ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE CON ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DIRIGIDA A MUJERES QUE PRESENTAN DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN EL ÁREA DE SALUD N°1 EN LA CIUDAD DE AMBATO"

Disertación de Grado previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

Psicología y Salud Mental

Autora:

Carmen Isabel Montes De Oca Sánchez

Director:

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps.

Ambato-Ecuador
Febrero 2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema: "GUIA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE CON ENFASIS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DIRIGIDA A MUJERES QUE PRESENTAN DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN EL ÁREA DE SALUD N°1 EN LA CIUDAD DE AMBATO

Línea de Investigación:

Psicología y Salud Mental

Autora:

Carmen Isabel Montes De Oca Sánchez

Carlos Rodrigo Moreta Herrera Ps, M.U.Ps. f. _____
CALIFICADOR

Paul Marlon Mayorga Lascano, Ps. f. _____
CALIFICADOR

Natalia Betsy Ilaja Verdezoto, Lcda. f. _____
CALIFICADORA

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. f. _____
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato-Ecuador

Febrero 2014

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Carmen Isabel Montes De Oca Sánchez portadora de la cédula de identidad N° 180362226-3 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que de desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

_____

Carmen Isabel Montes De Oca Sánchez

CI. 18036226-3

DEDICATORIA

A Dios, mis padres, hermanos

y a todos quienes hicieron posible esta investigación.

RESUMEN

La disertación presenta como objetivo la realización de dos guías de intervención psicoterapéutica breve dirigidas a mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo relacionado a su Calidad de Vida en el Área de Salud N°1 de la ciudad de Ambato. La primera guía se construyó bajo los criterios de las técnicas Cognitivo-Conductuales. Mientras que la segunda bajo los criterios de las técnicas Emotivo-Cognitivo-Conductuales.

Se obtuvo una muestra de 30 mujeres bajo los criterios de clasificación para el estudio y fue dividida en dos grupos aleatorios para la aplicación de las guías respectivamente. En la fase de pre-test se procedió a aplicar el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-Les-Q) para valorar los criterios iniciales de Calidad de Vida de los grupos; al igual que se procedió a aplicar el Cuestionario de cambios en la función sexual (SCFQ) para situar los niveles de hipoactividad sexual.

Una vez finalizada la evaluación inicial se procedió a aplicar las Guías psicoterapéuticas previamente elaboradas para cada grupo experimental. Concluida con la fase de aplicación de las guías se procedió en un tercer momento que dio lugar a la fase de re-test utilizando nuevamente los instrumentos empleados en la fase inicial, con la finalidad de verificar si los procesos psicoterapéuticos contribuyeron o no al mejoramiento de la Calidad de Vida de las mujeres y al cese de los síntomas hipoactivos para realizar un estudio comparativo de resultados.

ABSTRACT

The objective of the dissertation is to implement two brief psychotherapeutic intervention guides addressed to women with hypoactive sexual desire which is closely related to their life quality. It has been done at the Public Health Center No. 1 in Ambato City. The first guide was created under the criteria of the Cognitive – Behavioral techniques whereas the second one under the criteria of the Emotional – Cognitive Behavioral techniques.

A sample group of 30 women was obtained under the classification criteria for this study. It was divided in two groups chosen randomly for the implementation of the two guides respectively. During the pre-test phase, the questionnaire about Life Quality: Satisfaction and Pleasure was applied (Q-Les-Q). It was done in order to evaluate the initial criteria of Life Quality of the groups. Later, there was the application of the Sexual Function Changes questionnaire (CSFQ) in order to identify the sexual hypoactivity levels.

After the initial evaluation was completed, the next step was to apply the psychotherapeutic guides which were previously developed for each experimental group. Once the application guides phase was concluded, there was a third step which led to the phase called re-test, where the instruments of the initial phase were used again. It was done in order to verify if the psychotherapeutic processes contributed to improve the life quality of women as well as to help them stop their hypoactive symptoms in order to have a comparative study of results.

PRELIMINARES.

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad…….…… III
Dedicatoria…….…… IV
Resumen…….…… V
Abstract…….…… VI
Tabla de contenidos……... VII
Tabla de cuadros…… XI
Tabla de gráficos…… XII

TABLA DE CONTENIDOS.

INTRODUCCIÓN……1
1.MARCO TEÓRICO…….. ..4
1.1. Análisis teórico sobre la Calidad de Vida ……. 4
1.1.1. Generalidades ……. 4
1.1.1.1. Antecedentes Investigativos ……. 4
1.1.2. Aproximaciones conceptuales de la Calidad de Vida…….. 5
1.1.2.1. Definición del término Calidad de Vida …….. ..5
1.1.2.2. Dimensiones de la Calidad de Vida…….. 7
1.1.2.3. Indicadores de la Calidad de Vida…….. 8
1.1.2.4. La Salud y su relación con la Calidad de Vida…….. 9
1.1.2.5. Los estados de animo y su relacion con la Calidad de Vida …….. 11
1.1.2.6. El trabajo y su relacion con la Calidad de Vida …….. 12
1.1.2.7. Actividades en el hogar y su relación con la Calidad de Vida…….. 14
1.1.2.8. Actividades de tiempo libre y su relación con la Calidad de Vida …….. 15
1.1.2.9. Relaciones Sociales y Calidad de Vida……17
1.2. Estudio acerca del Deseo Sexual Hipoactivo …….. 19
1.2.1. Antecedentes Investigativos …….. 19
1.2.2. Definición del Deseo Sexual Hipoactivo …….. 20
1.2.3. Etiología del Deseo Sexual Hipoactivo…….. 20
1.2.4. Criterios Diagnósticos para el Deseo Sexual Hipoactivo …….. 22

1.2.4.1. Criterios diagnósticos según DSM IV-TR para F52.0 Deseo Sexual Hipoactivo 23
1.2.5. Curso..... 24
1.2.6. Diagnóstico diferencial del Deseo Sexual Hipoactivo 25
1.3. 1.3. Intervención psicológica 26
1.3.1. Definición y Características de la Intervención Psicológica 26
1.3.2. Modelos de la Intervención Psicológica 26
1.3.3. Niveles de Intervención Psicoterapéutica 28
1.4. Psicoterapia Breve.....29
1.4.1. Conceptualización de la intervención Psicoterapéutica Breve.....29
1.4.2. Psicoterapia Breve Cognitivo Conductual.....30
1.4.3. Psicoterapia Breve Racional Emotivo Conductual (TREC).....30
1.4.4. Psicoterapia Grupal.....32
1.4.4.1. Terapia Racional Emotivo Grupal.....33
2.METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION 34
1.4. 2.1. Antecedentes Del Problema 34
1.5. 2.2. Significado del Problema 35
1.6. 2.3. Definición del Problema..... 36
1.7. 2.4. Planteamiento del Tema..... 37
1.8. 2.5. Delimitación del Tema 37
2.5.1. Delimitación de Contenido..... 37
2.5.2. Delimitación Espacial..... 37
2.5.3. Delimitación Temporal del problema 38
1.9. 2.6. Hipótesis 38
1.10. 2.7. Variables e Indicadores..... 38
1.11. 2.8. Objetivos..... 39
2.8.1. Objetivo General 39
2.8.2. Objetivos específicos..... 39
1.12. 2.9. Paradigma..... 40
1.13. 2.10. Enfoque 41
1.14. 2.11. Diseño..... 42
1.15. 2.12. Modalidad Básica de Investigación..... 43
1.16. 2.13. Método de Investigación 44

