado ausente. En los síntomas sensoriales un padre que antes de la aplicación del taller de psicoterapia racional emotiva se encontraba en estado moderado redujo sus síntomas al estado leve. En los síntomas cardiovasculares un padre pasó del estado grave al estado moderado, a su vez un padre del estado moderado redujo estos síntomas al estado leve. En los síntomas respiratorios un padre pasó del estado moderado al estado ausente y otro padre al estado leve, así mismo un padre del estado leve pasó al estado ausente. En los síntomas gastrointestinales un padre pasó del estado grave al estado moderado. En los síntomas genitourinarios un padre pasó del estado leve al estado ausente. En los síntomas autónomos dos padres pasaron del estado moderado al estado leve.

El National Institute of Mental Health, (2015) Señala: La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Teniendo en cuenta el criterio antes citado y luego de analizar los resultados, se observa que el programa de psicoterapia racional emotiva (TRE), ha cumplido con el objetivo general planteado al inicio de la presente tesis, pues se ha logrado disminuir y en algunos casos desaparecer los síntomas de la ansiedad.

g. DISCUSIÓN

- **Diagnosticar el tipo de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.**

Luego de aplicar la escala de ansiedad de Hamilton (HAS), a los padres de las personas con discapacidad que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral para Personas Con Discapacidad del MIES Loja, se ha diagnosticado que existe un predominio en la ansiedad psíquica, aquí destacan los ítems de estado ansioso, seguido de los temores el estado depresivo. En la ansiedad somática lo que más se destaca son los síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios. Cabe recalcar que para la realización de esta interpretación se ha considerado las puntuaciones mayores como es moderado y grave, ya que la leve y ausente se considera normal.

Según expresa Vallejo (s.f) Es imposible pronosticar exactamente el curso del proceso que una pareja de padres va a tener en la aceptación de su hijo discapacitado, existen algunos indicadores que pueden señalar dificultades en dicho proceso, como son excesivo apego, sobreprotección, trato negligente o de abandono, pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del menor, actitud sacrificada sobre-exigencia al menor, actitudes de huida, actitud desafiante, agresiva, altos niveles de ansiedad, cuadros de depresión crónica. De la misma manera (Gómez, 2012, p.p. 37,38) afirma que existen dos tipos de ansiedad. Ansiedad normal. Es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia, y la ansiedad patológica la cual supera los límites de intensidad soportables por el ser humano y de la duración de la misma, además señala las características de la ansiedad somática, En este grupo encontramos

características como: preocupaciones excesivas, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, pérdida de memoria, dificultad para la toma de decisiones, desrealización, despersonalización, preocupación miedo o temor Inseguridad.

Una vez culminada la aplicación de la propuesta se pudo observar que aunque ya ha pasado un tiempo desde el nacimiento de sus hijos con discapacidad, aún existen en los padres sentimientos característicos de un duelo no cumplido, pues en algunos casos existe poca preocupación por sus hijos, o a veces una dependencia total hacia ellos, así mismo sentimientos de culpabilidad y en ocasiones sobreprotección. lo cual produce en los padres características propias de la ansiedad como es la irritabilidad, tensión muscular, dificultad para relajarse, llanto fácil, temblores, insomnio, cansancio continuo, falta de apetito, cefaleas, miedo excesivo hacia que pasara con sus hijos y otros síntomas característicos de la ansiedad como los antes nombrados, que serán superados cuando se produzca una correcta elaboración del duelo.

- **Elaborar el programa de psicoterapia racional-emotiva para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.**

Lega, Vicente. Caballo, Ellis (2009) Señalan básicamente la propuesta de la TRE es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de estos hechos, según los estamos percibiendo. De la misma manera Almazán,

(2013) Las técnicas más utilizadas por excelencia en la TRE son: a) discusión y debate de creencias, b) entrenamiento en auto-instrucciones, y c) distracción cognitiva e imaginación.

Teniendo en cuenta lo antes citado se procedió a la elaboración del programa de Psicoterapia Racional Emotiva, pues se fundamenta en el hecho de que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta, o nos altera, lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados o culpables (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta), y con el fin de modificar estos sentimientos se elaboró el presente programa, además se tuvieron en cuenta también los principios del ABC de la TRE, y las distintas técnicas que dentro de esta terapia se utilizan como son: Técnicas cognitiva, Técnicas emotiva, Técnicas conductuales.

- **Aplicar el programa psicoterapéutico para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja**

Luego de aplicado el programa la mayoría de las actividades fueron cumplidas correctamente, por los participantes en el proyecto. Según expresa el Instituto Nacional de la Salud Mental, en su artículo sobre “el tratamiento de la ansiedad”, la terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para que la terapia sea efectiva, debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor. Teniendo esto en cuenta se procedió a la aplicación de la propuesta de psicoterapia racional emotiva,

además la realidad vivida por los padres, el ser padre de una persona con discapacidad es un acontecimiento totalmente traumático, pues rompe las expectativas que se forman desde el periodo de embarazo, es por ello que cuando se da la noticia de la discapacidad de sus hijos reaccionan con sentimientos de miedo, preocupación, desesperanza, depresión, culpabilidad, etc.

Las actividades las que mejor resultado tuvieron fueron las basadas en las técnicas emotivas, y en la etapa que mayor dificultad se encontró, fue en la etapa de rechazo, por otro lado las actividades que no se pudieron cumplir fueron por factores como la edad, el nivel sociocultural de los pacientes, y algunos casos por la escasa colaboración de los mismos.

- **Validar la eficacia de la aplicación del programa de psicoterapia racional emotiva para reducir la ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja.**

Luego de la replicación de la escala de ansiedad de Hamilton, se pudo observar que todos los participantes lograron disminuir los diferentes tipos de ansiedad. Según expresa (Leonor, Caballo y Ellis en el 2002). La propuesta de la TRE es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto el programa Psicoterapia racional emotiva, permitió cambiar la manera de cómo los padres evalúan (cognición) el hecho de haber tenido un hijo con discapacidad, para que de esta manera sus sentimientos o emociones inapropiadas (ansiedad, enojo, culpa, vergüenza) puedan ir desapareciendo, a través de las distintas técnicas utilizadas en el programa aplicado.

h. CONCLUSIONES

- Luego de haber evaluado a los padres de los jóvenes con discapacidad que asisten al Centro diurno de desarrollo integral para personas con discapacidad, se identificó que la ansiedad que más prevalece en ellos es la ansiedad psíquica, siendo el estado ansioso, la tensión, los temores, el insomnio y el estado de ánimo depresivo lo más notorios.
- Todas las actividades aplicadas en el programa de Psicoterapia Racional Emotiva, se elaboraron en base a los indicadores de un proceso de duelo frustrado, y en las bases y técnicas de la Terapia Racional Emotiva, siendo las técnicas emotivas, las que mejor acogida y resultados tuvieron.
- La aplicación del programa de Psicoterapia Racional Emotiva, a los padres de los jóvenes con discapacidad que asisten al Centro diurno de desarrollo integral para personas con discapacidad del MIES Loja, permitió reducir redujo la ansiedad, tanto psíquica como somática, demostrando la efectividad de la propuesta.

i. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos del centro, gestionar para que puedan contar con un profesional para laborar en el departamento de psicología.
- Se recomienda a los directivos del Centro, continuar con la aplicación del programa de Psicoterapia Racional Emotiva, ya que se demostró la eficacia de la misma en cuanto al tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Se recomienda a los directivos del Centro y a los padres de familia, trabajar de manera conjunta, para así poder mejorar la calidad de vida y la inclusión social y familiar de los jóvenes con discapacidad.

j. BIBLIOGRAFÍA.

- Almazán, S. (2013). *Terapia Racional Emotiva Conductual*.
- Baeza, C. (s.f). *Causas de la ansiedad: origen y mantenimiento*. Barcelona.
- Blanco, H. (s.f). *Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC)*.
- Boeree, G. (2001). *Teorías de la personalidad*. Estados Unidos.
- Bulbena , Bobes , Luque, Dal-Ré, Ballesteros, Ibarra. (2003). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Medicina clínica, 121*.
- Bulbena, Casquero, Díaz, García, Pereira, Pozo,... Casado. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. España.
- Cabezas, H. (2006). Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (trec) de Ellis y la terapia cognitiva (tc) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*.
- Calvete, Cardeñoso. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Canales de psicología, 15(2)*, 179.
- CONADIS. (2003). *Reglamento general de la ley de discapacidades*. Quito.
- Córdoba; Soto. (2007). Familia y discapacida: Intervención en crisis . *Psicología Conductual, 15(3)*, 525-541.
- Cuadrado, D. (2010). *Las cinco etapas del cambio*. España.
- Definición ABC. (2007-2015). *Familia*.
- Dehesa, V. (s.f). *Uso de humor en las terapias*. Valencia.
- Ellis, A. (1993). Como aplicar algunas reglas basicas del metodo científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual, 1(1)*, 101-110.

- Gómez, A. (2012). *La relajación muscular con visualización, ayuda a reducir los niveles de ansiedad en pacientes*. Quito.
- González, J. (s.f). *Anamnesis y exploración del enfermo psiquiátrico* . Madrid: Karpos.
- González, N. (2004). Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico. *revista de toxicomanías*, 39.
- Krebs, González, Rivera, Herrera, Melis. (2012). *Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad*. Chile.
- Lega, Vicente. Caballo, Ellis. (2009). *Teoría y práctica de de la terapia racional emotiva conductual* . Madrid: SIGLO XXI.
- López, Vázquez, Arcila, Sierra, Barranco, Salín. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Revista de Investigación Clínica*, 54(5). Obtenido de http://www.psicologiabariátrica.org/pdf/RIC_HAD.pdf
- Marín, León. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251.
- Mayorga, T. (2014). *Aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones MENYDIAL de la ciudad de Ambato*. Ambato.
- National Institute of Mental Health. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se pueden controlar las preocupaciones*. Estados Unidos.
- Navarrete, E. (2015). *Trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital IESS de la ciudad de Ambato*. Ambato.
- Neimeyer, R. (s.f). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*.
- Núñez, M. (2015). *Las creencias irracionales y los niveles de bienestar psicológicos en los pacientes que acuden a la sala de primera acogida del hospital provincial docente Ambato en el período julio-diciembre 2013*. Ambato.

- Peralta; Arellano. (2010). *Familia y discapacidad*. España: EOS.
- Ponce, A. (2008). *De padres a padres*. Madrid.
- psipedia.es. (2015). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Obtenido de Terapia Racional Emotiva Conductual:
<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/07-terapia-racional-emotiva-conductual-trec>
- Ríos, Herrera, Rojas. (2014). *Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento*. Avances.
- Roca, E. (2014). *Terapia Racional Emotiva*. New York: Disclaimer.
- Roca, M. (2010). *Trastornos Neuroticos*. Barcelona.
- Ruíz, M. (2010). *El papel de la familia en la educación de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo*. Granada.
- Sierra, Zubeidat, Fernández. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2).
- Sigales, S. (2006). *Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología*. Murcia.
- Umaña, Zárate. (2014). *Manual de intervencion psicológica en el periodo critico y poscritico de un desastre dirigido a brigadistas una aproximacion desde el enfoque cognitivo conductual*. Costa Rica.
- Vallejo, J. (s.f). *Duelos de los padres ante el nacimiento de un un niño con discapacidad*. Antioquia.
- Vásquez; Cáceres. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud* . Bueno Aires.
- Villaroel, M. (s.f.). *En el templo de la cruz llena tu vida de color*. Obtenido de <http://templodelacruz.jimdo.com/proyecto-de-inclusi%C3%B3n-de-personas-con-discapacidad/documetnos/etapas-en-el-proceso-de-aceptaci%C3%B3n-de-una-persona-conm-discapacidad/>

k. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL**

TEMA

PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACIÓN, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO - JULIO 2015

AUTOR

Lenin Andres Chuquimarca Masache

Proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

Loja – Ecuador

2014-2015

a. TEMA

PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACION, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO JULIO 2014- MARZO 2015

b. PROBLEMÁTICA.

Este organismo es una unidad operativa del MIES Zona 7, coordinación zonal 7. El Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, (CEPRODIS), fue fundado en Loja hace 30 años aproximadamente por la iniciativa de la doctora Singler, de origen chileno, quienes conjuntamente con los padres de familia de los niños con discapacidades fueron los responsables de la creación de este centro, el financiamiento estaba a cargo de los padres, posteriormente conto con el apoyo de la Fundación Álvarez representada por el hermano Santiago Fernández y después de unos años se incorporó al Ministerio de Bienestar Social, asumiendo el nombre de Escuela Especial “Ramón Riofrio”, posteriormente “DINARIN” hasta su actualidad

El centro recibe actualmente a niños y jóvenes discapacitados, los 365 días del año, de 08h00 a 17h00. La finalidad de esta institución es acoger, capacitar y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y de su entorno tanto familiar como social. Este centro se encuentra actualmente ubicado en el barrio La Argelia, en la Av. Pío Jaramillo y Juan Zenea.

El centro recibe a niños a partir de los 6 años de edad, ya que antes no es recomendable separarlo de su entorno familiar normal. Pues la familia se vuelve un apoyo fundamental para todos los seres humanos en especial para este sector vulnerable como son los niños y jóvenes con discapacidades, entendiéndose por discapacidad aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

No es posible prevenir todas las discapacidades. Algunos bebés se desarrollan de una forma diferente en el útero materno. Las limitaciones físicas y mentales que se desarrollan antes de que nazca el bebé muchas veces se llaman “malformaciones congénitas”. Muchas de estas se deben a condiciones dañinas en la vida de la mujer.

Según expresa la Fundación Hesperian, en su libro titulado Un manual de salud para mujeres con discapacidad, las causas para que un niño nasca con discapacidad pueden ser:

Enfermedades

Algunas malformaciones congénitas son causadas por enfermedades que tuvo la madre mientras estaba embarazada. La sífilis, el herpes y el VIH se pueden pasar de la madre al bebé durante el embarazo o el parto y causarle malformaciones congénitas al bebé. Por eso, las mujeres embarazadas deben hacerse pruebas para detectar esas infecciones y deben recibir tratamiento si alguna prueba da un resultado positivo.

La meningitis, la polio y el sarampión son enfermedades infantiles que pueden dejar a un bebé o un niño con una discapacidad. Es importante vacunar a los recién nacidos para que tengan protección y recibir tratamiento si lo necesitan, para prevenir las discapacidades.

Sustancias toxicas

Los venenos como el plomo que se encuentra en las pinturas, los plaguicidas como el veneno para ratas, y otras sustancias químicas pueden causar discapacidades en las personas y malformaciones congénitas en los bebés que se están desarrollando en el útero materno, el fumar o masticar tabaco, respirar humo y beber alcohol durante el embarazo también pueden dañar al bebé antes de que nazca.

Los trabajadores muchas veces usan sustancias químicas en la fábrica o en el campo sin que se les haya enseñado cómo usarlas sin peligro, o sin siquiera que sepan si son peligrosas.

Las discapacidades hereditarias

Se sabe que algunas discapacidades se heredan, como por ejemplo, la atrofia muscular espinal y la distrofia muscular (enfermedades de los músculos y los nervios). Las mujeres que ya tienen uno o varios niños con una discapacidad hereditaria corren un mayor riesgo de tener a otro niño con el mismo problema. Los bebés cuyas madres son mayores de 40 años corren un mayor riesgo de tener síndrome de Down. Sin embargo, la mayoría de las discapacidades no son hereditarias. En la mayor parte de los casos, los padres de un bebé que nace con una discapacidad no hicieron nada que causara la discapacidad. Jamás hay que culparlos o culparse.

Según la Dra. Marcela Campabadal Castro. El nacimiento de un hijo con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado; en la fase del embarazo, lo normal que es los futuros padres tengan sus fantasías sobre el hijo; imágenes físicas y características del nuevo ser que se incorporará al núcleo familiar. A lo largo de los nueve meses (y en ocasiones, antes ya) esas expectativas se han ido alimentando esperando con ansia el momento del nacimiento. La pérdida de expectativas y el desencanto ante la evidencia de la discapacidad (o su posibilidad), en un primer momento va a ser demoledor; es como si el futuro de la familia se hubiera detenido ante la amenaza.

La confusión y los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan de manera incesante, surgiendo constantemente las preguntas de los por qué de la deficiencia física y /o psíquica debida a lesión orgánica es un dato extraño al sistema familiar, soportado como una agresión del destino y por lo

tanto acompañado de intensos sentimientos de rechazo o rebelión. Esta percepción es rápidamente asumida como propia por el disminuido, que se encuentra viviendo así como indeseable una parte de sí mismo

Los padres pasan por una serie de estadios que no siempre son superados fácilmente, en algún momento de su vida, se cruzan todos estos sentimientos pero no siempre ocurre secuencialmente; La negación y el aislamiento, es la válvula de escape para los padres al tratar de sobrellevar los sentimientos de culpa y el shock que les produce la noticia. Empiezan a repetirse a sí mismo frases como "Esto no puede estar sucediéndome a mí, a mi niño, a nuestra familia."

Este proceso de duelo provocado por la primera confrontación con la discapacidad, conlleva lágrimas, desencanto, dolor y auto compasión por su hijo y por ellos mismos. Este dolor lo acompañará durante mucho tiempo y en algunos padres se convierte en apatía, no pensar ni hacer nada. Algunas madres se sienten directamente responsables se culpan a sí mismas por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva su nivel de ansiedad y frustración, vergüenza, etc.

Bajo este contexto surge la siguiente pregunta **¿Cómo los padres de los niños con discapacidad que asisten Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, pueden superar los niveles de ansiedad producto del proceso aceptación?**

c. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se justifica principalmente como un requisito necesario e indispensable para poder egresar como Licenciado de Psicorrehabilitación y Educación Especial, pues dentro de las políticas de la Universidad Nacional de Loja, uno de sus compromisos es el garantizar que los estudiantes terminen sus estudios y sean profesionales de tercer nivel y ya no egresados.

Así mismo el tema planteado permite una vinculación con la colectividad, en un sector sumamente importante como son las familias de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, puesto que el programa de intervención psicoterapéutico buscara superar los niveles de ansiedad que sufre la familia ante esta situación.

Además se cuenta con los respectivos permisos para la realización del mismo, por parte del Dr. Fabián Herrera, director del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, también se cuenta con diferentes fuentes bibliográficas las cuales permitirán la oportuna realización del referente teórico, así mismo existe una adecuada solvencia económica para poder realizar este proyecto de una manera exitosa.

Por último entre las familias de los niños que se encuentran asistiendo a este centro existen diferentes problemas relacionados a los estados emocionales como son: crisis de angustia, estrés y ansiedad, es allí donde con el presente proyecto tratara de reducir estos estados emocionales alterados utilizando la terapia racional emotiva, para así de una manera ayudar a garantizar una familia adecuada para los niños, niñas y adolescentes que asisten al centro.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

- Reducir los niveles de ansiedad, producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, a través de la Terapia Racional Emotiva en el periodo marzo- julio 2015.

Objetivos específicos

- Establecer los referentes teóricos y metodológicos relacionados con Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.
- Medir el nivel de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.

- Elaborar el programa de psicoterapia racional-emotiva para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.

- Aplicar el programa psicoterapéutico para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.

