



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE
JACOBSON FRENTE A RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE BECK, EN
PACIENTES QUE PRESENTAN ANSIEDAD EN CENTERAVID**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGAS CLÍNICAS**

AUTORAS:

**ERIKA ALEJANDRA PUCHA PACURUCU
MARÍA GABRIELA VÁSQUEZ GAVILANES**

DIRECTOR:

Mst. MARIO EDUARDO MOYANO

CUENCA- ECUADOR

2019

Dedicatoria

Al culminar este trabajo que es el resumen de todos los conocimientos que nos implantaron en la universidad, quiero hacer extensiva mi dedicatoria a los seres que formaron parte de este proceso.

Primeramente a Dios, ya que sin su respaldo no hubiese conseguido este pequeño logro.

A esas personas maravillosas que son mis padres y hermanos, que me han respaldado proporcionándome la ayuda que necesitaba y han compartido mis progresos y crecimiento. Por último, permítanme hacer llegar hacia el azul del cielo esta dedicatoria, allá donde están los ángeles que todos los días iluminan mi existencia, a mis abuelos.

Gabriela Vásquez.

Dedicatoria

A Dios, moldeador de mi camino, el que constantemente está junto a mí en mis ganancias y tropiezos.

A mis padres por haberme educado de la manera que soy, varios de mis logros se los debo se los debo a ellos incluyendo este, me motivaron asiduamente a conseguir mis anhelos. Mi esposo y mi hijo, quienes son mi motor principal para seguir superándome hasta culminar mi carrera y dando lo mejor de mí en todas las áreas de mi vida.

Erika Pucha.

Agradecimiento

Un agradecimiento muy especial y sincero a la universidad del Azuay ya que ella fue la fuente que nutrió nuestras mentes con grandes conocimientos que implantaron nuestros queridos y recordados maestros.

De manera primordial a nuestro tutor de tesis el magister Mario Moyano, queremos expresarle un profundo agradecimiento por que, con su bondad y paciencia, supo brindarnos sus conocimientos haciendo de esta manera posible la realización de este trabajo.

Resumen


La presente investigación se realizó en CENTERAVID, en la ciudad de Cuenca, durante el periodo julio – diciembre del año 2018, cuyo objetivo principal fue identificar la eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva frente a la de reestructuración cognitiva en pacientes ansiosos, mediante un estudio de sistematización por casos de corte transversal. Los participantes fueron 10 pacientes, de edades comprendidas entre 16 a 90 años, los mismos que estuvieron divididos en dos grupos, destinados a cada técnica. Los resultados obtenidos en base a la prueba STAI, comprobaron que, tanto en el tratamiento de Relajación Progresiva como en el de Reestructuración Cognitiva, el 60% de los pacientes disminuyó la sintomatología de moderada a leve y el 40% en severa a moderada.

Palabras clave: Ansiedad, Adicción, Reestructuración Cognitiva, Relajación progresiva.

Abstract

This research was conducted at CENTERAVID, Cuenca in the period from July to December 2018. The main objective was to identify the effectiveness of progressive muscle relaxation techniques versus cognitive restructuring in anxious patients through a cross-sectional study of systematization by cases. There were 10 participants aged between 18 to 70 years of age divided in two groups, one for each technique. The obtained results based on the STAI test showed that 60% of the patients decreased their symptoms from moderate to mild and 40% from severe to moderate both in the progressive relaxation treatment and in the cognitive restructuring treatment.

Keywords: Anxiety, addiction, cognitive restructuring, progressive relaxation.



Translated by
Ing. Paul Arpi

Índice

Dedicatoria	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	1
Capítulo I.....	3
Marco teórico	3
1.1 Conceptos y generalidades de adicción en sustancias psicoactivas.	3
1.2 Conceptos y generalidades de Ansiedad	8
1.3 Adicción y la relación con la ansiedad	12
1.4 Relajación muscular progresiva de Jacobson	14
1.5 Reestructuración cognitiva de Beck.....	17
2 Capítulo II.....	19
Metodología	19
2.1 Tipo de estudio.	19
2.2 Lugar de estudio.	19
2.3 Población y muestra.....	19
2.4 Criterios del estudio.....	19

2.4.1	Criterios de inclusión:	20
2.4.2	Criterios de exclusión:.....	20
2.5	Variables.....	20
2.5.1	Operacionalización de las variables	20
2.6	Instrumento utilizado.....	21
2.6.1	Escala de ansiedad STAI:.....	21
2.7	Proceso de la recolección de datos.	21
2.8	Programa utilizado.....	22
2.9	Metodología y aplicación de las técnicas	22
2.9.1	Relajación progresiva de Jacobson	22
	Tabla 2	23
2.10	Reestructuración cognitiva	25
3	Capítulo III.....	27
3.1	Sistematización de casos	27
3.1.1	Casos de relajación progresiva.....	27
3.1.2	Caso 1	27
3.1.3	Caso 2.....	31
3.1.4	Caso 3.....	34
3.1.5	Caso 4.....	37
3.1.6	Caso 5.....	41

3.2	Casos de reestructuración cognitiva	45
3.2.1	Caso 1	45
3.2.2	Caso 2	49
3.2.3	Caso 3	53
3.2.4	Caso 4	58
3.2.5	Caso 5	62
3.3	Análisis estadístico de resultados	66
3.4	Resultados de la primera prueba: Validez estructural del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)	68
3.5	Tratamiento y diagnóstico primera toma de información	69
3.6	Análisis de Independencia	73
3.7	Resultados segunda prueba después de la aplicación de las técnicas: validez estructural del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAI)	74
3.8	Análisis de independencia	78
3.9	Contraste de resultados:	80
4	Capítulo IV	82
	Discusión	82
	Conclusiones	84
	Recomendaciones	86
	Bibliografía	87

Anexos.....	94
Anexo 1 Protocolo aprobado.....	94
Anexo 2 Permiso por parte del centro	122
Anexo 3 Consentimiento informado	123
Anexo 4 Test STAI.....	124
Anexo 5 Perfil sociodemográfico.....	127

Índice de imágenes

Imagen 1.....	86
Imagen 2.....	87
Imagen 3.....	88
Imagen 4.....	89
Imagen 5.....	90
Imagen 6.....	91
Imagen 7.....	92
Imagen 8.....	93
Imagen 9.....	94
Imagen 10.....	95
Imagen 11.....	95
Imagen 12.....	96
Imagen 13.....	97
Imagen 14.....	98
Imagen 15.....	98

Índice de tablas

Tabla 1	34
Tabla 2	36
Tabla 3	39
Tabla 4	42
Tabla 5	42
Tabla 6	45
Tabla 7	46
Tabla 8	49
Tabla 9	50
Tabla 10.....	54
Tabla 11.....	54
Tabla 12.....	58
Tabla 13.....	58
Tabla 14.....	62
Tabla 15.....	62
Tabla 16.....	66
Tabla 17.....	66
Tabla 18.....	70
Tabla 19.....	71
Tabla 20.....	76
Tabla 21.....	76
Tabla 22.....	81
Tabla 23.....	81
Tabla 24.....	85
Tabla 25.....	86
Tabla 26.....	91

Introducción

La ansiedad es considerada una respuesta emocional que todos los seres humanos han experimentado alguna vez en el transcurso de su vida, al encontrarse bajo diferentes situaciones que pueden ser percibidas como amenazantes o peligrosas. Por otro lado, dicha patología se puede evidenciar en gran medida en las adicciones. La adicción es un estado que genera en la persona dependencia o necesita de manera compulsiva, hacia una determinada sustancia.

Existe una relación bidireccional entre la adicción y la ansiedad, ya que, debido al consumo persistente, el individuo desea consumir cada vez más algún tipo de sustancia, lo que ocasiona que este, empiece a manifestar síntomas de ansiedad, dicha sintomatología se puede manifestar de manera clara en los procesos de internamiento y en el conocido estado de abstinencia. Considerándose uno de los problemas más frecuentes dentro de los centros de rehabilitación, ya que en la actualidad no se emplean técnicas destinadas al manejo de la sintomatología ansiosa por parte de los profesionales.

Es por este motivo que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal identificar la eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a la reestructuración cognitiva de Beck en pacientes que presentan ansiedad del centro CENTERAVID.

El alcance al que se pretende llegar mediante este trabajo es lograr identificar cuál de las técnicas planteadas tiene mayor efectividad en el manejo de la ansiedad en pacientes dependientes a varias sustancias.

En el capítulo I está destinado al desarrollo del marco teórico, en el que se encuentran expuestos varios artículos científicos y estudios, relacionados al tema, que permiten justificar la investigación.

En el capítulo II se habla acerca de la metodología que se utilizó para desarrollar la investigación, en la cual se encuentran datos que giran en torno al tipo de estudio, muestra, criterios de inclusión y exclusión, objetivos entre otros.

El capítulo III está dedicado específicamente al análisis de los resultados, los mismos que fueron desarrollados mediante el sistema estadístico SPSS 23, tales resultados se encuentran expresados en tablas y gráficos.

En el capítulo IV se evidencian las conclusiones y la discusión, en la que se puede apreciar la comparación de los resultados obtenidos en esta investigación, con resultados obtenidos en otros estudios.

Capítulo I

Marco teórico

1.1 Conceptos y generalidades de adicción en sustancias psicoactivas.

La adicción es considerada una enfermedad física y psicoemocional que genera dependencia hacia una sustancia, relación, actividad; está caracterizada por signos y síntomas, los cuales engloban una serie de factores tanto psicológicos, biológicos, físicos como sociales. Puede desarrollarse en varios niveles; toda adicción inicia en base a la experimentación, que, en este caso, el sujeto consume por primera vez cualquier tipo de sustancia. La segunda etapa tiene lugar al momento en que la persona comienza a hacer uso de la sustancia, sin evidenciar deterioro biopsicosocial, debido a que el consumo no es frecuente. Subsecuentemente aparece el abuso el mismo que consiste en un consumo regular en donde se manifiestan periodos de intoxicación y se empieza a evidenciar deterioro biopsicosocial. La última etapa es en donde la adicción se manifiesta en su máximo esplendor, en donde la persona busca de manera apremiante el consumo constante de la sustancia, generando malestar clínicamente significativo en las esferas de su vida (OMS, 2013).

La terminología utilizada en el siglo pasado fue eliminada por los conceptos actuales en la última década cambiando totalmente los conceptos de toxicómano y toxicomanía por drogodependiente y drogodependencia, ya que estos nuevos términos tenían menos vínculos morales y legales en la actualidad estos términos fueron sustituidos a su vez por el de adicción y adicto (Casas et al., 2011).

Las adicciones forman parte de los trastornos psiquiátricos, originando una alteración neurobiológica de suma importancia que se manifiesta en la alteración de la conducta y la

inadaptación al entorno, por ello requieren un tratamiento médico y biopsicosocial (Cueva, 2012).

El alcohol y otras drogas son sustancias químicas, que transforman el funcionamiento de determinados sistemas de circuitos cerebrales y neurotransmisores, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. Su constante uso causa cambios transitorios, que se revierten cuando finaliza su efecto farmacológico. No obstante, el uso prolongado o crónico puede dejar severas secuelas en la memoria emocional y puede modificar completamente las conexiones y vías neuronales, generando cambios de larga duración en el funcionamiento cerebral y dejando a la persona vulnerable al consumo. Debido a que las sustancias psicoactivas activan el circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico, utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales. Cuanto más agudos hayan sido los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más perseverantes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más impulsiva la necesidad o el deseo de experimentarlos de nuevo. El consumo periódico de sustancias va estableciendo un estado de necesidad que supera otros intereses y aficiones y, a la vez, un deterioro progresivo de la capacidad de autocontrol sobre su autoadministración (Guardia, Surkov, & Cardús, 2010).

Se estima que en el año 2012 año entre 172 y 250 millones de personas en el mundo han usado algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal, siendo, en este caso, la marihuana la de mayor frecuencia, seguida de anfetaminas y éxtasis. Los adolescentes de entre 15 y 34 años, son quienes presentan mayor consumo de sustancias psicoactivas. La sustancia psicoactiva más usada entre los jóvenes universitarios es el alcohol, pues su prevalencia de vida es mayor al 90% en países como Colombia y Perú, y aproximadamente del 75% en Bolivia y Ecuador. La prevalencia de

consumo de alcohol en el año 2012 fue del 32% en Bolivia, 38% en Ecuador, 46% en Perú y 60% en Colombia. En todos los países del área andina existe mayor consumo de alcohol en hombres que mujeres (Páez, Solano, Durán, Mancilla, Suarez, Melgarejo & Ortiz, 2012).

Las funciones neuropsicológicas juegan un papel de suma importante dentro del mundo de las adicciones, en especial en las funciones ejecutivas. Las capacidades para planear, anticipar, inhibir conductas impulsivas y realizar juicios acertados sobre las consecuencias de nuestros actos están en íntima relación con las adicciones. Cuando una persona padece alteraciones que perturban estas funciones tiene mayor probabilidad de experimentar con drogas. Por otro lado, los factores estresantes están fuertemente asociados con las adicciones. Se han descrito interacciones entre las hormonas del estrés y los circuitos cerebrales relacionados con la adicción. Las afecciones que se relacionadas especialmente con este factor son los trastornos de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático, además de otras fuentes externas de estrés (Bustos, 2012).

El ritmo de vida que manejan en la actualidad las personas orilla a los individuos a situaciones persistentes de estrés que repercuten negativamente, en su diario vivir, en sus hábitos de salud y en su calidad de vida. De esta manera, las situaciones latentemente estresantes pueden afectar de manera significativa a los hábitos saludables, ocasionando conflictos a nivel físico, emocional y cognitivo, perjudicando de esta manera a los hábitos de alimentación, ejercicio físico, o incrementando, incluso, el consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco o el alcohol. Dando a conocer que el estrés es un factor que está ligado a las conductas adictivas (Carballo, Marín, Pons, Espada, Espada, Piqueras & Orgilés, 2011).

El consumo de sustancias psicoactivas y los comportamientos agresivos se encuentran en correlación, evidenciándose así varias similitudes en las estructuras de estos fenómenos. Ambos

comportamientos pueden se pueden manifestar a la par, ya que involucrarse en peleas, tener problemas con la policía o mantener relaciones sexuales sin tomar medidas de protección, comisión de robos, venta de sustancias psicoactivas, maltrato a personas, son problemas asociados al consumo. Las personas consumidoras de sustancias suelen estar involucradas en comportamientos violentos más frecuentemente que los que no lo son, así como en actividades ilegales, comenzando con el robo doméstico, continuando con el robo menor y aumentando su actividad delictiva a medida que la adicción se incrementa, dando a pensar que el consumo podría originar la actividad delictiva como una forma de financiamiento de este (Acosta, Sandoval, & Gamboa, 2010).

La adicción es una enfermedad crónica, periódica, la misma que está caracterizada por la búsqueda y consumo apremiante de algún tipo de sustancia, pese a sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales negativas. La probabilidad que una persona del paso del consumo ocasional a la adicción depende de la interacción de factores relacionados con la propia droga, con el individuo expuesto y con su medio ambiente. Por otro lado, no existe suficiente claridad acerca de la forma como los factores genéticos y ambientales favorecen o protegen contra la adicción (Isaza, Suárez, Henao, & González, 2010).

Los trastornos por abuso de drogas son considerados actualmente uno de los mayores problemas de salud pública más importantes. El abuso de una sustancia conlleva el daño físico, el daño psicológico y el daño social, tanto para la persona que consume la droga como para el entorno que los rodea. Dentro del campo de la salud mental no existe un único factor que explique la patología y en el de las adicciones en particular no hay una razón única para la dependencia, sino que la engloban varios factores tales como (genéticos, ambientales, familiares,

sociales y psicológicos). Y por lo tanto sería permitido considerar que tampoco hay una sola terapia que ayude a los afectados (Espada, Fernández & Laporte 2012).

Los modos de vida que propician el uso de sustancias psicoactivas están íntimamente relaciona con un conjunto muy amplio de factores que engloban en síntesis toda situación que involucre un compromiso social. El uso y abuso de sustancias psicoactivas constituye un riesgo grave para la salud mental de niños, niñas y adolescentes en nuestra cultura, pues, la adicción es una enfermedad del cerebro caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y también una enfermedad del desarrollo ya que generalmente comienza en la niñez o en la adolescencia cuando el cerebro aún está en desarrollo, de allí que la familia cumpla un rol especial como factor de protección en estas edades (Bedoya & Arango, 2012).

A nivel etiológico, el consumo juvenil de sustancias psicoactivas se manifiesta por medio de intentos por satisfacerse, explorar, experimentar en un grupo de iguales como parte de su ocio juvenil, propios de una cultura recreativa (De la Villa Moral, Rodríguez & Ovejero, 2010).

El consumo afecta a todas las dimensiones del bienestar humano: biológico, social, psicológico, cognitivo, emocional, cultural, etc. El abuso, la dependencia y el poli-consumo, se constituyen en serios problemas de salud pública que tienen amplias repercusiones sociales y en esto radica la importancia de un abordaje holístico. Los elementos implicados en el consumo son las sustancias mismas, la situación del consumidor y las condiciones del contexto. En esta atmósfera es concluyente la dinámica que se maneja dentro del hogar, ya que se ha encontrado que los consumidores tienen problemas en el interior de sus familias (Muñoz, Gallego, Wartski, Sierra, & Elena, 2012).

1.2 Conceptos y generalidades de Ansiedad

Según el DSM-5, (2014) El trastorno de ansiedad generalizada debe cumplir los siguientes criterios:

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

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

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

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de

ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es crónico y perseverante que produce un deterioro marcado en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen, cuyos efectos son tan serios como el trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias con los mismos que tiene una alta comorbilidad. Lo que le caracteriza básicamente al TAG es la presencia de preocupaciones irracionales que son incontrolables y excesivas. El TAG es uno de los trastornos de ansiedad más importante dentro de los manuales diagnósticos (Biglieri & Vetere, 2010).

Por otro lado, todas las personas han sentido en algún punto de su vida algo incomodo y desagradable en determinadas situaciones. Esto puede apreciarse, en contextos de la vida cotidiana como ser llamado a la oficina del jefe sin saber el motivo, participar de una entrevista para conseguir empleo, hablar en público, caminar en la noche por sectores peligrosos y una serie de varias eventualidades que generan sensaciones desagradables. En cada una de estas situaciones, la persona puede sentir la boca seca, malestar estomacal, manos sudadas, atención aumentada a lo que pasa a su alrededor, taquicardia, tensión muscular, incapacidad de reaccionar; este conjunto de respuestas que el cuerpo genera se lo conoce como un estado de ansiedad (Becerra, Madalena, Estanislau, Rodríguez, Dias, Bassi y Morato, 2010).

La ansiedad se manifiesta por medio de respuestas fisiológicas (tensión muscular, taquicardia, hiperventilación, náuseas, mareos sequedad de boca, sudor, enrojecimiento en la cara, calor,

dificultad para dormir, dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga, diarrea), cognitivas (preocupaciones sobre uno mismo, alteración de los pensamientos y las imágenes mentales, que tienden al miedo y a pensamientos negativos) y conductuales (deterioro de respuestas de ejecución de evitación y escape, en el habla, en tareas de vigilancia, motivación, expresiones faciales, patrones de comunicación e inquietud, alteración emocional con otros procesos psicológicos como la vigilia, la percepción, atención, el razonamiento y la memoria (Fernández y Gutiérrez, 2009).

Una de las características principales de la ansiedad es que es anticipatoria, dándole un valor funcional importante, también evidencia una función activadora de la capacidad de respuesta del individuo; superando los parámetros normales base a frecuencia intensidad y duración. La neurobiología manifiesta la existencia anatómica de las emociones, existen regiones del cerebro que tienen una función de suma importancia en su experimentación. Los procesos emocionales se encuentran en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como la amígdala, el giro del cíngulo, hipotálamo, hipocampo, y otras, las mismas que presentan conexiones con el tallo cerebral, médula oblongada, del cual nace sale el nervio vago, el mismo que inerva gran parte de los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el intestino y el corazón; el mismo que es el responsable de resguardar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, la actividad sexual y la alimentación, que a la vez están vinculadas con emociones como ansiedad, amor, miedo y cólera (Cedillo, 2017).