1.17. 2.14. Análisis de Población y Muestra 45
1.18. 2.15. Instrumentos 47
2.15.1. Calidad de vida y disfrute Cuestionario de Satisfacción (Q-LES-Q) (anexo1) 47
2.15.2. Cuestionario de cambios en la Función Sexual: Desarrollo, fiabilidad y validez (CSFQ) (anexo2)..... 48
2.15.3. Historia Clínica (anexo 3) 48
3.CAPITULO: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 49
1.19. 3.1. Análisis descriptivo y sociodemográfico de la muestra 49
1.20. 3.2. Análisis de resultados del Test Q-LES-Q de Calidad de Vida 51
3.2.1. Fase de Pre-test 51
3.2.2. Fase de Post-test 54
1.21. 3.3. Análisis de resultados del Test CSFQ (Cuestionario de cambios en la función sexual: Desarrollo, fiabilidad y validez) 56
3.3.1. Fase de Pre-test 57
3.3.2. Fase de Post-test 60
1.22. 3.4. Características clínicas de la muestra (resumen) 64
1.23. 3.5. Diferencias de relación Pre-test/Post-test Q-Les-Q 65
1.24. 3.6. Diferencias de relación Pre-test/Post-test CSFQ 67
1.25. 3.7. Análisis de comparación de medias entre grupos Experimental I y Experimental II..... 69
3.7.1. Comprobación de supuestos en la variable calidad de vida 69
3.7.2. Comprobación de supuestos en la variable CSFQ 69
1.26. 3.8. Análisis de comparación de medias 70
1.27. 3.9. Tamaño del efecto 70
4.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 72
4.1.Conclusiones 72
1.28. 4.2.Recomendaciones 75
5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77
6.APÉNDICE I ..... .86
Introducción 87
Justificación de la guía..... 87
Sobre el concepto de Guías Clínicas..... 88
Las Guías Clínicas en el campo de la Psicoterapia..... 89

Sobre la presente Guía Clínica……90
Objetivos de la presente Guía Clínica……91
Colectivo al que va dirigida la investigación……91
Instrucciones para terapeutas……92
1.29. 6.1..GUÍA 1……93
1.30. 6.2. GUÍA 2..... 136

TABLA DE CUADROS

Cuadros.

Cuadro 1.1. Disciplinas que contribuyen a la conceptualización del término Calidad de Vida 6
Cuadro 1.2. Dimensiones de la Calidad de Vida 7
Cuadro 1.3. Indicadores de Calidad de Vida (Jean Endiccott)..... 9
Cuadro 1.4. Factores Psicosociales de riesgo o estrés..... .11
Cuadro 1. 5. Relaciones Sociales……..18
Cuadro 1.6. Criterios diagnósticos para el Deseo Sexual Hipoactivo 24
Cuadro 1.7. Diagnóstico diferencial 25
Cuadro 1.8. Modelos de intervención psicoterapéutica..... 27
Cuadro 1.9. Niveles de intervención Psicoterapéutica 28
Cuadro 1.10. Aspectos formales a tener en cuenta durante el trabajo terapéutico en grupos 32
Cuadro 3.01. Análisis descriptivo y sociodemográfico de los Grupos Experimentales 50
Cuadro 3.02. Distribución de la muestra en hojas de tallo de los grupos experimentales 52
Cuadro 3.03. Análisis de Resultados en la fase de Pre-test 53
Cuadro 3.04. Distribución de la muestra en hojas de tallo de los grupos experimentales 54
Cuadro 3.05 Análisis de Resultados en la fase de Pos-test..... 55
Cuadro 3.06 Distribución de los grupos experimentales en tallos de hoja..... 57
Cuadro 3.07. Resumen del procesamiento de los casos..... 58
Cuadro 3.08. Distribución de los grupos experimentales en tallos de hoja……..61
Cuadro 3.09. Resumen del procesamiento de los casos ……62
Cuadro 3.10 Características clínica de la muestra ……64
Cuadro 3.11. Diferencias Pre/Post-test cuestionario Q-Les-Q ……66
Cuadro 3.12. Diferencias Pre/Post-test cuestionario BASAL ……67
Cuadro 3.13 Características clínicas de la muestra (Post-test) ……70
Cuadro 3.14 Cálculo del tamaño del efecto ……71

TABLA DE GRÁFICOS

Gráficos.

Gráfico 3.01. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Pre-test) 53
Gráfico 3.02. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Post-test) 56
Gráfico 3.03. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Pre-test) 59
Gráfico 3.04. Medias de los indicadores entre los grupos experimentales 60
Gráfico 3.05. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (post-test)……63
Gráfico 3.06 Medias de los indicadores entre los grupos experimentales……..64
Gráfico 3.07. Diferencias de los grupos experimentales Pre/Post-test……..66
Gráfico 3.08. Diferencias de los grupos experimentales Pre/Post-test……..68

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de Calidad de Vida y su correlato con los niveles de Calidad de Vida de las mujeres, se derivan de factores relacionados con la satisfacción e insatisfacción emocional, familiar, conyugal y laboral. En la actualidad, la mujer es responsable de llevar a cabo varios roles ligados a la maternidad y el trabajo doméstico; sin embargo, a la par de estas responsabilidades ellas también participan en la integración social del grupo familiar y parte de la manutención económica, asumiendo de esta manera un doble rol laboral, el mismo que según investigaciones no ha sido reconocido ni valorado como tal, afectando directamente sobre la autovaloración de las mujeres y por consiguiente a su Calidad de Vida (Ramírez, 2004, pp 22-25).

Según Sau (1993, pp, 5-30) las mujeres al llevar un doble rol laboral se convirtieron en fantasmas de sus propios deseos y necesidades, ya que su misión era satisfacer las demandas y carencias de los demás. Es así que, sus propios problemas y necesidades se mantenían encubiertos manifestándose a través de señales psicosomáticas o problemas psicológicos invisibles para las ciencias médicas e inclusive para las mismas mujeres, provocando que estas llegasen a dudar de sus propios síntomas y de su salud mental, generando en ellas altos niveles de desesperación, incomprensión e indiferencia de quienes las rodean.

Por lo tanto, después de décadas de trabajo arduo de las mujeres por obtener los mismos derechos que su género opuesto, se puede observar que aun en la actualidad existen factores que impiden que una mujer se desarrolle completamente; uno de éstos es el llamado Trastornos de Deseo Sexual Hipoactivo; el mismo que al tratar de ser mitigado ha incidido en una serie de tratamientos farmacológicos cuyos resultados mayoritariamente han contribuido a la mejoría de los síntomas siempre y cuando éstos seas empleados periódicamente, provocando niveles elevados de culpabilidad y baja autoestima en la mayor parte de las mujeres (Dennerstein, Koochaki, Barton, y Graziottin, 2006, pp 212-222).