- Validar la eficacia de la aplicación del programa de psicoterapia racional emotiva para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, en el periodo marzo- julio 2015.

e. MARCO TEÓRICO

ESQUEMA DE CONTENIDOS

REALIDAD TEMÁTICA

Discapacidad

- Tipos de discapacidad

La familia y la discapacidad

- Definición de familia
- Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad
- Reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad
- El proceso de aceptación de un hijo o hija con discapacidad

Ansiedad.

- Definición.
- Factores implicados en la etiología y mantenimiento de la ansiedad.
- Tipos de ansiedad

PROBLEMÁTICA DE LA REALIDAD TEMÁTICA

Síntomas

- Movilización
- Inhibición
- Desmovilización

Diagnóstico

- Instrumento de evaluación
- Generalidades del test de Hamilton
- Interpretación

- Aspectos que evalúa
- Método de aplicación

PROPUESTA DE LA REALIDAD TEMÁTICA

- ¿Cómo tratar la ansiedad?
- Medicación
- Psicoterapia

PROPUESTA DE CAMBIO

- Terapia cognitivo Conductual
- Terapia Racional Emotiva
- Antecedentes
- La teoría del A-B-C
- Creencias irracionales
- Terapia preferencia
- Terapia general
- Metas de la terapia
- Etapas de la terapia
- Estructura de las sesiones
- Dificultades de resistencia por parte del paciente
- Técnicas emocionales o conductuales

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA

- Principios didácticos del Programa
- Fases del programa
- Actividades

VALIDACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA PROPUESTA

Resultados del retest

¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?

Según el Reglamento General De La Ley De Discapacidades, en el capítulo dos, Art.3. Señala “Se considerará persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales”. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive la persona.

TIPOS DE DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud, publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en el 2001. La CIF brinda un lenguaje unificado para clasificar los cambios en las funciones y estructuras corporales, las actividades, los niveles de participación y los factores ambientales que afectan la salud. Esto ayuda a evaluar la salud, el funcionamiento, las actividades y los factores ambientales que ayudan u obstaculizan la máxima participación de las personas en la sociedad.

Afecciones de salud

Este término se refiere a enfermedades, afecciones, trastornos, lesiones y traumatismos. La condición de salud por lo general es un diagnóstico, por ejemplo: los trastornos del espectro autista, la espina bífida y las lesiones cerebrales traumáticas.

Estructuras corporales

Las estructuras corporales son las partes físicas del cuerpo, por ejemplo: el corazón, las piernas y los ojos.

Funciones corporales

Las funciones corporales describen la forma en que funcionan las partes y los sistemas del cuerpo, por ejemplo: el razonamiento, la audición y la digestión de los alimentos son funciones corporales.

Limitaciones funcionales

Las limitaciones funcionales son las dificultades que hay para completar una amplia gama de actividades básicas o complejas asociadas a un problema de salud, por ejemplo: pérdida de la vista, pérdida de la audición, incapacidad para mover las piernas.

Actividad

La actividad es la realización de una tarea o acción, por ejemplo: comer, escribir y caminar.

Limitaciones en la actividad

Las limitaciones en la actividad son las dificultades que enfrenta una persona para realizar ciertas actividades, por ejemplo: no poder lavarse los dientes o abrir un frasco de medicamentos.

Participación

La participación significa ser parte de una situación de la vida o tener un papel pleno en la sociedad, por ejemplo: ir a la escuela o practicar deportes. Esto también significa incorporar a las personas con discapacidades en todos los aspectos de los ámbitos político, económico, social y cultural de la comunidad.

Restricciones en la participación

Son problemas que una persona puede enfrentar al involucrarse en actividades cotidianas.

Factores ambientales

Los factores ambientales son componentes del ambiente que afectan la vida de una persona, por ejemplo: tecnología, apoyo y relaciones interpersonales; servicios; políticas y creencias de los demás.

Factores personales

Los factores personales son aquellos que tienen que ver con la persona, como edad, sexo, estado civil y experiencias de vida.

LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD

Definición de familia

La familia es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos.

La familia se constituye como el primer contexto de desarrollo en que el niño o niña nace y se desarrolla. Ésta se encargará del desempeño de funciones tales como la alimentación, el cuidado, el apoyo, la estimulación y la estructuración de un espacio al que el menor ha de adaptarse. Y será en este contexto donde el niño comience a establecer relaciones interpersonales donde adquirirán conocimientos, habilidades y destrezas que servirán para el desarrollo en el mundo real. (Díaz, 2010)

DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD

Comunicar a unos padres que su hijo/a presenta discapacidad es una noticia capaz de desestabilizar cualquier sistema familiar. Las reacciones pueden ser muy diversas; encontramos familias que reaccionan con mucha eficacia práctica, algunas hasta el punto de esconder sus sentimientos, miedos y preocupaciones; parece que no sucede nada. Otras, en cambio, muestran muchas dificultades para encarar lo que está pasando. Entre un extremo y otro, las diferentes formas de afrontar el dolor tendrán en común un proceso de duelo, y un período necesario

para aceptar que el niño que imaginaban no llegará y que, en su lugar, está su hijo, con necesidades y dificultades, pero también, cuando lo puedan descubrir, con muchas potencialidades.

Desde el anuncio de la noticia hasta la aceptación, los padres pasarán por diferentes fases o etapas. Emociones como rabia, culpa, tristeza, odio, negación, dolor, pena, entre otras, forman parte de sus vivencias durante un tiempo. (E-PSICOPEDAGOGIA, 2013)

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.

Es característico en este momento que los padres tengan una visión muy limitada de su situación. Están aturridos 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

Muchos padres tienen antes de lograr un duelo completo pasan por una serie de etapas como:

- **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.
- **Continua frustración:** por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo(a). (Martínez, 2010)

El proceso de aceptación de un hijo / hija con discapacidad.

Se inician una experiencia de duelo, dolor emocional que se manifiesta directa o indirectamente en todo padre/madre especial y que abarca los siguientes estadios:

1. Negación y culpa
2. Pena o dolor
3. Ira o coraje
4. Rechazo
5. Búsqueda
6. Aceptación

La fase de negación y culpa

Consiste en decir que no a la realidad: “no está sucediendo”, “no es cierto”, “está Ud. Equivocado”, “no puede ser”, “voy a despertar de esta pesadilla”, “usted

no sabe lo que dice”, “mi niño está bien”, etc. Este es el primer mecanismo de defensa para encarar una situación nueva amenazante. Es la forma primitiva de protección emocional que nos permite evadir una situación que no queremos.

La culpa es lanzarle a otro la responsabilidad de la discapacidad del niño o niña. Es buscar a quien atribuirle la situación y hacerlo más manejable. Puede ser que los padres se auto culpen y de esa manera se auto laceren y se auto castiguen por no traer al mundo al niño o niña sano, que todos esperaban. Es la oportunidad para lanzarle al otro las fallas pasadas. Desplazar la culpa al esposo, suegra, doctor, enfermera, a situaciones, a Dios, a la vida, etc. Como un perfecto blanco de descarga emocional.

La fase de pena o el dolor

Estos sentimientos no desaparece en un padre o madre especial, ya que la discapacidad es igual de permanente, sin embargo, este dolor se transforma. En un primer momento este dolor es agudo, penetrante, aniquilador, mina la vitalidad y las fuerzas para encarar lo desconocido. Es una depresión por lo que se perdió por lo que se tendrá que vivir y por lo que se perderá también a futuro. El llanto, los nervios, la angustia, el temor, la incertidumbre, el desconocimiento de la discapacidad, la desesperación, los sentimientos de inutilidad y de “no poder con la carga”, se hacen presentes. Dejarse llevar por el dolor y sufrirlo es lo que los conducirá a progresar en su camino a la aceptación. (Villaruel, 2012)

La fase de la ira

Cuando la persona ve por fin la realidad, intenta todavía rebelarse contra ella, y entonces sus preguntas y sentimientos cambian. Nacen otras preguntas: ¿porque yo?, ¿porque ahora?, ¿no es justo?, y aparece el enojo con la vida, con Dios y con el mundo. En ocasiones la persona expresa una ira que inunda todo a su alrededor; nada le parece bien, nada le conforma, y su corazón rezuma dolor, odio y rencor. Y aunque parezca mentira, su autoestima atropellada por la realidad se da cuenta de que lo que necesita, y es verdad, es expresar su rabia para poder liberarse de ella. (GABINETE DE PSICOLOGÍA PSICOLOGOS EN MADRID. 91 4496505

La fase del rechazo

Es el sentimiento negativo extremo ante un niño o niña con discapacidad. Universalmente se habla de que todos los padres aman y que ninguno “debe” sentir rechazo por un niño o niña, pero en estos casos, en una primera etapa, es un sentimiento totalmente normal. Un sentimiento de autodefensa ante la amenaza de vivir con una responsabilidad excesiva. Generalmente el rechazo no se verbaliza por el temor a que los demás nos enjuicien y suele enmascarse con actitudes de sobreprotección como: “todo lo hago por mi hijo o hija”, “sólo yo me ocupo del niño”, “nadie cuida tan bien a mi hijo o hija como yo”, “vean cuanto me sacrifico por él o ella”, “vivo para mi hijo o hija”.

La fase de Búsqueda

Luego de haber volcado las dolencias se inicia la búsqueda de alternativas para hacer la carga menos pesada: indagamos los servicios médicos, educativos, de rehabilitación, sociales que nos puedan ayudar a enfrentar la realidad que incipientemente aceptamos. Una búsqueda de alternativas que, en ocasiones, abandonamos y luego las retomamos hasta que llegan a ser permanentes y parte de nuestra vida.

La fase de aceptación

La aceptación es el sentimiento más gratificante y liberador que puede experimentar un padre especial. Sentir amor por el hijo o hija, no lástima, cuidarlo sin sobreprotegerlo, conocer el problema sin minimizarlo, involucrar a toda la familia sin absorber toda la responsabilidad, buscar apoyo educativo, médico, social y espiritual e integrar todos estos aspectos. Todo ello implica AMAR-CONOCER-ACEPTAR.

Todos los mecanismos de defensa mencionados son normales, ningún padre o madre se exentan de vivirlos. La durabilidad y la evolución de las etapas son

particulares en cada padre, son justificables y se pueden vivir varios sentimientos a la vez. En un proceso adecuado se considera aproximadamente entre 2 y 3 años para lograr la aceptación. Cuando un padre se estanca en una etapa es muy recomendable buscar ayuda profesional emocional (Villaruel, 2012)

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 Sobre-exigencia 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 (Martínez, 2010)

Por último la experiencia de un hijo discapacitado produce en los padres y en la familia, cualquiera de las dos situaciones totalmente opuestas: unos superarán la situación de un modo admirable, mientras que otros son incapaces de soportar la terrible tensión generada y la familia se desintegra.

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad se define como una emoción compleja caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta urgentes. En general cumple una función adaptativa, en la medida que prepara al sujeto para afrontar situaciones de peligro y que sirve de alarma que le coloca en la mejor situación ante circunstancias adversas.

La ansiedad puede ser normal o patológica, la ansiedad normal cumple una función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve, afecta al plano psíquico más que al corporal y no afecta la libertad; por el contrario la ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, se sitúa en el plano corporal y reduce la libertad de la persona.

Por otra parte, resulta difícil diferenciar angustia de ansiedad. En la ansiedad existe un mayor <sobresalto> y en la angustia un mayor sobrecogimiento; la ansiedad existe en el plano psíquico y la angustia en lo físico, dentro del esquema corporal la angustia se localiza más profundamente, como sensación opresiva en la garganta, pecho, el corazón o el estómago. En cualquier caso, en la práctica, angustia y ansiedad suelen emplearse en el lenguaje coloquial con significados equivalentes (Roca M. , 2010, p. 275)

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está pues

estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas. (J. C. Baeza; G. Balanger; I Belchi, 2008, p. 2)

Según la entrevista realizada en la Radio Onda, al Dr. Baeza Villarroel sobre <la ansiedad y sus trastornos> explica que: “Dependiendo de la naturaleza de las amenazas, o adversidades, la ansiedad nos preparará:

- Para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema;
- Para huir del posible peligro o amenaza;
- Para evitar las situaciones aversivas o temidas;
- Para activar conductas de sumisión que neutralicen conductas hostiles de otros -en miedos de carácter social.
- Para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección;
- Para dotarnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a nuestros objetivos.

La ansiedad implica tres tipos de aspectos o componentes:

- Cognitivos: anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, etc.
- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.
- Motores y de conducta: inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad, etc.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, imágenes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá

determinado en gran medida por las características de la persona, y por su circunstancia.

La gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacitación que generan, siendo más graves los que originan más problemas de salud, y más intensos, e implican mayores limitaciones para quien los padece.”

FACTORES IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO DE LA ANSIEDAD

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

FACTORES BIOLÓGICOS

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos

homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno.

FACTORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada

FACTORES TRAUMÁTICOS

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

FACTORES PSICODINÁMICOS

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos.

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a

la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia. (Reyes-Ticas, pp. 29,30)

FACTORES PREDISPOSICIONALES

Con este término nos referimos a variables hereditarias y biológicas como son los “circuitos cerebrales el sistema GABA y el de benzodiacepina. Los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, además, el sistema CRF (*factor de liberación de corticotropina*) que activa el eje HHA (hipotalámico – hipofisario – adrenal) y tiene grandes efectos sobre las áreas del cerebro implicadas en la ansiedad, incluyendo el sistema límbico, concretamente, el hipocampo, la amígdala, el locus cerúleo y la corteza pre-frontal.” (French, 2013), estos factores hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla.

FACTORES ACTIVADORES

Con esta expresión nos referimos a aquellos hechos, situaciones o circunstancias (externas) que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Hemos señalado anteriormente que la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. Hemos indicado, también, que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro. Básicamente, en términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas. En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es para nosotros importante o necesaria - por ejemplo, la superación de un examen para acceder a un puesto de trabajo- En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de objetivos que ya hemos alcanzado, logros con los que ya contamos o forman parte de

nuestro *estatus*. Así, percibiríamos como amenazante la pérdida de la salud o el trabajo.

También se encuentran en este grupo de factores otros que por diversas vías inducen una sobre-estimulación/sobre-activación del organismo: podemos mencionar especialmente el estrés y el consumo de sustancias, particularmente las estimulantes.

Las acciones vinculadas a la ansiedad como mecanismo de alarma, por su valor adaptativo y de supervivencia, son jerárquicamente prioritarias sobre otras acciones, de forma que se retiran de éstas últimos recursos atencionales, cognitivos y conductuales para poder responder satisfactoriamente a la emergencia. (Baeza, 2008)

Tiene su lógica que, si por ejemplo, se declara un incendio, la gestión de otros programas de acción en curso - leer, realizar un informe, participar en una reunión, comer- pase a un segundo plano. O en el caso del problema abordado, que si las familias que tienen un hijo con discapacidad, actividades como reuniones de amigos, leer, etc. pasen a un segundo plano minorando su importancia, y dedicándose al cuidado de su hijo Si la ansiedad es puntual, la paralización provisional de estos programas, o su seguimiento bajo mínimos, no representa grandes inconvenientes; pero si el estado de alarma se prolonga en el tiempo afecta severamente a su desarrollo y, a la postre, tendría consecuencias tales para individuo que se convertirían en nuevas fuentes de ansiedad.

Finalmente, dentro de los factores de mantenimiento, hemos de citar las estrategias contraproducentes de afrontamiento: soluciones intentadas, fallidas, que destinadas a regular la ansiedad, sus motivos o sus efectos, no sólo no lo consiguen, si no que contribuyen a su incremento y perpetuación. Estos procedimientos son variados y afectan tanto control de los síntomas, como de los pensamientos, del medio y de la conducta. Por poner un ejemplo que ilustre a qué nos estamos refiriendo, valga citar la hiperventilación. Algunas personas, ante la sensación de ahogo y falta de aire, responden con una respiración rápida, superficial, e intensa, cuya consecuencia es una caída brusca de los niveles de dióxido de carbono, lo que a su vez genera un incremento del ahogo, del calor, de la tasa cardiaca, de los mareos, del hormiguero, etc. síntomas que exacerbarían más el miedo. (Baeza, 2008)

La ansiedad, al igual que otros sentimientos (placer, exaltación, euforia, éxtasis, tristeza, ira, rabia y calma), es fundamental en la vida de las personas; regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que, en el caso del miedo, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo.

Las emociones humanas tienen mucha importancia en cuanto a las causas de la ansiedad: la sexualidad y la agresividad. Sin embargo, en la descripción que las personas hacen de su angustia, pueden esgrimir muchas razones que no guardan ninguna relación con deseos agresivos o sexuales. Muchos pacientes, por ejemplo, se sienten extrañados frente al hecho de que la causa de la ansiedad surja precisamente cuando se encuentran más contentos y han conseguido por fin el logro deseado. Otros culpan de su estado al abandono de un ser amado, la mala suerte en los negocios, la soledad, un medio ambiente adverso o el fracaso de un proyecto.

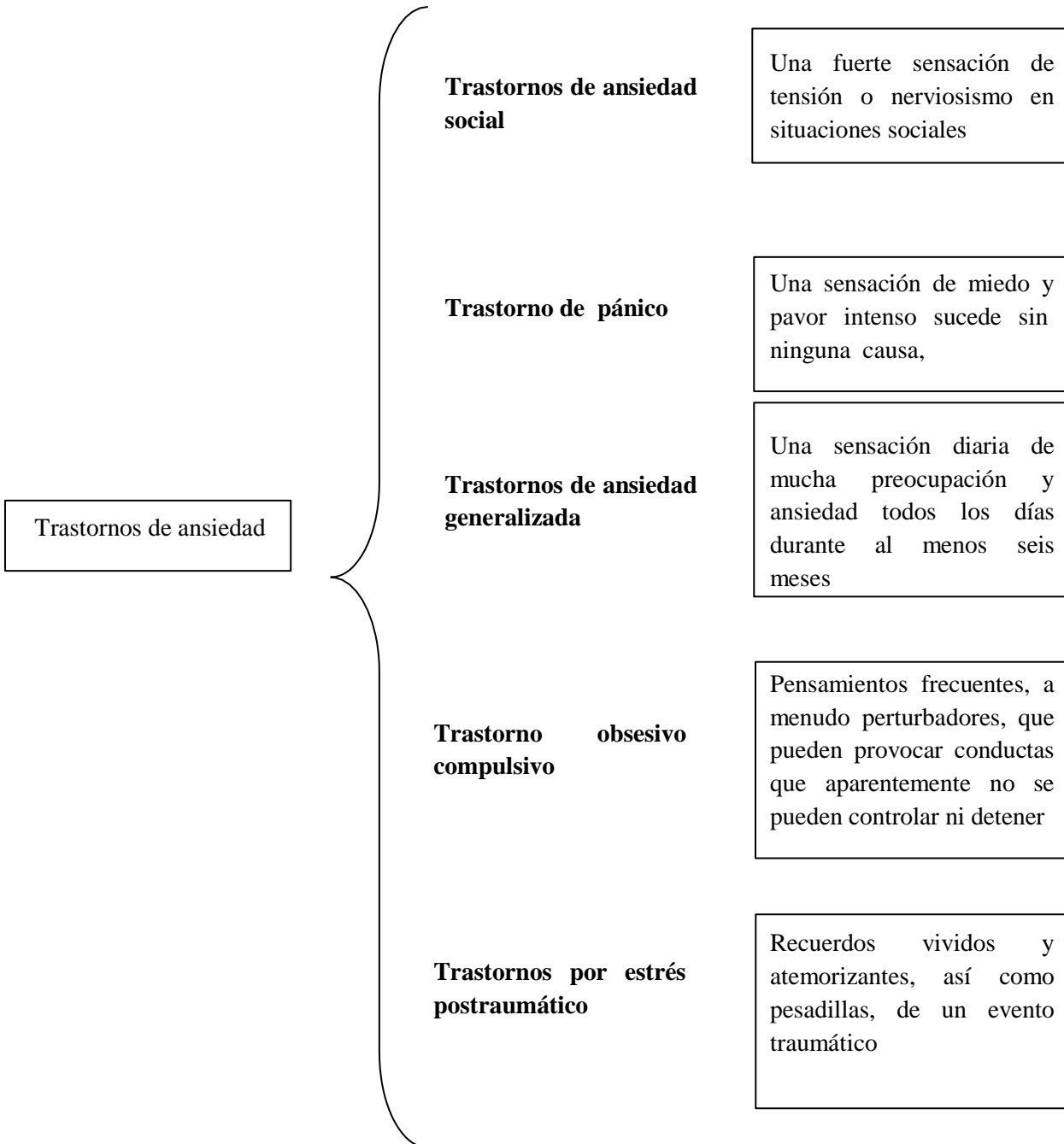
Estas quejas manifiestas son la expresión inconsciente de situaciones traumáticas de separación en las etapas iniciales de la vida, cuando el desarrollo psicológico es incompleto, y el sujeto no cuenta con elementos suficientes para defenderse del temor a perder la vida o ser aniquilado por peligros supuestos o reales. Cada nueva situación de abandono o separación es ahora mal soportada; hasta un hecho cotidiano aparentemente banal puede ser motivo para desencadenar el estado de angustia y ser la causa de la ansiedad

De acuerdo con la teoría conductista, la angustia es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental; las personas afectadas por la ansiedad han sobregeneralizado sus temores y han aprendido, por imitación, a responder ansiosamente. La imitación proviene de respuestas semejantes de sus padres, cuidadores o figuras importantes; en consecuencia, las respuestas de los ansiosos son valoraciones que exceden la peligrosidad de las situaciones, y subestiman sus propias habilidades para enfrentar esas amenazas.