La prevalencia de la ansiedad en la población mundial manifiesta que van desde 2.4 % hasta un 18.2 % en diferentes países de Europa América y Asia. En Chile, este cuadro es uno de los principales trastornos psicológicos por los que consultan las personas en los centros de salud después de la depresión (Pavez, Mena y Vera, 2012).

Para tener un enfoque más claro a cerca de la ansiedad se debe plantear la diferencia entre ansiedad como rasgo de personalidad y ansiedad como estado emocional. La ansiedad como estado emocional es inmediato, modificable en el tiempo, distinguido por una combinación de sentimientos aprensión, nerviosismo y tensión, preocupaciones y pensamientos intrusivos, junto a cambios fisiológicos. Por otro lado, la ansiedad como rasgo de personalidad se refiere a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo (Ries, Castañeda, Campos y Del castillo, 2012).

Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante (Ries, Castañeda, Campos y Del castillo, 2012).

Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán cómo menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Ries, Castañeda, Campos y Del castillo, 2012).

1.3 Adicción y la relación con la ansiedad

La Organización Mundial de la Salud (2010) considera a la dependencia como la ausencia de voluntad consciente sobre el uso de la sustancia y sobre los propios actos. El modus operandi del cerebro en la adicción tiene una alta sensibilidad a las sustancias psicotrópicas, favoreciendo de esta manera a la adicción. Tras el continuo uso de la droga el cerebro desarrolla una neuroadaptación generando en el individuo la dependencia y la tolerancia (Flores Olvera, 2010).

La principal dificultad que presentan los pacientes adictos que se encuentran en un proceso de internamiento es el síndrome de abstinencia, esto genera conflictos en el proceso psicoterapéutico debido al alto nivel de ansiedad que se produce al no consumir ningún tipo de sustancia; siendo esta sintomatología el primer factor que promueve la deserción del proceso psicoterapéutico. La relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad es bidireccional: por un lado, el consumo continuo de una sustancia lleva a experimentar síntomas de ansiedad. Por otro, algunos trastornos de ansiedad pueden dirigir a un mayor consumo de ciertas sustancias. La amplia variedad de maneras de consumir sustancias psicoactivas obliga a tener presentes las variables psicosociales que afectan al individuo que decide consumir este tipo de sustancias, así como las motivaciones que le llevan a este consumo (Iruña, Caballo y Ovejero, 2009).

En la década de los años ochenta se debatieron diversas teorías neurobiológicas que intentaron dar un concepto claro sobre las adicciones para que se puedan entender correctamente; la mayoría de ellas coincidieron que la sustancia psicoactiva actúa directamente sobre el sistema de recompensa cerebral. No obstante, de la mayoría de las personas en riesgo de consumo de sustancias, sólo un porcentaje las consume, y de éstas, una parte aún menor desarrolla una conducta adictiva (Marín Navarrete y Szerman, 2015).

Los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad presentan una gran comorbilidad (entre el 18% y 37%), lo cual complica el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. Los pacientes con trastornos de ansiedad son vulnerables a desarrollar otras patologías comórbidas en especial la depresión. Tanto los grandes estudios epidemiológicos como estudios clínicos muestran una elevada asociación entre los distintos trastornos de ansiedad y depresión con los trastornos por uso de sustancias (Sáiz Martínez et al., 2014).

Tanto la ansiedad como la adicción a sustancias están íntimamente relacionadas, ya que el consumo puede generar síntomas de ansiedad. Con el paso de los años la prevalencia de adicción a sustancias en pacientes que con trastornos de ansiedad manifiesta el 24%. Trastornos tales como el obsesivo compulsivo, la agorafobia y la fobia social son los trastornos de ansiedad que más se presenta en personas que consumen alcohol (Iruirtia, Caballo y Ovejero, 2009).

Un estudio realizado por Garland, Froeliger y Howard (2014) comentan que el sujeto no logra ser capaz de solucionar los problemas que produce un estresor externo o interno, debido a que no consigue regular las emociones que se hacen presentes en la adicción, esta incapacidad de manejo emocional puede producir alteraciones provocando frustración y angustia. Debido a ello hacen énfasis en la importancia que tiene la regulación emocional durante la adicción ya que se manifiesta mediante conductas automáticas y pensamientos intrusivos que giran en torno al consumo; y al no tener conciencia sobre dichas conductas, los niveles de ansiedad se intensifican llevando a que el sujeto aumente su intensidad y frecuencia de ingesta.

Un estudio realizado por Baquero, Calvo, Ballester, Francés, Dalae y Haro (2015) en España menciona que los trastornos por consumo de sustancias se manifiestan en varios pacientes que presentan cuadros clínicos de ansiedad y del estado de ánimo. Los pacientes que participaron de este estudio fueron 258 sujetos, divididos en un grupo clínico, subdividido en consumidores de

cocaína, heroína combinada con cocaína, cannabis, alcohol y sujetos en programa de mantenimiento con metadona; los cuestionarios utilizados fueron STAI, BDI, RSES y una entrevista que recoge aspectos biopsicosociales y clínicos. Los resultados expresaron mayor gravedad clínica en depresión y ansiedad, rasgos en consumidores de heroína inhalada, así como mayor ansiedad y menor autoestima. Se puede observar que el consumo de sustancias está íntimamente relacionado con mayores niveles de ansiedad y depresión, así como la exclusión social con una menor percepción de autoestima.

1.4 Relajación muscular progresiva de Jacobson

La respiración es una de las funciones principales e indispensables del ser humano, en la cual se generan reacciones de oxidación en las cuales se produce energía, la misma que el ser humano utiliza para realizar su metabolismo (Ruiz, sf).

Edmund Jacobson a principios de la década de los años 1920, instituyó fundamentos del método de tensión relajación para el tratamiento del control de la reactividad, cuyo objetivo es disminuir el estrés y la ansiedad, creando un estado de tranquilidad mental al eliminar progresivamente todas las tensiones musculares. Argumento también que la tensión muscular va de la mano del estrés y ansiedad, y que se puede reducir estas afecciones aprendiendo a relajar la tensión muscular (Ruales y Dorothy, 2016).

El fundamento principal de la Relajación Progresiva es conseguir potencializar la consciencia del mundo debajo de la piel, donde la tensión del músculo se puede identificar práctica de la auto observación. La tensión se manifiesta por medio de la contracción de las fibras musculares y, por otro lado, la relajación es por lo tanto todo lo contrario. En base a esto el proceso consiste en generar la habilidad para relajar los músculos que se encuentran tensos, para potencializar la consciencia se busca primero tensar un grupo de músculos y luego calibrar su relajación. Este

proceso se replica en todos los grupos musculares, en este sentido la técnica produce un estado generalizado de relajación, que a su vez puede ocasionar un estado de equilibrio y quietud en el sistema nervioso central (Massaro, 2017).

La Relajación progresiva de Jacobson es un procedimiento muy utilizado en la actualidad por su gran eficacia al momento de manera en los pacientes síntomas ansiosos. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan (Cautela, J. R. & colaboradores, 1985).

Dentro de las normas básicas a seguir se encuentran: en la relajación es esencial la concentración, se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a, el lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo, se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos, la luz debe ser tenue, la ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales, la aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige (Cautela, J. R. & colaboradores, 1985).

La postura de relajación debe girar en torno a los siguientes parámetros: Siéntese tal y como aparece en la figura "postura de relajación". Cuando se encuentre cómodo/a, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente:

Primero, tense los músculos lo más que pueda; subsecuentemente empiece a notar la sensación de tensión, conforme lo hace intente ir relajando esos músculos, sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos. Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado (Cautela, J. R. & colaboradores, 1985).

Un estudio realizado por Tamayo (2017) menciona que la relajación es una respuesta pasiva e indiferenciada que busca disminuir el estado de excitación somática y cognitiva en la cual se activa el sistema nervioso simpático creando una respuesta de malestar en la persona. Para ello dicha técnica tiene como objetivo disminución de la tensión muscular, la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco, aumento de la vasodilatación arterial, disminución del metabolismo basal, disminución de la actividad simpática general, disminución de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, disminución del consumo de oxígeno. Potencializando la relajación del individuo permitiéndole encontrar un estado de tranquilidad mental al poder disminuir de forma progresiva las tensiones musculares en el cuerpo. Jacobson comprobó que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producen, se eliminan casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda.

Tinoco (2011) en su estudio acerca de la superación de la ansiedad presente en los procesos evaluatorios, en estudiantes de bachillerato mediante la técnica de relajación reducida Jacobson y medición de efectos en el rendimiento académico, menciona que la relajación muscular progresiva es un método que beneficia al cuerpo potencializando la energía y el reposo, permitiendo al individuo reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno, implicando liberar el otro.

Un estudio acerca del tratamiento para disminuir la ansiedad mediante técnicas de relajación, se utilizó la prueba STAI para verificar la validez de la técnica. Demostró que previo a la aplicación de técnicas de relajación la media de ansiedad de los pacientes era de 68% y después de la aplicación de las técnicas disminuyó considerablemente a 56%. Se observó que en los pacientes que no tomaban psicofármacos, el descenso de ansiedad era significativo, demostrando

que las técnicas de relajación son eficaces en el manejo de la ansiedad (Soriano González, 2012).

Sánchez, Calderón, Montenegro, Calderón y Moyano (2014), demuestran la eficacia de la técnica de relajación progresiva determinando que un 78% de los pacientes han visto disminuida su ansiedad tras participar en las sesiones grupales, según las puntuaciones obtenidas en la escala de Hamilton para la ansiedad.

1.5 Restructuración cognitiva de Beck

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas dentro de los procesos psicoterapéuticos de índole cognitivo-conductual; consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros; los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de estos. Se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos, trastornos por abuso de sustancias y algunos trastornos de (Bados López, A., & García Grau, E, 2010).

Cano, Dongil, Salguero y Wood (2013) en su artículo mencionan que a pesar de que estos tratamientos psicológicos, que están basados en la reestructuración cognitiva de los sesgos

cognitivos cometidos en el procesamiento de información, están empíricamente validados y han demostrado ser más eficaces que el tratamiento convencional para reducir o eliminar los trastornos de ansiedad, existe una brecha importante entre la investigación y la práctica clínica, que deberíamos intentar reducir. La presente propuesta de intervención basada en la reestructuración cognitiva (pero apoyada también en la relajación y las técnicas centradas en la conducta) pretende ser una herramienta de ayuda para este objetivo.

Tobar (2012) en su estudio sobre la terapia cognitiva para fobia social, consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck comenta que la psicoeducación orientado al conocimiento del padecimiento del paciente es un punto crucial, ya que potencializo en gran parte que los participantes se dieran cuenta de cómo podían controlar los niveles de ansiedad y estrés que manifestaban y de esta manera buscar estrategias de afrontamiento para disminuirlo logrando así una buena calidad de vida.

En el capítulo I se indaga acerca de los conceptos básicos, teorías, estudios, y técnicas que giran en torno a las adicciones y la relación directa que esta tiene con la ansiedad, permitiendo mantener un enfoque más específico en cuanto a cómo, técnicas como la reestructuración cognitiva de Beck y relajación progresiva de Jacobson, son útiles al momento de intervenir con pacientes que manifiestan síntomas de ansiedad.

No obstante, se determinó que no existen estudios actuales enfocados a determinar cuál de las dos técnicas es más factible para intervención en la ansiedad en adictos. Por lo que este trabajo de investigación será un aporte sumamente importante dentro del tratamiento de la ansiedad.

2 Capítulo II

Metodología

En el actual capítulo, se establecerá el tipo de metodología que se implementó, como se desarrolló el estudio de la investigación, y los criterios de este.

2.1 Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo casos y control, de corte transversal que tiene como objetivo diagnosticar, evaluar y comparar el impacto de las técnicas en pacientes ansioso.

2.2 Lugar de estudio.

El actual estudio tuvo lugar en CENTERAVID, que se encuentra ubicado en la calle 2 de agosto y Av. las Américas; el cual cuenta con un departamento psicológico, médico y trabajo social (anexo 2).

2.3 Población y muestra.

El universo, objeto de estudio, estuvo conformado por todos aquellos pacientes que estuvieron internados en CENTERAVID en el periodo mayo - junio contando actualmente con 33 pacientes, sin embargo, se contó, también con los pacientes que de nuevo ingreso que tuvieron lugar en el periodo establecido; los mismos que fueron elegidos en base a los criterios de inclusión y exclusión, los mismos que se exponen a continuación.

2.4 Criterios del estudio.

Los participantes se dividieron en dos grupos a los cuales se les aplicó las técnicas, al primer grupo relajación progresiva muscular de Jacobson y al segundo grupo reestructuración cognitiva de Beck, fueron de sexo masculino, los mismos que estuvieron en proceso de internamiento en CENTERAVID durante los meses de mayo y junio.

2.4.1 Criterios de inclusión:

Pacientes que estén en periodo de síndrome de abstinencia, edad cronológica entre los 18 a 50 años, pacientes diagnosticados con ansiedad moderada y grave, pacientes que presenten consumo a varias sustancias, pacientes de sexo masculino, pacientes que hayan tenido mínimo dos internamientos.

2.4.2 Criterios de exclusión:

Pacientes de sexo femenino, pacientes menores a 18 años, pacientes mayores a 50 años, pacientes sin ansiedad y ansiedad leve, pacientes con menos de dos internamientos.

2.5 Variables

2.5.1 Operacionalización de las variables

Tabla 1 *Operacionalización de las variables*

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia de un ser vivo contando desde su nacimiento.	Mayor a 18 Menor a 50
Nivel de instrucción	El grado más elevado que ha obtenido un individuo referente a sus estudios	
Trastorno Clínico	Es un patrón clínico que genera un malestar determinado en el individuo	F19.2 Dependencia a varias sustancias
Numero de internamientos	Número de ingresos de cada paciente en el centro a estudiar	
Ansiedad	Estado mental caracterizado por un alto nivel de inquietud, miedo, excitación e intensa inseguridad	Cuestionario de ansiedad estad rasgo STAI Leve Moderada Grave

2.6 Instrumento utilizado

2.6.1 Escala de ansiedad STAI:

La prueba STAI tiene como objetivo medir los niveles de ansiedad, por otro lado, también está encargado de determinar, dos fases, ansiedad como estado y ansiedad como rasgo. La validez de criterio de la prueba fue Tenida en cuenta en el proceso de construcción y selección de elementos tanto A/E como A/R entendiendo a este último como el más importante fue determinada analizando las diferencias entre los resultados en situaciones normales y suponiendo la inminencia de un examen entre alumnos universitarios no solo la puntuación A/E si no todos los elementos mostraban diferencias significativas a un nivel de confianza de 1 por 100. Cuando se han puesto en relación los resultados del STAI con otras pruebas de personalidad, se han encontrado índices positivos significativos entre el A/R (que son valores más importantes que los A/E al ponerlos en relación con las medidas de personalidad) y la agresión y la impulsividad y negativos con la dureza, afiliación, dominancia, cuidado y orden, pero esta información puede resultar improcedente si no se tiene en cuenta el instrumento en cuenta el instrumento de personalidad utilizado. **Fiabilidad:** consistencia interna: 0.90- 0.93. Fiabilidad test – Re-test: 0.94 (Guillén, y Buela,2011).

2.7 Proceso de la recolección de datos.

Una vez que se realizó la selección de los pacientes que participaron en el presente estudio en base a los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a la presentación del consentimiento informado (Anexo 3), el mismo fue firmado por cada uno de ellos. Subsecuentemente se dividió a los pacientes en dos grupos de estudio, cada uno de ellos tuvo una duración de 10 sesiones, en los cuales se aplicó las técnicas que se han planteado.

Antes de empezar con la aplicación de las técnicas se realizó una valoración de los niveles de ansiedad que presenta cada paciente mediante la aplicación de la prueba STAI (Anexo 4).

Una vez culminadas las técnicas se procedió a realizar un re-test del reactivo STAI para determinar que técnica tiene mayor eficacia en la disminución de la ansiedad.

2.8 Programa utilizado.

Para el procesamiento de la información que se obtuvo a través de la aplicación de la prueba STAI, test, re-test. Se trabajó con el programa IBM SPSS Statistics²³ para la creación de la base de datos y el respectivo análisis estadísticos; tales resultados se encuentran expresados mediante tablas e imágenes en el capítulo enfocado al análisis de resultados, que se evidenciara posteriormente.

2.9 Metodología y aplicación de las técnicas

Las sesiones de psicoterapia grupal se desarrollaron en dos grupos, con los cuales se trabajó tres veces por semana y estuvieron dirigidas por los autores de la investigación. El primer grupo tuvo lugar en el mes de mayo y estuvo conformado por todos los pacientes que se encontraron internados durante ese periodo, el segundo grupo en el mes de junio por todos los pacientes que se encuentren internados incluidos los pacientes de nuevo ingreso que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos a los cuales se les aplicó las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y reestructuración cognitiva de Beck, a continuación se detalla los procedimientos con mayor profundidad.

2.9.1 Relajación progresiva de Jacobson

Para la aplicación de dicha técnica, es necesario tener en cuenta varios aspectos a trabajar; se le pide al paciente que durante un intervalo de 3 a 5 segundos repita dicha orden aproximadamente 3 veces. Posteriormente se va trabajando progresivamente en cada grupo muscular, con el objetivo de generar conciencia de cada uno de estos, y poco a poco relajarlos, hasta conseguir un estado de relajación plena. Durante el proceso es importante guiar al paciente

con palabras de motivación, es recomendable utilizar un tono de voz adecuado, para mejorar la experiencia del usuario. A continuación, se da a conocer la planificación del proceso que se estableció para la aplicación de esta técnica.

Tabla 2

Planificación

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Establecer el rapport a través de la entrevista inicial
FASE I: TENSION Y DISTENSION		
Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación	<p>NORMAS BASICAS -Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION CARA -Frente: se pedirá al paciente arrugarla y destensarla lentamente. -Ojos: abrir abruptamente y cerrarlos suavemente. -Lengua: presionar de manera intensa contra el paladar y distender lentamente. -Mandíbula: generar una presión intensa hasta el punto de tensionar los músculos laterales del rostro y las sienes, para posteriormente relajar lentamente. -Labios: presionar fuertemente los labios a manera de beso, para terminar, relajándolos.</p>
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	<p>NORMAS BASICAS. -Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION CUELLO Y NUCA. -Se le pide al paciente que flexione hacia atrás y hacia adelante para posteriormente regresar a su posición original lentamente.</p> <p>HOMBROS Y CUELLO. -Se debe elevar los hombros poniendo presión sobre el cuello, para regresar a la posición de inicio suavemente.</p>
Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que	<p>NORMAS BASICAS. -Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION DE BRAZOS Y MANOS.</p>

	gradualmente se expanda a todo el cuerpo	-Retraer sin mover, cada uno de los brazos por separado, con los puños apretados, sintiendo la tensión en las extremidades superiores, de manera completa, para finalizar destensándolo de manera lenta
Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	<p>NORMAS BASICAS.</p> <p>-Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION DE PIERNAS.</p> <p>-Se le pide al paciente trabajar primero con una pierna y después continua con la otra levantando el pie respectivamente hacia arriba y notando así la tensión ejercida en cada una uno de los músculos como glúteos, muslos, rodillas y pie, se concluye con la relajación pausada.</p>
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	<p>NORMAS BASICAS.</p> <p>-Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION DE PIES Y DEDOS.</p> <p>-Se debe pedir al paciente que flexione tanto pies como dedos, para de esta manera tensionar los diferentes músculos de los miembros inferiores, posteriormente se le pide colocarse en posición de bailarina y relajar los músculos contraídos lentamente.</p>
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	<p>NORMAS BASICAS.</p> <p>-Instrucción de las posturas de relajación.</p> <p>RELAJACION DE TORAX ABDOMEN Y REGION LUMBAR.</p> <p>-Espalda: el paciente debe pretender abrazarse uno mismo intentando tocar sus omoplatos, pero sin hacerlo, terminar destensando.</p> <p>-Tórax: inspirar profundamente manteniendo el aire en los pulmones para finalizar expirándolos suavemente.</p> <p>-Estomago: contraer y soltar varias veces el abdomen de manera lenta</p> <p>-Cintura: con la utilización de una silla se deben tensar los músculos, de los glúteos y los muslos, para después relajarlos.</p>

FASE 2: REVISIÓN

Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	-Se prepara de manera mental, dejando de lado cualquier tipo de pensamiento que genere ansiedad, cada uno de los grupos musculares con los que se trabajó, siempre con el proceso de tensión y relajación. -Es necesario especificar al paciente que en esta sesión se debe emplear la relajación mientras realiza diversas actividades (de pie o andando), y no simplemente de manera sedentaria.
FASE 3: RELAJACIÓN MENTAL		
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	-Se debe pedir al paciente, que transfiera a su mente pensamientos positivos o que le produzcan placer de algún acontecimiento relevante de su vida, e mismo que deberá ser compartido de manera grupal.
Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que motive al mantenimiento del cambio.	-Retroalimentación de lo aprendido a través de cycle time (tiempo en círculo). Donde cada paciente deberá relatar como se ha sentido y como creen que ha disminuido su ansiedad -Aplicación de STAI (retest).