Es importante recalcar que la sexualidad humana no es un hecho estrictamente biológico que se pueda reducir puramente al coito o la genitalidad, sino que su verdadero significado se extiende hacia la adquisición de identidad de género, el auto concepto, las sensaciones y emociones que manifiesta durante el sexo y después de él, elementos psicosociales, biológicos y toda una serie de resultados físicos, relacionales y espirituales que inciden sobre la imagen introyectada del ser mujer en relación a la sexualidad (Brandenburg, Bitzer, 2009, pp, 124-127).

En la presente investigación se intenta dar a conocer a través de dos Guías Psicoterapéuticas Breves (cada una con técnicas y temáticas específicas dirigidas a dos grupos de mujeres seleccionados bajo criterios diagnósticos puntuales y divididos

aleatoriamente para a posteriori ser aplicados los reactivos de pre-test y post-test (Q-LES-Q y CSFQ) y de esta manera verificar la validez de las Guías) las diferentes estrategias terapéuticas para ayudar a las mujeres cuyo diagnóstico sea el de Deseo Sexual Hipoactivo y además de ello posean bajos niveles de Calidad de Vida relacionados con actividades familiares, conyugales y/o laborales.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Análisis teórico sobre la Calidad de Vida

1.1.1. Generalidades

1.1.1.1. Antecedentes Investigativos

El término Calidad de Vida es de uso reciente, aparece a mediados de los años 70's y se extiende hasta los años 80's. Su origen proviene principalmente de la medicina para luego extenderse hacia la sociología y finalmente la psicología, abarcando conceptos como la felicidad y el bienestar. A pesar de que se ha calificado al término como reciente, la preocupación individual y social por mejorar las condiciones de vida de las personas ha existido desde los inicios de la humanidad. Por estos motivos resulta limitante hablar acerca de un enfoque histórico único que lo defina, ya que es más actualidad que historia (Gómez, 2005, pp. 1-6).

Tanto en el Renacimiento como en la Edad Moderna, no se produjeron cambios importantes en cuanto a la mejora de la salud pública y de los derechos sociales; esto llegó ya en el tardío siglo XVIII y los inicios del siglo XIX para dar lugar a una legislación que regule el trabajo, el descanso, la enfermedad, la maternidad, la jubilación y la muerte; emergiendo paulatinamente el área del bienestar social (pp, 3-5). Sin embargo, es a través del reconocimiento de los derechos humanos llevados a cabo durante el siglo XIX que se dio lugar a nuevas formas de Calidad de Vida como: la libertad de creencias, opiniones y de su libre expresión, ganando así una nueva frontera social y política (p, 4).

Finalmente, es con el pasar de los años que la Calidad de Vida fue integrando aspectos que continúan en vigencia como: la salud e higiene públicas; extendiéndose posteriormente hacia los derechos humanos, laborales y ciudadanos, para abarcar finalmente aspectos relacionados con los bienes económicos; incluyendo la experiencia del sujeto en cuanto a su vida social, emocional y familiar (Bobes, González, Bousoño y Suárez Retuerta, 1993, pp, 1-9).

1.1.2. Aproximaciones conceptuales de la Calidad de Vida

1.1.2.1. Definición del término Calidad de Vida

A pesar de una aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de Calidad de Vida y la metodología empleada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo (Calman 1987, pp. 1-9). Para Schalock, 1996 el mismo está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora social, política, tecnológica y económica; al igual que puede ser utilizado para una serie de propósitos direccionados específicamente hacia la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción.

Por lo dicho anteriormente, la Calidad de Vida ha sido conceptuada como polivalente y multidisciplinaria, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes (Sison, 1994, pp, 33–40), hecho que se constata más adelante (Ver cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Disciplinas que contribuyen a la conceptualización del término Calidad de Vida

Medicina:	Asocia la Calidad de Vida con la salud psicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología y la ausencia de enfermedad.
Filosofía:	La asocia con la felicidad o una buena vida.
Economía:	Con la utilidad del ingreso o los bienes y servicios.
Sociología:	Con la inserción del individuo en el área social.
Política:	Como una meta a alcanzarse para la ciudadanía.
Ambientalistas:	Condiciones del ambiente en que vive, crece se reproduce y muere.

Fuente: Sison, 1994
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

Sin embargo, la naturaleza integradora del concepto no supone necesariamente su complementariedad lineal o total, al respecto conviene decir que los elementos que la integran dependerán de la subjetividad de cada persona, pueblo y nación.

1.1.2.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) establece 3 dimensiones de Calidad de Vida: a) física, b) mental y c) social (Ver cuadro 1.2); al respecto cabe señalar que la OMS entre sus principios no solo considera a la salud como la ausencia de la enfermedad; sino también como un estadio holístico de bienestar.

Cuadro 1.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

Dimensión Física:	Comprende la percepción del estado físico o de la salud, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento
Dimensión Psicológica:	Abarca la percepción del individuo acerca de su estado cognitivo y afectivo, al igual que incluye creencias personales y espirituales
Dimensión Social:	Se constituye por la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1948).
Elaborado por: Montes De Oca Carmen.

A partir de este postulado establecido por la OMS, el tema de la Calidad de Vida ha pasado a asumir un grado de importancia continuamente creciente, tanto en su investigación como en la aplicación de disímiles planes estratégicos, con la finalidad de mejorar las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida.

1.1.2.3. Indicadores de la Calidad de Vida

Los indicadores que constituyen la Calidad de Vida pueden variar incluso de sujeto a sujeto en un mismo grupo y tiempo; no obstante Levi y Anderson (1980, pp, 120-130), asumiendo una propuesta de las Naciones Unidas, enumeran los siguientes componentes como indicadores de Calidad de Vida: Salud, Alimentación, Educación, Trabajo, Vivienda, Seguridad Social, Vestidos, Ocio y Derechos humanos (pp.120-130).

Partiendo de estos estudios realizados por Levy y Anderson, es Endiccott (1993, pp, 13-14) (Ver cuadro 1.3),quien define como indicadores de Calidad de Vida a la salud física, los sentimientos subjetivos de bienestar, la escuela, actividades de ocio, relaciones sociales y actividades en general; así como satisfacción general con la vida; la misma que está relacionada estrechamente con cada uno de los indicadores antes mencionados por lo que podría ser legítimamente considerada como un indicador abreviado del resto de indicadores (pp.1177-1188).