La angustia es un afecto normal; su intensificación, que se convierte en fuente de sufrimiento e incapacidad, es lo que la convierte en patológica.

Algunos de estos factores predisposicionales se desconocen aún, aunque se presume su existencia, pero estos factores no condenan a padecer una ansiedad. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado, por otro. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de pre-alerta que condiciona su disposición hacia el medio -externo o interno-, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas –defensivas- como más probables. (Restrepo, 2008, p. 777)

Los principales tipos de trastornos de ansiedad son:



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD?

Según J.C.BAEZA VILLARROEL en su artículo web denominado ¿Cuáles son los síntomas de la ansiedad?, publicado en la página web de la clínica de la ansiedad expresa que “las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

Físicos: Taquicardia, , palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables,

sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

Al mismo tiempo, la Dra. Ana Muñoz en su artículo denominado “Los síntomas de ansiedad” expresa que “las reacciones pueden ser de tres tipos: movilización, inhibición y desmovilización.

Movilización

Se produce cuando los sistemas se activan para la acción (huida o lucha). Se da en los cuatro sistemas mencionados:

Cognitivo. La persona es excesivamente consciente de sí misma y está hipervigilante, buscando constantemente indicios que demuestren la existencia de un peligro. Por ejemplo, la persona que teme hablar en público observará cada gesto de su audiencia. Aparecen pensamientos repetitivos de amenaza, como: no seré capaz de hacerlo, siempre me equivoco, soy incompetente, quedaré como un idiota, etc. O aparecen en su mente imágenes mentales que muestran las cosas desagradables que pueden pasarle.

Afectivo. Aparecen emociones que van desde una ligera tensión o incomodidad hasta el terror.

Conductual. Movimientos nerviosos, temblar, suspirar, moverse de un lado a otro, evitar la situación, etc.

Fisiológico. Se produce una activación del sistema nervioso simpático. Por ejemplo, palpitaciones, sudoración o aumento de la presión sanguínea.

Inhibición

En la inhibición se produce lo contrario a la movilización; es decir, los sistemas se inhiben y bloquean para inmovilizar a la persona e impedirle actuar:

Cognitivo. Se produce un bloqueo de diversas funciones con problemas para recordar, para concentrarse, para pensar o para ser objetivo. Puede haber confusión mental, sensación de irrealidad, sensación de que las cosas parecen distantes o sensación de que va a desmayarse.

Conductual. Se produce una inhibición del movimiento, cierta rigidez de los músculos de la cara, palidez, y rigidez muscular general que hace que los movimientos sean torpes y bruscos, impidiendo realizar correctamente ciertas actividades, como escribir o tocar un instrumento. Puede producirse también tartamudeo, problemas para hablar e incluso mutismo parcial.

Fisiológico. Aparecen síntomas como hipotensión, desmayo, debilidad.

Desmovilización

Es una reacción de colapso que suele ocurrir sobre todo cuando hay una reacción exagerada al ver sangre o heridas, aunque puede ocurrir también en otros casos. Los principales síntomas son debilidad y desmayo debido a hipotensión y reducción de la frecuencia cardíaca.

Síntomas fisiológicos

En general, los síntomas fisiológicos (tanto de movilización como de inhibición) pueden afectar a diversos sistemas:

Cardiovascular. Hipertensión, hipotensión, disminución o aumento de la frecuencia cardiaca, desmayo.

Respiratorio. La preparación del organismo para una reacción rápida e intensa requerirá un aporte energético extra (glúcidos y lípidos). Estas materias primas se transformarán en energía, mediante procesos de combustión, para lo que se necesita oxígeno, el combustible de nuestro organismo, en mayor cantidad, en la ansiedad la respiración se vuelve agitada o enlentecida, además e pueden presentar problemas para respirar, presión en el pecho, respiración superficial, sensación de nudo en la garganta, sensación de ahogo. (Fort, 2006)

Neuromuscular. Reflejos aumentados, sobresaltos, insomnio, espasmos, temblores, rigidez, debilidad general, inestabilidad, piernas tambaleantes.

Gastrointestinal. Dolor abdominal, pérdida de apetito, asco de la comida, náuseas, vómitos, reflujo gastroesofágico, malestar abdominal.

Aparato urinario. Deseo urgente de orinar, deseo de orinar con frecuencia.

Piel. Palidez, rubor facial, sudor localizado (por ejemplo, en las palmas) o general, sofocos, picores. (Muños)”

¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ANSIEDAD?

Para evaluar y diagnosticar la ansiedad además de los múltiples síntomas antes mencionados, se pueden utilizar diferentes criterios como por ejemplo:

Uso de escalas

La constatación ya comentada del infra-diagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar “posibles casos” de enfermedad.

Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, como con todos ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo, además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos que utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. (Badía X, Alonso J, 2007, p.p 49, 88)

A continuación se detallan una escala en relación con el diagnóstico de la ansiedad:

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton AnxietyScale, HAS)

La escala de ansiedad de Hamilton (HAS) 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 es la más ampliamente utilizada en la actualidad. 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). Existe una versión española, realizada por que es la que presentamos.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no

existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Se recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. 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) (8).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las sub-escalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques.

En estos casos se ha propuesto de forma orientativa:

0 - 5 puntos (No ansiedad)

6 - 14 (Ansiedad menor)

15 o más (Ansiedad mayor).

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-V. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados. (Guerrero, 2012, pp. 33-36)

¿Cómo Tratar la ansiedad?

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil.

Con frecuencia, las personas creen que han “fallado” un tratamiento o que el tratamiento no les funcionó, cuando, en realidad, el tratamiento no se suministró por un periodo adecuado de tiempo o fue administrado incorrectamente. En ocasiones, las personas deben tratar varios tipos diferentes de tratamientos, o combinaciones de los mismos, antes de que puedan encontrar uno que les funcione.

Medicación

La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia. Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (pastillas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

La Psicoterapia

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

PROPUESTA DE CAMBIO

Terapia Cognitiva-Conductual

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual puede ayudar a las personas que sufren de trastorno de pánico a aprender que sus ataques de pánico no son en realidad ataques cardiacos y puede ayudar a las personas con fobia social a aprender a sobreponerse a la creencia de que las demás personas las están observando y juzgando constantemente. Cuando las personas están listas para

enfrentar sus miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.

A las personas con TOC que le tienen miedo a la suciedad y a los gérmenes, se les recomienda ensuciarse las manos y que esperen cada vez mayores periodos de tiempo antes de lavárselas. El terapeuta ayuda a la persona a manejar la ansiedad producida por la espera; después de que se ha repetido el ejercicio varias veces, la ansiedad disminuye. A las personas con fobia social se les recomienda pasar un tiempo en situaciones sociales que las atemorizan, sin dejarse tentar con escapar, y a cometer pequeñas equivocaciones sociales y observar cómo la gente responde a éstas. Debido a que las respuestas usualmente son mucho menos severas de lo que la persona espera, estas ansiedades disminuyen. Las personas con TEPT pueden ser apoyadas mediante la recordación de su evento traumático en una situación segura, lo cual ayuda a reducir el miedo que produce. Los terapeutas de terapia cognitiva-conductual también les enseñan como respirar profundo y otros tipos de ejercicios para aliviar la ansiedad y fomentar la relajación.

La terapia conductual basada en la exposición ha sido utilizada durante varios años para el tratamiento de fobias específicas. De manera gradual, la persona enfrenta el objeto o situación al que teme, al principio, quizá tan solo a través de fotos o videocasetes, y después frente a frente. Con frecuencia, el terapeuta acompaña a la persona a una situación temida con el fin de proveer apoyo y orientación.

La terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor.

Con frecuencia, la terapia cognitiva-conductual o terapia conductual dura aproximadamente 12 semanas. Se la puede llevar a cabo individualmente o en

grupo con personas con problemas similares. La terapia en grupo es particularmente efectiva en el caso de la fobia social. Con frecuencia, entre las sesiones, se asignan “tareas” a los participantes. Existe alguna evidencia de que los beneficios de la terapia cognitiva-conductual duran más que aquellos de la medicación para personas con trastorno de pánico, y lo mismo puede ser cierto para TOC, TEPT, y fobia social. Si un trastorno se vuelve a presentar después, la misma terapia puede ser utilizada para tratarlo con éxito por segunda vez.

Como hemos visto anteriormente la terapia cognitiva conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y dentro de este gran grupo de terapias, la Terapia Racional Emotiva, como se ha demostrado en múltiples investigaciones ha tenido una gran importancia en el tratamiento de la Ansiedad. (National Institutes of Mental Health)

Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC)

Antecedentes

La teoría de la Terapia Racional Emotivo – Conductual fue formulada por Albert Ellis PhD, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la “American Psychological Association”. Básicamente la propuesta de la TREC es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

A la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, Ellis lo ha llamado “pensamiento racional” y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado “pensamiento irracional”.

Es importante aclarar que algo será “racional” o “irracional” en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él o ella, no para el/la terapeuta, en tanto esos pensamientos no le permitan conseguir sus metas y le causen perturbación emocional: ansiedad, depresión, enojo excesivo, etc. O sea, que las emociones sean las que manejen a la persona y no la persona la que maneje a sus emociones. Cuando se dice que las emociones manejan a las personas, se quiere decir, que el individuo se enoja, se deprime o se angustia, de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr sus objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo.

Un enfoque de la psicología que dio su contribución al desarrollo de la TREC fue el psicoanálisis en dos de sus figuras importantes, una es Karen Horney (1950), que identificó y escribió acerca de “la tiranía de los deberes”, como elemento medular en la perturbación emocional, y Alfred Adler (1927), quien se interesa en la relación entre la descalificación y devaluación que hacen las personas hacia ellas mismas y la ansiedad, así como en el uso de un método cognitivo – persuasivo (utilizando la acción – dirección) en el tratamiento psicológico.

Siempre dentro del campo de la psicología, se encuentra el aporte de dos pioneros del movimiento conductista, como son Watson y Rayner (1920), y la utilización de sus técnicas, especialmente en la terapia sexual activo – directiva durante la década de los cincuenta. Durante esta época, la TREC se desarrolla y emerge; Ellis publica un estudio en el que da a conocer que las personas atendidas con este nuevo método, presentan una mejoría significativa, en relación al abordaje psicoanalítico, las sesiones se reducen de 100 a 35.

Además, para él la base de la perturbación psicológica es el pensamiento irracional, y así introduce tal concepto y define la neurosis “como el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de

manera poco funcional” (Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis, 2002, pp. 218-227)

El ABC del TREC

Albert Ellis, creó la teoría del "ABC" emocional, nombre críptico que sirve para facilitar la labor didáctica y educativa de la que también hace gala Ellis. Trató de establecer las principales "Creencias Irracionales" que mayormente compartimos las personas de las sociedades occidentales, bien por educación, tendencias biológicas, influencias sociales etc., y que es conveniente combatir para lograr un mayor desarrollo personal y social.

Los acontecimientos activantes o las A

Cuando una persona que asiste a psicoterapia describe un acontecimiento que les perturba, el terapeuta debe pensar en tres elementos:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?
3. ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?

Los primeros dos elementos se relacionan con A o el acontecimiento, el último elemento se refiere al sistema de creencias de la persona.

Otro aspecto importante de la TREC es que hace diferencia entre realidad objetiva y realidad percibida. La primera es la realidad confirmable, el hecho en sí, lo que realmente sucedió y que se puede confirmar y probar a través de los hechos.

La segunda, es la realidad conforme la describe la persona y como supuestamente cree que es, es la realidad según y cómo la persona la está evaluando.

Algo importante es que en TREC el término creencia se utiliza para referirse a las cogniciones, a los pensamientos; las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad. Por eso la propuesta

de la TREC es que son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

Las consecuencias o las C:

Por lo general, las personas acuden a terapia debido a que se sienten mal, porque hay conflictos o problemas a nivel emocional, es decir, en lenguaje de la TREC, acuden a terapia debido a C.

Hay personas que pueden hablar sin problemas de sus emociones y conductas, debido a ciertos hechos o Acontecimientos activantes, porque de acuerdo a su forma de pensar, su malestar emocional se debe a esos hechos o situaciones.

Sin embargo, para la persona que encuentra dificultad en expresar sus emociones, se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales.

1. Observando el comportamiento de la persona y usar como señales esas conductas.
2. Las consecuencias emocionales más frecuentes que presenta la persona ante las situaciones de la vida real.
3. Usando la teoría racional emotiva – conductual, para conocer el sistema de creencias de la persona, y así poder inferir su emoción específica.

“Un aspecto importante a destacar es que para la TREC no todas las emociones son inapropiadas, o serán objetivos para modificar. De hecho, las emociones son muy útiles en nuestra vida diaria, y es parte de nuestra supervivencia. La diferenciación que propone la TREC es entre las emociones que beneficiosas y funcionales y las emociones que no ayudan o disfuncionales. Se pueden diferenciar unas de otras, debido a que las emociones que se consideran dañinas son las que no permiten conseguir los logros y las metas propuestos, la persona no disfruta de su vida y puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo. Al mismo tiempo, algunas emociones también dañan físicamente, como es el caso de la ansiedad que puede producir trastornos a nivel físico como la taquicardia, el temblor, la sudoración excesiva, la taquipnea.” (Incer H. B., 2013)

También hay emociones esperables en ciertas situaciones, por ejemplo, la tristeza debido a la muerte de un ser querido, sin embargo, cuando esa tristeza se prolonga durante mucho tiempo, es muy debilitante, la persona se aísla y se deteriora su capacidad de autocuidado, entonces se convierte en una emoción disfuncional, perturbadora y es un objetivo para la intervención terapéutica. Se diría que es una emoción negativa perturbadora.

De hecho, el poder diferenciar una emoción perturbadora, de una no perturbadora es uno de los aportes más útiles de la TREC, aunque también, al no poder operación alizar, o dar una definición operativa, resulta un poco problemático. Sin embargo, es un paso necesario, ya que implica un objetivo claro que se plantea a nivel terapéutico y es “transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas. Algunas pueden ser:

- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.
- Emociones inapropiadas: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza” (Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis, 1999, p. 25)

Las creencias o las B:

Como se mencionó anteriormente, para la TREC se dan dos sistemas de creencias, las racionales (rB, ya que en inglés es Belief = creencia) y las irracionales (iB) y ambas son evaluaciones de la realidad, y en las personas se dan ambos tipos de pensamiento.

Algunas características de las creencias irracionales, que pueden ayudar a su detección son:

1. No tienen una lógica consistente.
2. No se pueden probar a través de la realidad empírica.
3. Son absolutistas y dogmáticas.
4. Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.
5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados.

El Dr. Ellis sugiere que también hay que buscar entre los “debería de” y “tendría que”, ya que estos son realmente indicios de un pensamiento absolutista y dogmático. En este apartado también es importante resaltar algo, y es que no siempre que una persona utilice los términos “debo de” o “tengo que” significa que esté hablando de demandas o exigencias, en algunas ocasiones también se utilizan de forma inocua. El problema se da cuando se utilizan como un imperativo, como si fuese un dogma moral. El terapeuta deberá hacer la distinción de si la expresión conlleva un significado absolutista, tomando en cuenta el contexto de la persona y su estado emocional.

Las bases de la TREC:

Como se mencionó anteriormente, para la TREC el elemento principal en el trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre el sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Según el MSc Hazel Blanco expresa que “esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas “debo de” y “tengo que” en relación a estos tres aspectos.

Entonces, la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la tríada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias, y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación

En una forma más detallada sería:

- 1. Tremendismo:** Se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.
- 2. Baja tolerancia a la frustración o “No lo puedo soportar”:** Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la

situación presente la probabilidad de presentarse: “si tal cosa ocurre es insoportable, terrible, horrible”; o bien si no hay probabilidad de que se presente: “si tal cosa no ocurre, es insoportable, terrible, horrible”.

3. **Condenación:** Tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona (amigo/a, familiar, pareja) con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo a las demandas que se tengan hacía. Ejemplo: si la pareja no hizo lo que le pedí, como se suponía que debería de haberlo hecho, no es la pareja que yo pensaba, y me decepcionó. O si hizo algo que no debió haber hecho, no es lo que yo pensaba y me decepcionó. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general. Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC, a inicios de los sesenta, Aarón Beck, también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo, para este autor, las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características que éstos presentan:

1. Son mensajes específicos discretos, por ejemplo “ella no te quiere”, “la gente piensa que sos tonto/a”, “si te pones esa ropa te verás ridículo/a”.
2. Parecen taquigrafiados, es decir, pocas y esenciales palabras, o imagen visual breve.
3. No importa lo irracionales que sean, igual se creen.
4. Se viven como espontáneos, es decir, entran de golpe en nuestra mente, algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental.
5. Se expresan en términos absolutistas.
6. Tienden a dramatizar, ven peligro en todas partes y siempre suponen lo peor.
7. Son relativamente idiosincráticos, solo se tiene una perspectiva de la situación.
8. Son difíciles de desviar, ya que son creíbles, se filtran e integran inadvertidamente en el diálogo interno.
9. Son aprendidos, ya que hemos sido socializados/as para interpretar los sucesos en cierta forma.