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

2.10 Restructuración cognitiva

Para una buena implementación de la técnica es necesario tener en cuenta que la reestructuración cognitiva está enfocada en identificar y modificación de los pensamientos que son considerados negativos. El objetivo de esta técnica es transformar el modo en el que los pacientes interpretan sus experiencias y vivencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que producen malestar. El individuo aprenderá a identificar y cuestionar sus propios pensamientos desadaptativos, para lograr sustituirlos por otros más apropiados, que permitan reducir o eliminar el malestar. A continuación, se da a conocer la planificación del proceso que se estableció para la aplicación de esta técnica.

Tabla 3

Planificación

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Establecer el rapport a través de la entrevista inicial.
Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	Psicoeducación en ansiedad como síntoma de la adicción y la abstinencia. Presentación audio visual, conectando al usuario con sus experiencias vividas. Análisis de causas y consecuencias del consumo
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción.	Análisis de ventajas y desventajas de estar en el centro de rehabilitación, a través de matrices.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Identificar pensamientos negativos, refutando con argumentos que sostienen el consumo del usuario.
Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad	Una vez identificado los pensamientos negativos, se expresa un pensamiento negativo y el paciente refuta con argumentos. Modificación de un pensamiento negativo por un positivo, el paciente deberá buscar un pensamiento alternativo.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo	
Sesión 7	Eliminar Sentimientos de culpa y Resentimientos, que producen ansiedad.	En base a la identificación de pensamientos negativos, se modifican las creencias irracionales que tienen ante una situación en específico.
Sesión 8	Manejar el Autocontrol.	Se trabaja con el paciente en alternativas de solución ante situaciones futuras, en base a pensamientos alternativos, para manejar el autocontrol.
Sesión 9	Modificar Pensamientos Automáticos irracionales.	Registros de pensamientos irracionales negativos sobre sí mismo y el entorno.
Sesión 10	Cierre del proceso terapéutico.	Identificar ventajas y desventajas de la técnica de reestructuración cognitiva. (retest)

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

3 Capítulo III

3.1 Sistematización de casos

A continuación, se realizará una sistematización detallada de cada caso, de todos los pacientes a los cuales se les aplico las técnicas para este estudio; con el objetivo de conocer los datos de filiación, datos más relevantes de la historia clínica, y la evolución que han tenido en el proceso terapéutico.

3.1.1 Casos de relajación progresiva

3.1.2 Caso 1

NOMBRE: DIEGO

EDAD: 36 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente es ingresado al centro terapéutico por voluntad propia, debido al consumo de varias sustancias. Dicho consumo ha generado deterioro a nivel biopsicosocial.

B. Antecedentes actuales:

El usuario ya a la edad de 25 a 30 años se encuentra sumergido en una vida de consumo, sin ningún tipo de conciencia ni preocupación por su familia, ni persona, manifiesta que su casa solo le servía para dormir ya que llagaba solo en las noches y se encerraba en su habitación sin conversar con nadie, 2 semanas antes de su internamiento llegan de visita la familia a su casa, DC se encuentra encerrado en su habitación, al escuchar un gran conflicto sale y encuentra a su hermano desesperado que alguien tomo sus cuadernos y los rompió, sin preguntarle culpa directamente al usuario quien se encontraba en un estado etílico, es cuando el mismo pierde el

control y golpea a su hermano, su padre al llegar donde ellos se encontraban golpea bruscamente a DC, es cuando el usuario decide abandonar la casa y pide asilo a un amigo, quien es un ex adicto, el cual le comenta de la clínica de rehabilitación que acudió y lo incentiva a ingresar por segunda vez a un tratamiento de recuperación, acepta viaja a Cuenca y se interna en la Comunidad Terapéutica Amor y Vida “CENTERAVID”, para cambiar su estilo de vida.

El usuario manifiesta que acepta de manera voluntaria el tratamiento ya que desea cambiar su vida, continuar con sus estudios y ser una mejor persona.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 4

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. No presenta ansiedad
Porcentaje.AE/ 40 AR/43	Porcentaje. AE/17 AR/19

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 5

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo específico	Evolución
---------------	----------------------------	------------------

Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Se logra un ambiente positivo, el usuario muestra una actitud colaborativa. Se consigue establecer una relación cordial lo cual es clave para el proceso.
Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Se realiza con éxito la primera sesión, comprendiendo la consigna de tensar y relajar cada musculo expuesto en esta fase. Manifiesta que las sensaciones estresantes y ansiosas calmó un gran porcentaje. Logro relajar por completo los músculos de su rostro.
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Relaja los músculos de la zona del cuello y hombros, lo cual le permite sentirse descansado, manifestó que siente que tenía un peso en sus hombros el cual después de la técnica mejoro notablemente.
Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	Llega a la sesión motivado, lo que facilita la aplicación de la técnica, logro relajar la mayoría de los músculos de los brazos y las manos, cada vez con mayor facilidad y sin necesidad de tensar o pensar antes de hacerlo, sino de una manera espontánea.
Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	Se ha obteniendo una relajación generalizada en la mayoría de sus músculos, al igual alcanzando los objetivos expuestos y ayudando en la mayor parte a su sintomatología ansiosa. En esta sesión el paciente manifiesta haber logrado relajar los músculos de sus piernas.
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	En esta sesión, al usuario le es difícil relajar los músculos designados, (pies, dedos). No se mantuvo concentrado y con su mente positiva como las sesiones anteriores; pero comenta no sentirse frustrado, continúa motivado para la próxima cita.
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de	La sesión número siete, el usuario compartió con sus compañeros cada ejercicio y las realizo de una manera

	relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo	muy positiva. Al finalizar pudo compartir lo relajado y contento que se sentía, al igual que creía que su angustia y ansiedad de estar internado disminuía según su percepción.
Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	Para el paciente esta sesión le resulto algo compleja, se le dificulto mantener su cuerpo relajado mientras se le pedía que realice una actividad que no fuese estar sentado, casi al concluir, logro dejar pensamientos estresantes y de manera espontánea soltar cada grupo de muscular repasados sintiéndose menos tenso.
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	Añadimos situaciones imaginaras positivas y que causaron gran felicidad en algunas épocas de su vida, lo cual para él resulto satisfactorio.
Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que motive al mantenimiento del cambio.	En este caso fue un éxito ya que el usuario compartió con el grupo de manera abierta, que sus niveles de ansiedad han disminuido notoriamente según su percepción, que ha dejado de sentirse pesado y agotado desde que ha comenzado a trabajar en relajar su cuerpo, con lo cual ha logrado conciliar el sueño y realizar actividades. En su mente intenta traer solo pensamientos positivos como lo hemos venido trabajando.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Se ha podido concluir a través de la entrevista psicológica y la primera aplicación de la prueba STAI, que el paciente presenta una ansiedad moderada. Es por esto por lo que el paciente fue

intervenido con diez sesiones de la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Esta técnica generó empatía en el paciente y apertura con su tratamiento, permitiendo que los niveles de ansiedad disminuyeran sesión a sesión. Como parámetro final se aplicó un retest para corroborar la efectividad de la técnica; obteniendo un resultado AE/17 AR/19, lo que se interpreta como nivel de ansiedad ausente.

3.1.3 Caso 2

NOMBRES: FRANKLIN.

EDAD: 20 AÑOS.

ESTADO CIVIL: SOLTERO.

RELIGIÓN: CATÓLICA.

A. Motivo de consulta:

El paciente ingresa a la Comunidad Terapéutica por incentivo de su madre y su primo. Esto se debe a que el usuario tiene historial de consumo a varias sustancias y actualmente continúa haciéndolo.

B. Antecedentes actuales:

El usuario a los 19 años inicia con el consumo de marihuana, lo consume por simple curiosidad y permanece en consumo constante ya que le ayudaba a olvidar los problemas que tenía en el hogar y con su enamorada. A los 20 años se intensifica su consumo de manera progresiva y en contacto con malas influencias sociales, empieza a consumir base de cocaína. FC en la actualidad, permanece en un consumo activo de alcohol, marihuana y base de cocaína; en 2 ocasiones refiere haber consumido alucinógenos, comenta que no continuó haciéndolo ya que no le produce bienestar los efectos que causaron en él, siendo su droga preferida la marihuana.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 6

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. ansiedad moderada
Porcentaje.AE/ 38 AR/33	Porcentaje. AE/31 AR/32

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. PLANIFICACIÓN DEL CASO:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 7

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo específico	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Paciente presento una actitud hostil frente a las terapeutas y el grupo de trabajo, manteniéndose a la defensiva a consecuencia de su internamiento sin su consentimiento, por lo cual no se logró una empatía con él, a pesar de eso decido adherirse al tratamiento.
Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Al usuario le resulta complejo relajar el musculo indicado, se le ayuda nuevamente con la consigna y se le da un tiempo prudente para ejecutar cada ejercicio, al final de la sesión comenta haber logrado al 50 % del objetivo.
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	El paciente se mantuvo en área de castigo por su comportamiento, por lo cual no pudo asistir a la a esta sesión.

Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Se empieza de manera positiva relajando su cuerpo, calmando sintomatología y logrando lo propuesto, relajar brazos y manos, manifiesta sentirse mejor.
Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Paciente asiste a la terapia con buena disponibilidad, realiza los ejercicios planteados y logra relajar los músculos de sus piernas, indicando sentirse descansado y satisfecho, parece motivado y con buena disponibilidad.
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Usuario nuevamente en zona de castigo por su mal comportamiento, no se logra trabajar en esta sesión; lo cual nos dificulta el proceso.
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	A más de la mitad de las sesiones, comenta que le parece una pérdida de tiempo echando hacia tras lo alcanzado, se puede atribuir su comportamiento a las visitas de sus familiares que ha tenido las 2 últimas semanas.
Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	Se intenta que el paciente relaje sus músculos de manera espontánea sin pensar en hacerlo y sin tener que tensarlos antes, no es fácil para él, en su mente aún tiene ideas negativas. No logra culminar la sesión ya que relata sentirse agotado.
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	No logra traer a su mente ideas o recuerdos positivos, pero claramente se evidencia su falta de interés con la técnica. Sesión a criterio no funcionó.
Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que	Paciente comparte con el grupo, no creer que la técnica ha sido efectiva en su caso, para nuestra opinión se debe a la mala disposición del paciente,

motive al mantenimiento del cambio.	su personalidad y factores familiares que no ayudan a su tratamiento.
--	--

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Durante las diez sesiones aplicadas se puede determinar que el paciente no logra generar un clima de empatía con la terapia. La misma que no tuvo apertura por parte del usuario por su falta de colaboración y poco interés, en dos sesiones estuvo en el área de castigo, lo que dificultó su mejora. Para verificar la validez y efectividad de la técnica se aplicó un retest obteniendo un resultado AE/31 AR/32, lo que se interpreta como nivel de ansiedad, moderada, es decir el paciente mantuvo su nivel de ansiedad, únicamente disminuyendo los valores numéricos del retest, los mismos que no influyen significativamente.

3.1.4 Caso 3

NOMBRES: ALEX

EDAD: 19 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente decide ingresar voluntariamente debido a las situaciones adversas que el consumo genera en su vida.

B. Antecedentes actuales:

El usuario refiere que a los 16 años que comienza su consumo, baja sus calificaciones y rendimiento, empieza a salir con amigos de consumo y deja a una enamorada que no le dejaba consumir. Manifiesta que hasta ha llegado a hurtar a su hermana, por falta de dinero para el consumo.

El usuario, tiene 20 años, está en constante consumo de diversos estupefacientes que no le permiten desenvolverse adecuadamente en diferentes áreas de su vida, como académica, familiar, sentimental, por lo que voluntariamente solicita internamiento.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 8

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad grave	Dx. ansiedad moderada
Porcentaje.AE/ 45 AR/44.	Porcentaje.AE/43 AR/45

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. PLANIFICACIÓN DEL CASO:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 9

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo específico	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	El usuario se muestra tranquilo en su primera entrevista, mantiene la apertura y la disponibilidad, se logra empatía con las terapeutas y con el grupo.

Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Manifiesta sentirse satisfecho, relajar la mayor parte de sus músculos expuestos en esta fase, relaja los músculos de la cara, logra identificar la diferencia de un musculo tensado y otro relajado.
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Usuario logra relajar zona de cuello, comenta sentirse muy bien al concluir ya que la tensión en esta área le impedía realizar varias tareas.
Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	El paciente logro relajar los músculos trabajados la sesión, se compromete al 100% el su trabajo lo que le ayuda a lograr sus objetivos, mantiene descansados los músculos de sus brazos y manos.
Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Al relajar los músculos de las piernas, refiere sentir un descanso en todo su cuerpo; el cual favorece a su condición general en todos los demás músculos.
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	En esta sesión al usuario se le dificulta las actividades, el relajar los músculos de los pies y dedos, no le pareció una tarea sencilla y enriquecedora para su sintomatología ansiosa.
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Usuario llega entusiasmado a la sesión, relaja los músculos de espalda y abdomen, indica tener una sensación grata que se ha esparcido por las demás áreas de su cuerpo.
Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	Con eficacia mostro mantenerse relajado, mientras caminaba o realizaba otra actividad, sacando de su mente todo pensamiento que le resultara estresante o que le produjera ansiedad, repaso cada parte de

		su cuerpo demostrando positivamente que se encontraba relajado.
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	En esta sesión trajo a su mente, experiencias satisfactorias que lo mantenían aún más calmado y bajaban su nivel de ansiedad. Quiso compartirlas el grupo lo cual fue motivador para él y para sus compañeros.
Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que motive al mantenimiento del cambio.	Compartió con el grupo de manera abierta, creer que la técnica es muy útil, le permitió tranquilizarse a la vez que se sintió escuchado, el relajar cada parte del cuerpo, comenta, no solo lo ayudo a relajarse, sino también a reducir el dolor que le producía el estrés y la misma ansiedad en diversas zonas de su cuerpo.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

La técnica utilizada fue aceptada de manera eficaz por el paciente. Los resultados positivos pueden deberse a la motivación al cambio que presentaba el paciente, el mismo se mostraba colaborador y participativo. El nivel de ansiedad disminuyo sin embargo aún muestra rasgos ansiosos. Para validar lo antes expuesto se aplicó un retest obteniendo un resultado AE/43 AR/45, lo que se interpreta como nivel de ansiedad moderada.

3.1.5 Caso 4

NOMBRES: XAVIER.

EDAD: 34 AÑOS.

ESTADO CIVIL: CASADO.

RELIGIÓN: CATÓLICA.

A. MOTIVO DE CONSULTA:

El usuario es ingresado por segunda ocasión a un centro de adicciones debido a que en la actualidad ha incrementado su consumo de sustancias, lo cual ha afectado tanto su vida laboral como familiar.

B. ANTECEDENTES ACTUALES:

El usuario comenta que alrededor de sus 19 años, sale del colegio y ya no quiere seguir estudiando, el padre le compra una buseta para que tenga un modo de trabajo y no perder el tiempo, pero el dinero que ganaba se lo daba al padre y este le pagaba un porcentaje, lo cual al paciente le llega a cansar se decide a endeudar en un carro propio, con ayuda del padre adquiere un préstamo y se compra una camioneta para hacer carreras, así se mantiene trabajando y ahorrando su propio dinero ya teniendo como sustentar sus gastos.

A los 24 años se escapan de la casa con su enamorada, se van por 3 días para que les dejen casarse, al regresar se encuentran con los padres asustados, conversan con ellos y deciden casarse y acuerdan vivir 6 meses donde los padres del paciente y 6 meses donde la madre de la conyugue, el día del matrimonio consume grandes cantidades de alcohol “desde que me case empecé a consumir y seguido de malas amistades me fui involucrando más y más”. Llegando a consumir otros tipos de sustancias para conseguir mejores efectos, como marihuana y base de cocaína, incrementando su consumo hasta llegar al segundo internamiento.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 10

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
---------------------------	-------------------------

Dx. ansiedad grave Dx. No presenta ansiedad

Porcentaje de AE/ 47 AR/45 Porcentaje. AE/25 AR/14

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. PLANIFICACIÓN DEL CASO:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 11

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo específico	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	El usuario se muestra una actitud objetiva y con una disposición abierta a la técnica explicada, a pesar de mantener un grado de ansiedad elevado se logra obtener un clima empática con el equipo de trabajo y el grupo de usuarios.
Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Indica que al relajar los músculos de su rostro sintió que sus expresiones de emociones se evidenciaron y disminuyeron positivamente.
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Alcanza a relajar los músculos del cuello que le producían malestar y dolor. Paciente logra identificar los músculos de su cuerpo que se encontraban en estado de cansancio, después de tensarlos y relajarlos.
Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que	En esta sesión el usuario logro relajar cada grupo de músculos y a su vez generalizo la misma relajación o estado de descanso a todo su cuerpo de manera satisfactoria y grata para él.

	gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	
Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	En esta sesión el usuario se mantuvo tenso por una riña con su compañero de terapia, lo que dificultó el sentirse relajado por completo, al igual que trabajar con la zona establecida. A pesar de la situación la disponibilidad del paciente se mantuvo, logrando el objetivo de la sesión al 50%.
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Comenta que esta sesión fue buena, pero no se logró generalizar dicha relajación a todo su cuerpo, los músculos de los pies y dedos no tienen mayor relevancia para él.
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	El conseguir relajar la zona lumbar y tórax, convirtió una sesión grata y satisfactoria, indica que logró trasladar dicho descanso a todo su cuerpo, calmando el dolor y peso que mantenía gracias a la ansiedad y angustia producida por su internamiento.
Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	Repasamos músculo por músculo, realizando el ejercicio con éxito, sus músculos se mantenían relajados y no necesariamente tuvo que tensionarlos para relajarlos, lo realizó de manera espontánea, al igual que realizando diferentes actividades que no fuesen estar sentado.
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	Usuario trajo a su mente experiencias pasadas muy satisfactorias para él, que lo hicieron sentir feliz y calmado, para él no fue difícil realizar aquel ejercicio y lo pudo compartir claramente con el grupo.

Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que motive al mantenimiento del cambio.	Se realizó la retroalimentación satisfactoria, el usuario entendió lo que se realizó y pudo identificar los objetivos alcanzados, reduciendo su sintomatología ansiosa casi en su totalidad.
-----------	--	--

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Con él paciente se obtuvo un cambio notorio y significativo, gracias a su apertura y colaboración con los terapeutas, aceptando su enfermedad e internamiento. Esto le permitió reducir sus niveles de ansiedad de manera eficaz. La veracidad de la terapia se puede corroborar a través de un retest cuyos resultados obtenidos reflejan el valor de AE/25 AR/14, lo que se interpreta como ausencia de ansiedad.

3.1.6 Caso 5

NOMBRES: MANUEL.

EDAD: 50 AÑOS.

ESTADO CIVIL: CASADO.

RELIGIÓN: CATÓLICA.

A. Motivo de consulta:

El paciente es acogido en la comunidad terapéutica, para ser parte del programa de Reeduación, debido a su consumo de varias sustancias. Lo cual ha ocasionado un deterioro a nivel laboral y familiar.