Cuadro 1.3. Indicadores de Calidad de Vida

A.	**Salud:** Morbilidad, accidentes, invalidez, mortalidad, problemas de salud, riesgos en la población y su hábitat; recursos y servicios de salud que se ofrecen a la población cobertura y accesibilidad a ellos.
B.	**Estado de ánimo:** El grado de autonomía, la vida afectiva, la solidaridad social, el sentido colectivo-social, la tolerancia, entre otros.
C.	**Trabajo:** Producción, trabajo, empleo, nivel de vida, salarios y costo de la vida, ingresos, concentración económica.
D.	**Actividades en el hogar:** Satisfacción al realizar las actividades relacionadas con el hogar y la familia
E.	**Tiempo Libre:** Recreación física, emocional y psíquica
F.	**Relaciones Sociales:** Seguridad-inseguridad, oportunidades sociales, relaciones interpersonales, participación social, accesibilidad a servicios y beneficios sociales.
G.	**Educación:** Accesibilidad al sistema educativo
H.	**Actividades Generales:** Satisfacción general de las actividades diarias

Fuente: Endicott, J., (1993)
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

Finalmente de los indicadores nombrados por Endicott nacen los ejes que dirigirán la presente investigación.

1.1.2.4. La Salud y su relación con la Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948 pp.93-107) especifica que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social. En una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (1987) se dio a conocer que las mujeres perciben tener más molestias y enfermedades que los varones[1]. Profundizando, es Miguel (1992, nombrado por Cardenal 2007, pp, 67-68) quien plantea una lista de males o síntomas que las amas de casa habían padecido durante el último mes; en sus datos 46% manifestó haber padecido síntomas de depresión, ansiedad o estrés y más del 20% manifestaron distintas dolencias físicas, como dolores musculares, de cabeza, insomnio, entre otros.

Dentro de este marco de referencia ha de considerarse que las amas de casa que poseían mayor tiempo libre eran las que manifestaban un mayor número de síntomas que aquellas cuyo tiempo libre era limitado. Por lo tanto, es Verbrugge (1984, nombrado por Herránz 2000, pp, 199-200) quien da a conocer que las mujeres que eran madres poseían una salud física ligeramente superior a las que no lo eran, siendo el trabajo remunerado, el matrimonio, y la maternidad otras variables relacionadas con una mejor salud. Con

[1]Este fenómeno se explica a través del segundo informe emitido por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo denominado "Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida", el cual considera que debido a la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, las tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, la competitividad, abusos y violencia de género; la doble jornada laboral, entre otros; podrían explicar que ellas posean menores niveles de salud y menor expectativa de vida saludable en comparación con los hombres.

respecto a lo dicho anteriormente la autora concluye dando a conocer que el mejor nivel de salud se da en aquellas mujeres con roles múltiples y el más deficiente se da en aquellas que no realizan actividades laborales, que no tienen pareja o hijos.

Finalmente cabe recalcar que Verbrugge (1984) también manifiesta que, para que exista una mejor salud en la ama de casa que desempeña un doble rol laboral; será necesario que éste se desarrolle en un ambiente adecuado; es decir, sin exponer a la mujer a factores de riesgo que podrían afectar a su salud mental, física y emocional, atentando de esta manera contra su Calidad de Vida.

1.1.2.5. Los Estados de Ánimo y su relación con la Calidad de Vida

Los estados de ánimo se caracterizan por ser autónomos y relativamente duraderos en el tiempo; los mismos no están asociados a expresiones faciales, corporales ni precedida por eventos fácilmente predecibles, por lo tanto, los estados de ánimo son considerados como medios para modular la cognición y están constituidos por afectos y emociones (Davidson, 1994 pp. 741-748).

Por lo dicho anteriormente, varias investigaciones han llegado a la conclusión de que las mujeres presentan alteraciones afectivas y emocionales con mayor frecuencia que los hombres (Shear, 1997, pp, 69-76) y, aunque no se ha logrado identificar un causal directo se ha determinado que intervienen factores biológicos (hormonales, genéticos), sociales, ambientales y otros propios del estilo de vida cada mujer (Dennerstein, 1993, pp, 20-22).

De igual manera, a pesar de que los estados de ánimo presentan fluctuaciones constantes dentro del marco de una estabilidad, en ocasiones estas variaciones pueden llegar a ser patológicas (depresión, euforia, disforia, otros), convirtiéndose en características esenciales de los trastornos del estado de ánimo, afectando directamente la Calidad de Vida de las mujeres (Almela, 2007, pp, 69-113). Por lo tanto, dichas patologías podrían resultar de un trabajo caracterizado por el estrés, la frustración, la fatiga, la rutina y sentimientos de soledad; provocando bajos niveles de Calidad de Vida.

Finalmente expertos como Chávez y Ramírez (2010, pp, 35-43) sugieren que, junto con la ayuda de un experto se logre identificar la sintomatología y las causas asociadas a los cambios de humor; sin embargo Moreno y Blanco (1995, pp, 120-122) plantean que para evitar fluctuaciones constantes en el estrado de ánimo, sería necesario plantear una serie de cambios ligados a la alimentación y rutinas diarias; además de aprender a expresar

emociones y sentimientos, dando como resultado estabilidad emocional y mejoras en la Calidad de Vida

1.1.2.6. El Trabajo y su relación con la Calidad de Vida

Equilibrar el rol laboral y el rol familiar es una tarea a la que se enfrentan hombres y mujeres, sin embargo las contribuciones relativas de hombres y mujeres a las tareas del hogar, se ajustan a la hipótesis de que el conflicto familia-trabajo es mayor para las mujeres, sobre todo en madres trabajadoras que tienen una gran carga doméstica (McLean, 2002, p, 15); lo que daría lugar según investigaciones realizadas por Cox y Griffiths (1996, pp, 135-136), a que las mujeres se expongan a una serie de factores psicosociales de riesgo (Ver cuadro 1.2) que afectarían tanto su salud física como psicológica.

Cuadro 1.4. Factores psicosociales de riesgo o estrés

Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, bajo uso de habilidades
Sobre carga y ritmo:	Exceso de trabajo, alta presión
Control:	Baja participación en toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición en las tareas.
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones interpersonales, falta de apoyo
Seguridad contractual	Trabajo precario, incertidumbre de futuro laboral, insuficiente remuneración.

Fuente: Cox y Griffiths, 1996
Elaborado por: Montes De Oca Carmen.

Al respecto conviene recalcar que estos factores podrían ser causa en las mujeres de: a) reducción de la salud emocional y psicológica, b) deterioro de la salud física y c) desgaste laboral debido a la mala calidad o bajo entusiasmo en el trabajo. Sin embargo, estudios recientes dan a conocer que, cuando las amas de casa desempeñan otros roles no relacionados con los factores familiares presentan mayores niveles de autoestima y satisfacción, lo que incide en su bienestar y mejora de la Calidad de Vida (Miller, Moen y Dempster 1991, nombrado por Cardenal 2007, pp, 70-71).

Cabe concluir diciendo que un importante factor para la salud física, psicológica y social de la empleada como del ama de casa, en exclusiva lo constituyen fundamentalmente sus condiciones de trabajo; es decir, no es si el empleo es bueno en general para la salud psicosocial de todas las mujeres, sino cuales son las condiciones, el tipo de trabajo a

realizarse, y si éstas serán beneficiosas o perjudiciales para las circunstancias vitales particulares de las mujeres.