Precisamente, debido a estas características de las creencias, Ellis habla de que la TREC es un enfoque psicoeducativo, es decir, parte de la tarea del/la

terapeuta en un proceso psicoterapéutico, es enseñar a la persona su forma de pensar, se le enseña el A B C, se le enseña las características mencionadas anteriormente y se le enseña a prestarle atención a sus ideas y pensamientos, para que a partir de ese aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas, y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico – empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.”

EL PROCESO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

FASES DEL PROCESO

El proceso de intervención TREC puede dividirse en cinco fases:

- 1) Evaluación psicológica
- 2) Evaluación racional-emotiva
- 3) Insight racional emotivo
- 4) Aprendizaje de una base de conocimiento racional
- 5) Aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

Evaluación psicopatológica

El primer paso es realizar una exploración psicopatológica completa. En el caso de poblaciones clínicas se comienza con la evaluación racional emotiva, propia y específica de la TREC. En los pacientes que no sufren ningún trastorno psicopatológico especial se comienza directamente con la evaluación racional emotiva.

Evaluación racional-emotiva

Se comienza realizando una lista con los problemas que presenta el paciente, clasificándolos en internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales) y externos (dependen del ambiente), y primarios o secundarios. El objetivo es detectar creencias que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o auto-descalificación general. En general es conveniente comenzar trabajando los problemas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. El orden es: a) los problemas secundarios, b) los problemas primarios, y c) los problemas externos.

Se establece una primera aproximación a las relaciones entre acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (C). A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC.

Insight racional-emotivo

A continuación se explican los principios teóricos que sustentan la TREC así como los tres insight que se deben alcanzar. El deseo de cambio de creencias irracionales no es suficiente, es necesario trabajar duramente y de forma constante.

Aprender una base de conocimiento racional

En esta fase se lleva a cabo la TREC ya que se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita refutar creencias irracionales.

Aprender una nueva filosofía de vida

Se pretende alcanzar dos objetivos: 1) instaurar creencias racionales, 2) fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales como las exigencias absolutistas, catastróficas, etc...

Estructura de las sesiones

Pasos a seguir:

1. Preguntar al paciente por el problema a tratar durante la sesión. No es necesario continuar con el problema de la sesión anterior (importante refutar creencias irracionales).
2. Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y paciente.
3. Llevar a cabo proceso ABC y establecer relaciones.
4. Debatir terapeuta y paciente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas.
5. Revisión y discusión durante la sesión de los autorregistros de las sesiones anteriores.
6. Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones.
7. Trabajar aspectos que facilitan la realización de estas tareas.

Estilo terapéutico y relación con el paciente

Estilo terapéutico

Ser verbalmente muy activo. El terapeuta debe estar continuamente haciendo preguntas y cuestionando pensamientos para estimular a la persona a cuestionarse sus creencias.

Ser didáctico y saber promover cambios en la filosofía de vida.

No fomentar la catarsis puesto que considera que sus efectos terapéuticos son muy limitados y puede reforzar creencias a largo plazo.

Ser flexible, el carácter antidogmático y no absolutista es la premisa básica de la TREC. Es conveniente evitar mostrar un estilo muy directivo con personas dependientes, un estilo demasiado activo con personas muy pasivas, un estilo demasiado intelectual y racional con personas obsesivas y un estilo muy amigable y emotivo con personas histéricas.

Relación con el paciente

La relación interpersonal con paciente asume la mayor parte de los principios básicos señalados por Roger de aceptación incondicional, empatía, respeto y autenticidad. En la TREC se considera que no todas ellas son necesarias y ninguna es suficiente. Otras que pueden favorecer la alianza terapéutica son:

- Aceptación incondicional. Ellis considera que el terapeuta no debe mostrar una especial calidez, atención, cuidado y apoyo hacia el paciente puesto que aceptar no significa amar o aprobar, y puede reforzar las creencias irracionales. Bajo ciertas condiciones (depresión grave o ideas suicidas) es necesario mostrar mayor calidez y posteriormente ir estableciendo distancia.
- Empatía. La empatía filosófica (entender las creencias) es fundamental en la TREC para evitar que el paciente piense que el terapeuta no le comprende.
- Ser genuino (abierto y accesible). Puede hacer auto-revelaciones como forma de modelado.
- Tener sentido del humor. Especialmente valorado en el TREC. Ellis cree que la perturbación psicológica surge porque las personas se toman demasiado en serio a

sí mismas, a los otros, o a los acontecimientos. No siempre es adecuado usar el humor, ya que no todos los pacientes lo entienden, o les parece oportuno.

- Estilo terapéutico informal (el paciente ve que el terapeuta se aplica a sí mismo la filosofía de vida).

Principales técnicas de intervención

Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones

Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas son las técnicas por excelencia en la TREC. Las más utilizadas son:

- a) discusión y debate de creencias
- b) entrenamiento en auto-instrucciones
- c) distracción cognitiva e imaginación.

Discusión y debate de creencias

Es el procedimiento más relevante y genuino de la TREC. Tres tipos de argumentos para debatir creencias irracionales: empíricos, lógicos, y pragmáticos (utilidad). Las técnicas de discusión más usadas en la TREC son las técnicas de didácticas de persuasión, entre las que cabe destacar las siguientes: Análisis y evaluación lógica (análisis de premisas y de incongruencia de la premisa con la conducta. Razonamiento deductivo para demostrar que una conducta no se deriva de una creencia, razonamiento inductivo para mostrar como una creencia no se deduce de una conducta), reducción al absurdo (llevar al extremo la creencia para mostrar los absurdo de las consecuencias) , análisis y evaluación empírica, contradicción con el valor apreciado (contradicción entre creencias del paciente), apelar a consecuencias negativas (consecuencia negativas de los auto-mensajes), apelar a consecuencias positivas.

Los estilos del terapeuta pueden ser: socrático (formula preguntas abiertas), didáctico, metafórico (contar historias), humorístico, y teatral (escenificar creencias).

Entrenamiento en auto-instrucciones

Útil para personas con dificultades intelectuales o no pueden seguir el método socrático. Se le pide al paciente que apunte en tarjetas auto-instrucciones y las practique en situaciones particulares.

Distracción cognitiva e imaginación

Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y la imaginación. Estas técnicas sólo se utilizan ante situaciones de muy alta intensidad emocional o facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal para que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementando así su tolerancia a la frustración.

Técnicas conductuales

Las técnicas más usadas son el role-playing y la inversión del rol racional. Cuando el proceso de identificación y debate de creencias está muy avanzado, se puede llevar a cabo entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas.

Ensayo de conducta

Inversión del rol racional. El terapeuta adopta el rol del paciente y verbaliza las creencias irracionales subyacentes a sus problemas. El paciente adopta el rol del terapeuta y debe discutir las creencias (necesita tener ciertas habilidades).

Refuerzo y castigo. El refuerzo positivo se utiliza muy poco en la TREC (muchos problemas emocionales tiene su base en la necesidad de aprobación social). Si se entrenan técnica de auto-refuerzo y auto-castigo.

Entrenamiento en habilidades sociales. Previamente se han de haber interiorizado creencias racionales con respecto al ridículo, fracasos, etc.

Técnicas emotivas

En la TREC se utilizan numerosas técnicas emotivas como la imaginación racional emotiva y procedimiento humorísticos (sesiones cargadas de emoción).

Imaginación racional emotiva. Una de las más usadas en la TREC. Consiste en pedir al paciente que trate de cambiar ante una situación imaginada determinada una emoción negativa muy perturbadora por otra más apropiada o moderada, modificando para ello las creencias irracionales que acompañan a la emoción de intenso malestar.

Técnicas humorísticas. Muchas perturbaciones emocionales se deben al exceso de dramatismo o seriedad con el que nos tomamos a nosotros mismo o las cosas que nos ocurren en la vida.

Técnicas utilizadas en la realización de trabajo en casa

Un elemento fundamental de la TREC es el trabajo realizado fuera de las sesiones para evitar creencias arraigadas durante años. Algunas de las técnicas más frecuentes son:

Técnicas cognitivas

Autorregistros. Procedimiento APRA detectar entre sesiones las relaciones entre los ABC y para el auto-debate y refutación de creencias. A medida que se avanza en la terapia los autorregistros pueden contener casillas adicionales con auto-reflexiones socráticas y creencias alternativas.

Proselitismo racional. Según Ellis es bueno que el paciente intente enseñar a sus amigos y personas cercanas los fundamentos de la TREC para afianzar su filosofía racional.

Debatir grabaciones. De él o de otros para reflexionar acerca de sus problemas.

Auto instrucciones racionales. Con dramatización.

Técnicas conductuales

Las técnicas más utilizadas son de exposición en vivo a estímulos amenazantes de alta o mediana intensidad:

Tarea de toma de riesgos. Consiste en pedir al paciente que realice una tarea que para él suponga un cierto riesgo de fracaso o perturbación emocional.

Inundación in vivo. El objetivo es que el individuo compruebe que es capaz de tolerar niveles altos de malestar emocional y rebatir sus creencias de no ser capaz de soportarlo.

Ejercicio de metas fuera de lo corriente. Se pide a la persona que establezca objetivos que impliquen incrementar conductas de baja frecuencia o reducir la frecuencia de una actividad de frecuencia elevada.

Auto-refuerzo y auto-castigo.

Técnicas emotivas

Los que se utilizan con mayor frecuencia son la imaginación racional emotiva, ejercicios de ataque de vergüenza y el uso del sentido del humor.

Ejercicios de ataque de vergüenza

Uso del sentido del humor.

El refuerzo positivo, aun no siendo recomendable en general, se suele utilizar con pacientes deprimidos durante las primeras fases. Las técnicas de inundación o exposición a situaciones muy aversivas o de alta intensidad emocional no parecen ser muy aconsejables con personalidades histéricas.

Técnicas que tienden a evitarse en la TREC

La TREC defiende el eclecticismo técnico siempre que las técnicas sirvan para conseguir los objetivos terapéuticos. Las técnicas no recomendables cuando se lleva a cabo TREC son:

- Técnicas que faciliten o incrementen la dependencia (refuerzo positivo)
- Técnicas que animan a las personas a ser más crédulos, bienintencionados o sugestionables
- Técnicas ineficaces o de larga duración (asociación libre o psicodinámicas)
- Técnicas que ayudan a sentirse bien a corto plazo, pero no a largo plazo
- Técnicas que distraen a los pacientes de trabajar sus filosofías irracionales (Yoga, relajación, distracción cognitiva, etc.)
- Técnicas anticientíficas (misticismo)
- Técnicas que intentan cambiar las situaciones negativas sin identificar ni tratar de modificar previamente las creencias irracionales (terapia sistémica de cambio de roles y configuración familiar)
- Técnicas de dudosa validez (PNL) (Terapia Racional Emotiva Conductual
- (TREC), 2013)

ESTRATEGIA PARA LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE CAMBIO

Programa

“Es un proceso terapéutico que se produce entre un profesional con una formación en psicología y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.” (Wikipedia)

El presente programa de Psicoterapia Racional Emotiva será aplicado a los padres de las personas con discapacidad que asisten Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad del MIES Loja, durante los meses, marzo, abril, mayo y junio, del 2015

Programa de Psicoterapia Racional Emotiva

Actividad # 1

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Descripción de la propuesta	Explicar en qué va a consistir la presente propuesta	30 minutos	Grupal	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Computadora Proyector	Reunir a todo el grupo de participantes y explicar en qué va a consistir la presente propuesta, “Psicoterapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad, producto del proceso de aceptación, en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad que asisten al centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad de la ciudad de Loja, en el período julio 2014- marzo 2015”

Actividad # 2

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Aplicación del test de Hamilton	Evaluar y diagnosticar los niveles de ansiedad que sufren los padres	30 minutos	Individual	Humanos: Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Test de Hamilton	El investigador, visitará personalmente a los padres, explicará en que consiste y para qué sirve el test, consecuentemente procederá a su respectiva aplicación

Actividad # 3

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Conociendo mis problemas	Detectar creencias que encierren Negación y culpa.	30 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	El investigador junto con el participante realizarán una lista con los problemas relacionados con la no aceptación, culpabilidad y limitaciones que representa el tener un hijo con discapacidad, clasificándolos en internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales) y externos (factor tiempo, amigos, medio ambiente). A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC.

Actividad # 4

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Autor registros	Identificar las situaciones y las ideas irracionales de Negación y culpa.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	<p>El investigador expresa: pide que realicen un horario de sus actividades diarias, desde el momento de levantarse hasta el momento de volverse a acostar.</p> <p>Luego se pedirá que identifiquen en cuál de estas actividades son las que más le gusta, cuando esta con su hijo que tiene una discapacidad y luego las que más le molestan.</p> <p>Luego realizarán este horario semanal y finalmente mensual,</p> <p>Luego el investigador realizará preguntas para determinar cuáles son las actividades que puedan causar ansiedad.</p>

Actividad # 5

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Mis sentimientos	Conocer el insight racional emotivo de los sentimientos de negación y culpa.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador expresa: “Las experiencias agradables o desagradables determinan bastante nuestra vida, pero a través de un reflexión sobre ellas podemos encontrar caminos de superación y de comprensión de nosotros mismos” Previamente realizada la actividad 3 y 4, El investigador explicará el porqué de los sentimientos de negación y culpa, para que de esta manera el paciente tenga un sustento cognitivo sobre lo que le está sucediendo o lo que le sucedió.

Actividad # 6

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Cambio de roles	Identificar las ideas irracionales de pena o dolor	30 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales	El investigador empezará esta sesión explicando en que consiste la técnica. El paciente junto con el investigador leerán la historia “me sentí culpable de mi hija con discapacidad” y descubrirán las ideas irracionales de pena o dolor, para luego analizarlas.

Actividad # 7

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
La ampliación de mis sentimientos.	Realizar una descarga emocional sobre los sentimientos de negación y culpa.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión explicando, que los sentimientos son lo que nos caracteriza como personas y que es normal que aparezcan estos sentimientos. Luego se pedirá que verbalicen los sentimientos positivos que tienen hacia sus hijos Seguidamente se pedirá que verbalicen los sentimientos negativos.

Actividad # 8

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Liberando mi culpa	Aprender una nueva filosofía de vida, sobre los sentimientos de negación y culpa.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión realizando una serie de cuestionamientos, con el fin de reflexionar sobre los sentimientos e ideas irracionales del paciente. "¿Por qué razón piensa o cree que eso fue su culpa?" "¿Qué pruebas tiene para creer eso?" "¿Por qué es tan importante eso que piensa, para ud.?" "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?" Entre otras preguntas con el fin de modificar las ideas irracionales

Actividad # 9

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de pena o dolor.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	El investigador pedirá al paciente que evoquen el momento en que se enteró que su hijo tenía discapacidad. A continuación se evaluarán que sentimientos se producen en ellos, se pedirá que se centre en las experiencias que generan dolor o pena. A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC.

Actividad # 10

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
La ampliación de mis sentimientos.	Realizar una descarga emocional sobre los sentimientos de pena o dolor.	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión explicando, que los sentimientos son lo que nos caracteriza como personas y que es normal que aparezcan estos sentimientos. Luego se pedirá que expresen los sentimientos sobre el dolor que sienten como padres, producto del temor, la soledad, o la desesperación

Actividad # 11

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Yo puedo, yo lo logré. (Auto-instrucción)	Ayudar al paciente a superar las ideas irracionales de pena o dolor	20 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en que consiste la técnica de “La Auto instrucción” El investigador empezará con ideas de auto instrucción “no tengo por qué sentir dolor” “no tengo por qué llorar”, así mismo se reforzaran ideas positivas como “tengo que ser feliz”, “mi hijo me ha dado muchos momentos felices”, etc.

Actividad # 12

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Re-atribución	Cambiar las ideas irracionales de pena o dolor	30 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará explicando, que la discapacidad de su hijo no es algo que lo limite en su totalidad, y que tiene que ser valorado y respetado como persona con deberes y derechos. Se establecerá una lista de actividades en las que su hijo pueda actuar solo, y las que necesita ayuda, y las que deberían de un compartir como familia

Actividad # 13

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
La escalada del síntoma o problema	Disminuir los sentimientos de tristeza.	120 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	<p>El investigador empezará explicando, en que consiste esta técnica y los pasos a seguir.</p> <p>Prescripción y escala del síntoma. En una escala de 1 a 100 donde 100 es lo peor ¿qué número expresa el grado en el cual tú estás experimentando ese problema en este momento?</p> <p>Prescripción del problema. Permite que el problema empeore. ¿En qué grado empeora? Ahora permite que el problema mejore. ¿En qué grado mejora?</p> <p>Toma consciencia de lo que haces para mejorar y aplícalo en tu vida cotidiana</p>

Actividad # 14

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de ira o coraje	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja, Esfero	El investigador pedirá al paciente realicen un auto registro sobre las actividades que hacía antes de que nazca su hijo, y luego un auto registro de cómo ha cambiado sus actividades ahora

Actividad # 15

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Des-centramiento	Cambiar las ideas irracionales de los pacientes de culpa	45 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	El investigador empezará esta sesión explicando en que se basa la técnica. El paciente muchas veces siente que la responsabilidad de cuidar de su hijo es total que no puede disfrutar de otros momentos que antes le hacían feliz. Ayudaremos al paciente a realizar una redistribución de su horario, en el cual compartan más momentos como familia

Actividad # 16

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Auto-controlándome	Enseñar técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	30 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en que consiste la técnica de la respiración diafragmática y los pasos a seguir. Luego se pedirá que realicen un registro diario de respiración diafragmática.

Actividad # 17

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Manejo del resentimiento y perdón	Cambiar las ideas irracionales de los pacientes de culpa	45 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	<p>El investigador explicará en que consiste la técnica. Y se pedirá al paciente que realice las siguientes actividades</p> <p>Siéntate en una silla cómoda y cierra los ojos. Luego lleva la atención a la respiración. Seguidamente realizar una clara representación en tu mente de la persona hacia la que sientes resentimiento, imagina que a esa persona le ocurren cosas buenas: recibe amor, cuidados, dinero, etc. Percibe tus propias reacciones. Luego imagina la situación desde el punto de vista de la otra persona., se consciente de que estás menos resentido. Mentalízate para llevar esta nueva forma de pensar.</p> <p>Abre los ojos y continúa con tus actividades cotidianas. (Realizar esta actividad al menos una vez por semana)</p>

Actividad # 18

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Técnica de la imaginación positiva.	Aprender técnicas de relación para sobrellevar las crisis de ansiedad	45 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	<p>El investigador explicará en que consiste la técnica de “la imaginación positiva.” La cual consiste en relajarse imaginando una situación que le genere felicidad y tranquilidad</p>

Actividad # 19

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Conociendo mis problemas	Detectar los sentimientos de rechazo	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	El investigador empezará esta sesión explicando, que los sentimientos son lo que nos caracteriza como personas y que es normal que aparezcan estos sentimientos, luego se pedirá al paciente que evoquen el momento en que se enteró que su hijo tenía discapacidad. A continuación se evaluarán que sentimientos se producen en ellos, se pedirá que centrarse en las experiencias que generan rechazo. A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC.

Actividad # 20

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Mis sentimientos	Conocer el insight racional emotivo de los sentimientos de rechazo	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará el porqué de los sentimientos de rechazo, son parte del proceso de aceptación, y que es un sentimiento normal, que necesita ser expresado, se enseñara la parte teórica del sentimiento.