B. ANTECEDENTES ACTUALES:

El paciente a partir de sus 38 años, aumenta su nivel de consumo y siente que el alcohol, no es suficiente; en una fiesta prueba por primera vez la cocaína y fármacos, y no solamente consume

con sus amigos del barrio que lo acompañara llegando a consumir 3 a 4 días seguidos irrumpiendo con sus responsabilidades laborales y familiares, por lo cual su esposa decide abandonarlo y se va de la casa con sus cuatro hijos, sin darle ninguna explicación, al enterarse del abandono, se dedica a consumir un mes seguido, lleva 4 años separado y en consumo activo con la justificación de estar dolido llegar a consumir 15 días seguidos y llegando a tener ideas suicidas, comenta no tener vida y que consume para olvidar su tristeza y su sentimiento de culpa al perder a su familia. Solicita ayuda terapéutica por segunda ocasión, por lo cual se acude al centro CENTERAVID de manera voluntaria, con el fin de conseguir ayuda que necesita para cambiar su vida y recuperar a su familia.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 12

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. no presenta ansiedad
Porcentaje.AE/ 35 AR/40	Porcentaje. AE/12 AR/16

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 13

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo específico	Evolución
---------------	----------------------------	------------------

Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	El paciente inicia la primera sesión con dificultad, para él es difícil relacionarse y trabajar en grupo, se le ayuda explicando cada paso del proceso y aplicación de la técnica. Al final de la sesión, se toma unos minutos a solas con el usuario para conversar, notando que se ha logrado el clima empático que necesitamos, se obtiene una respuesta positiva.
Sesión 2	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	Llega con una actitud de colaboración, lo que nos facilitó el trabajo y la comprensión de la consigna, el usuario logra relajar los músculos de la cara. Consigue diferenciar cuando aquellos músculos se encuentran en tensión frente a estar relajados.
Sesión 3	Identificar la discrepancia entre el nivel de tensión y otro de relajación.	El usuario alcanza a relajar el grupo de músculos del cuello y hombros, le permite tener un alivio en esta zona, que comenta la tenía pesada y le causaba molestia. Entiende como llevar acabo la técnica, identificando el musculo cansado y relajarlo.
Sesión 4	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Logra relajar el grupo de músculos que se trabajados, al finalizarla sesión manifiesta sentirse bien, calmado y esperar la siguiente intervención.

Sesión 5	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Usuario comenta después de la sesión, sentirse descansado todo su cuerpo, podemos evidenciar que se está logrando los objetivos, de generalizar la relajación a todo su cuerpo.
Sesión 6	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Paciente presenta en esta sesión una actitud de desinterés, por lo cual no logra realizarla con éxito, se le pide a media terapia que abandone la sala por su comportamiento.
Sesión 7	Generar que el paciente mantenga un estado de relajación muscular, que gradualmente se expanda a todo el cuerpo.	Usuario muestra una condición cordial, se disculpa con las terapeutas y sus compañeros por su comportamiento en la sesión pasada. Consigue relajar su espalda y tórax, después de finalizar la sesión, manifestando sentirse descansado y orgulloso de su trabajo.
Sesión 8	Comprobar que cada parte del cuerpo se encuentra completamente relajada.	Llega a la sesión optimista, comprueba de manera espontánea que cada parte de su cuerpo se encuentra relajada sin necesidad de tensarla. Evidencia una mejoría notoria en comparación de la primera sesión.
Sesión 9	Conservar relajado el cuerpo, mientras se consigue relajar la mente.	El usuario logra relajar su mente y cada parte de su cuerpo, recordando momentos de su vida que fueron de alegría para él y para su familia. Su familia es un motivador grande para el cambio.

Sesión 10	Establecer un cierre terapéutico positivo, que motive al mantenimiento del cambio.	Al realizar la retroalimentación con el usuario, este logra darse cuenta de los pasos a seguir en algún episodio de ansiedad. Además, entiende cual es la manera correcta de actuar, cree también que la técnica fue útil y que lo ayudo; aunque necesita trabajar en otros aspectos, podemos resaltar que sin dicha técnica no hubiese podido llegar hasta este punto de tranquilidad.
-----------	--	---

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Posterior a las sesiones aplicadas con el usuario, se logró evidenciar que los niveles de ansiedad se muestran ausentes con un resultado de AE/12 AR/16, esto es gracias a la cooperación que muestra en cada una de las sesiones.

3.2 Casos de reestructuración cognitiva.

3.2.1 Caso 1

NOMBRES: FERNANDO

EDAD: 18 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente ingresa a la Comunidad Terapéutica Centeravid, ya que sus familiares refieren que ingirió varias sustancias entre ellas base de cocaína. Esto provocó alteración de la conciencia y debido a sus experiencias un declive en el estado de ánimo.

B. Antecedentes actuales:

Desde los 13 años empieza a laborar, en restaurantes, lavadoras de carros, asadero de pollos, bananera y camaroneras; sus primeros trabajos comenta haberlos descartado ya que le pagaban mejor en otros lugares, pero a partir de los 16 años en sus trabajos lo despedían por su consumo, ya que no cumplía con sus horarios laborales o llegaba bajo efectos del consumo.

A los 14 años conoce a su madre, de la cual comenta no esperar nada, “no sentí nada cuando la vi, era como conversar con cualquier desconocida”, la madre llega por una temporada corta y vuelve a marcharse. El paciente comenta que en algunas ocasiones recibió maltrato físico y psicológico de parte de su media hermana y su cuñado, el cual según el paciente fue una mala persona que marco su vida y la de sus hermanos con maltratos y tentativas de abusos sexuales.

Por este motivo van a vivir en la casa de una tía materna. Aquí no encuentran ningún tipo de afecto y preocupación por lo que deciden marcharse ya que no se sentían bien. Regresa a los 17 años a vivir con su padre, el cual no muestra sentimiento hacia sus hijos, en este punto es cuando el paciente prueba marihuana, sin encontrar ninguna satisfacción en ella y la deja sin volverla a consumir una segunda ocasión.

El usuario acude a una fiesta estando en un nivel alto de embriague, su hermano lo invita a consumir base de cocaína, en esta ocasión el paciente se entera que su hermano menor consume dicha sustancia ya hace 1 año atrás, desde un inicio empieza a consumir 3 veces por semana, aumentando su nivel progresivamente.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 14

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL.	EVALUACIÓN FINAL
----------------------------	-------------------------

Dx. ansiedad moderada	Dx. ansiedad moderada
Porcentaje.AE/ 40 AR/35	Porcentaje.AE/30 AR/34

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 15

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivo	Evaluación
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	En su primera sesión el paciente se muestra poco colaborativo y desconfiado casi no desea hablar, manifiesta que está inquieto por que era el día de su confronta familiar.
Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	No muestra mucho interés por el cambio, se muestra un tanto nervioso y comenta que le fue bien en su confronta y que quiere volver a estar con los hermanos.
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción como paso para disminución de su ansiedad.	Debido a la técnica realizada durante la sesión el usuario no muestra entusiasmo, debido a que menciona recordar lo sucedido y aquello provoca mucha ansiedad. Esto debido a que el mantiene en su mente aun todo lo sucedido durante su adolescencia e infancia, pero observa que sus compañeros manifestaban sus diferentes situaciones, lo que le motiva a abrirse.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos	A lo largo de la sesión el paciente se abrió más y se notaba menos ansioso que el resto de los días, identifico

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

	que mantienen el síndrome de ansiedad.	muchas circunstancias que él sabía que sucedieron, pero no lograba aceptarlas.
Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad	Al momento de comenzar la sesión fue difícil lograr que el usuario participe se muestra renuente, manifiesta que fue castigado y no desea participar. Después de analizar el por qué fue retado por los psicólogos de la institución, se dio cuenta del error que había cometido, por lo tanto, se logró continuar con la sesión, pero de manera un tanto incomoda.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo	A través del paso de la sesión, es fácil identificar que los niveles de ansiedad no han disminuido en su mayoría. Se muestra inquieto por salir de la terapia y se muestra poco colaborativo. Se envía una tarea de intercesión, donde el paciente manifiesta que no desea hacerla.
Sesión 7	Eliminar sentimientos de culpa y resentimientos, que producen ansiedad.	La consigna pedida en la sesión es realizada con empeño, el paciente manifiesta que desea comentar con sus compañeros lo escrito.
Sesión 8	Manejar el autocontrol.	A través de la técnica de tiempo fuera, para control de la ira, se esperó disminuir los niveles de ansiedad, pero el paciente se muestra renuente e inflexible, no desea participar y se nota bastante ansioso.
Sesión 9	Modificar pensamientos automáticos irracionales que lo encaminan a la ansiedad.	El paciente participa de una manera un tanto tranquila, pero se siente bastante triste. Debido a que no le agrada traer a su mente recuerdos del pasado.
Sesión 10	Establecer un cierre del proceso terapéutico.	No se obtiene buenos resultados, debido a su falta de colaboración y su nivel de ansiedad ante la situación de

exponer los recuerdos a su presente, sin embargo, durante el cierre desea ser participativo.

E. Conclusión:

No se pudo establecer una conexión adecuada y de confianza, debido a la poca colaboración y renuencia al cambio que presentaba el paciente, esto a causa de las difíciles etapas que tuvo que pasar a lo largo de su vida. Por lo tanto, fue complicado reducir sus niveles de ansiedad. Durante la aplicación de retest se obtuvo un resultado de AE/30 AR/34, lo que se interpreta como ansiedad moderada.

3.2.2 Caso 2

NOMBRES: FAUSTO

EDAD: 18 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente ingresa al centro de adicciones porque desea cambiar su vida ya que los múltiples consumos de diversas sustancias han ocasionado un deterioro en su comportamiento.

B. Antecedentes actuales:

El usuario manifiesta que en su adolescencia empezó a ser rebelde y mal humorado, en el hogar no le gustaba que le pusieran reglas. En el colegio no hacía tareas y no le importaba el castigo, se dedica a salir con sus amigos y estando en contacto con malas influencias a la edad de 14 años inicia su consumo de alcohol, incrementándose progresivamente en el transcurso del tiempo. También comenta haber probado marihuana por un mes, tras los efectos agradables que esta le provocaba se mantiene en consumo.

Indica que a partir de sus 16 años empieza una relación más cordial con su padre, ya que se involucra en sus negocios pidiéndole trabajo. Manifiesta que su padre es alcohólico que en varias ocasiones FY en compañía con su madre lo han intentado internar por ser agresivo y consumir 2 a 3 veces a la semana. El alcoholismo de su padre lo ha llevado a creer que tiene el derecho a manipularlo y pedirle las cosas que el desee como dinero, ropa, etc. En dos ocasiones han llegado a golpearse.

A la edad de 17 años lo internan para un tratamiento residencial en una clínica de adicciones permaneciendo por 3 meses. Al salir se mantiene 1 mes en sobriedad y recae con consumo de cocaína, continua su consumo, ingiriendo 2 a 3 veces a la semana, sin importar el día dejando de realizar actividades cotidianas. Mantiene su consumo hasta llegar a un nuevo internamiento a la edad de 18 años en el CENTRO TERAPEUTICO AMOR Y VIDA, para encaminar su vida.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 16

Aplicación de los reactivos

APLICACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. No presenta ansiedad
Porcentaje.AE/ 31 AR/37	Porcentaje. AE/23 AR/28

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

D. PLANIFICACIÓN DEL CASO:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento

Tabla 17

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivos específicos	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Genera un buen establecimiento de rapport, es notorio su entusiasmo y sus ganas de participar de la sesión.
Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	A través de la sesión se le brinda una pequeña introducción sobre la ansiedad y la adicción, el paciente interactúa y brinda sus diferentes puntos de vista.
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción como paso para disminución de su ansiedad.	Con el paciente se logra identificar las diferentes pautas para llegar al punto de internamiento, durante un momento se generó un ambiente de tristeza ya que el paciente comenta las diferentes situaciones que atravesó durante su vida.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Durante la sesión se consigue que el usuario identifique sus pensamientos negativos de manera adecuada y comenta que no desea que acabe la sesión.

Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad	Se logra la terapia con éxito debido al entusiasmo que en cada sesión muestra el paciente, aparte de eso ayuda a que el resto del grupo colabore.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo.	El usuario llega enfermo durante la técnica, sin embargo, siempre esa dispuesto a colaborar, pero la técnica realizada en ese momento lo pone un tanto ansioso.
Sesión 7	Eliminar sentimientos de culpa y resentimientos, que producen ansiedad.	Realiza la tarea de intercesión asignada anteriormente con éxito, pero en este caso no desea compartirla con el grupo sin embargo pide al terapeuta conversar con ella al finalizar la terapia, durante esta sesión comenta tener varias ideas en su cabeza.
Sesión 8	Manejar el autocontrol.	Como en cada una de las sesiones el usuario, se presenta colaborador, comenta que en alguna ocasión había realizado la técnica y ayuda fomentando al grupo una mejora para el cambio.

Sesión 9	Modificar pensamientos automáticos irracionales que lo encaminan a la ansiedad.	Siendo una de las últimas sesiones el usuario desea hablar por el grupo y pide que se realice más terapias, sin embargo, se explica que no es posible por tal motivo al momento de comenzar con la técnica se muestra un tanto indiferente.
Sesión 10	Establecer un cierre del proceso terapéutico.	Se logró terminar con éxito la terapia y se identifica que sus niveles de ansiedad han disminuido.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. conclusión:

Al finalizar las diez sesiones terapéuticas establecidas, se logró evidenciar una disminución en su ansiedad, esto gracias a la adecuada aplicación de la técnica y la cooperación del paciente.

Para ratificar la validez de la técnica se aplicó un retest obteniendo un resultado de AE/23 AR/28, lo que se interpreta como ausencia de ansiedad.

3.2.3 Caso 3

NOMBRES: ANGEL

EDAD: 19 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente posterior a sus múltiples intentos autolíticos, debido a su estado de ánimo y consumo de diversas sustancias es ingresado al centro de adicciones por segunda ocasión, para mejorar su calidad de vida.

B. Antecedentes actuales:

El usuario comenta que cuando era pequeño recuerda que la madre le encargaba con su tía y el sentía que no lo querían. A sus 13 años empieza a consumir polvo, por la falta de dinero le roba a su tía de 29 años, el celular y 50 dólares. Al regresar a casa se entera que su tía se suicida, debido a que el celular tenía fotografías comprometedoras, esto provoca que el paciente se sienta culpable. Hace 2 años la abuela y la tía fallecen con cáncer, lo cual le afecta demasiado, el usuario expresa “me siento culpable de todo eso”.

Comenta que no se siente integrado en su familia piensa que todos le ven como alguien extraño, se ha intentado suicidar 2 veces, en una ocasión su enamorada lo salva, en su consumo ha llegado agredir a golpes a sus padres y hermano.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 18

Aplicación de los reactivos

PRIMERA APLICACIÓN	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. No presenta ansiedad
Porcentaje.AE/ 31 AR/33	Porcentaje.AE/23 AR/27

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento.

Tabla 19

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivos específicos	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Durante la primera sesión el paciente se mostraba muy ansioso y preocupado, se le pregunta que sucede y dice que no sabe por qué lo escogieron a él, después de exponer al usuario y a todo el grupo lo que se va a realizar, se muestra más tranquilo y colaborativo.
Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	A lo largo de la terapia, y la psicoeducación sobre la enfermedad, el paciente da su punto de vista sobre el tema y comenta que debido a su segundo internamiento el siente tener mucho conocimiento sobre el tema.
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción como paso para disminución de su ansiedad.	Al establecer las diferentes causas que los lleva a su internamiento, el usuario comenta todo lo sucedido a lo largo de sus dos internamientos, por

		momentos se quiebra y manifiesta el temor que siente al tener que salir del centro, siendo esa la primera causa de su ansiedad.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Al momento de iniciar la terapia, el paciente se muestra distraído y poco colaborativo. Sus compañeros exponen el porqué de su comportamiento y él usuario se molestó, no deseaba participar, sin embargo, después de un conversatorio él logra interactuar con el grupo.
Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad	A lo largo de la sesión el usuario, comenta sus diversos puntos de vista identificando de manera adecuada sus pensamientos negativos.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo	El identificarse como persona y verse a sí mismo le cuesta por momentos y es notable su falta de autoestima, aquí es cuando se muestra más ansioso.
Sesión 7	Eliminar sentimientos de culpa y resentimientos, que producen ansiedad.	A pesar de lo colaborador que se muestra en cada sesión, el usuario no trae a la terapia la

		tarea de intercesión que fue enviada con anterioridad, manifestando que él quiere comentar todo lo que piensa, debido a que se le hace más fácil hablar que escribir lo que siente.
Sesión 8	Manejar el autocontrol.	Se logra éxito durante la sesión, identificando cuáles son las causas que provocan ira en su vida, fue muy útil ya que se consiguió exteriorizar todo lo reprimido, incluidas las causas de su ansiedad.
Sesión 9	Modificar pensamientos automáticos irracionales que lo encaminan a la ansiedad.	Durante la sesión el paciente comenta que se siente más tranquilo y que desea colaborar mucho más ya que no quiere volver a sentir intranquilidad.
Sesión 10	Establecer un cierre del proceso terapéutico.	Durante la última sesión, el paciente se muestra contento ya que ese día se encontraba con sus familiares, y manifiesta que ya se siente más seguro de sí mismo, esto permite identificar que sus niveles de ansiedad han disminuido.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Después del análisis del paciente a través de diversos parámetros, se logró evidenciar que las sesiones y el retest empleados en el usuario han permitido alcanzar una disminución en su nivel de ansiedad obteniendo un resultado de AE/23 AR/27, lo que se interpreta como ausencia de ansiedad.

3.2.4 Caso 4

NOMBRES: CARLOS

EDAD: 31 AÑOS

ESTADO CIVIL: CASADO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente ingresa de manera voluntaria a la Comunidad Terapéutica Centeravid, siendo este su segundo internamiento por consumo de diversas sustancias, debido a que a través por numerosas circunstancias decide encaminar su estilo de vida.

B. Antecedentes actuales:

El paciente comenta que ingresa en la universidad por exigencias de sus padres y no por voluntad propia ya que no quería estudiar, deseaba dedicarse al deporte. Al cursar el tercer año de turismo, por situaciones económicas abandona la carrera. Consigue trabajar en una pantalonera y empieza a obtener ingresos, aumenta su consumo de alcohol ya que salía con sus amistades frecuentemente, a sus 23 años toma los 3 días de carnaval y un amigo del barrio al verlo así decide llevarlo al retiro de JUAN XXIII, (primer internamiento) después del retiro dejó de beber por 3 meses y recayó debido a su compañero de juego ya que al finalizar cada partido beber cervezas hasta llegar a las botellas de alcohol, debido que esto no era suficiente para CC,

vuelve nuevamente al consumo pero en esta ocasión con diversos tipos de drogas. Se casa a los 25 años, adquiere un buen ingreso económico, aun estando casado no dejo de consumir, solo lo hace en menor frecuencia. Trabajó confeccionando jeans y era dedicado en su hogar tenía muy buena relación con su esposa. Después de un tiempo por malos negocios, robos y por su consumo lo pierde todo, obligado a vivir con sus suegros, relata tener un resentimiento con la hermana y con su suegro, lo cual le lleva una separación con su esposa y que su adicción se debe a su machismo y la mala relación que tienen con su hermana.

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 20

Aplicación de los reactivos

PRIMERA APLICACIÓN	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad moderada	Dx. No presenta ansiedad
Porcentaje.AE/ 35 AR/33.	Porcentaje.AE/25 AR/26

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 21

Planificación del procedimiento

Sesión	Objetivos específicos	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	Se genera un ambiente de confianza adecuado con el paciente.

Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	Durante la terapia se explica sobre la enfermedad y el paciente se muestra muy atento y curioso sobre el tema. Colabora con diversas preguntas las mismas que fueron explicadas en su momento.
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción como paso para disminución de su ansiedad.	Después de analizar las diferentes situaciones de la enfermedad, el paciente logra identificar los peligros a los que se expuso. Comenta que su temor a la soledad es lo que lo llevo al consumo, posteriormente manifiesta que desea volver a trabajar y ser alguien en la vida.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Posterior a la técnica realizada, el paciente comenta los diferentes aspectos que provocan su ansiedad. Se genera un ambiente de empatía por parte del grupo lo que genera un clima de confort para todos.
Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Al expresar diversos puntos negativos de su vida se genera un clima de tristeza

		por parte del grupo, esto provoco que la sesión no sea fácil para el usuario, sin embargo, colaboro durante toda la intervención.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo.	El usuario se identifica de una manera muy negativa no logra perdonarse por todo lo que se hizo a sí mismo. A pesar de esto, después de la sesión se dio cuenta lo mucho que había avanzado durante su segundo internamiento y eso permitió que la sesión se realizara con éxito.
Sesión 7	Eliminar sentimientos de culpa y resentimientos, que producen ansiedad.	Posterior a la tarea de intercesión, el paciente manifiesta que escribir ore sus problemas le libero de mucha culpa que sentía.
Sesión 8	Manejar el autocontrol.	Esta ha sido una de las sesiones más productivas con el paciente, ya que es aquí donde sus niveles de ansiedad se vieron disminuidos, manifiesta que fue la sesión que más le ayudo.
Sesión 9	Modificar pensamientos automáticos irracionales que lo encaminan a la ansiedad.	Durante la sesión el paciente se muestra bastante colaborador pero un tanto ansioso por situaciones del

Sesión 10	Establecer un cierre del proceso terapéutico.	centro que habían sucedido, a pesar de esto el usuario participa sin mayor inconveniente. Después de la retroalimentación realizada, el usuario comenta que la intervención terapéutica fue de gran ayuda, y que se manejara de manera tranquila y positiva.
-----------	---	--

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Debido a los motivos personales del paciente y a la necesidad de recuperación, decide registrarse a las normas y reglas de la institución favoreciendo su trabajo terapéutico, generando una disminución notoria en su ansiedad. Para corroborar la efectividad de la técnica se aplica un retest obteniendo un resultado AE/26 AR/25, lo que se interpreta como ausencia de ansiedad.

3.2.5 Caso 5

NOMBRES: JOSE

EDAD: 49 AÑOS

ESTADO CIVIL: CASADO

RELIGIÓN: CATÓLICA

A. Motivo de consulta:

El paciente ingresa a la Comunidad Terapéutica Centeravid para ser parte del programa de Reeduación, debido a su consumo de varias sustancias, lo cual ha ocasionado un deterioro a nivel laboral y social.

B. Antecedentes actuales:

El usuario manifiesta que a pesar de que su niñez fue muy dura y llena de pobreza él siempre supo salir adelante.

Se casa a la edad de 38 años, y tienes dos hijos que son su motor para salir adelante, a la edad de 40 años se separa de su esposa durante dos años debido a su consumo de alcohol y por voluntad propia decide internarse ya que su familia es lo más importante.

A los 44 años vuelve con su esposa y consigue trabajar como chofer en una empresa de busetas durante aproximadamente 20 años sin ningún problema, hasta que en una ocasión por primera vez prueba cocaína con uno de sus primos. Es ahí donde todo cambia para él debido a que una mañana en un estado de consumo bastante elevado, conducía la buseta, esto provoco que tuviera un accidente, producto del cual paso 3 meses en estado vegetativo. Al recuperarse no dejo de consumir, es ahí donde la esposa sin aviso, decide internarlo por segunda ocasión, el paciente manifiesta que lo que más tristeza le provoca es no saber nada de sus hijos y teme perder a su familia por las malas decisiones

C. Aplicación de los reactivos:

Tabla 22

Aplicación de los reactivos

PRIMERA APLICACIÓN	EVALUACIÓN FINAL
Dx. ansiedad grave	Dx. ansiedad moderada
Porcentaje.AE/ 51 AR/40.	Porcentaje.AE/31 AR/38

Elaborado por: Gabriela Vásquez, Erica Pucha. 2019

D. Planificación del caso:

Objetivo general: Alcanzar estados de relajación profunda, a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.

A continuación, se detalla la planificación del procedimiento:

Tabla 23

Planificación del caso

Sesión	Objetivos específicos	Evolución
Sesión 1	Generar un clima de confianza y sintonía con el grupo de pacientes.	El paciente se muestra muy serio y reservado, pero manifiesta que desea colaborar.
Sesión 2	Concientizar el motivo de internamiento.	Al usuario le cuesta entender algunas pautas de lo que genera la enfermedad, pero se muestra interesado y motivado respecto a la técnica aplicada durante la sesión.
Sesión 3	Aceptación del internamiento a causa de su adicción como paso para disminución de su ansiedad.	Durante la sesión el paciente se sintió empoderado de la misma, debido a que sus compañeros lo tienen y estos lo escuchan, se mostró colaborador y comunicativo.
Sesión 4	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	Durante esta sesión el paciente se muestra muy ansioso y sin ganas de colaborar. Al momento de aceptar su situación se quiebra y no logra controlarse.

Sesión 5	Cuestionar los pensamientos negativos que mantienen el síndrome de ansiedad.	El nivel argumentativo del paciente le permite darse cuenta de la situación en la que se encuentra ya que en lo único que se enfoca es en su familia, mas no en su recuperación. Durante la sesión se muestra inquieto y molesto por no estar en sintonía con el grupo.
Sesión 6	Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo.	Mientras escucha a sus compañeros hablar el usuario pide ponerse de pie ya que no puede mantenerse sentado en dos ocasiones se retira de la sala. Se intenta dialogar con él y se llega a un acuerdo, a través del cual se obtiene terminar la sesión con éxito.
Sesión 7	Eliminar sentimientos de culpa y resentimientos, que producen ansiedad.	El paciente cumple con la tarea de intercesión de una manera satisfactoria, pero al momento de manifestar como se sintió escribiendo, comenta que no le gusto por que recordó mucho a sus hijos.
Sesión 8	Manejar el autocontrol.	La técnica realizada durante la sesión, ayudo a que el paciente disminuya sus niveles de ansiedad y se

		sienta más tranquilo y colaborador.
Sesión 9	Modificar pensamientos automáticos irracionales que lo encaminan a la ansiedad.	Al paciente le cuesta identificar aquellos pensamientos irracionales que impiden que su recuperación llegue a término, está es una causa de la intranquilidad.
Sesión 10	Establecer un cierre del proceso terapéutico.	A pesar de las diversas etapas que tuvo el paciente durante el proceso durante la última sesión se muestra cooperativo, posterior a la retroalimentación manifiesta que se da cuenta de cuales son la situación que debe cambiar y trabajar para superar su adicción.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

E. Conclusión:

Después de las sesiones aplicadas se ha logrado evidenciar que el paciente, no tuvo acceso a un nivel de educación adecuado, eso dificultó la adherencia al tratamiento, sin embargo, se mostró colaborador y participativo. Como parámetro final se aplicó un retest para corroborar la efectividad de la técnica; obteniendo un resultado de AE/31 AR/38, lo que se interpreta como ansiedad moderada.

3.3 Análisis estadístico de resultados

El presente capítulo converge la investigación hacía alcanzar un doble objetivo que es ofrecer un contexto teórico aplicado a un grupo de pacientes; y, por otro lado, contrastar e identificar la

eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a la restructuración cognitiva de Beck en pacientes que presentan ansiedad. Se efectúa, por tanto, una doble evaluación: desde una visión descriptiva para poder clasificar, predecir y conocer, y otra desde una visión explicativa donde se busca perseguir el cambio y control de comportamiento, donde en esta última se pone mayor énfasis, intentando analizar los cambios que se han producido tanto a nivel cognitivo como conductual a través de la incidencia del programa de intervención descrito.

A continuación, se muestra una descripción de los aspectos más relevantes que han surgido en el progreso de este análisis. Para ello, en cada uno de los resultados valorados se presentan una descripción general de los indicadores de estado de salud más relevantes obtenidos en los dos momentos de evaluación que se han realizado, al mismo tiempo que se analizan las diferencias observadas entre la situación de dichos indicadores antes de la intervención y después de la aplicación de esta.

En el presente análisis se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), que está diseñado específicamente para medir la ansiedad. Tiene dos escalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. La ansiedad estado la definen los autores como una condición emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. La ansiedad rasgo está definida como una propensión ansiosa estable que hace percibir a las personas y las situaciones como amenazadoras, elevando así la ansiedad. Tanto la escala estado como la escala rasgo tienen 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3).

Se contrasta la fiabilidad del cuestionario mediante la aplicación de alfa de Cronbach, donde el indicador se sitúa en 0.859 que indica que la encuesta se ajusta adecuadamente a los factores en la investigación.

Tabla 24

Estadísticas de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,859	0,850	40

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

3.4 Resultados de la primera prueba: Validez estructural del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)

Se presentan los recuentos iniciales donde se visualiza el tratamiento y el diagnóstico obtenido en el primer proceso de la información, donde 5 pacientes fueron evaluados mediante la aplicación de Relajación Progresiva y los 5 restantes con Reestructuración Cognitiva mediante la aplicación del Cuestionario STAI que comprende tanto el componente de Ansiedad estado (A-E) que hace referencia al estado o situación emocional del momento y Ansiedad rasgo (A-R) que evidencia la tendencia más o menos estable de la persona de responder ante las situaciones que puedan presentarse.

3.5 Tratamiento y diagnóstico primera toma de información

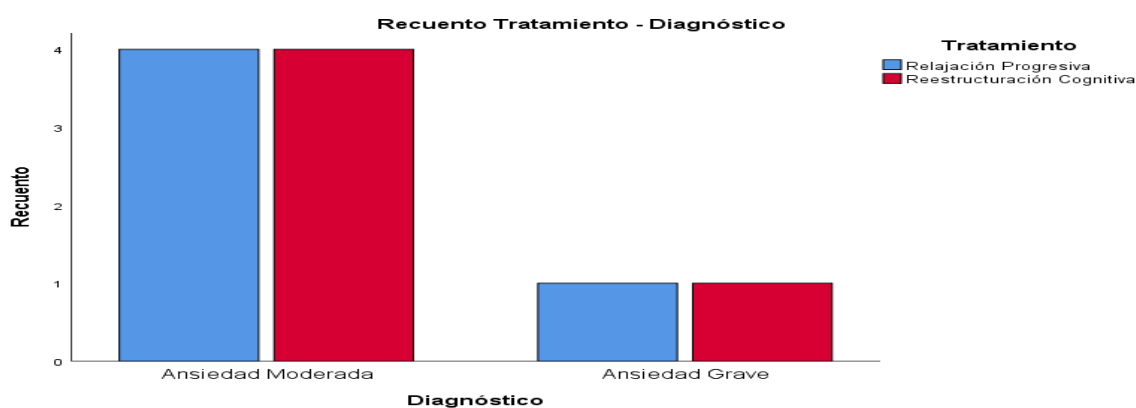
Tabla 25

Diagnostico General considerando la ansiedad rango (A/R) y estado (A/S)

		Diagnóstico			TOTAL
		Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Grave	
Tratamiento	Relajación Progresiva	0	4	1	5
	Reestructuración Cognitiva	0	4	1	5
	TOTAL	0	8	2	10

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Imagen 1

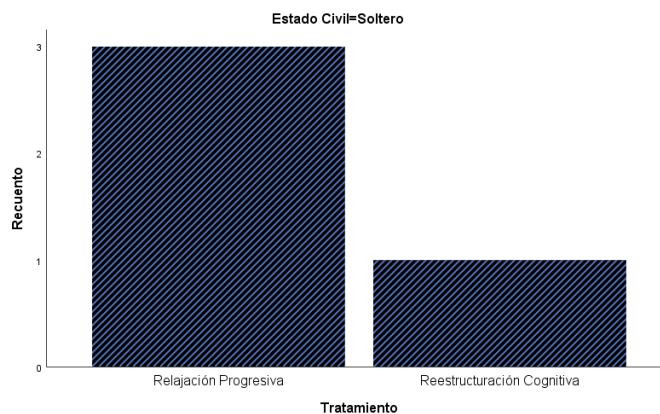


Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Se puede ver que tanto en el tratamiento de Relajación Progresiva como de Reestructuración Cognitiva que el 80% de los pacientes se ubican dentro de Ansiedad Moderada y el 20% en Ansiedad Grave.

Para poder establecer relaciones de independencia o dependencia de variables se considera revisar el tratamiento y el diagnóstico incluyendo una variable que pueda llevar a ser decisoria dentro del análisis como es el estado civil ya que otras variables como género no es discriminante ya que todos son hombres y la edad no presenta mayores diferencias por lo que el status civil resulta ser un elemento válido.

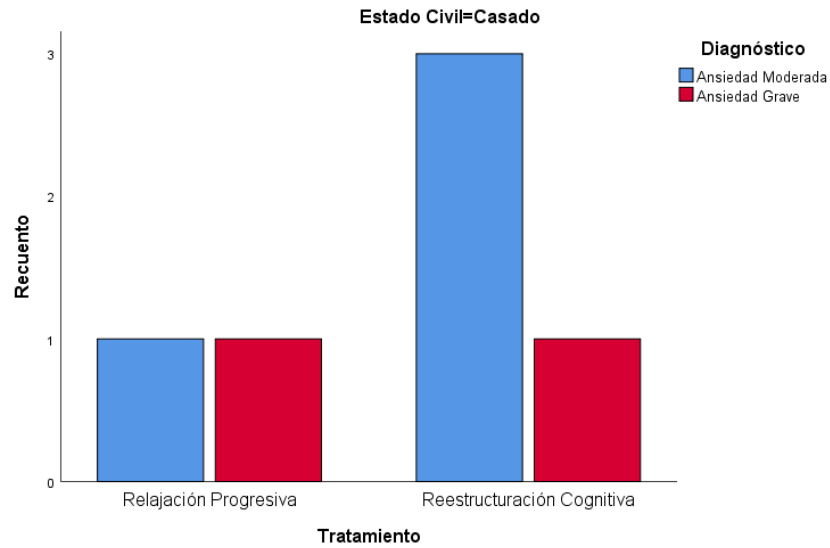
Imagen 2



Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Considerando el estado civil soltero es evidente que 3 de los 5 pacientes evaluados están dentro del método de Relajación Progressiva y 1 de los 5 pacientes evaluados por Reestructuración Cognitiva. El diagnóstico de todos estos pacientes es de Ansiedad Moderada.

Imagen 3



Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Considerando estado civil casado, se tiene 4 de los 5 pacientes se encuentran bajo Reestructuración Cognitiva de los cuales 3 se encuentran en un estado de Aniedad Moderada u 1 en Aniedad Grave; así también 2 de los 5 pacientes se encuentran bajo observación mediante Relajación Progresiva y se encuentran con diagnóstico de Aniedad Moderada y Grave

Imagen 4

Tabla cruzada Tratamiento*Diagnóstico*Estado Civil

Estado Civil				Diagnóstico		Total	
				Ansiedad Moderada	Ansiedad Grave		
Soltero	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	3		3	
			Recuento esperado	3,0		3,0	
			% dentro de Diagnóstico	75,0%		75,0%	
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	1		1	
			Recuento esperado	1,0		1,0	
			% dentro de Diagnóstico	25,0%		25,0%	
	Total			Recuento	4		4
				Recuento esperado	4,0		4,0
				% dentro de Diagnóstico	100,0%		100,0%
Casado	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	1	1	2	
			Recuento esperado	1,3	,7	2,0	
			% dentro de Diagnóstico	25,0%	50,0%	33,3%	
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	3	1	4	
			Recuento esperado	2,7	1,3	4,0	
			% dentro de Diagnóstico	75,0%	50,0%	66,7%	
	Total			Recuento	4	2	6
				Recuento esperado	4,0	2,0	6,0
				% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	4	1	5	
			Recuento esperado	4,0	1,0	5,0	
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	50,0%	50,0%	
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	4	1	5	
			Recuento esperado	4,0	1,0	5,0	
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	50,0%	50,0%	
	Total			Recuento	8	2	10
				Recuento esperado	8,0	2,0	10,0
				% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

En esta tabla se puede ver la interacción del tratamiento y el diagnóstico con la inclusión de estado civil donde se evidencian los principales aportes y diferencias y que es un resumen de lo que se prento en los cuadros anteriores, por ejemplo considerando la discriminación por estado civil se puede ver que de los pacientes solteros el 75% (3) se encuentran bajo Relajación Progresiva y el porcentaje restante se ubica en Reestructuración Cognitiva y todos con diagnóstico de Ansiedad Moderada.

3.6 Análisis de Independencia

Imagen 5

Pruebas de independencia condicional

	Chi cuadrado	df	Significación asintótica (bilateral)
Cochran	,375	1	,540
Mantel-Haenszel	,078	1	,780

Bajo el supuesto de independencia condicional, el estadístico de Cochran se distribuye de forma asintótica como 1 distribución de chi-cuadrado de gl, sólo se arregla el número de estratos, mientras que el estadístico de Mantel-Haenszel siempre se distribuye de forma asintótica como 1 distribución de chi-cuadrado de gl. Tenga en cuenta que la corrección de continuidad se elimina del estadístico de Mantel-Haenszel cuando la suma de las diferencias entre lo observado y lo esperado es 0.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Para probar la hipótesis de independencia se utilizó el estadístico Chi Cuadrado. Se pone a prueba la hipótesis nula de que no hay diferencias entre los dos tratamientos.

H0: ρ Relajación Progresiva = ρ H1 Reestructuración Cognitiva

H1: ρ Relajación Progresiva \neq ρ H1 Reestructuración Cognitiva

El estadístico de Cochran tiene un valor de 0.375 con un nivel crítico asociado (Sig. Asintótica bilateral) de 0,540 (mayor que 0.05) con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia condicional y se concluye, que las variables Relajación Progresiva y Reestructuración Cognitiva no están relacionadas directamente.

Imagen 6

Estimación de razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			,333
ln(Estimación)			-1,099
Error estándar de ln(estimación)			1,826
Significación asintótica (bilateral)			,547
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,009
		Límite superior	11,939
	ln(razón de ventajas común)	Límite inferior	-4,677
		Límite superior	2,480

La estimación de razón de ventajas común de Mantel-Haenszel se ha distribuido normalmente de forma asintótica bajo la razón de ventajas común de 1,000 supuesto. Así pues, es el logaritmo natural de la estimación.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Similar conclusión se llega con el estadístico de Mantel-Haenszel donde el indicador llega a 0.333 con un nivel crítico de 0.547 superior a 0.05 con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia.

Bajo estos parámetros se diría que las dos técnicas no se relacionan entre sí, pero cada una contribuye al objetivo del estudio.

3.7 Resultados segunda prueba después de la aplicación de las técnicas: validez estructural del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAI)

Tabla 26

Resultados

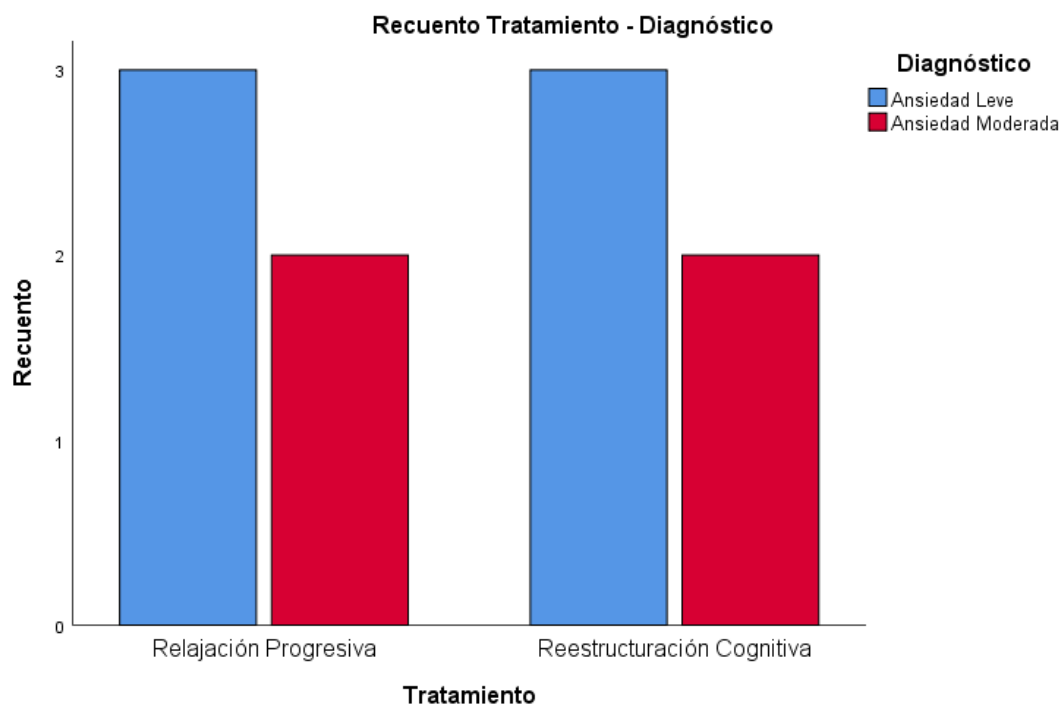
		Diagnóstico			TOTAL
		Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	
		Leve	Moderada	Grave	
Tratamiento	Relajación Progresiva	3	2	0	5

Reestructuración Cognitiva	3	2	0	5
TOTAL	6	4	0	10

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Se presentan los recuentos de la segunda toma de resultados, donde ya se evidencian los cambios generados, a continuación, se eliminan todos los diagnósticos graves y disminuye la ansiedad moderada.