1.1.2.7. Actividades en el Hogar y su relación con la Calidad de Vida

Durante un importante estudio sobre las amas de casa y sus sentimientos con respecto al trabajo en el hogar realizado por Oakley (1974, pp, 35-50), se dio a conocer que las tareas del hogar suscitaban una mezcla de sentimientos encontrados, en especial de insatisfacción, siendo sus razones más comunes la monotonía, la soledad, la falta de estructura y la cantidad de horas empleadas en él, de igual manera Berheide (1984, pp, 37-56) concuerda con Oakley al decir que las tareas domésticas son altamente rutinarias, repetitivas y solitarias.

Oakley (1974 pp, 35-50) en sus investigaciones da a conocer que las mujeres invertían un promedio de 77 horas semanales en las tareas domésticas y un promedio de entre tres mil y cuatro mil horas anuales de su tiempo; 48 horas era la que menos tiempo empleaba a las tareas del hogar, sin tomar en cuenta que la mujer que dio a conocer este número laboraba a tiempo completo fuera de su casa. A pesar de lo llamativas que pueden ser éstas estadísticas, no son siquiera un reflejo de la constante e inconmensurable atención que las madres deben prestar a sus hijos. Por lo tanto, así como las tareas y deberes

maternales de una mujer se dan siempre por entendidas, el interminable trabajo de ésta como ama de casa en pocas ocasiones suscita expresiones de reconocimiento dentro de su propia familia. Por lo dicho anteriormente cabe señalar que solamente un 15% de las mujeres que trabajan para el mercado se distancian del trabajo doméstico, por lo tanto, el resto de mujeres indiscutiblemente llevará a cabo varios roles; entre ellos: a) ser esposa, b) madre, c) ejercer una profesión, d) quehaceres domésticos, entre otros.

Finalmente; la Calidad de Vida en las mujeres que llevan a cabo esta ardua tarea estará determinada específicamente por el entorno, el tipo de actividades que realiza dentro del hogar, nivel relacional en casa y los niveles de satisfacción por las tareas a realizarse.

1.1.2.8. Actividades de tiempo Libre y su relación con la Calidad de Vida

Usualmente el término “Tiempo Libre” es una expresión que se usa para describir actividades de ocio**.** Dumazedier (1995, pp, 27-36) define al Tiempo Libre como el tiempo que existe después del trabajo ordinario que puede ser ocupado en otros trabajos voluntarios. Además, las fronteras del trabajo doméstico al momento de hablar de tiempo libre son borrosas, en la medida en que no está definido claramente cuál es su límite, restringiendo al ama de casa de un horario para el esparcimiento.

Por lo tanto, al hablar de tiempo libre se puede hablar de un componente que puede dificultar la visualización del trabajo doméstico como tal, dado que si las actividades que realiza el ama de casa son placenteras, parecería entonces que no es trabajo. Al respecto; salvo en aquellos casos en que coincida con una actividad de esparcimiento personal, es igualmente trabajo. Por otro lado debido a la naturaleza misma del trabajo doméstico, esta puede descomponerse de algunas tareas que pueden ser más amenas a quienes lo realizan o menos satisfactorias para otras.

Es por lo dicho anteriormente que a diferencia del trabajador, el ama de casa puede elegir y decidir que tareas realiza y cuáles no, sin embargo siempre predominarán en su lista de deberes domésticos aquellas cuya rutina será más pesada y desagradable, y que en última instancia hasta podría llegar a opacar el resto de actividades recreacionales que la mujer pueda tener, afectando de esta manera su Calidad de Vida. Por otro lado Márquez (1995, pp, 40-50) da a conocer que el aumento de confianza, de estabilidad emocional, de independencia, de satisfacción sexual, de eficiencia en el trabajo, disminución en el estrés y depresión; son efectos inmediatos producidos luego de realizar actividades productivas durante el transcurso del tiempo libre.

Finalmente la oferta recreativa durante el tiempo libre para la mujer no está limitada; la cantidad de recursos ya sean deportivos, culturales, sociales, de formación académica, entre otros, es muy superior a épocas pasadas, lo cual permite al usuario escoger de

varias opciones la que mejor se ajuste a sus aptitudes y necesidades, aportando de esta manera al mejoramiento de los niveles de Calidad de Vida, por ello es importante que el ama de casa trate de designarse un momento en el que pueda realizar actividades recreacionales.

1.1.2.9. Relaciones Sociales y Calidad de Vida

Las relaciones sociales o interpersonales constituyen un papel fundamental en el desarrollo integral de las personas, a través de ellas el sujeto obtiene los recursos sociales que vienen del entorno con la finalidad de favorecer a la adaptación en el mismo; por lo contrario, la carencia de estas actividades podrían llegar a provocar rechazo, aislamiento, baja autoestima y desarrollo de trastornos emocionales en quienes no han integrado las relaciones sociales a su desarrollo; afectando directamente su Calidad de Vida.

Por lo dicho anteriormente es Blanco y Díaz (2005, pp, 582–589) quien recalca la importancia de las relaciones sociales en la mujer; dando a conocer que éstas favorecen en el incremento de su auto valoración e integración social; además da a conocer que las relaciones sociales están compuestas por cinco dimensiones (Ver cuadro 1.8).

Cuadro 1.5. Relaciones Sociales

- **Integración Social**: calidad de las relaciones con la sociedad y con la comunidad, sentimiento de pertenencia, lazos sociales
- **Aceptación Social**: Confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
- **Contribución Social:** Sentimiento de utilidad de que se es un miembro vital de la y para la sociedad.
- **Actualización Social** Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar
- **Coherencia Social**: Sensación de que se es capaz de comprender lo que sucede a nuestro alrededor.

Fuente: Blanco y Díaz (2005)

Elaborado por: Montes De Oca Carmen

En consecuencia, cada uno de los factores nombrados por Blanco y Díaz son indispensables para el desarrollo integral de las mujeres, tanto en su área familiar y laboral. Finalmente, como resultado de los estudios realizados por Keyes (2005, pp, 538-548)se demuestra que el bienestar social de las mujeres está sólidamente relacionado con la satisfacción general con la vida, la participación en actividades voluntarias, la colaboración en la solución de problemas, el bienestar psicológico y el bienestar social, favoreciendo de esta manera a una Calidad de Vida estable y satisfactoria.

1.2. Estudio acerca del Deseo Sexual Hipoactivo

1.2.1. Antecedentes Investigativos

Fue Kaplan (1982, pp, 61-80) quien introdujo la fase de deseo sexual como parte de la respuesta sexual humana, la misma se caracteriza por poseer un conjunto de cambios físicos y hormonales frente a la estimulación de las zonas erógenas. Para investigadores como Masters y Johnson (1998, pp, 67–90) un 50% de las parejas heterosexuales presentan a lo largo de su vida algún tipo de disfunción sexual, mientras que Frank, Anderson y Rubistein (2000, pp, 111-125) describen que la prevalencia de las disfunciones sexuales en parejas es de un 40% en los varones y 60% en las mujeres.