Actividad # 21

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Diario de lo que va bien	Superar los sentimientos de rechazo, producto del proceso de aceptación	30 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja Esfero	Se explicará en que consiste la técnica y se pedirá al paciente que anote cada día por escrito 3 cosas que le hayan ocasionado felicidad al compartir tiempo con su hijo ido y también anotara el por qué. Esta actividad la realizaría durante un mínimo de 1-2 semanas (aunque se pueda alargar a toda la vida como diario personal). Con este ejercicio se enseñara a dirigir la atención a los aspectos positivos de la vida en convivencia familiar.

Actividad # 22

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Re atribución	Afrontar los sentimientos de rechazo	45 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador empezará esta sesión realizando una serie de cuestionamientos, con el fin de reflexionar sobre los sentimientos e ideas irracionales, el rechazo generalmente suele enmascararse con actitudes de sobreprotección. “todo lo hago por mi hijo” ¿Qué actividades hacen con su hijo? ¿En una escala del uno al diez, cómo calificaría el tiempo compartido con su hijo? ¿Cree que usted vive para cuidar a su hijo? Entre otras preguntas con el fin de modificar las ideas irracionales

Actividad # 23

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Venciendo sentimientos erróneos	Cambiar los sentimientos erróneos producto de la idea de rechazo	45 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador explicará en qué consiste la técnica, reflexionando sobre los prejuicios sociales de “tengo que actuar bien”, y obtener la aprobación de las personas que son importantes” “si no logro esta aprobación será terrible,” “tengo que ser la mejor madre para mi hijo” etc.” “qué hice para merecer esto”, “por qué me castigan”

Actividad # 24

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Diario de lo que va bien	Superar los sentimientos de rechazo, producto del proceso de aceptación	30 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Diario de lo que va bien	Previamente realizada la actividad 19, se pedirá al paciente que lea su diario de lo que todo va bien, y se analizaran las experiencias allí relatadas, permitiendo de esta manera evocar sentimientos de alegría y felicidad que ayudaran a superar las ideas irracionales de rechazo

Actividad # 25

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
¿Cómo he llegado aquí?	Contribuir al proceso de aceptación en la fase de búsqueda	30 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja y esfero	Se pedirá al paciente que realice una lista de las actividades que hace su hijo, a los centros que asiste, etc. Se preguntará hace que tiempo realiza estas actividades, y como es que decidió permitir que su hijo realice estas actividades

Actividad # 26

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
¿Qué tanto conozco de mi hijo?	Contribuir al proceso de aceptación en la fase de búsqueda	30 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador pedirá al paciente que le explique sobre la discapacidad de su hijo, sobre los derechos y deberes que como ser humano tiene, a su vez el investigador aportara con ideas claras y precisas sobre la discapacidad

Actividad # 27

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
El modelo ideal soy yo	Contribuir al proceso de aceptación.	45 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	<p>El investigador guiará al paciente con las siguientes actividades:</p> <p>Cierra los ojos, adopta una postura cómoda y dirige tu atención a la respiración. Ahora imagínate a alguien a quien te gustaría parecerte en su manera de tomarse las cosas, en su manera de reaccionar emocionalmente. Imagina a esa persona nítidamente, su vestimenta, su manera de andar, el tono de su voz, etc. Imagina que esa persona vive un grave acontecimiento: la pérdida de un ser querido o el anuncio de que tiene un hijo con discapacidad. Observa cómo reacciona esa persona cuando recibe la noticia, imagina lo que piensa, lo que siente, lo que dice, lo que expresa, cómo decide afrontar la situación. Ahora imagina que tú estás dentro de la piel de esa persona, tu eres y reaccionas como esa persona aunque mantienes tu identidad... y recibes la noticia, date cuenta de cómo te mueves cómo respondes, date cuenta de la diferencia entre cómo reaccionas ahora y cómo reaccionas habitualmente.</p>

Actividad # 28

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Auto-aceptación	Contribuir al proceso de aceptación.	40 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	<p>El investigador empezará esta sesión, con la técnica de respiración diafragmática para luego trabajar con el paciente sobre sus exigencias y autocríticas</p> <p>En un hoja se pedirá que anote cual te de todos los sentimientos que ha sentido hacia su hijo cree que son erróneos y por qué. Luego el investigador explicará sobre el proceso de aceptación y sobre las experiencias que esto conlleva, por último se diferenciara entre estos sentimientos personales y la persona global.</p>

Actividad # 29

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Mi vida!!!	Contribuir al proceso de aceptación.	145 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja y esfero	<p>El investigador junto con el paciente construirán un diario sobre el trauma emocional, mediante esta técnica se puede aprender a gestionar la ira y la tristeza, culpabilidad, rechazo, dolor, como otras emociones, por medio de la redacción de un diario personal donde se puedan expresar las emociones más destructivas e íntimas.</p> <p>El investigador dará al paciente las siguientes ordenes Céntrate en tu experiencia traumática.</p> <p>Escribe sobre aquellos aspectos que has comentado menos o que imaginabas que no comentarías a nadie.</p> <p>A la vez que narras los hechos transcribe tu reacción a ellos: tus sentimientos y pensamientos. No te preocupes por la gramática ni la ortografía.</p> <p>Escribe un mínimo de 15 minutos, al menos durante 4 días. Si te quedas bloqueado escribe sobre el bloqueo mismo.</p> <p>Es importante Programa una actividad transitoria después de la escritura, antes de volver a la "vida normal".</p>

Actividad # 30

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
A la basura!!!	Contribuir al proceso de aceptación.	40 minutos	Individual	Padres de los niños del centro CEPRODIS	El investigador pedirá al paciente, que realice una lista clara y precisa sobre los sentimientos que aun considera que son negativos para él, y para su convivencia familiar. Luego se pedirá que los lea en voz alta y que repita, “ya no tengo...culpa”, una vez hecho esto se pedirá que arrugue esta hoja y que la bote a la basura, mentalizándose que junto con ella se irán esos sentimientos que le causan malestar

Actividad # 31

Título	Objetivos	Tiempo	Metodología	Recursos	Descripción
Lo vivo, lo acepto y soy feliz	Contribuir al proceso de aceptación.	90 minutos	Individual	Humanos Padres de los niños del centro CEPRODIS Materiales Hoja y esfero	La aceptación es el objetivo terapéutico y personal más difícil de lograr, La verdadera aceptación es definitiva. Este es el reconocimiento de que su hijo nació con discapacidad y que esa es una realidad inmutable. Por tanto, la aceptación supone la rendición de las fantasías de consuelo en relación al duelo. El investigador pedirá que anoten en un papel todos los buenos recuerdos que tienen con su hijo con discapacidad, pues Los buenos recuerdos se fortalecen y al coger confianza, de que lo bueno no se va a perder, puede procesar mejor los recuerdos dolorosos. Esto es lo racional contenido en la pregunta: "¿Qué necesita retener y qué necesita dejar?".

f. METODOLOGÍA

El presente proyecto de investigación es una conjunción de los tipos: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo.

El tipo **exploratorio** se utilizara al momento de seleccionar la información del presente tema y vincularnos con el mismo, es de tipo descriptiva al momento de investigar, organizar y describir las variables en el marco teórico, el método **correlacional** cuando se identifican la variable independiente y la dependiente, así mismo este tipo también nos permite establecer la relación entre las dos variables, y por último pertenece al tipo **explicativo** al momento de analizar las causas y consecuencias del problema para luego detallar los resultados que se obtendrán luego de la aplicación de la propuesta de intervención.

Métodos utilizados.-

Este proyecto se basa en el **método científico**, desde el momento de recabar la información necesaria sobre la ansiedad, para luego poder elaborar un programa de intervención en base a la Terapia Racional Emotiva (TRE), y aplicarla a los padres de los niños discapacitados, para superar estos niveles de ansiedad producto del duelo; además se espera que esta propuesta pueda ser aplicada en otro contexto social para validar la efectividad de la TRE en la ansiedad.

Métodos teóricos

Analítico-sintético ya que investigamos cada consecuencia y cada causa de la ansiedad para elaborar un plan de intervención adecuado para reducir los niveles de ansiedad. **El método inductivo-deductivo** servirá desde el momento de investigar información necesaria para el planteamiento del problema, objetivos,

problemática y al recabar los mayores datos posibles sobre las variables, **el método histórico** ya que el descubriendo y avance de la ciencia y de los conocimientos es masivo y se encuentra en constante cambio y para el presente proyecto se ha de tomar en cuenta la información más actualizada posible de las dos variables. También se necesita del **método lógico** para la organización del marco teórico, **el método hermenéutico** ya que el mismo permitirá la mejor comprensión de la información recabada, **el método dialéctico** también es fundamenta ya que permitirá trabajar el presente proyecto visualizando su evolución en tres etapas: planteamiento de la primera variable (ansiedad), planteamiento de la segunda variable (TRE) y por último una síntesis (resultado o combinación de la TRE y las crisis de ansiedad). Para finalizar con los métodos teóricos **el método descriptivo** afirmara la presente en la explicación de los resultados obtenidos luego de la aplicación de la propuesta de intervención.

Métodos empíricos

El Test de Hamilton para medir los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación de la propuesta, para finalizar **un registro diario de actividades** que nos servirá como evidencia de nuestra labor psicoterapéutica, donde detallaremos las labores que se realizarán como parte del proyecto de intervención

Métodos de nivel estadístico

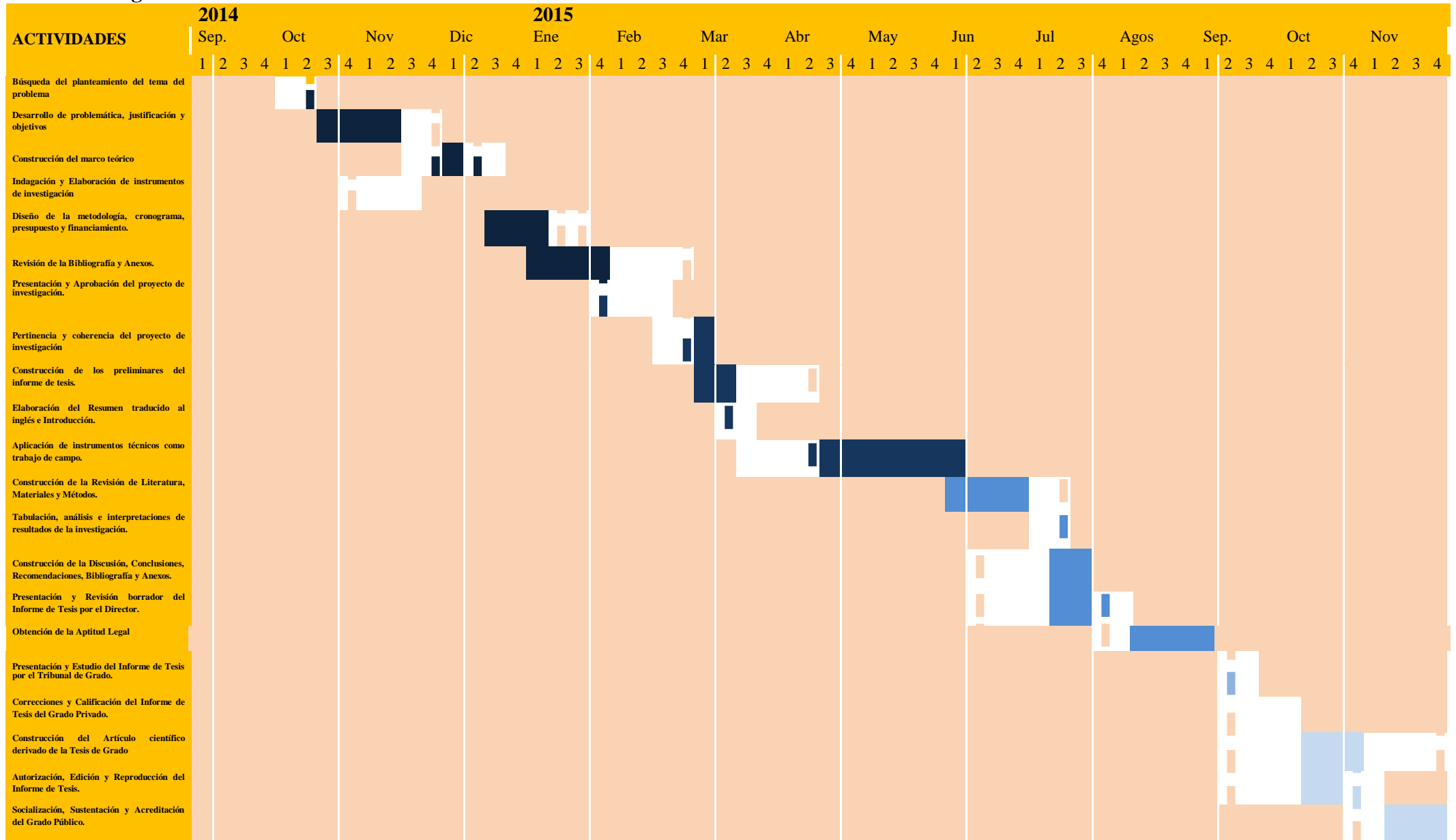
Por último los métodos de nivel **estadístico descriptivo e inferencial**, los cuales permitirán organizar la información y las tabulaciones luego de la aplicación del test, y también permiten la comparación luego del tiempo de aplicación de la propuesta denominada. PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACION, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2015

Población y muestra.-

Para la selección de la población se realizará de manera no probabilística, ya que dentro de los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, no todos sufren periodos de ansiedad y para aplicar la presente propuesta se aplicara el test de Hamilton, que nos permitirá saber con exactitud quienes sufren de periodos de angustia.

Población	Muestra
11	6

g. CRONOGRAMA



h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS			
RECURSOS HUMANOS			
Estudiante de Psicorrehabilitación y Educación Especial			
Docentes universitarios			
Personal del Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad			
Padres de los niños que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad			
RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Resma de papel boom	4	4	16,00
Reproducción bibliográfica	300	0,15	45,00
Materiales para la propuesta de cambio	24	5,00	120,00
Servicio de internet	90	1,00	90,00
Material audiovisual	10	10,00	100,00
Reproducción de insumos técnicos	200	0,15	30,00
RECURSOS FINANCIEROS			
Movilización del personal	100	1,00	100,00
Derechos de grado	2	80,00	160,00
Reproducción de tesis	2000	0,20	400,00
Empastado de tesis	7	10,00	70,00
Diseño de diapositivas	1	100	100,00
Total			1249,00

i. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Badía X, Alonso J. (2007). *Medidas de bienestar psicológico y salud mental*. Barcelona.
- Baeza, D. (2008). La ansiedad y sus trastornos. (R. Onda, Entrevistador)
- Bech, P. (1993). . *Health Status and Quality of Life*. New York.
- Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia: Promolibro.
- Castro, M. C. (2001). *El niño con discapacidad y su Entorno*.
- Díaz, M. R. (Octubre de 2010). Familia y Educación .
- *E- PSICOPEDAGOGIA*. (19 de Septiembre de 2013). Obtenido de <http://www.e-psicopedagogia.com/category/tipo-de-contenido/articulos/orientacion-e-intervencion-en-el-contexto-escolar-articulos/asesorar-a-familias-orientacion-e-intervencion-en-el-contexto-escolar-articulos/>
- Fort, G. B. (2006). Ansiedad: el por qué de los síntomas. *Clínica de la Ansiedad*.
- French, M. (2013). Ansiedad: factores biológicos y tratamientos.
- GABINETE DE PSICOLOGÍA. 91 4496505 / 696 957 561. (junio de 2012). *PSICÓLOGOS EN MADRID EU*. Obtenido de Fases del Duelo: <http://psicologosenmadrid.eu/fases-del-duelo/>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes*. Madrid.
- Guerrero, A. A. (2012). “*INFLUENCIA DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS “ALEGRÍA DE VIVIR” DEL “HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO” DEL I.E.S.S DE LA CIUDAD DE LOJA, Y DE UN GRUPO CONTROL, DURANTE EL PERIODO ENER*”. Loja.
- Hernadez, N. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud*.

- Incer, H. B. (13 de Octubre de 2013). Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC).
- Incer, M. H. (s.f.). *Centro Lezahbi*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(TREC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(TREC).pdf)
- J. C. Baeza; G. Balanger; I Belchi. (2008). *Higene y prevención de la ansiedad*. España: Diaz de Santos.
- Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis. (1999). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*.
- Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*.
- Martínez, D. J. (2010). *DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON*.
- Monsalve, H. (1989). *La entrevista clínica en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA.
- Muños, A. (s.f.). *About en español*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2014, de <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>
- National Institutes of Mental Health. (s.f.). Trastornos de Ansiedad. *NHI*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*.
- Restrepo, C. G. (2008). *Psiquiatría Clínica*. Bogota: Medica Internacional.
- Reyes-Ticas, D. J. (s.f.). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*.
- Roca, E. (2012). *El proceso de la terapia racional emotiva conductual*. Valencia, España.
- Roca, M. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Barcelona: Lexus.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). (2013). *Psipedia*.
- VILLARROEL, J. B. (2014). ¿Cuáles son los síntomas de la ansiedad? España.
- Villaruel, M. C. (2012). *En en el Templo de la Cruz llena tu vida de color*. Obtenido de Etapas en el proceso de aceptación de un hijo / hija con

discapacidad.: <http://templodelacruz.jimdo.com/proyecto-de-inclusi%C3%B3n-de-personas-con-discapacidad/documentos/etapas-en-el-proceso-de-aceptaci%C3%B3n-de-una-persona-con-discapacidad/>

- *Wikipedia*. (s.f.). Recuperado el 14 de Diciembre de 2014, de Wikipedia: <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia>

j. ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA	PROBLEMA	MARCO TEORICO	OBJETIVOS	METODOS	EMPIRICO	RESULTADOS
<p>PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA, PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, PRODUCTO DEL PROCESO DE ACEPTACION, EN LOS PADRES QUE MUESTRAN MAYOR INTERÉS EN LA INSERCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES LOJA, EN EL PERÍODO</p>	<p>¿Cómo los padres de los niños discapacitados que asisten al centro CEPRODIS, pueden superar las niveles de ansiedad producto del proceso</p>	<p><u>REALIDAD TEMÁTICA</u></p> <p>Discapacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipos de discapacidad <p>La familia y la discapacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definición de familia <input type="checkbox"/> Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad <input type="checkbox"/> Reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad <input type="checkbox"/> El proceso de aceptación de un hijo o hija con discapacidad <p>Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definición. <input type="checkbox"/> Factores implicados en la etiología y mantenimiento de la ansiedad. <input type="checkbox"/> Tipos de ansiedad <p><u>PROBLEMÁTICA DE LA REALIDAD TEMÁTICA</u></p> <p>Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movilización <input type="checkbox"/> Inhibición <input type="checkbox"/> Desmovilización 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Reducir los niveles ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja , a través de la Terapia Racional Emotiva en el periodo marzo-julio 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Establecer los referentes teóricos y metodológicos relacionados con Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al</p>	<p>Científico</p> <p>Analítico-sintético</p> <p>Deductivo-inductivo</p> <p>Histórico-Lógico</p> <p>Descriptivo.</p> <p>Hermenéutico.</p> <p>Dialectico.</p> <p>Fenomenológico</p> <p>Científico</p> <p>Analítico-sintético</p> <p>deductivo-inductivo</p> <p>Histórico-Lógico</p> <p>Descriptivo.</p> <p>Estadístico.</p> <p>Dialectico.</p> <p>Fenomenológico</p>	<p>Observación Test de Hamilton Registro de actividades.</p>	<p>Evidenciar la efectividad de la Terapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad de los padres de los niños que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja</p> <p>Construcción y elaboración del marco teórico</p> <p>Obtención del reactivo.</p> <p>Diseño de materiales y métodos</p> <p>Determinación de las actividades para superar</p>