Imagen 7

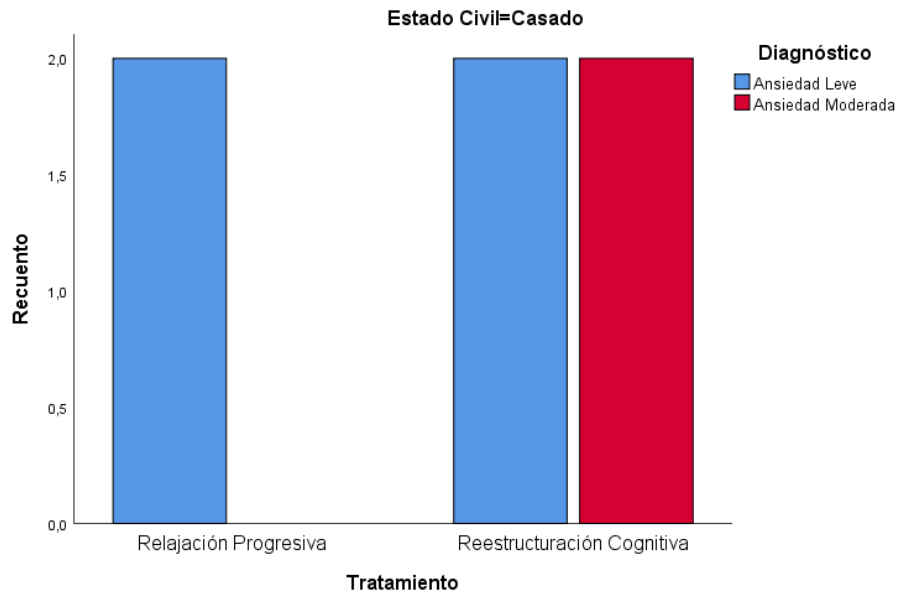


Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Se puede ver que tanto en el tratamiento de Relajación Progresiva como de Reestructuración Cognitiva que el 60% de los pacientes se ubican dentro de Ansiedad Leve y el 40% en Ansiedad Moderada.

Bajo el status civil como elemento discriminante para esta etapa se tienen las siguientes gráficas.

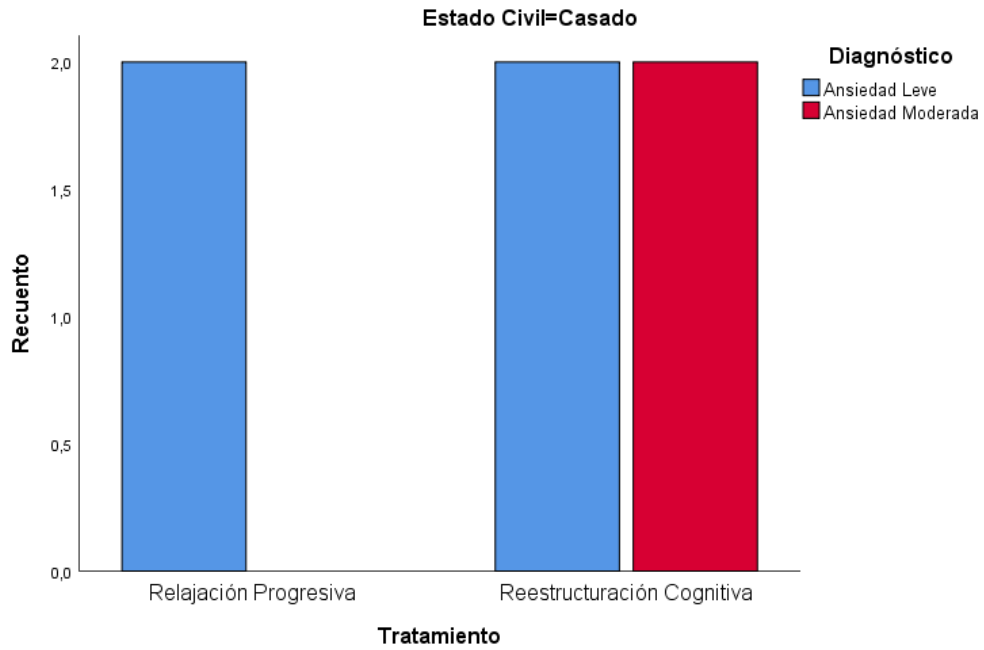
Imagen 8



Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Considerando el estado civil soltero es evidente que se encuentran 2 de los 5 pacientes evaluados mediante Relajación Progresiva y 4 de los 5 pacientes evaluados por Reestructuración Cognitiva. El diagnóstico de todos estos pacientes se sitúa 4 en Ansiedad Leve y 2 están en Ansiedad Moderada.

Imagen 9



Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Considerando estado civil casado, se tiene 4 de los 5 pacientes se encuentran bajo Reestructuración Cognitiva de los cuales 2 se encuentran en un estado de Ansiedad Moderada y 2 en Ansiedad Leve; así también 2 de los 5 pacientes se encuentran bajo observación mediante Relajación Progresiva y se encuentran con diagnóstico de Ansiedad Leve.

Imagen 10

Tabla cruzada Tratamiento*Diagnóstico*Estado Civil

Estado Civil			Diagnóstico		Total	
			Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada		
Soltero	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	1	2	3
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	100,0%	75,0%
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	1	0	1
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	0,0%	25,0%
	Total		Recuento	2	2	4
			% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
Casado	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	2	0	2
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	0,0%	33,3%
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	2	2	4
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	100,0%	66,7%
	Total		Recuento	4	2	6
			% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Tratamiento	Relajación Progresiva	Recuento	3	2	5
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	50,0%	50,0%
		Reestructuración Cognitiva	Recuento	3	2	5
			% dentro de Diagnóstico	50,0%	50,0%	50,0%
	Total		Recuento	6	4	10
			% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Al observar la interacción del tratamiento y el diagnóstico con la inclusión de estado civil donde se evidencian los principales aportes y diferencias y que es un resumen en las gráficas anteriores y que corrobora que las personas casadas son quienes mejores progresos presentan y de hecho el tener 6 registros de los 10 pacientes en Ansiedad Leve genera ya un avance en los tratamientos presentados y de hecho los dos muestran resultados iguales.

3.8 Análisis de independencia

Imagen 11

Pruebas de independencia condicional

	Chi cuadrado	df	Significación asintótica (bilateral)
Cochran	,057	1	,811
Mantel-Haenszel	,183	1	,668

Bajo el supuesto de independencia condicional, el estadístico de Cochran se distribuye de forma asintótica como 1 distribución de chi-cuadrado de gl, sólo se arregla el número de estratos, mientras que el estadístico de Mantel-Haenszel siempre se distribuye de forma asintótica como 1 distribución de chi-cuadrado de gl. Tenga en cuenta que la corrección de continuidad se elimina del estadístico de Mantel-Haenszel cuando la suma de las diferencias entre lo observado y lo esperado es 0.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Para probar la hipótesis de independencia se utilizó el estadístico Chi Cuadrado. Se pone a prueba la hipótesis nula de que no hay diferencias entre los dos tratamientos.

H0: ρ Relajación Progresiva = ρ H1 Reestructuración Cognitiva

H1: ρ Relajación Progresiva \neq ρ H1 Reestructuración Cognitiva

El estadístico de Cochran tiene un valor de 0.57 con un nivel crítico asociado (Sig. Asintótica bilateral) de 0.811 (mayor que 0.05) con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia condicional y se concluye, que las variables Relajación Progresiva y Reestructuración Cognitiva no están relacionadas directamente. A la misma conclusión se llega con el estadístico de Mantel-Haenszel.

Imagen 12

Estimación de razón de ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			1,333
ln(Estimación)			,288
Error estándar de ln(estimación)			1,331
Significación asintótica (bilateral)			,829
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,098
		Límite superior	18,099
	ln(razón de ventajas común)	Límite inferior	-2,320
		Límite superior	2,896

La estimación de razón de ventajas común de Mantel-Haenszel se ha distribuido normalmente de forma asintótica bajo la razón de ventajas común de 1,000 supuesto. Así pues, es el logaritmo natural de la estimación.

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Similar conclusión se llega con el estadístico de Mantel-Haenszel donde el indicador llega a 1.333 con un nivel crítico de 0.829 superior a 0.05 con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia.

Nuevamente se deduce que los métodos aplicados son independientes y que cada uno de ellos generaron una mejor en el índice de ansiedad.

3.9 Contraste de resultados:

Mediante el siguiente análisis se pretende determinar si los promedios del diagnóstico son diferentes en las dos recolecciones de datos con las diferentes técnicas o tratamientos empleados y de hecho se evidencia a primera vista que las medias son diferentes siendo la segunda toma de datos la que mejores indicadores de diagnóstico presentan.

Hipótesis:

$$H_0 : \mu_d = 0 \text{ versus } H_1 : \mu_d \neq 0 \text{ o } H_1 : \mu_d > 0 \text{ o } H_1 : \mu_d < 0.$$

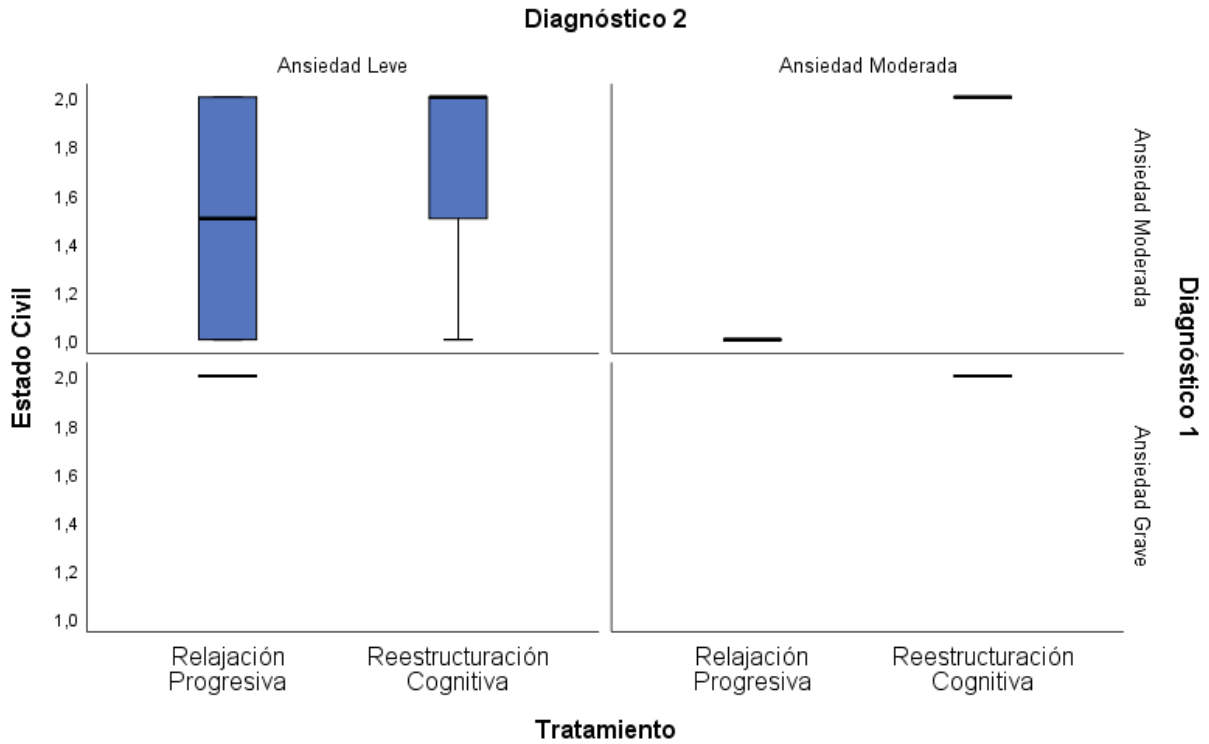
Imagen 13

	Tratamiento	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Diagnóstico 2	Relajación Progresiva	5	1,4000	,54772	,24495
	Reestructuración Cognitiva	5	1,4000	,54772	,24495
Diagnóstico 1	Relajación Progresiva	5	2,2000	,44721	,20000
	Reestructuración Cognitiva	5	2,2000	,44721	,20000

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Se puede evidenciar que la segunda medición tiene más pacientes con Ansiedad leve ya que la media bordea en 1.4 la categoría inicial y tal como se evidencia en una primera medición la media se ubicaba en 2 que correspondía a Ansiedad Moderada.

Imagen 14



Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Imagen 15

Prueba para una muestra

Valor de prueba = 0

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Diagnóstico 2	8,573	9	,000	1,40000	1,0306	1,7694
Diagnóstico 1	16,500	9	,000	2,20000	1,8984	2,5016

Elaborado por: Gabriela Vázquez, Erica Pucha. 2019

Al obtener indicadores tanto para el Diagnóstico 2 y Diagnóstico 1 de 8.873 y 16.500 respectivamente para la prueba t y en función del p- valor de 0.000 que es menor a 0.05 se acepta

la hipótesis alternativa que indica que existe una diferencia en los diagnósticos producto de la aplicación de diferentes técnicas o tratamientos en fechas disímiles.

4 Capítulo IV

Discusión

La ansiedad es una conducta compleja, primitiva de activación y alerta urgentes que resulta de la integración de los distintos niveles de organización del ser humano: genético, fisiológico, emocional, comportamental y cognitivo. Su cometido es cumplir una función adaptativa, preparando al sujeto para afrontar situaciones de peligro. Es la señal de alarma del organismo ante acontecimientos adversos. Existe una ansiedad normal y una patológica, que es la que lleva a los diferentes trastornos de ansiedad (Evrard, Escobar & Tevar, 2010).

Un estudio realizado por Sáiz Martínez et al (2014) da a conocer que los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad presentan una gran comorbilidad el uno con el otro (entre el 18% y 37%, aproximadamente), lo cual complica el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. Tal investigación concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio investigativo realizado en CENTERAVID con una población de 10 pacientes ansiosos dependientes a varias sustancias, quienes fueron evaluados previamente a la aplicación de las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y Restructuración Cognitiva de Beck mediante el reactivo STAI indicaron que el 90% de los pacientes manifestaba ansiedad moderada y el 10% ansiedad grave.

Soriano González (2012) realiza un estudio cuasiexperimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad, los mismo que durante el proceso no se les administro ningún tipo de ansiolítico; obteniendo los siguientes resultados; la media de ansiedad estado, en un inicio fue de

68% y posterior a la aplicación de la técnica, disminuyó a 56%. Corroborándose así que el descenso de ansiedad era significativo.

Sánchez, Calderón, Montenegro, Calderón y Moyano (2014) en su estudio acerca de los beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad también demuestran que un 78% de los pacientes han visto disminuida su ansiedad tras participar en las sesiones grupales de relajación progresiva, según las puntuaciones obtenidas en la escala de Hamilton para la ansiedad.

Por su parte Tobar (2012) en su estudio sobre la terapia cognitiva para fobia social, consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck menciona que la psicoeducación orientado al conocimiento del padecimiento del paciente, potencializó en gran parte que los participantes se dieran cuenta de cómo podían controlar los niveles de ansiedad y estrés que manifestaban y de esta manera buscar estrategias de afrontamiento para disminuirlo logrando así una buena calidad de vida.

Tales investigaciones mencionadas con anterioridad concuerdan con el presente estudio ya que se puede observar que tanto en el tratamiento de Relajación Progresiva como de Reestructuración Cognitiva el 60% de los pacientes disminuyeron la ansiedad de moderada a leve y el 40% en de ansiedad severa a moderada, coincidiendo que ambas técnicas en igual porcentaje son eficaces en el manejo de ansiedad.

Cano, Dongil, Salguero y Wood (2013) en su artículo acerca de intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad mencionan que los tratamientos basados en la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad están empíricamente validados a pesar de los sesgos cognitivos cometidos en el procesamiento de información, incluso han demostrado tener mayor eficacia que el tratamiento convencional para reducir o eliminar los trastornos de

ansiedad, por lo que proponen que la intervención basada en la reestructuración cognitiva debe ir apoyada en la relajación y las técnicas centradas en la conducta) para que sea una herramienta de ayuda para este objetivo.

Lo que discrepa en cierto punto que nuestro estudio ya que los resultados que hemos obtenido al aplicar ambas técnicas han demostrado resultados iguales, evidenciando que tanto reestructuración cognitiva como relajación progresiva actúan eficazmente para la disminución de la ansiedad, de manera aislada; el estadístico de Cochran tiene un valor de 0.57 con un nivel crítico asociado (Sig. Asintótica bilateral) de 0.811 (mayor que 0.05) con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia condicional y se concluye, que las variables Relajación Progresiva y Reestructuración Cognitiva no están relacionadas directamente.

Por otro lado, se pudo observar que la interacción del tratamiento y el diagnóstico con la inclusión de estado civil evidencia que los pacientes casados son quienes mejores resultados han obtenido, estimándose que 6 de los 10 pacientes con ansiedad moderada disminuyeron su sintomatología a leve.

Dentro de las limitaciones pertinentes a la investigación se determinó que no existen estudios actuales enfocados a determinar cuál de las dos técnicas es más factible dentro de la intervención en la ansiedad en adictos. Por lo que este trabajo de investigación será un aporte sumamente importante dentro del tratamiento de la ansiedad.

Conclusiones

El objetivo general del estudio fue, Identificar la eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a la reestructuración cognitiva de Beck en pacientes que presentan ansiedad. Sin embargo, no se logró comprobar la hipótesis de investigación la misma que planteaba que: la técnica de relajación progresiva de Jacobson tendrá mayor eficacia que la

técnica de reestructuración cognitiva de Beck y viceversa. Ya que, al contrastar la eficacia de las técnicas, se obtiene que las mismas son independientes y ninguna presenta dependencia, es decir las dos tienen la misma potencia y en efecto los resultados esperados son iguales en los dos momentos o fechas de toma del cuestionario.

En los resultados de la primera y segunda valoración de la prueba STAI, los datos revelaron que el 80% de los pacientes se ubican dentro de Ansiedad Moderada y el 20% en Ansiedad Grave. Concluida la aplicación de las técnicas y mediante el retest se evidencia que el 60% de los pacientes disminuyó la ansiedad de moderada a leve y el 40% de severa a moderada. Comprobando de esta manera que ambas técnicas fueron eficaces en la disminución de la ansiedad.

Las variables que aportan a la categorización del nivel de ansiedad aplicando las técnicas son: edad, estado civil, nivel de instrucción, trastorno clínico, número de internamientos, ansiedad.

Se evidencia que la variable estado civil es la más significativa dentro del estudio, se pudo corroborar que las personas casadas son quienes mejores progresos presentan y de hecho el tener 6 registros de los 10 pacientes en Ansiedad Leve genera ya un avance en los tratamientos presentados y de hecho los dos muestran resultados iguales.

Para poder obtener una mejor confiabilidad y validez acerca de los resultados exitosos que se manifestaron, se requerirá de una muestra más amplia para así determinar si existen diferencias estadísticamente significativas sobre la aplicación de las técnicas empleadas para el manejo de la ansiedad en adictos no obstante la investigación presente, aun con 10 casos, es una buena pauta para hacer propuestas, sujetas a posteriores investigaciones para afinar detalles.

Se pudo determinar que ambas técnicas son eficaces en el manejo de la ansiedad, no obstante, sería factible aplicarla las 2 técnicas a la vez, para comprobar si la efectividad de estas se potencializa.

Recomendaciones

Como una de las recomendaciones principales se propone crear programas de psicoeducación y prevención dentro de los establecimientos educativos e instituciones de salud, orientados al conocimiento de que la ansiedad es un factor de riesgo sumamente potencial dentro de las adicciones.

Se recomienda a los profesionales a cargo del centro CENTERAVID que se continúe con el proceso de toma de cuestionario en fechas posteriores para determinar si se evidencien cambios sustanciales en los niveles de ansiedad.