Como consecuencia de esto, las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar adecuadamente en una relación sexual; los cuales en términos específicos se referirán a eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo, anorgasmia femenina, vaginismo y en un bajo nivel trastornos del orgasmo masculino (pp, 111-125),por ello Masters y Johnson (1998, pp, 67–90) manifiestan que a lo largo del ciclo vital del ser humano las oscilaciones sexuales son normales. En tal sentido, la diferencia entre un trastorno y una presentación eventual de la sintomatología hipoactiva radicará en la intensidad de los síntomas y su prevalencia

1.2.2. Definición del Deseo Sexual Hipoactivo

El Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) se caracteriza por ser una disfunción sexual común en ambos sexos, aunque, según estudios realizados por Kaplan (1979, pp, 61-80) este fenómeno es mucho más frecuente en las mujeres y se caracteriza por una falta de interés por la actividad sexual, a lo cual la describió como una falta de "apetito sexual" característica tanto de personas que poseen en sus vidas algún tipo de acontecimiento estresante, como en personas que no presentan ningún tipo de desencadenante o dificultad para realizar el acto sexual, siendo sus principales características un desinterés marcado por realizar el coito, ausencia de pensamientos, fantasías e interés por cualquier tipo de conducta sexual.

1.2.3. Etiología del Deseo Sexual Hipoactivo

Para determinar las causas del Deseo Sexual Hipoactivo autores como Masters, Johnson y Kolodny (1987, pp, 120-140), propusieron la diferenciación entre aquellas de origen orgánico (como estados carenciales de hormonas, alcoholismo, insuficiencia renal, abuso de fármacos, de drogas o enfermedades crónicas graves) de las relacionadas con factores psicosociales (como depresión, traumas sexuales, baja autoestima, imagen deteriorada del cuerpo, y problemas relacionados con la relación de pareja) como factores determinantes para un desempeño sexual satisfactorio.

Por otra parte Labrador (1987, pp, 120-135) realiza un especial énfasis en las causas psicológicas como autores de las disfunciones sexuales, entre las que destaca los estados depresivos, el bajo nivel de autoestima, imagen corporal deteriorada y ansiedad. Estudios realizados por Person, Terestman, Myers, Goldberg, Salvadori y Gender (1989, pp, 187-198) también hacen referencia al área psicológica de la persona como determinantes de una sexualidad sana, pero al referirse a los diferentes traumas sexuales, manifiestan que éstos podrían llevar al sujeto a mantener niveles elevados de sentimientos de culpa y de negatividad o rechazo ante el acto sexual.

De igual manera estos investigadores hacen referencia al estrés o la fatiga situacional como un desencadenante más del Deseo Sexual Hipoactivo, al igual que los cambios hormonales o emocionales y la monotonía en la forma de abordar la relación sexual (siempre que la relación de pareja esté estable) (pp, 1987-1989). Además; el hecho que la persona posea algún tipo de temor hacia la intimidad también se ha considerado como un factor generador de pérdida del deseo sexual y, en ocasiones, la distancia también es utilizada como refugio contra un vínculo demasiado cercano.

1.2.4. Criterios Diagnósticos para el Deseo Sexual Hipoactivo

Según el DSM IV-TR[2] (2002, pp, 508-511) el Deseo Sexual Hipoactivo se caracteriza por la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual de forma persistente y recurrente, la misma que provoca un malestar acusado y dificultades interpersonales. De igual manera manifiesta que las particularidades de sus síntomas dependerán estrechamente de la edad, el género y el contexto, los mismos que forman parte de los 3 criterios que el DSM IV-TR propone para el diagnóstico de este trastorno.

En consecuencia estas personas presentan poca motivación para dar lugar a la intimidad sexual al igual que bajos niveles de frustración ante la privación del coito. En algunos casos las personas que poseen Deseo Sexual Hipoactivo incitan a sus parejas a llevar a cabo el acto sexual a pesar de que no se sientan totalmente atraídos por el mismo debido a que se ven compensados por otro tipo de gratificaciones (observación del placer de la pareja, intimidad o mantenimiento de la relación de pareja).

Por lo dicho anteriormente es necesario tener en cuenta todos los factores que aquejan a la mujer en el momento de realizar el diagnóstico, entre ellos se deberá tomar en cuenta la evolución del problema, es decir, si es de inicio reciente o si se produjo en todas las

[2]Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de psiquiatría.

relaciones estables, al igual que los antecedentes del deseo sexual por parte del compañero actual (momento en el que se dio lugar a la disminución del apetito sexual), circunstancias vitales determinadas durante la relación tales como dificultades laborales, conyugales o familiares; y finalmente enfermedades o cambios emocionales que hayan afectado directamente la estabilidad de la persona.

1.2.4.1. Criterios diagnósticos según DSMIV-TR para F52.0 Deseo Sexual Hipoactivo (302.71)

El DSMIV-TR (2002, pp, 520-525) propone los siguientes criterios diagnósticos como indicadores de la sintomatología hipoactiva (Ver cuadro 1.6).

Cuadro 1.6. Criterios diagnósticos para el Deseo Sexual Hipoactivo según DSM IV-TR

A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:	•	De toda la vida (Primario)
	•	Adquirido (Secundario)
Especificar tipo:	•	General
	•	Situacional
Especificar	•	Debido a factores psicológicos
	•	Debido a factores combinados

Fuente: DSM IV-TR (2002)
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

1.2.5. Curso

La edad de inicio para los individuos que presentan deseo sexual hipoactivo de tipo primario inicia desde la pubertad. Con más frecuencia el trastorno se presenta durante la vida adulta luego de haber presentado un nivel de interés sexual normal debido a malestares psicológicos, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales a lo cual se lo conoce como Deseo Sexual Hipoactivo de tipo secundario (DSM-IV TR 2002, pp, 520-525).

1.2.6. Diagnóstico diferencial del Deseo Sexual Hipoactivo

Para obtener un diagnóstico adecuado (Ver cuadro 1.7) es necesario diferenciar el Deseo sexual Hipoactivo del resto de trastornos sexuales que también son objeto de atención médica.

Cuadro 1.7. Diagnóstico Diferencial

- **T. Sexual debido a enfermedad médica** :Los efectos fisiológicos de una enfermedad biológica infieren directamente sobre el individuo
- **T. Sexual Inducido por sustancias:** Cuando el individuo tiene una enfermedad y se está haciendo tratar con medicamentos y presenta deseo sexual hipoactivo no debido a la enfermedad sino por efecto de los antibióticos
- **Deseo Sexual Hipoactivo Debido a la combinación de Factores:** Cuando se presenta un deseo sexual Hipoactivo junto con el consumo de sustancias pero cuando se conoce que el mismo no está siendo producido por los efectos fisiológicos directo de la sustancia
- **Trastorno sexual debido a enfermedad médica y Trastorno sexual inducido por sustancias:** Cuando se presenta deseo sexual hipoactivo debido a una enfermedad médica y por el uso de fármacos

Fuente: DSM-IVTR, Masson S.A (1995)
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

El diagnóstico adicional puede ser el apropiado si la disminución del deseo precede al trastorno del Eje 1 o si el mismo es independiente de atención clínica. No se considera como diagnóstico de deseo sexual hipoactivo si este no está acompañado de malestar intenso o de dificultades que perjudiquen las relaciones interpersonales (DSM-IV TR, 2002, pp, 520-525).