JULIO 2014- MARZO 2015”	aceptación?	Diagnóstico <input type="checkbox"/> Instrumento de evaluación <input type="checkbox"/> Generalidades del test de Hamilton <input type="checkbox"/> Interpretación <input type="checkbox"/> Aspectos que evalúa <input type="checkbox"/> Método de aplicación <input type="checkbox"/> <u>PROUESTA DE LA REALIDAD TEMÁTICA</u> <input type="checkbox"/> ¿Cómo tratar la ansiedad? <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Terapia cognitivo Conductual TERAPIA RACIONAL EMOTIVA <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> La teoría del A-B-C <input type="checkbox"/> Creencias irracionales <input type="checkbox"/> Terapia preferencia <input type="checkbox"/> Terapia general <input type="checkbox"/> Metas de la terapia <input type="checkbox"/> Etapas de la terapia <input type="checkbox"/> Estructura de las sesiones <input type="checkbox"/> Dificultades de resistencia por parte del paciente <input type="checkbox"/> Técnicas emocionales o conductuales	Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja, en el periodo marzo- julio 2015.		descripción de los resultados obtenidos. Determinación de los niveles de ansiedad de los padres de los niños que asisten al CEPRODIS. Elaboración del programa psicoterapéutico en base a la Terapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad de los padres de los niños que asisten al CEPRODIS.
			Determinar los tipos de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja, en el periodo marzo- julio 2015.	Analítico-sintético Deductivo-Inductivo Métodos de nivel estadístico Analítico-sintético	
			Elaborar el programa de psicoterapia racional-emotiva para reducir los tipos de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja, en el periodo marzo- julio 2015.	Deductivo-inductivo Histórico-Lógico Dialectico. Fenomenológico	

		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programa de Psicoterapia Racional Emotiva <input type="checkbox"/> Principios didácticos del Programa <input type="checkbox"/> Fases del programa <input type="checkbox"/> Actividades <p style="text-align: center;">VALIDACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA PROPUESTA</p> <p style="text-align: center;">Resultados del re-test</p>	<p>Aplicar el programa psicoterapéutico para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja, en el periodo marzo- julio 2015.</p>	<p>Científico Analítico-sintético Deductivo-inductivo Histórico-Lógico Dialectico. Fenomenológico</p>		<p>Aplicación del programa psicoterapéutico en base a la Terapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad de los padres</p>
			<p>Validar la eficacia de la aplicación del programa de psicoterapia racional emotiva para reducir los niveles de ansiedad producto del proceso de aceptación en los padres que muestran mayor interés en la inserción familiar y comunitaria de las personas con discapacidad, que asisten al Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja en el periodo marzo- julio 2015.</p>	<p>Científico Analítico-sintético deductivo-inductivo Histórico-Lógico Descriptivo. Hermenéutico. Dialectico. Fenomenológico</p>		<p>Determinar la efectividad del programa psicoterapéutico en base a la Terapia Racional Emotiva, para reducir los niveles de ansiedad de los padres de los niños que asisten al CEPRODIS.</p>

ANEXO 2: REGISTRO DE ACTIVIDADES CONDENSADO

Nombres y apellidos					
Centro:	Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja			Edad:	
Fecha:		Hora de inicio		Hora de salida	
Indicadores	Actividades	Adquiridas	No Adquiridas	En proceso	Observaciones
Negación y culpa	Conociendo mis problemas				
	Autor registros				
	Mis sentimientos				
	Cambio de roles				
	La ampliación de mis sentimientos				
	Liberando mi culpa				
Pena o dolor	Conociendo mis problemas				
	La ampliación de mis sentimientos.				
	Yo puedo, yo lo logré.				
	Re-atribución				
	La escalada del síntoma o problema				
Ira o coraje	Conociendo mis problemas				
	Des-centramiento				
	Auto-controlándome				
	Manejo del resentimiento y perdón				
	Técnica de la imaginación positiva				
	Conociendo mis problemas				

Rechazo	Mis sentimientos				
	Diario de lo que va bien				
	Re atribución				
	Venciendo sentimientos erróneos				
	Diario de lo que va bien				
Búsqueda	¿Cómo he llegado aquí?				
	¿Qué tanto conozco de mi hijo?				
Aceptación	El modelo ideal soy yo				
	Auto-aceptación				
	Mi vida!!!				
	A la basura!!!				
	Lo vivo, lo acepto y soy feliz				

ANEXO 2.1: REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES

Título:				
Nombres y apellidos	Adquirido	No adquirido	En proceso	Observaciones
Emerita Agila Torres				
Marcía Soledad Peña				
Hilda María Sosoranga				
Luz Pucha				
Fanny Ordoñez				
Rosa Ordoñez				
María Silva				

Anexo # 3

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº 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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					

6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. 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.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.					

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Ansiedad total o generalizada	

Nombre: Caso 1

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad				3	
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes			2		
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.				3	

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.			2		
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.			2		

Ansiedad Psíquica	15
Ansiedad Somática	7
Ansiedad total o generalizada	22

Nombre: Caso 2

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad				3	
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes			2		
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.			2		

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.			2		
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.			2		
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)			2		
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.			2		

Ansiedad Psíquica	14
Ansiedad Somática	9
Ansiedad total o generalizada	23

Nombre: Caso 3

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad				3	
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes				3	
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.			2		
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.				3	

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.			2		
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.			2		
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.				3	
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.			2		
11. Síntomas gastrointestinales. 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.				3	
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.		1			
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)			2		
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.			2		

Ansiedad Psíquica	17
Ansiedad Somática	15
Ansiedad total o generalizada	32

Nombre: Caso 4

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad			2		
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.				3	
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes			2		
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.			2		

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.			2		
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.			2		
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.			2		
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.		1			
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	13
Ansiedad Somática	9
Ansiedad total o generalizada	22

Nombre: Caso 5

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad			2		
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes			2		
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.			2		

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.			2		
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.			2		

Ansiedad Psíquica	12
Ansiedad Somática	7
Ansiedad total o generalizada	19

Nombre: Caso 6

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad				3	
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes				3	
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.			2		
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.		1			
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.		1			

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.			2		
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.			2		
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.		1			
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	13
Ansiedad Somática	9
Ansiedad total o generalizada	22

Nombre: Caso 7

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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				
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)	0				
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	6
Ansiedad Somática	3
Ansiedad total o generalizada	9

Nombre: Caso 8

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0				
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)	0				
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	6
Ansiedad Somática	4
Ansiedad total o generalizada	10

Nombre: Caso 9

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0				
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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				
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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				

Ansiedad Psíquica	5
Ansiedad Somática	4
Ansiedad total o generalizada	9

Nombre: Caso 10

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0				
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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				
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)	0				
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	8
Ansiedad Somática	3
Ansiedad total o generalizada	11

Nombre: Caso 11

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

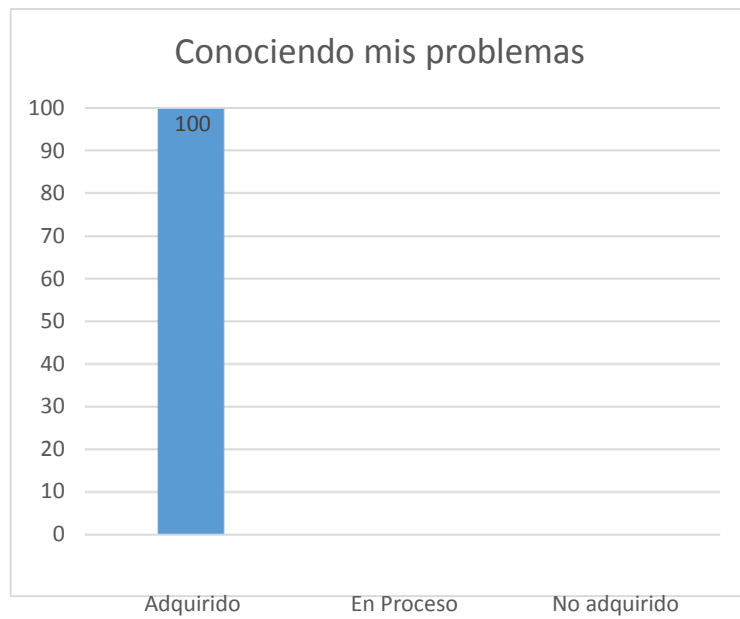
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0				
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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				
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloroerección (pelos de punta)	0				
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	6
Ansiedad Somática	3
Ansiedad total o generalizada	9

Actividad # 1

Cuadro 1

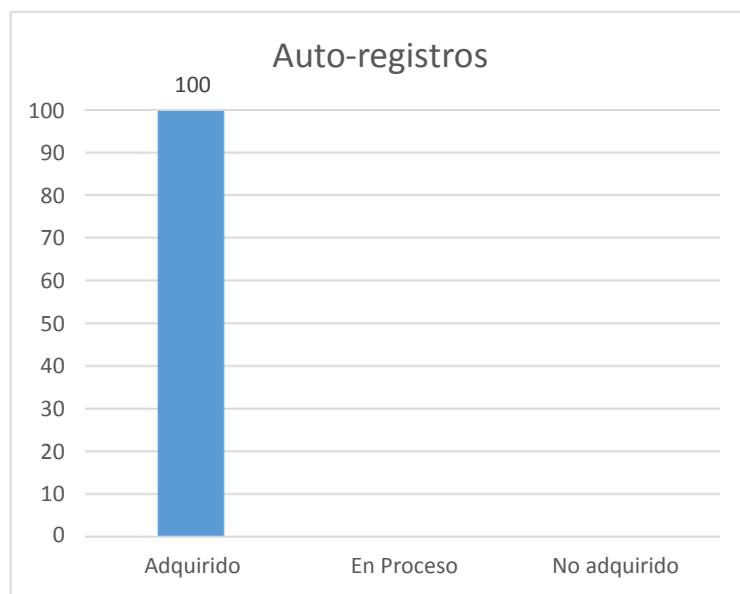
Conociendo mis problemas		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 2

Cuadro 2

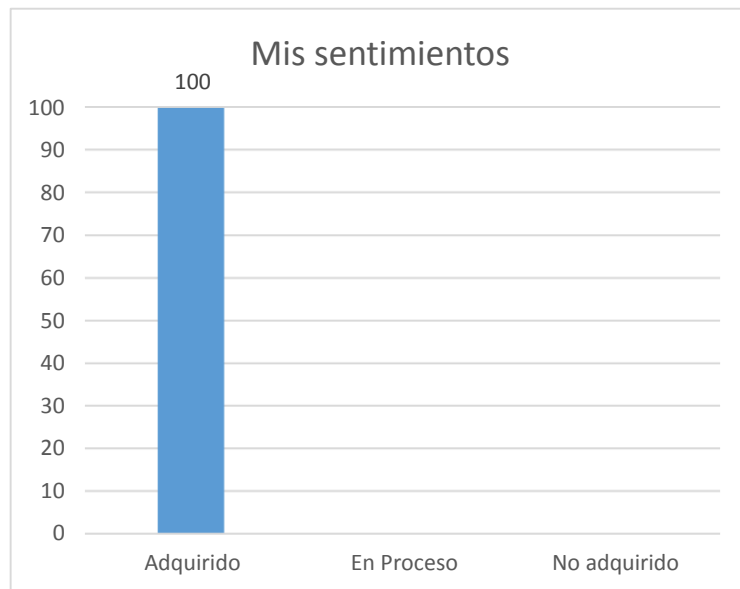
Autor registros		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 3

Cuadro 3

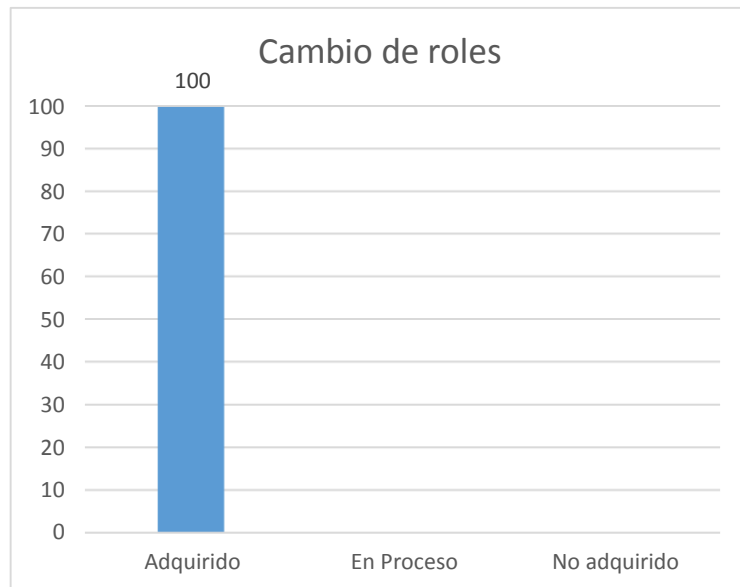
Mis sentimientos		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 4

Cuadro 4

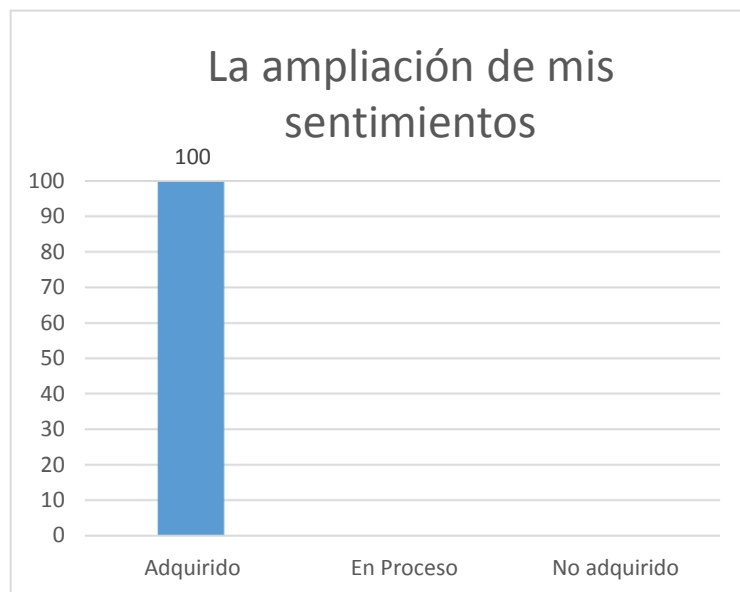
Cambio de roles		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 5

Cuadro 5

La ampliación de mis sentimientos		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 6

Cuadro 6

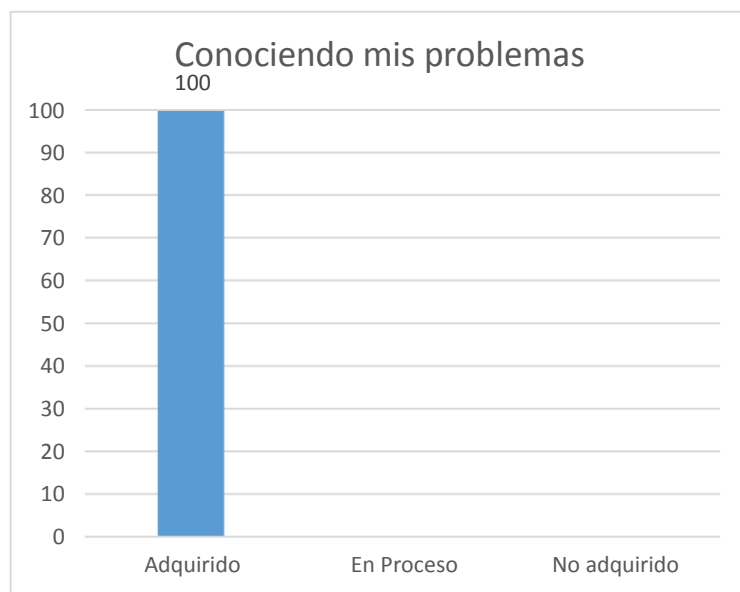
Liberando mí culpa.		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 7

Cuadro 7

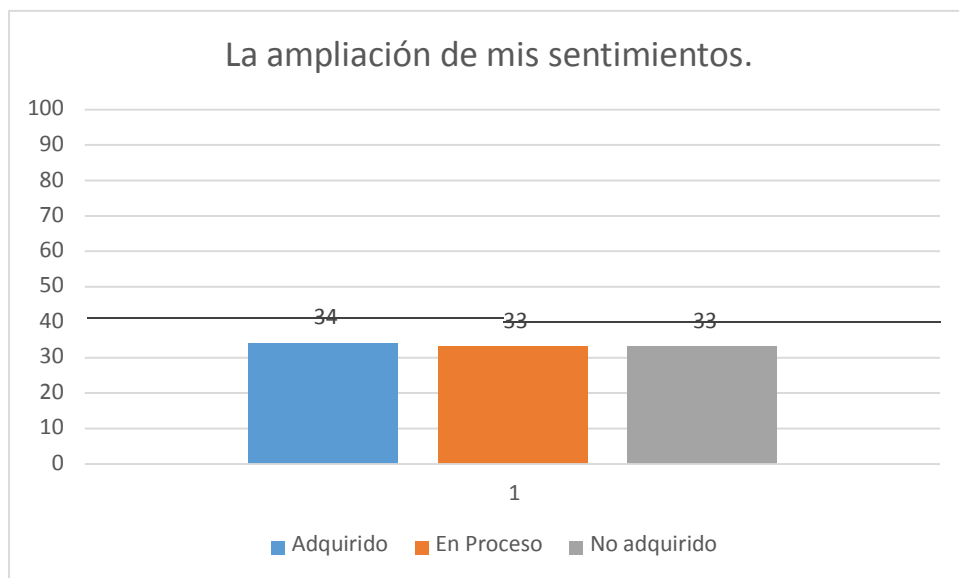
Conociendo mis problemas		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 8

Cuadro 8

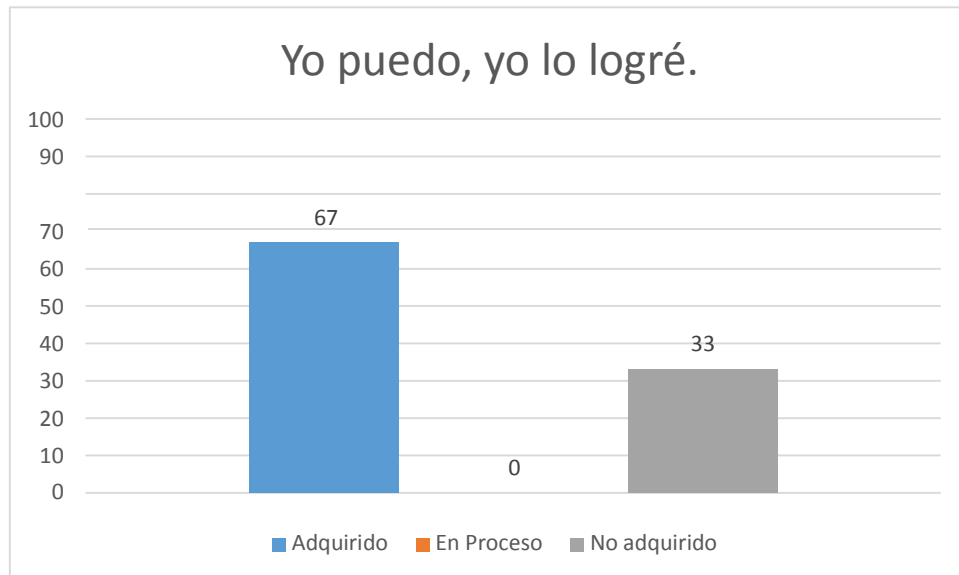
La ampliación de mis sentimientos.		
	f	%
Adquirido	2	34%
En Proceso	2	33%
No adquirido	2	33%