Es recomendable en procesos posteriores con pacientes dependientes a sustancias, que, a más de un tratamiento grupal, se opte por un abordaje individual poniendo en práctica técnicas y herramientas destinadas al manejo de ansiedad.

Se recomienda utilizar las técnicas propuestas como complementarias en el manejo de la ansiedad y en el proceso de recuperación en pacientes dependientes a varias sustancias ya que los resultados que se consiguieron en este estudio fueron favorables en el proceso de recuperación.

Se recomiendo que la aplicación de estas técnicas, estén a cargo de profesionales especializados en la rama, para que no se presenten inconvenientes al momento de su utilización.

Bibliografía

- Acosta, F. J., Sandoval, B. C. G., & Gamboa, Y. S. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y salud*, 20(1), 41-54. Recuperado de:
<https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=G ALE%7CA222408725&sid=classroomWidget&asid=a2f073e2>
- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>
- Baquero Escribano, A., Calvo Orenge, G., Ballester Arnal, R., Francés Olmos, S., Dalae, M., & Haro Cortés, G. (2015). Ansiedad, depresión y autoestima en población general, transeúntes y consumidores de sustancias adictivas.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., ... & Morato, S. (2010). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo. *Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www. elsevier. es/rlp*, 39(1), 75-81. Recuperado de:
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/571/406>
- Bedoya, M. E. A., & Arango, P. E. (2012). Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. *Trabajo social (Universidad Nacional de Colombia)*, (14), 79-92. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4378125>
- Biglieri, R. R., & Vetere, G. L. (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en psicología*, 7(1), 8-15.

- Bustos, O. E. A. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 17(2), 69-70. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122a.pdf>
- Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2013). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*, (102), 4-27. Recuperado de:
<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/63/51>
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez. *Manual de Trastornos Adictivos*, 17-25. Recuperado de: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf#page=18>
- Carballo Crespo, J. L., Marín Vila, M., Pons Torres, C., Espada Sánchez, J. P., Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., & Orgilés Amorós, M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes. *Health and addictions: salud y drogas*. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/8052/1/Health&Addictions.2011.11.1.DiferenciasConsumo.pdf>
- Cautela, J. R., Groden, J., Hawkes, P., Santiago, M. D. C. F., Perales, F. J. M., & Castellar, J. V. (1985). *Técnicas de relajación:(manual práctico para adultos, niños y educación especial)*. Martínez Roca.
- Cedillo Ildelfonso, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>

- Cueva, G. (2012). Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 99-103. Recuperado de:
https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100015
- De la Villa Moral, M., Rodríguez, F. J., & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud pública de México*, 52(5), 406-415. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2010/sal105e.pdf>
- Espada Salado, S., Fernández Rodríguez, F., & Laporte Puig, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. Recuperado de:
<http://roderic.uv.es/handle/10550/47595>
- Fernández-Castillo, A., & Gutiérrez Rojas, M. E. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic journal of research in educational psychology*, 7(17). Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/2931/293121936004/>
- Flores Olvera, D. M. C. (2010). El autocontrol y las adicciones. Recuperado de:
<http://www.elementos.buap.mx/num77/hm/3.htm>.
- Garland, E., Froeliger, B., y Howard, M. (2014). El entrenamiento de atención plena se dirige a los mecanismos neurocognitivos de la adicción en la interfaz de atención-evaluación-emoción. *Fronteras en psiquiatría*, 4 , 173. Recuperado de:
https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2013.00173/full?utm_source=newsletter&utm_medium=web&utm_campaign=Psychiatry-w4-2014

- Guardia, J., Surkov, S. I., & Cardús, M. (2010). 2 Bases neurobiológicas de la adicción. *Trastornos adictivos*, 27. Recuperado de:
[https://dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/d_pro_44_87\(1\).pdf#page=28](https://dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/d_pro_44_87(1).pdf#page=28)
- Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el Inventario de Ansiedad de Rasgos del Estado (STAI). *Psicothema*, 23 (3), 510-515.
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(1), 155-168. Recuperado de:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45849157/Trastorno_de_an_siedad_provocado_por_sust20160522-3050-1h3musz.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522697281&Signature=UsT1wJlzBC%2B5XkMCYBNE7nTjGBI%3D&respons e-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTrastorno_de_an_siedad_provocado_po_r_sust.pdf
- Isaza, C., Suárez, P., Henao, J., & González, M. (2010). Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. Recuperado de:
http://digitk.areandina.edu.co/repositorio/bitstream/123456789/130/2/Caracteristicas_de_mograficas_y_de_consumo_en_pacientes_adictos....pdf
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial medica panamericana, 2014.


- Marín Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252015000600395&script=sci_arttext
- Massaro, A. (2017). Tratamiento basado en mindfulness para pacientes con adicción al alcohol y cocaína. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681418/massaro_bologni_alessandro_francesco.pdf?sequence=1
- Muñoz Astudillo, M. N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C. I., Sierra, Á., & Elena, L. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería*, 21(3), 136-140. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- OMS. (2013). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/647/64723241002/>
- Páez Esteban, A. N., Solano Aguilar, S., Durán Parra, M., Mancilla, D., Suarez, E., Melgarejo, P.,... & Ortiz, E. (2012). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. *Revista Cuidarte*, 3(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3595/359533179011/>

- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 17(7), 326-332. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n7/revision1.pdf>
- Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. D. C., Andrés, C., & Del, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Ruales, A., & Dorothy, K. (2016). *Efectividad de las técnicas de relajación: entrenamiento de la relajación progresiva, basado en jacobson y el escaneo corporal ("body scan"), en los cantantes del coro de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para disminuir el estrés y ansiedad mayo-junio 2016* (Bachelor's thesis, PUCE). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12544/Tesis%20Karen%20Argotty.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, J. S. RESPIRACIÓN Y relajación en educación física. Tratamiento en el contexto escolar. Recuperado de: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/JORGE_%20SANTIAGO%20RUIZ_2.pdf
- Sánchez, A. R., Calderón, C. E., Montenegro, A. F. H., Calderón, E. E., & Moyano, A. R. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 6-7.
- Sáiz Martínez, P. A., Jimenez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... & Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de

- ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3).
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2891/289132251007/>
- Soriano González, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería global*, 11(26), 39-53. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). *Madrid: TEA Ediciones*, 1-16.
- Tamayo Toro, M. A. (2017). Técnica de relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad originada por exámenes y aumento del rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Recuperado de:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2669/1/tamayo_tma.pdf
- Tinoco, J. F. M. (2011). Superación de la ansiedad presente en los procesos evaluatorios, en estudiantes de bachillerato mediante la técnica de relajación reducida Jacobson y medición de efectos en el rendimiento académico. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/71902479.pdf>
- Tobar, R. A. T. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 118-125. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n2/v8n2a07.pdf>

Anexos

Anexo 1 Protocolo aprobado.



Guía para Trabajos de Titulación

RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres.
Vásquez Saucilanes María Gabriela
Pacha Pacurco Erika Alejandra

1.2 Director sugerido, apellido, nombre y título. *Moyano Mario Eduardo, Mgt.*

1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título.

1.4 Título propuesto: *"Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a reestructuración cognitiva de Beck en pacientes que presentan ansiedad en CENTERAUID"*

1.5 Revisores (tribunal): apellidos, nombres y títulos
Dávila Yolanda, Mgt.
Cabrera Patricio, Mgt.

1.6 Recomendaciones generales de la revisión:

	Cumple totalmente	Cumple parcialmente	No cumple	Observaciones (*)
Línea de investigación				
1. ¿El contenido se enmarca en la línea de investigación seleccionada?	/			
Título Propuesto				
2. ¿Es informativo?	/			
3. ¿Es conciso?	/			
Estado del arte				
4. ¿Identifica claramente el contexto histórico, científico, global y regional del tema del trabajo?	/			
5. ¿Describe la teoría en la que se enmarca el trabajo?	/			
6. ¿Describe los trabajos relacionados más relevantes?	/			
7. ¿Utiliza citas bibliográficas?	/			
Problemática y/o pregunta de investigación				
8. ¿Presenta una descripción precisa y clara?	/			
9. ¿Tiene relevancia profesional y social?	/			
Hipótesis (opcional)				
10. ¿Se expresa de forma clara?	/			
11. ¿Es factible de verificación?	/			
Objetivo general				
12. ¿Concuerda con el problema formulado?	/			
13. ¿Se encuentra redactado en tiempo verbal infinitivo?	/			
Objetivos específicos				
14. ¿Concuerdan con el objetivo general?	/			

1

23-Nov-2018
 Oficio No. 485-13



15. ¿Son comprobables cualitativa o cuantitativamente?	/			
Metodología				
16. ¿Se encuentran disponibles los datos y materiales mencionados?	/			
17. ¿Las actividades se presentan siguiendo una secuencia lógica?	/			
18. ¿Las actividades permitirán la consecución de los objetivos específicos planteados?	/			
19. ¿Los datos, materiales y actividades mencionadas son adecuados para resolver el problema formulado?	/			
Resultados esperados				
20. ¿Son relevantes para resolver o contribuir con el problema formulado?	/			
21. ¿Concuerdan con los objetivos específicos?	/			
22. ¿Se detalla la forma de presentación de los resultados?	/			
23. ¿Los resultados esperados son consecuencia, en todos los casos, de las actividades mencionadas?	/			
Supuestos y riesgos				
24. ¿Se mencionan los supuestos y riesgos más relevantes?	/			
25. ¿Es conveniente llevar a cabo el trabajo dado los supuestos y riesgos mencionados?	/			
Presupuesto				
26. ¿El presupuesto es razonable?	/			
27. ¿Se consideran los rubros más relevantes?	/			
Cronograma				
28. ¿Los plazos para las actividades son realistas?	/			
Referencias				
29. ¿Se siguen las recomendaciones de normas internacionales para citar?	/			
Expresión escrita				
30. ¿La redacción es clara y fácilmente comprensible?	/			
31. ¿El texto se encuentra libre de faltas ortográficas?	/			

(* Breve justificación, explicación o recomendación.

- Opcional cuando cumple totalmente,
- Obligatorio cuando cumple parcialmente y NO cumple.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE DENUNCIA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres. Vásquez Gaudemes María Gabriela
Pucha Pacuzucu Erika Alejandra

1.1.1 Código:
64634
64952

1.2 Director sugerido: apellido, nombre y título. Moyano Mario, Mgt

1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título.

1.4 Tribunal: Mgt Yolanda Davila
Dr. Patricio Cabrera


1.5 Título propuesto: Eficacia de las técnicas de relajación muscular
progresiva de Jacobson. frente a reestructuración cognitiva de Beck
en pacientes que presentan ansiedad en CENTERAVID

1.6 Decisión:

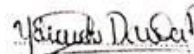
- 1.6.1 Aceptado sin modificaciones
- 1.6.2 Aceptado con las siguientes modificaciones:
- 1.6.3 No aceptado
- Justificación:

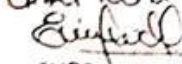
Director

Tribunal


Nombre y Firma
Mario Moyano


Nombre y Firma
Patricio Cabrera


Nombre y Firma
Yolanda Davila

Erika Pucha

64952 Nombre y Firma
Estudiante 03026374119


Nombre y Firma
Secretario de Facultad

Fecha de sustentación: 15 de Octubre del 2018



SOLICITUD DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL			
Nombres	Cañita Alejandra	Apellidos	Pacheco Tovar
Carrera	Patología Clínica	Código	64952
Teléfonos	0998888958	Correo electrónico	cañita@uniazuay.edu.ec
Fecha de finalización de estudios	Cuando se complete el último ciclo de PCL	Fecha de solicitud de registro en la U.T.	03 de Mayo 2018

Señor Decano:

Por medio del presente solicito a Usted se sirva disponer mi registro en la Unidad de Titulación de la carrera, conforme a los datos consignados en el presente formulario y a mi situación académica actual.

De conformidad con el Instructivo para la Conformación y Funcionamiento de las Unidades de Titulación Especial en las Carreras de Grado de la Universidad del Azuay, Guía de la Unidad de Titulación Especial para la Carrera, manifiesto mi decisión de acogerme a la siguiente opción de titulación:

a. Examen de grado o de fin de carrera (complexivo)

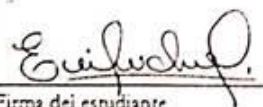
b. Trabajo de Titulación:
 Sobre el diseño del Trabajo de Titulación:
 - Cuento con el Diseño del Trabajo de Titulación validado por la Junta Académica.
 - Adjuntar certificación de la Junta Académica

Sobre la modalidad para el desarrollo del Trabajo de Titulación:
 Dirección

c. Culminación del trabajo de titulación aprobado por el Consejo de Facultad.
 (Únicamente si se encuentra dentro del tiempo establecido para su desarrollo).

Declaro que conozco y me sujeto a las normas, instrumentos, procedimientos y demás disposiciones de la Universidad del Azuay y sus órganos, en relación con la opción de titulación escogida.

Atentamente,


 Firma del estudiante



PARA USO INTERNO

a. El estudiante cumple con los requisitos para:


Examen de grado con carácter complejo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>
Requiere actualización de conocimientos a la fecha de registro en la UTE:	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de aprobación del Diseño del Trabajo de Titulación por el Consejo de Facultad:

MECANISMO DE TITULACIÓN: Trabajo de Investigación


Integración del Tribunal:

1. Director/Tutor Hq. Mario Mojano Mojano
2. Miembro1 Dra. Yelencia Páez
3. Miembro2 D. Pablo Cabrera


 FIRMA _____
 SECRETARÍO/A - ABOGADO/A
UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
 FACULTAD DE DERECHO
 SANTIAGO DE LOS CABALLEROS

b. Materias que debe tomar el estudiante para actualización de conocimientos, de ser el caso:

Código	Materia	Nº créditos	Carrera o Programa


 FIRMA _____
 DIRECTOR/A DE ESCUELA



**SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

C E R T I F I C A:

Que la señorita **PUCHA PACURUCU ERIKA ALEJANDRA**, registrada con el código Nro. 64952, en la carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, se encuentra matriculada en Prácticas Pre-profesionales y de Vinculación con la Colectividad en el décimo ciclo "A", para el periodo académico marzo - julio del 2018.

Que la señorita **PUCHA PACURUCU ERIKA ALEJANDRA**, ingresó a la carrera el 19 de septiembre del 2011 y tiene aprobado 228 de 236 créditos que su carrera requiere, esto equivale al 96.61%, faltándole aprobar la práctica en la que se encuentra matriculada.

Es todo cuanto puedo certificar y autorizo a la peticionaria dar al presente certificado el uso más conveniente.

Cuenca, 03 de abril del 2018.

Dra. Lourdes Erazo Mosquera

Secretaria de la Facultad de Filosofía



Factura No: 001-001-000171176

LEM/ acv

Escon autorizado de 15,000 ejemplos
de 812, 813 y 814

Nº

0845757



SOLICITUD DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL			
Nombres	Maria Gabriela	Apellidos	Corquez Gauribares
Carrera	Psicología Clínica	Código	64634
Teléfonos	0979396455	Correo electrónico	gabyla175@hotmail.com
Fecha de finalización de estudios	Cursando el Decimo ciclo de PCL.	Fecha de solicitud de registro en la U.T.	03 de mayo 2018

Señor Decano:

Por medio del presente solicito a Usted se sirva disponer mi registro en la Unidad de Titulación de la carrera, conforme a los datos consignados en el presente formulario y a mi situación académica actual.

De conformidad con el Instructivo para la Conformación y Funcionamiento de las Unidades de Titulación Especial en las Carreras de Grado de la Universidad del Azuay, Guía de la Unidad de Titulación Especial para la Carrera, manifiesto mi decisión de acogerme a la siguiente opción de titulación:

a. Examen de grado o de fin de carrera (complexivo)

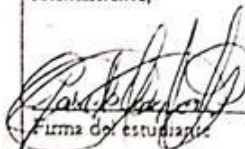
b. Trabajo de Titulación:
Sobre el diseño del Trabajo de Titulación:
- Cuento con el Diseño del Trabajo de Titulación validado por la Junta Académica.
Adjuntar certificación de la Junta Académica

Sobre la modalidad para el desarrollo del Trabajo de Titulación:
Dirección

c. Culminación del trabajo de titulación aprobado por el Consejo de Facultad.
(Únicamente si se encuentra dentro del tiempo establecido para su desarrollo).

Declaro que conozco y me sujeto a las normas, instrumentos, procedimientos y demás disposiciones de la Universidad del Azuay y sus órganos, en relación con la opción de titulación escogida.

Atentamente,


Firma del estudiante.



PARA USO INTERNO

a. El estudiante cumple con los requisitos para:

Examen de grado con carácter complejo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>
Requiere actualización de conocimientos a la fecha de registro en la UTE:	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de aprobación del Diseño del Trabajo de Titulación por el Consejo de Facultad:

MECANISMO DE TITULACIÓN: Trabajo de Investigación

Integración del Tribunal:

1. Director/Tutor M. Mario Mayano Mayano
2. Miembro1 Dra. Yolanda Paula
3. Miembro2 D. Roberto Cabrera

Firma
Secretario/a - Abogado/a

b. Materias que debe tomar el estudiante para actualización de conocimientos, de ser el caso:

Código	Materia	Nº créditos	Carrera o Programa

Firma
Director/a de Escuela



**SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

C E R T I F I C A:

Que la señorita **MARÍA GABRIELA VÁSQUEZ GAVILANEZ**, registrada con el código Nro. 64634, en la carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, se encuentra matriculada en Prácticas Pre-profesionales y de Vinculación con la Colectividad en el décimo ciclo "A", para el periodo académico marzo - julio del 2018.

Que la señorita **MARÍA GABRIELA VÁSQUEZ GAVILANEZ**, ingresó a la carrera el 19 de septiembre del 2011 y tiene aprobado 228 de 236 créditos que su carrera requiere, esto equivale al 96.61%, faltándole aprobar la práctica en la que se encuentra matriculada.

Es todo cuanto puedo certificar y autorizo a la peticionaria dar al presente certificado el uso más conveniente.

Cuenca, 03 de abril del 2018.

Dra. Lourdes Erazo Mosquera

Secretaria de la Facultad de Filosofía



Factura No: 001-001-000171175

LEM/ acv

Escritura autorizada de 15.000 documentos
De 400 MM a 400 MM N° 0845759



D. María Mercedes ...
Dra. ...
D. ...

Cuenca, 3 de mayo del 2018

Mot.

Ramita Lago Bayas.

Decano de la Facultad de Filosofía.

Ciudad.

De nuestra consideración.

Nosotras, Erika Alejandra Pacha Acuña con código de estu-
diente 64952 y María Fabricea Vargas Guzmán con código
de estudiante 64634, de la carrera de Psicología clínica
solicitamos se sirva asignar Tribunal para nuestro trabajo
de tesis titulado "Estudio comparativo sobre la
eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de
Jacobson frente a reestructuración cognitiva de Beck, en
pacientes que presentan ansiedad en Cuenca-Azuay".

Por la favorable atención que se sirve dar a la presente,
anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente.

María Fabricea Vargas Guzmán. - Erika Alejandra Pacha Acuña.
64634. 64952.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

In fav. para uniformar de la
fecha 24 4-05-18

Edición autorizada de 15.000 ejemplares. Nº 0848242

Tribeunal:

- Mg. Mario Moyano (Director)
- Dra. Yolanda Sainza
- Dr. Patricia Cabera

06.06.18

J. A. A.  J. A. A. 



DENUNCIA/PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

1. DATOS GENERALES

1.1 Nombre de los estudiantes:

Maria Gabriela Vásquez Gavilanes, Erika Alejandra Pucha Pacurucu.

1.1.1 Código: 64634

1.1.2 Contacto: 2241345, 0979396455, gabyta175@hotmail.com.

1.1.3 Código: 64952.

1.1.4 Contacto: 0998888958, cripu1@hotmail.com.

1.2 Director sugerido: Mgst Mario Moyano.

1.2.1 Contacto: teléfono: 0999767039.

1.3 Co-director sugerido:

1.4 Asesor metodológico:

1.5 Tribunal designado:

1.6 Aprobación:

1.7 Línea de Investigación de la carrera:

1.7.1 Código UNESCO: 610307

1.7.2 Tipo de trabajo:

Estudio de tipo investigativo enfocado a la intervención y evaluación psicológica.