1.3. Intervención psicológica

1.3.1. Definición y Características de la Intervención Psicológica

Se conoce como intervención psicológica a la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducirlos y/o superarlos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas (Trull & Phares, 2003, pp, 293-320).La intervención psicológica se caracteriza por aplicar los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por la psicología clínica para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998, pp, 4-23-430).

1.3.2. Modelos de intervención Psicoterapéutica

Como ya se había mencionado anteriormente, la intervención psicoterapéutica es un procedimiento que utiliza técnicas, instrumentos, medios e instrucciones psicológicas

para tratar de intervenir y solucionar diversos problemas, es por ello que cada uno de los tipos de intervención poseen una base teórica llamada “modelos de intervención psicoterapéutica” (Ver cuadro 1.8) en la cual se basan los conocimientos; destrezas, técnicas y habilidades empleadas por el profesional.

Cuadro 1.8 Modelos de intervención Psicoterapéutica

Modelo	Características
Psicodinámico	Los síntomas son el resultado de conflictos inconscientes intrapsíquicos y/o interpersonales, de la rigidez de los mecanismos de defensa y de la fijación y regresión a etapas anteriores del desarrollo. Pretende resolver los conflictos intrapsíquicos, disminución y manejo de impulsos, insight intelectual y emocional.
Conductismo	Se centra en los procesos conductuales, su terapia se centra en el aquí y ahora; presta menos atención a los sucesos históricos y asume que las conductas son adquiridas debido al aprendizaje que viene del entorno
Humanista	Pretende ayudar al sujeto a desbloquear sus procesos interiores mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: a) empatía, b) consideración positiva incondicional y c) congruencia la cual está centrada en el cliente.
Cognitivo	Es un modelo activo, directivo y de breve duración. Utiliza el modelo explicativo y sugiere técnicas específicas para la resolución de problemas. Pretende principalmente modificar la estructura psíquica del sujeto.
Sistémico	Los síntomas del paciente identificado son el resultado de disfunciones en la estructura y comunicación del sistema familiar. Pretende modificar las pautas disfuncionales de comunicación e interacción.

Fuente: Bados 2008
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

En referencia al cuadro presentado, cabe señalar que cada uno de los modelos de intervención varían en diversos aspectos tales como: a) formas de concebir tanto la conducta normal como anormal, b) factores relevantes en el desarrollo y mantenimiento

de dichas conductas, c) trastornos, d) modos de recoger datos pertinentes, e) objetivos a conseguir con la intervención y modo de lograr alcanzar los objetivos.

1.3.3. Niveles de Intervención Psicoterapéutica

La intervención psicológica puede llevarse a cabo en distintos niveles, mismos que no son excluyentes uno de otro; por lo tanto, es posible que durante el proceso psicoterapéutico se puedan combinar dos o más tipos de intervención según sea el caso. A continuación se desarrollan los niveles de intervención.

Cuadro1.9. Niveles de Intervención Psicoterapéutica

- **Individual:** es uno de los más frecuentes, el terapeuta trabaja con una persona de manera exclusiva para contribuir a reducir, superar y/o eliminar comportamientos de riesgo, adquirirlo potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad, entre otros.
- **Terapia de pareja:** Está recomendado cuando el problema es de dos o más miembros, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros están dispuestos a participar
- **Familiar:** Este tipo de intervención se centra en entender el modelo familiar, sus características, abordaje y solución de conflictos, características de comunicación e interacción.
- **Intervención en grupo:** Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten problemas similares o tengan un objetivo común y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente
- **Intervención en la comunidad:** En las intervenciones en la comunidad se trata de modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades.

Fuente: Bados, (2008)
Elaborado por: Montes De Oca Carmen

Finalmente cada uno de los niveles expuestos se basan en una interacción humana única entre dos personas (terapeuta-paciente), o más; por consiguiente, el fracaso de una intervención comunitaria tiene mayores repercusiones que las de una intervención en nivel familiar, grupal, o individual debido a que los efectos de la psicoterapia podrían influenciar de manera negativa a todos los miembros si es que el proceso no ha sido desarrollado adecuadamente.

1.4. Psicoterapia Breve

1.4.1. Conceptualización de la intervención Psicoterapéutica Breve:

La psicoterapia breve se dio lugar en respuesta a las diferentes exigencias del sistema de salud acerca del empleo de terapias psicológicas de corta duración y significante efectividad, ésta surge como una intervención de tiempo y costos reducidos, pero con resultados favorables durante su práctica clínica, brindando al paciente ayuda, apoyo rápido y concreto ante situaciones que por el contexto en el cual se encuentran resultaba difícil proporcionar un tratamiento más prolongado y profundo para solucionar sus problemas (Bellak y Small, 2004, pp, 19-25). Finalmente, es por antes nombrado que se la puntualiza como una estructura terapéutica que trabaja específicamente sobre el motivo de consulta del paciente.

1.4.2. Psicoterapia Breve Cognitivo Conductual

La Psicoterapia Breve Cognitivo Conductual maneja principios derivados de las teorías del comportamiento y del aprendizaje social, se lo ha considerado como el enfoque más accesible debido a la claridad de su estructura y la brevedad de su temporalidad, por ello esta terapia resulta ser ampliamente utilizada por los profesionales a fin de tratar y solucionar las diferentes demandas inmediatas del paciente (Bellak y Small, 2004, pp, 56-65). En efecto, la Psicoterapia Breve Cognitivo Conductual propone diversos modelos clínicos, entre sus autores principales se encuentra a Aaron Beck con su terapia cognitiva de la depresión, Albert Ellis y la terapia racional emotiva, Jeffrey Young y la terapia de los esquemas, entre otros (Bellak y Small, 2004, pp, 56-70).

La cognitividad del modelo, se basa específicamente en que los diferentes estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad, y la ira, son frecuentemente mantenidos por los pensamientos distorsionados que mantienen las personas; en ese mismo sentido el papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincráticos de pensamientos y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica (Riso, 2006, pp, 1-30). Por otro lado en cuanto a la conducta, las diferentes técnicas conductuales son empleadas durante el proceso psicoterapéutico con la finalidad de modificar como su palabra lo dice; las conductas, actos y formas de asumir la realidad (Fernández, Díaz y Villalobos pp, 2011, 553-598).

Finalmente este tipo de intervención se basa en considerar al paciente como un conocedor de sí mismo, siendo el objetivo del terapeuta contrarrestar empíricamente sus ideas, creencias y estudiar su manera de comportamiento de forma sistemática, con la finalidad de realizar una reestructuración cognitiva y conductual a fin de potencializar y desarrollar habilidades para que el sujeto logre enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y también logre prevenirlas.