Actividad # 9

Cuadro 9

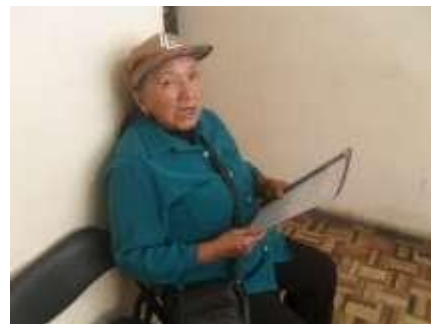
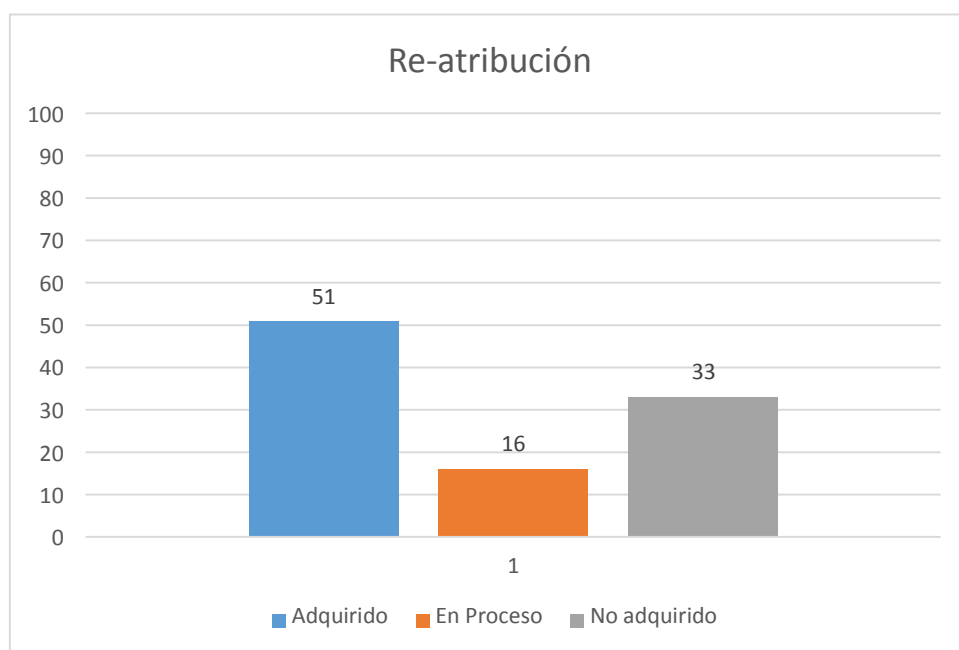
Yo puedo, yo lo logré.		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	-	-
No adquirido	2	33%



Actividad # 10

Cuadro 10

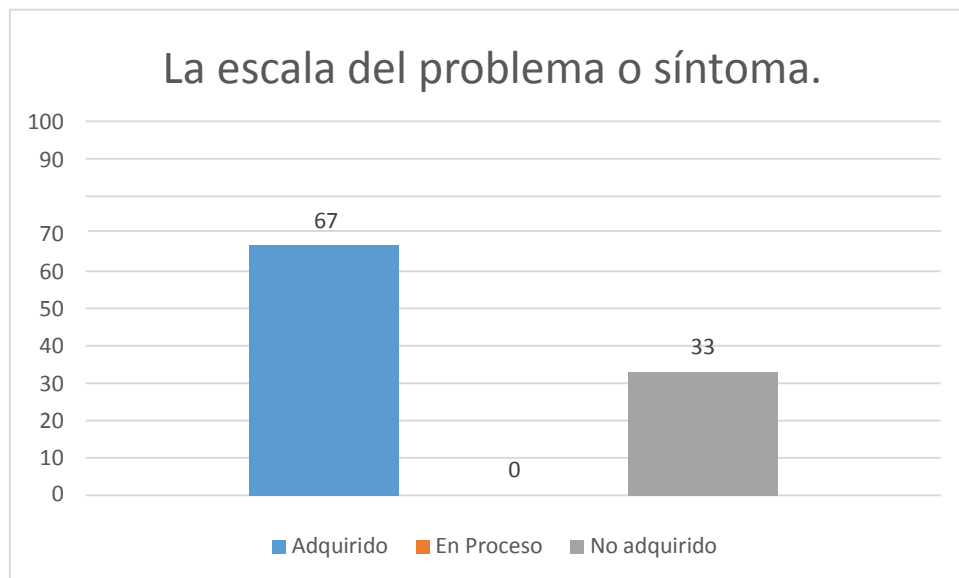
Re-atribución		
	f	%
Adquirido	3	51%
En Proceso	1	16%
No adquirido	2	33%



Actividad # 11

Cuadro 11

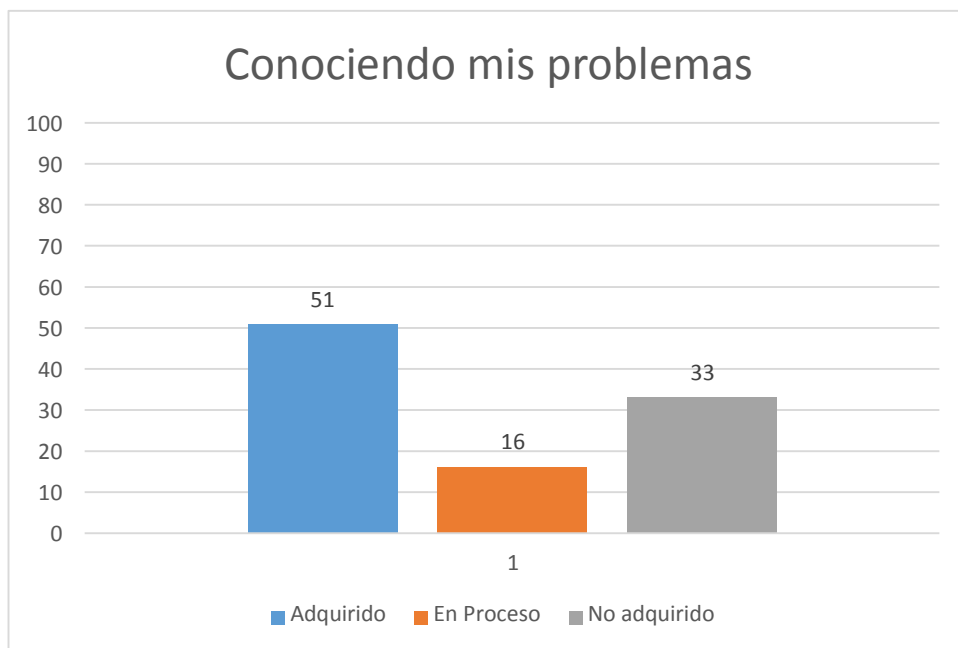
La escala del problema o síntoma.		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	-	-
No adquirido	2	33%



Actividad # 12

Cuadro 12

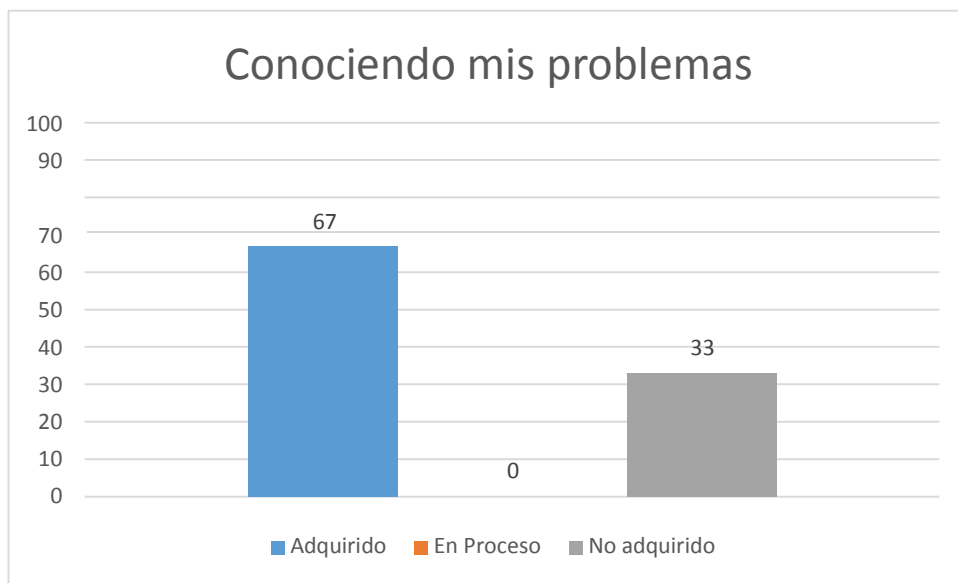
Conociendo mis problemas		
	f	%
Adquirido	3	51%
En Proceso	1	16%
No adquirido	2	33%



Actividad # 13

Cuadro 13

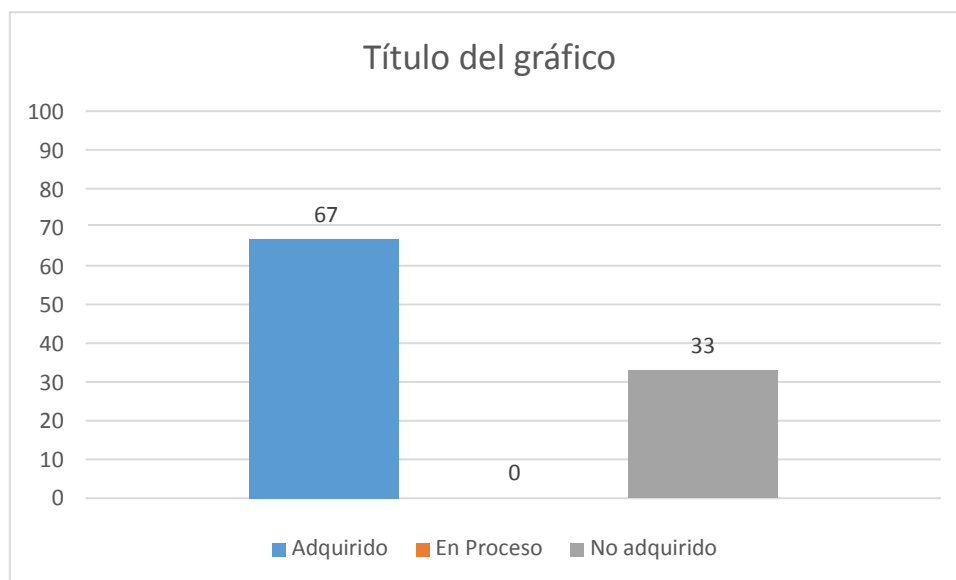
Conociendo mis problemas		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	-	-
No adquirido	2	33%



Actividad # 14

Cuadro 14

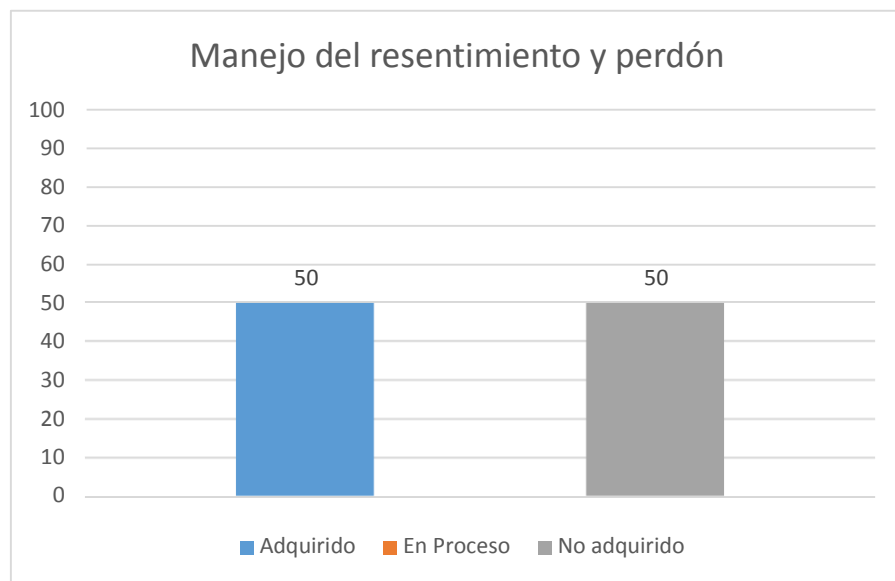
Auto- controlándome		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	-	-
No adquirido	2	33%



Actividad # 15

Cuadro 15

Manejo del resentimiento y perdón		
	f	%
Adquirido	3	50%
En Proceso	-	-
No adquirido	3	50%



Actividad # 16

Cuadro 16

Técnica de la imaginación positiva

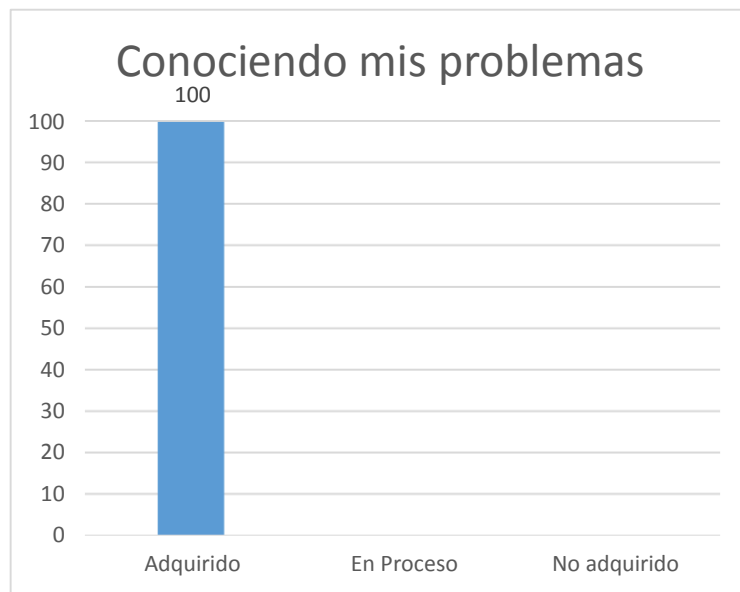
Técnica de la imaginación positiva		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 17

Cuadro 17

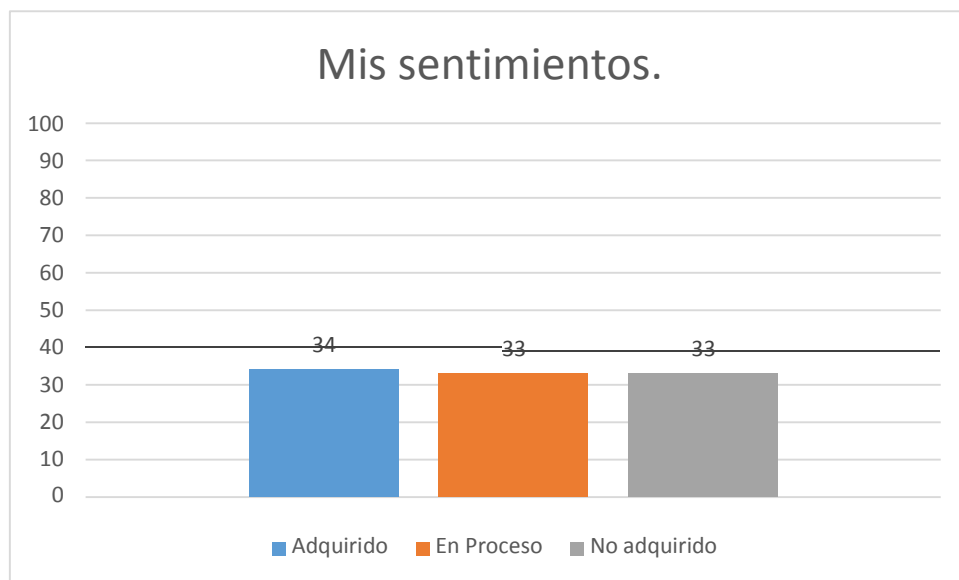
Conociendo mis problemas		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 18

Cuadro 18

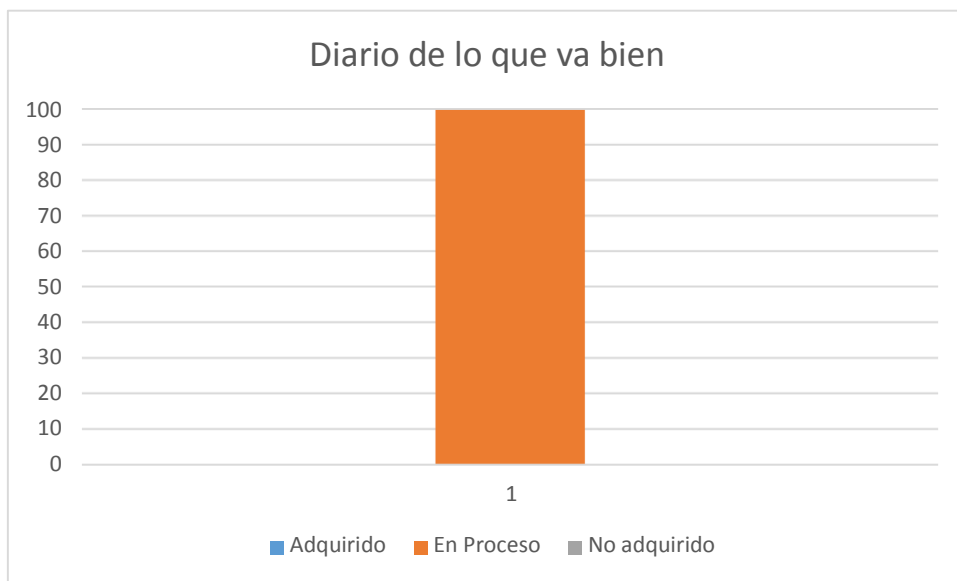
Mis sentimientos.		
	f	%
Adquirido	2	34%
En Proceso	2	33%
No adquirido	2	33%