Edición Autorizada
15.000 ejemplares
865 501 - 880 570

N°

0870378



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Área de estudio:

La presente investigación comprende las siguientes cátedras: psicoterapia grupal, psicoterapia cognitivo conductual (reestructuración cognitiva), psicotecnia, terapias alternativas (relajación progresiva de Jacobson) diseño de tesis.

Título propuesto:

“Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a reestructuración cognitiva de Beck, en pacientes que presentan ansiedad en CENTERAVID”.

Estado del proyecto:

No se han realizado estudios anteriores en el centro terapéutico CENTERAVID sobre la eficacia de las técnicas a utilizarse en la presente investigación.

2. CONTENIDO

2.1 Motivación de la investigación:

A lo largo de toda la carrera universitaria la experiencia que hemos adquirido mediante las practicas pre profesionales, nos ha brindado la oportunidad de poder trabajar con distintos grupos de individuos adictos, que dedican mayor parte de su vida al consumo de sustancias psicoactivas mediante psicoterapia de grupo. También se ha podido observar que existe una gran demanda de profesionales dedicados específicamente a este grupo ya que con el paso de los años los individuos que padecen esta patología se incrementa considerablemente.

El consumo de sustancias psicoactivas es un patrón de uso de drogas o alcohol que causa malestar clínicamente significativo y problemas interpersonales en la vida de las individuos. No afecta solo al consumidor, sino también al entorno que lo rodea.

La dependencia a una sustancia se da cuando el cuerpo está acostumbrado a recibir y a tener la sustancia en el organismo, de lo contrario, la persona se enferma. Con el

Edición Actualizada
15.000 ejemplares
RDS 501 480 500

N° 0876461

transcurso del tiempo, el adicto necesitará cada vez más cantidad de alcohol o drogas para obtener el mismo efecto.

Es por ello que nuestra investigación se focaliza en ayudar a este grupo, ya que es uno de los más vulnerables; siendo la ansiedad, producto de la abstinencia, lo que lleva al adicto al consumo de sustancias; es por ello que surge la necesidad de determinar técnicas más eficaces que ayuden a mejorar el proceso psicológico que se lleva con este tipo de pacientes. Puede ser que el origen de la adicción surja en una etapa de la niñez o adolescencia en la cual el paciente es vulnerable; en donde la aceptación social, conflictos interpersonales, curiosidad, etc. Son factores determinantes al momento del consumo.

2.2 Problemática:

Hoy en día la demanda de centros de recuperación para personas adictas a diversos tipos de sustancia en la ciudad de Cuenca se ha incrementado considerablemente, entre ellos los más importantes destacan el Centro de rehabilitación "12 Pasos"; el Hospital Humberto Ugalde Camacho "CRA", en donde se evidencia pacientes con distintas patologías entre ellas ansiedad, depresión, conductas delictivas, trastornos de tipo orgánico, debido al consumo excesivo de sustancias.

La principal dificultad que presentan los pacientes adictos que se encuentran en un proceso de internamiento es el síndrome de abstinencia, esto genera conflictos en el proceso psicoterapéutico debido al alto nivel de ansiedad que se produce al no consumir ningún tipo de sustancia; siendo esta sintomatología el primer factor que promueve la deserción del proceso psicoterapéutico. La relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad es bidireccional: por un lado, el consumo continuo de una sustancia lleva a experimentar síntomas de ansiedad. Por otro, algunos trastornos de ansiedad pueden dirigir a un mayor consumo de ciertas sustancias. La amplia



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

variedad de maneras de consumir sustancias psicoactivas obliga a tener presentes las variables psicosociales que afectan al individuo que decide consumir este tipo de sustancias, así como las motivaciones que le llevan a este consumo (Iruetia, Caballo y Ovejero, 2009).

Los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad presentan una gran comorbilidad (entre el 18% y 37%), lo cual complica el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes (incluido mayor riesgo de suicidio). Los pacientes con trastornos de ansiedad son muy vulnerables a desarrollar otras patologías comórbidas en especial la depresión. Tanto los grandes estudios epidemiológicos como estudios clínicos muestran una elevada asociación entre los distintos trastornos de ansiedad y depresión con los trastornos por uso de sustancias (Sáiz Martínez et al., 2014).

El principal conflicto que pretende abarcar esta investigación es determinar que método es más efectivo al momento de trabajar en la disminución de la sintomatología ansiosa producto del consumo de sustancias psicoactivas en el proceso de internamiento y recuperación, poniendo a prueba dos tipos de técnicas: relajación progresiva de Jacobson y reestructuración cognitiva de Beck, mediante terapia grupal, en un intervalo de dos meses que se llevara a cabo en CENTERAVID.

2.3 Pregunta de investigación:

¿Cuál de las técnicas psicoterapéuticas planteadas en esta investigación tendrá mayor grado de eficacia en pacientes que presentan ansiedad?

2.4 Resumen:

En los últimos años el porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas en Ecuador se ha incrementado considerablemente, siendo la ciudad de Cuenca la más afectada; esto ha generado que la demanda de procesos de recuperación en los centros de rehabilitación sea cada vez mayor; se ha evidenciado también que la sintomatología

Ecuador Azuay
15 000 ejemplares
863 501 880 500

N° 0876460

ansiosa es el principal factor de riesgo para el consumo, por lo que se ha creado la necesidad de tratamientos focalizados a esta problemática y dentro de estos, el manejo de técnicas de mayor eficacia que promuevan un mejor proceso psicoterapéutico; es por ello que el propósito de esta investigación está encaminado a determinar que técnicas favorecen el manejo de pacientes ansioso. La muestra a estudiar será escogida en la provincia del Azuay en la ciudad de Cuenca, en CENTERAVID en los meses de mayo y junio. El instrumento que se utilizara para recoger la información acerca de la sintomatología será: el cuestionario de ansiedad STAI. Las técnicas que se utilizaran en el proceso psicoterapéutico serán: la relajación progresiva de Jacobson y la reestructuración cognitiva.

2.5 Estado del Arte y marco teórico:

La terminología utiliza en el siglo pasado fue eliminada por los conceptos actuales en la última década cambiando totalmente los conceptos de toxicómano y toxicomanía por drogodependiente y drogodependencia, ya que estos nuevos términos tenían menos vínculos morales y legales en la actualidad estos términos fueron sustituidos a su vez por el de adicción y adicto (Casas et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud considera a la dependencia como la ausencia de voluntad consciente sobre el uso de la sustancia y sobre los propios actos. El *modus operandi* del cerebro en la adicción tiene una alta sensibilidad a las sustancias psicotrópicas, favoreciendo de esta manera a la adicción. Tras el continuo uso de la droga el cerebro desarrolla una neuroadaptación generando en el individuo la dependencia y la tolerancia (Flores Olvera, 2010).

En la década de los años ochenta se debatieron diversas teorías neurobiológicas que intentaron dar un concepto claro sobre las adicciones para que se puedan entender correctamente; la mayoría de ellas coincidieron que la sustancia psicoactiva actúa



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

directamente sobre el sistema de recompensas. No obstante de la mayoría de personas en riesgo de consumo de sustancias, sólo un porcentaje las consume, y de éstas, una parte aún menor desarrolla una conducta adictiva (Marín Navarrete y Szerman, 2015).

La adolescencia y la juventud son etapas en donde existe un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas ya que dicha población tienen una baja percepción del peligro que abarca someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud (Del Castillo, 2012).

Parada, M., Corral & colaboradores (2011) comentan que la última encuesta domiciliar realizada en España acerca del consumo de alcohol y drogas a manifestado que el 18.0% de la población de 15 a 34 años afirma haber ingerido 5 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión (entendiendo por ocasión el tomar varias copas o vasos seguidos o en un par de horas) durante los últimos 30 días. La media de edad del primer consumo de alcohol es de 16 a 18 años.

La ansiedad considerada como el conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas y a la vez, la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos; es una característica central de la mayoría de trastornos psicopatológicos en donde los distintos tipos de ansiedad no serían más que manifestaciones de un mismo trastorno básico. Esta consideración se apoya en que los aspectos nucleares de este trastorno, representan procesos fundamentales de todos los trastornos emocionales (Rovella, y González Rodríguez, 2008).

Según el DSM-5, (2014) El trastorno de ansiedad generalizada debe cumplir los siguientes criterios:

Edición Actualizada
15.000 ejemplares
905 501 880 500 N° 0876447

de síntomas
Co-

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

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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

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

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

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

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno



de síntomas somáticos, percepción de **UNIVERSIDAD DEL AZUAY** en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

La Relajación progresiva de Jacobson es un procedimiento muy utilizado en la actualidad por su gran eficacia al momento de manera en los pacientes síntomas ansiosos. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan.

Normas básicas:

- En la relajación es esencial la concentración
- Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales

La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige.

Postura de relajación:

Siéntese tal y como aparece en la figura "postura de relajación". Cuando se encuentre cómodo/a, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión.

Siga la secuencia siguiente:

1º Tense los músculos lo más que pueda. 2º Note la sensación de tensión. 3º Relaje esos músculos. 4º Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Edición Actualizada
15.000 ejemplares
865 501 - 860 509

N° 0876446

Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado (Cautela, J. R. & colaboradores, 1985).

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas dentro de los procesos psicoterapéuticos de índole cognitivo-conductual; consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros; los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. Se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos, trastornos por abuso de sustancias y algunos trastornos de (Bados López, A., & García Grau, E, 2010).

2.6 Hipótesis:

La técnica de relajación progresiva de Jacobson tendrá mayor eficacia que la técnica de reestructuración cognitiva de Beck y viceversa.

2.7 Objetivo general:

Identificar la eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson frente a la reestructuración cognitiva de Beck en pacientes que presentan ansiedad.

2.8 Objetivos específicos:

- Evaluar los niveles de ansiedad en los pacientes en CENTERAVID.



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

- Diseñar una propuesta de intervención de relajación progresiva y reestructuración cognitiva.
- Comparar los resultados del proceso mediante un retest de cuestionario de ansiedad STAI.

2.9 Metodología:

2.9.1 Tipo de estudio

La siguiente investigación es de tipo casos y control, de corte transversal que tiene como objetivo diagnosticar, evaluar y comparar el impacto de las técnicas en pacientes ansioso.

2.9.2 Lugar

La presente investigación se llevará a cabo en CENTERAVID, que se encuentra ubicado en la calle 2 de agosto y Av. las Américas; el cual cuenta con un departamento psicológico, médico y trabajo social.

2.9.3 Participantes

El universo a estudiar estará conformado por todos aquellos pacientes que estén internados en CENTERAVID en los meses de mayo y junio contando actualmente con 33 pacientes, sin embargo se contara también con los pacientes que ingresen en el periodo establecido; los mismos que serán elegidos en base a los criterios de inclusión y exclusión.

2.9.4 Criterios del estudio

Los participantes se dividirán en dos grupos a los cuales se les aplicara las técnicas, al primer grupo relajación progresiva muscular de Jacobson y al segundo grupo reestructuración cognitiva de Beck, serán de sexo masculino, deben estar específicamente internados en CENTERAVID durante los meses de mayo y junio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que estén en periodo de síndrome de abstinencia, Edad cronológica entre los 18 a 50 años de edad, pacientes diagnosticados con ansiedad moderada y grave, pacientes que presenten consumo a varias sustancias, pacientes de sexo masculino, pacientes que hayan tenido mínimo dos internamientos.

Criterios de exclusión:

Pacientes de sexo femenino, pacientes menores a 18 años, pacientes mayores a 50 años, pacientes sin ansiedad y ansiedad leve, pacientes con menos de dos internamientos.

2.10 Instrumento.

Escala de ansiedad STAI:

Nombre Original: "State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)".

El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

Material.

Aparte del presente manual, es necesario lo siguiente:

Ejemplar de la prueba impreso por ambas caras, como cuadernillo de una hoja de respuestas de diseño especial un lapicero y goma para su cumplimentación.

Plantilla de corrección.

El STAI puede ser administrado individual y colectivamente, el cuestionario consta de 40 preguntas las cuales se dividen en DOS áreas 20 para determinar el estado (E) y 20 para determinar los rasgos (R), no tiene un tiempo limitado, pero se realiza en un tiempo aproximado de 15 minutos para la aplicación completa, las preguntas deben ser contestadas con una sola respuesta el examinador lee en voz alta cada una de las preguntas mientras el examinado lo hace en voz baja, si durante el desarrollo del examen surja



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

alguna pregunta, el examinador puede en forma que no influya en el resto de la prueba ni en los demás examinados.

Las sesiones de psicoterapia se desarrollaran tres veces por semana y estarán dirigidas por los autores de la investigación. Se desenvolverán en 2 grupos. El primer grupo tendrá lugar en el mes de mayo y estará conformado por todos los pacientes que se encuentren internados y el segundo grupo en el mes de junio por todos los pacientes que se encuentren internados incluidos los pacientes de nuevo ingreso que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

2.11 Procedimiento

Una vez que se ha seleccionado a los pacientes que participaran en el presente estudio en base a los criterios de inclusión y exclusión, se procederá a la presentación del consentimiento informado, el mismo que deberá ser firmado por cada uno de ellos. Subsecuentemente se dividirá a los pacientes en dos grupos de estudio, cada uno de ellos tendrá una duración de 10 sesiones, en los cuales se aplicara las técnicas que se han planteado.

Antes de empezar con la aplicación de las técnicas se realizara una valoración de los niveles de ansiedad que presenta cada paciente mediante la aplicación del test STAI.

Una vez culminadas las técnicas se procederá a realizar un re test del reactivo STAI para determinar que técnica tiene mayor eficacia en la disminución de la ansiedad.

2.12 Alcances y resultados esperados:

Comprobar si la utilización de las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y la reestructuración cognitiva ayuda a la disminución de la sintomatología ansiosa en los

Edición Autorizada
15 000 ejemplares
RMS 501 - BBO 500 N° 0876444

pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación y determinar cuál de las dos técnicas tuvo mayor impacto en el tratamiento psicoterapéutico. Los alcances de este proyecto serán expresados mediante gráficos, tablas, cuadros en los cuales se exprese de manera correcta los resultados obtenidos los mismos que se obtendrán mediante el análisis estadístico SPSS.

2.13 Supuestos y riesgo:

- No obtener permiso del centro terapéutico.
- No terminar la investigación dentro del tiempo determinado.
- Deserción de los pacientes en el grupo de estudio.
- La disponibilidad de tiempo y espacio del centro.

2.14 Presupuesto:

Rubro-Denominación	Costo USD	Justificación
Escala de ansiedad STAI. (Copias).	30,00	Medir niveles de ansiedad.
Copias varias.	35,00	Información bibliográfica, material de apoyo
Internet	180,00	Investigación
Impresiones	50,00	Impresiones.
Transporte (gasolina)	190,00	Movilización.
Llamadas	35,00	Comunicación.
Varios	70,00	Varios.
TOTAL:	590,00 US dólares.	

2.14 Financiamiento:



El proyecto propuesto estará financiado por la Universidad del Azuay.

**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

2.16 Esquema tentativo:

Introducción.

Capítulo I: Marco teórico.

1.1 Conceptos y generalidades de adicción en sustancias psicoactivas

1.2 Conceptos y generalidades de Ansiedad

1.3 Adicción y la relación con la ansiedad.

1.4 Relajación muscular progresiva de Jacobson.

1.5 Reestructuración cognitiva de Beck.

Capítulo II: Metodología.

Capítulo III: Análisis de resultados.

Capítulo IV: Discusión y conclusiones

Capítulo V: Recomendaciones.

2.17 Cronograma:

CONTENIDO	TIEMPO					
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Capítulo I	X	X				
Capítulo II y III			X	X		
Capítulo III					X	

Edición Autorizada
15.000 ejemplares
MGA 501 - 800 500

N° 0876468

Capitulo IV						X
-------------	--	--	--	--	--	---

2.18 Referencias:

Bados López, A., & Garcia Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.

Recuperado de:

Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez. Manual de Trastornos Adictivos, 17-25. Recuperado de: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf#page=18>

Cautela, J. R., Groden, J., Hawkes, P., Santiago, M. D. C. F., Perales, F. J. M., & Castellar, J. V. (1985). Técnicas de relajación:(manual práctico para adultos, niños y educación especial). Martínez Roca.

Del Castillo, J. A. G. (2012). Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Health and Addictions/Salud y Drogas, 12(2). Recuperado de: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/2/184>.

Flores Olvera, D. M. C. (2010). El autocontrol y las adicciones. Recuperado de: <http://www.elementos.buap.mx/num77/htm/3.htm>.

Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 17(1), 155-168. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45849157/Trastorno_de_an_siedad_provocado_por_sust20160522-3050-1h3musz.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522697281&Signature=UsT1wJlzBC%2B5XkMCYBNE7nTjGBI%3D&respons e-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTrastorno_de_an_siedad_provocado_po r_sust.pdf.



Marín Navarrete, R., & Szerman, M. (2011). Pensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252015000600395&script=sci_arttext

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial médica panamericana, 2014.

Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2891/289122829008/>.

Rovella, A., & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en humanidades*, 9(17). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/184/18417109/>

Sáiz Martínez, P. A., Jimenez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... & Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2891/289132251007/>

Sanz, J., García-Vera, M. P., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563. Recuperado de:

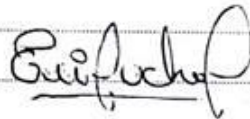
<https://search.proquest.com/openview/5df92813c427140f05a61d5afe15af5b/1?pq-origsite=scholar&cbl=966333>

2.18 Firma de responsabilidad (estudiantes).



María Gabriela Vásquez Gavilanes

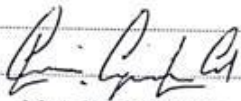
CI: 0302637442.



Erika Alejandra Pucha Pacurucu.

CI: 0104140538.

2.19 Firma de responsabilidad (director sugerido).



Mgst. Mario Moyano.

Anexo 2 Permiso por parte del centro

Cuenca, 7 de Julio del 2018

Centro terapéutico amor y vida CENTERAVID

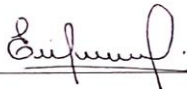
DIRECTORA.

Lic. Diana Auquilla.

De nuestras consideraciones.

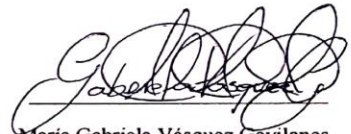
Por medio de la presente solicitamos amablemente la apertura para realizar nuestro trabajo terapéutico, previo a la obtención del título universitario; en los meses de Julio, Agosto y Septiembre, con los internos que forman parte del centro de adicciones.

Atentamente.



Erika Alejandra Pucha Pacurucu

Código: 64952



María Gabriela Vásquez Gavilanes

Código: 64634



Lic. Diana Auquilla.

Anexo 3 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Después de haber leído y comprendido las explicaciones de mi tratamiento, en él facilitadas acerca de las sesiones psicoterapéuticas, he podido resolver todas las dudas y preguntas sobre el mismo. Percibo que, en cualquier instante y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo anular el consentimiento que hoy presento. Estoy notificado de que mis datos personales estarán protegidos y serán utilizados solamente como formación profesional para el equipo terapéutico. Tomando en consideración esto y sus condiciones.

CONSIENTO participar de las sesiones

Fecha. Cuenca, día.....mes.....año.....

Firma del usuario

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 30	+	-	=
A / R	P D = 21	+	-	=

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime Aguirre Campano, Dagenzo, 15 dpdo; Madrid-2 - Depósito legal: M.-20.080-1982.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Castl nunca	A veces	A menudo	Castl siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

STAI

Plantilla

A-E

A-R

A-E		A-R	
+	-	+	-

CONFIDENCIAL Esta plantilla contiene la clave de la prueba. Guárdela de forma que no sea vista por otras personas.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M.-20.080-1982.

Anexo 5 Perfil sociodemográfico

Perfil sociodemográfico.

NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	GENERO	NUMERO DE INTERNAMIENTOS	RELIGIÓN
DIEGO	16 AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICA
FRANKLIN	20 AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICA
ALEX	19 AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
XAVIER	34 AÑOS	CASADO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
MANUEL	50 AÑOS	CASADO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
FERNANDO	18 AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
FAUSTO	18AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
ÁNGEL	19 AÑOS	SOLTERO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
CARLOS	31 AÑOS	CASADO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO
JOSÉ	69 AÑOS	CASADO	MASCULINO	DOS INTERNAMIENTOS	CATÓLICO