Actividad # 19

Cuadro 19

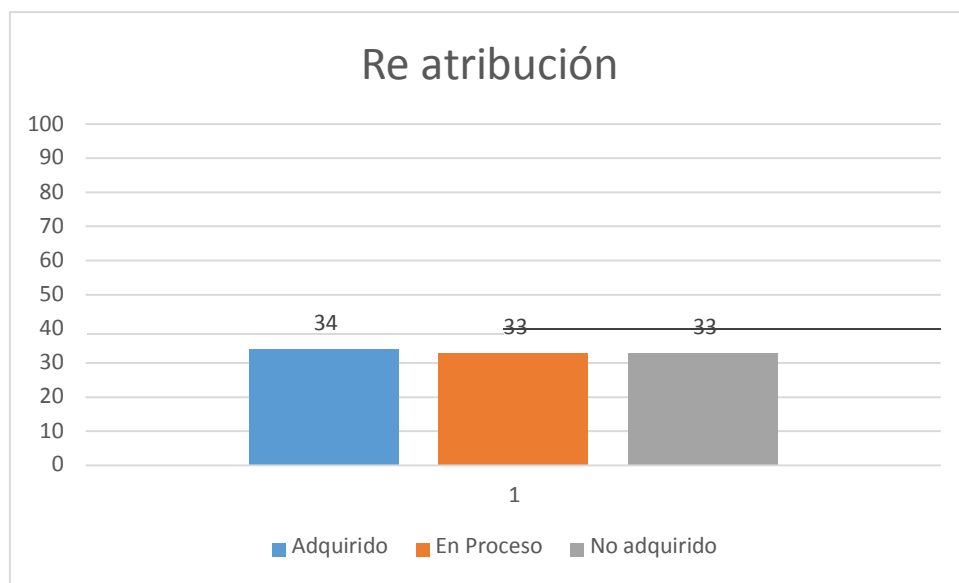
Diario de lo que va bien		
	f	%
Adquirido	-	
En Proceso	6	100%
No adquirido	-	



Actividad # 20

Cuadro 20

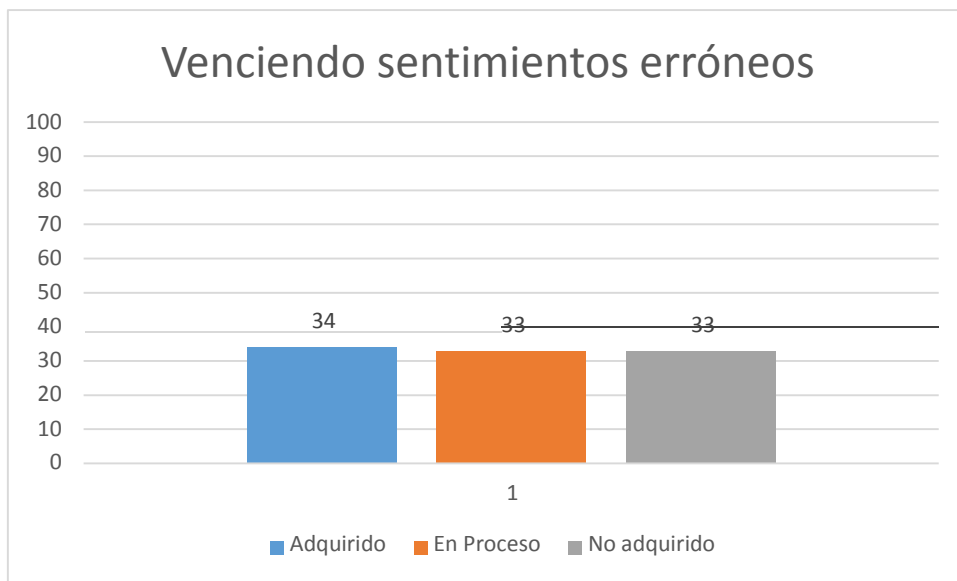
Re atribución		
	f	%
Adquirido	2	34%
En Proceso	2	33%
No adquirido	2	33%



Actividad # 21

Cuadro 21

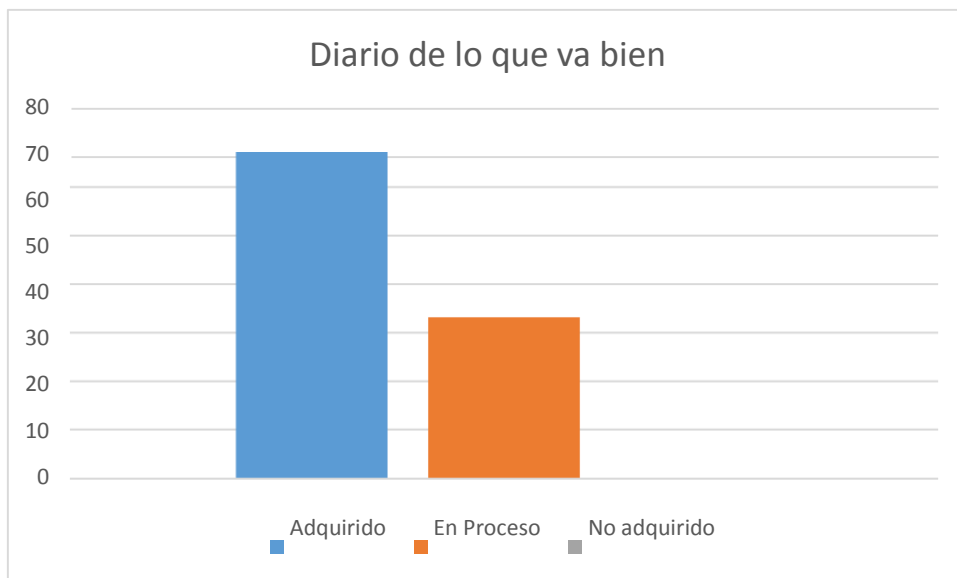
Venciendo sentimientos erróneos		
	f	%
Adquirido	2	34%
En Proceso	2	33%
No adquirido	2	33%



Actividad # 22

Cuadro 22

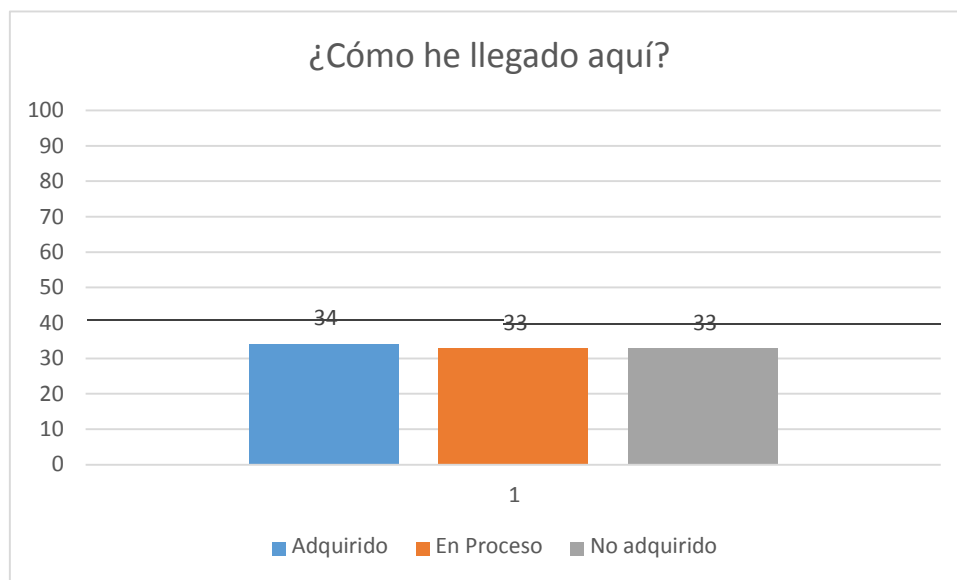
Diario de lo que va bien		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	2	33%
No adquirido	-	-



Actividad # 23

Cuadro 23

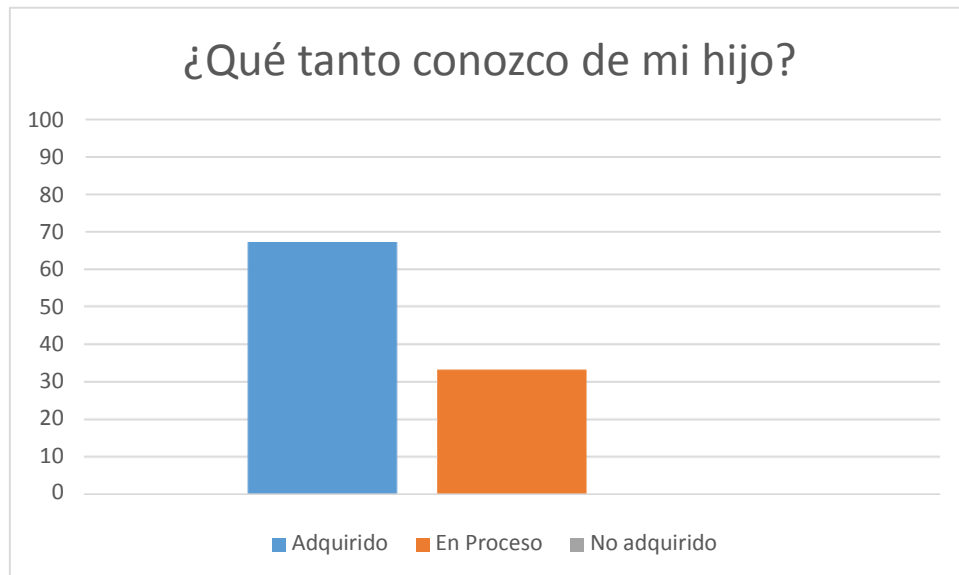
¿Cómo he llegado aquí?		
	f	%
Adquirido	2	34%
En Proceso	2	33%
No adquirido	2	33%



Actividad # 24

Cuadro 24

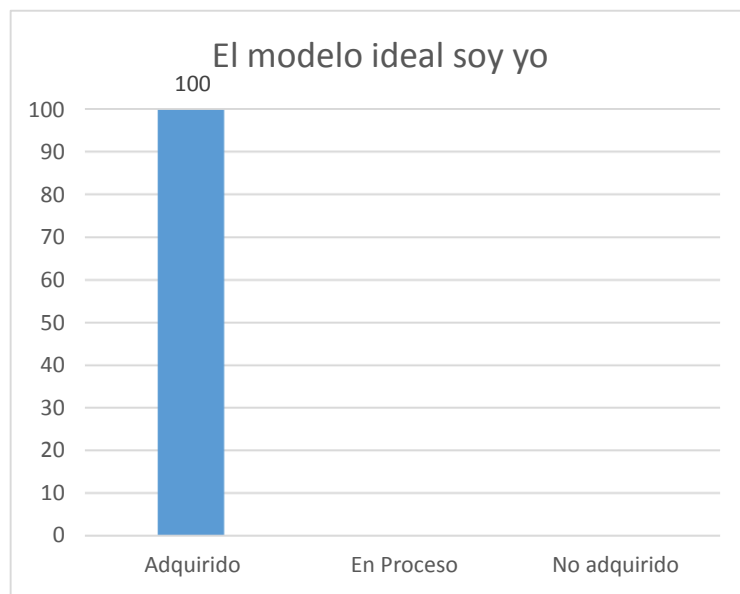
¿Qué tanto conozco de mi hijo?		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	2	33%
No adquirido	-	-



Actividad # 25

Cuadro 25

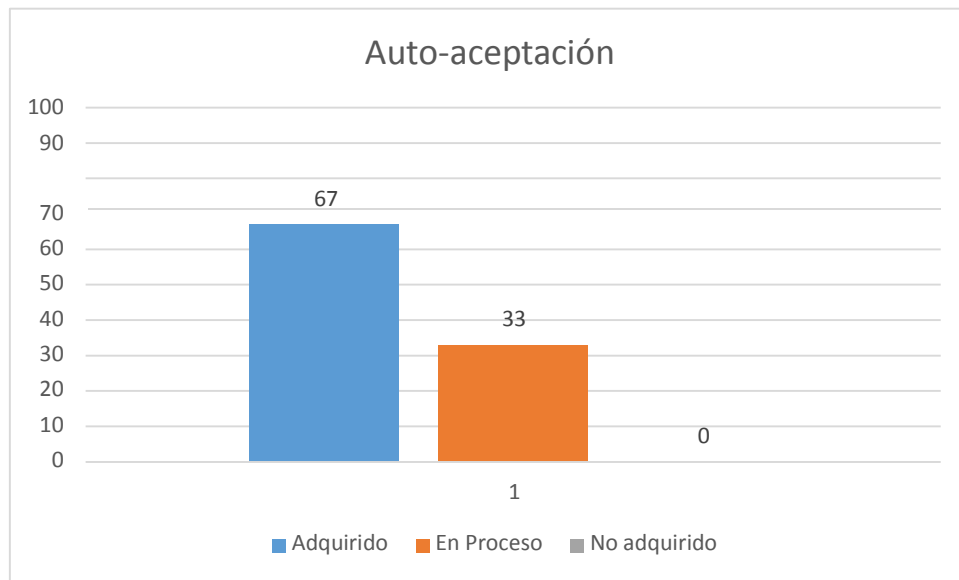
El modelo ideal soy yo		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 26

Cuadro 26

Auto-aceptación		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	2	33%
No adquirido	-	-



Actividad # 27

Cuadro 27

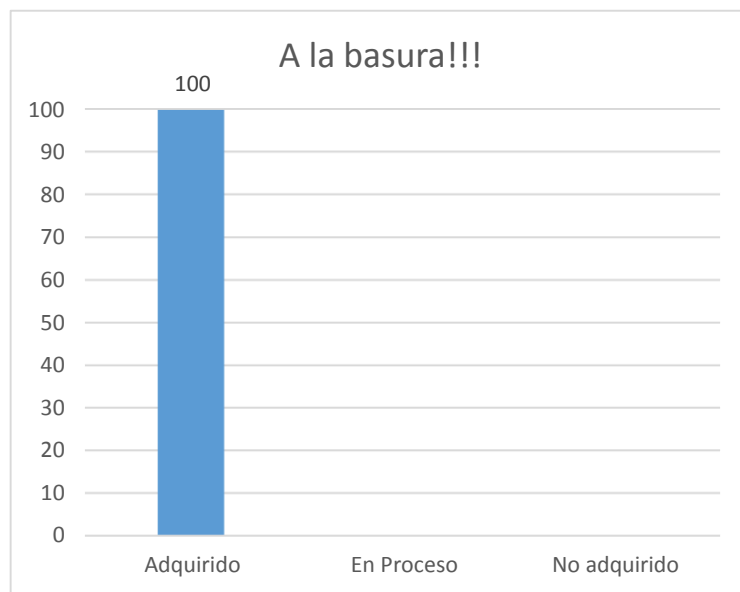
Mi vida!!!		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 28

Cuadro 28

A la basura!!!		
	f	%
Adquirido	6	100%
En Proceso	-	-
No adquirido	-	-



Actividad # 29

Lo vivo, lo acepto y soy feliz

Lo vivo, lo acepto y soy feliz		
	f	%
Adquirido	4	67%
En Proceso	2	33%
No adquirido	-	-



Centro:	Centro Diurno De Desarrollo Integral Para Personas Con Discapacidad Del Mies Loja				
Indicadores	Actividades	Adquiridas	No Adquiridas	En proceso	Observaciones
Negación y culpa	Conociendo mis problemas	100%	-	-	
	Autor registros	100%	-	-	
	Mis sentimientos	100%	-	-	
	Cambio de roles	100%	-	-	
	La ampliación de mis sentimientos	100%	-	-	
	Liberando mi culpa	100%	-	-	
Penal o dolor	Conociendo mis problemas	100%	-	-	
	La ampliación de mis sentimientos.	34%	33%	33%	
	Yo puedo, yo lo logré.	67%	33%	-	
	Re-atribución	51%	33%	16%	
	La escalada del síntoma o problema	67%	33%	-	

Ira o coraje	Conociendo mis problemas	51%	33%	16%	
	Des-centramiento	67%	33%	-	
	Auto-controlándome	67%	33%		
	Manejo del resentimiento y perdón	50%	50%		
	Técnica de la imaginación positiva	100%	-	-	
Rechazo	Conociendo mis problemas	100%	-	-	
	Mis sentimientos	34%	33%	33%	
	Diario de lo que va bien	-	-	100%	
	Re atribución	34%	33%	33%	
	Venciendo sentimientos erróneos	34%	33%	33%	
	Diario de lo que va bien	67%		33%	
Búsqueda	¿Cómo he llegado aquí?	34%	33%	33%	
	Qué tanto conozco de mi hijo?	67%		33%	
	El modelo ideal soy yo	100%	-	-	
	Auto-aceptación	67%		33%	

Aceptación	Mi vida!!!	100%	-	-	
	A la basura!!!	100%	-	-	
	Lo vivo, lo acepto y soy feliz	67%	-	33%	
Total		62%	31%	7%	

RE-TEST

Nombre: Caso 1

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0				
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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				

Ansiedad Psíquica	6
Ansiedad Somática	5
Ansiedad total o generalizada	11

RE-TEST

Nombre: Caso 2

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.			2		
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	10
Ansiedad Somática	7
Ansiedad total o generalizada	17

RE-TEST

Nombre: Caso 3

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad			2		
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes		1			
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.			2		
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.			2		

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.			2		
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.			2		
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.			2		
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.			2		
11. Síntomas gastrointestinales. 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.			2		
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.		1			
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.		1			

Ansiedad Psíquica	11
Ansiedad Somática	11
Ansiedad total o generalizada	22

RE-TEST

Nombre: Caso 4

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		1			
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0				
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.		1			
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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				

Ansiedad Psíquica	8
Ansiedad Somática	6
Ansiedad total o generalizada	14

RE-TEST

Nombre: Caso 5

Unidad/Centro: Centro Diurno

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0				
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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.			2		

Ansiedad Psíquica	8
Ansiedad Somática	5
Ansiedad total o generalizada	13

RE-TEST

Nombre: Caso 6

Unidad/Centro: Centro Diurno

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/ Incapacitant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad			2		
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.			2		
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes			2		
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		1			
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.		1			
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.		1			

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.			2		
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.		1			
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.		1			
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.		1			
11. Síntomas gastrointestinales. 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.		1			
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		1			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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. 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				

Ansiedad Psíquica	9
Ansiedad Somática	7
Ansiedad total o generalizada	16

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
MATRIZ DEL ÁMBITO GEOGRÁFICO	vii
MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS	viii
ESQUEMA DE TESIS	ix
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÈS) SUMMARY	2
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	8
ANSIEDAD	
DEFINICIÓN	8
FACTORES IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO DE LA ANSIEDAD	9
TIPOS DE ANSIEDAD	11
¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?	12
LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD	12
DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD	12
EL PROCESO DE ACEPTACIÓN DE UN HIJO HIJA CON DISCAPACIDAD.	14
SEÑALES NEGATIVAS DE UNA INADECUADA ELABORACIÓN DEL DUELO	17
¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ANSIEDAD?	17
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	18
¿CÓMO TRATAR LA ANSIEDAD?	19
TERAPIA RACIONAL EMOTIVO (TRE)	19
EL ABC DEL TRE	20
LAS BASES DE LA TREC:	22
EL PROCESO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	24
PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	26
e. MATERIALES Y MÉTODOS	29
f. RESULTADOS	32
g. DISCUSIÓN	57

h. CONCLUSIONES	61
i. RECOMENDACIONES	62
j. BIBLIOGRAFIA	63
k. ANEXOS	66
a.TEMA	67
b.PROBLEMÁTICA	68
c.JUSTIFICACIÓN	72
d.OBJETIVOS	73
e.MARCO TEÓRICO	75
DISCAPACIDAD	77
LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD	79
DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD	79
¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?	85
TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL	102
TERAPIA RACIONAL EMOTIVO	104
f. METODOLOGÍA	139
g. CRONOGRAMA	142
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	143
i. BIBLIOGRAFIA	144
ÌNDICE	222