1.4.3. Psicoterapia Breve Racional Emotivo Conductual (TREC)

La terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) fue creada por Albert Ellis en el año de 1955, esta se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad. La finalidad de esta intervención consiste en que el paciente logre identificar sus pensamientos y emociones irracionales a través de varias técnicas propias de la TREC, con la finalidad de reemplazar los pensamiento y emociones inadecuadas por otros más racionales o efectivos, que le permitan alcanzar con mayor eficacia metas tanto cognitivas como conductuales a través de la racionalización de las emociones y pensamientos (Ellis y Becker, 1982, pp, 10-30)

Finalmente este modelo pretende explicar que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen; por lo tanto, según Ellis, no son las situaciones lo que determinan las emociones y actos; sino que éstos serían determinados por cómo son asumidos.

1.4.4. Psicoterapia Grupal

La terapia de grupo es una actividad que se lleva a cabo de manera planificada bajo la guía de un profesional. Este tipo de psicoterapia centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales y, al igual que la psicoterapia individual, ésta tiene como objetivo principal lograr cambios y desarrollar habilidades positivas tanto conductuales como emocionales en las personas que participan de ellas y debido a la interacción de los miembros se deben tomar en cuenta ciertos factores que podrían afectar a la relación y composición del grupo. (Ver cuadro 1.10)

Cuadro 1.10 Aspectos formales a tener en cuenta durante el trabajo terapéutico con grupos

Recursos: Infraestructura adecuada y cómoda **Número de participantes:** El terapeuta es quien considera el número apropiado **Estructura del grupo**: El mismo puede ser de tipo abierto o cerrado. Se lo considera abierto cuando ingresan y salen pacientes, mientras que es cerrado cuando en éste concluyen la terapia un grupo determinado de pacientes. **Homogeneidad de los participantes:** Los grupos podrían estar estructurados en cuestión de edad, tipo de sintomatología, nivel cultural, entre otros. **Duración:** éstas se llevarán a cabo de acuerdo a las necesidades de los temas a tratarse, de los participantes y el nivel de comprometimiento.

Fuente: Arias 2010, pp, 12-13
Elaborado por: Montes de Oca Carmen

Es por lo tanto fundamental que el profesional tome en cuenta cada uno de los factores anteriormente expuestos con la finalidad de garantizar el proceso terapéutico y obtener los resultados inicialmente planteados.

1.4.4.1. Terapia Racional Emotivo Conductual Grupal

La terapia Racional emotivo conductual inicialmente creada por Ellis, considera que al igual que las intervenciones individuales es posible lograr objetivos terapéuticos a través de psicoterapia TREC grupal, cuyos objetivos radicarían en que los participantes logren identificar y modificar sus síntomas comportamentales, conductuales y emocionales.

Al igual que otras intervenciones de tipo grupal, la TREC también considera que factores como el número de pacientes, la estructura del grupo, la homogeneidad de los participantes y el número de sesiones, son fundamentales al momento de dar lugar a este tipo de intervención. Principalmente técnicas emotivas, cognitivas, y conductuales con combinadas entre sí para dar lugar a al cumplimiento de los objetivos planteados por el terapeuta (Ellis, 1996, pp, 20-50).

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes Del Problema

La Calidad de Vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida por sueños, otras por la felicidad y en otras ocasiones por la percepción de un bienestar general, lo cual la ha llevado a desarrollarse como un término pluridisciplinar en el que muchos profesionales han dado sus aportes. La Calidad de vida se ha visto influenciada por los aspectos cualitativos propios de la cotidianidad de la vida relacionándose a este término el bienestar laboral, social, emocional y económico (Bobes, González, Bousoño, 1993, pp, 1-9).

Calman (1984, pp, 45-47) sugiere que la Calidad de Vida es el espacio entre las expectativas del paciente y sus propios logros, por lo que considera que entre menor es el espacio mayor será la percepción de una buena Calidad de Vida (pp. 124-127). Hörnquist (1989, pp, 68-79) la describe como la percepción global de satisfacción del

individuo ante un determinado número de áreas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. Mientras que Patrick y Erickson (1988, pp, 103-126) define la Calidad de Vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocados por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud.

Se destaca de que la idea de Calidad de Vida está influenciada por el entorno físico y social, así como por la reacciones del individuo a ese entorno. En la ciudad de Ambato 3 de cada 10 de las mujeres que asisten al Centro de Salud N°1 según registros médicos llevados a cabo durante el período 2012 - 2013 en el departamento de estadística; acuden diariamente con la finalidad de mitigar diferentes tipos de enfermedades, las cuales según testimonios de las pacientes aparecieron casi al mismo tiempo en el que se presentaban problemas de índole personal ya sean éstos económicos, familiares, de pareja, laborales, entre otros, lo cual provocaba que su bienestar emocional y sexual decreciera afectando directamente su calidad de vida

2.2. Significado del Problema

En la actualidad debido a las diferentes maneras en las que el ser humano ha tenido que ajustarse al medio ha traído como consecuencia que éste poco a poco vaya dejando de

lado los placeres simples de la vida para ser parte de un entorno donde predominan factores como el sedentarismo y el estrés; los cuales han ido afectando de una forma abrumadora el tipo de Calidad de Vida de las personas, las mismas que no sólo aquejarán negativamente a quien manifiesta padecerla, sino también al grupo inter-accional, es decir, la familia, el cónyuge, amigos, entre otros.

Debido a éstas circunstancias aspectos personales como la sexualidad se ven afectadas directamente por el patrón de vida que lleva el sujeto siendo éste uno de los principales motivos de consulta en el departamento de ginecología y psicología en el Área de Salud N°1 de la ciudad de Ambato. Este es un problema recurrente al que actualmente no se le ha propuesto un plan de acción debido a que la mayor parte de las personas que lo padecen ignoran su origen y la forma en que éste influye sobre su Calidad de Vida, al igual que manifiestan creer que sus problemas sexuales poseen bases biológicas, mas no psicológicas con algunas excepciones.

2.3. Definición del Problema

¿Cómo mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo en el Área de salud N°1 en la ciudad de Ambato, a través de la elaboración y aplicación de una Guía Psicoterapéutica breve?

2.4. Planteamiento del Tema

"Guía de intervención psicoterapéutica breve con énfasis en el mejoramiento de la calidad de vida dirigida a mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo el Área de Salud N°1 en la ciudad de Ambato

2.5. Delimitación del Tema

2.5.1. Delimitación de Contenido

- Campo: Psicológico
- Área: Psicoterapia
- Aspecto: Intervención psicoterapéutica breve

2.5.2. Delimitación Espacial

- Provincia: Tungurahua
- Ciudad: Ambato
- Institución: Área de Salud N° 1 de la Ciudad de Ambato
- Área o Departamento: Psicología y Ginecología
- Dirección: Calle Lalama 429

2.5.3. Delimitación Temporal del problema

- Inicio: Julio – 2013
- Finalización: Noviembre – 2014

2.6. Hipótesis

La elaboración y aplicación de la Guía Psicoterapéutica breve mejorará la calidad de vida y consecuentemente elevará el Deseo Sexual Hipoactivo de las mujeres que asisten al Área de Salud N°1 en la Ciudad de Ambato

2.7. Variables e Indicadores

- **Variable Independiente:** Calidad de Vida
- **Indicadores:** Salud
  - Actividades Generales
- **Variable Dependiente:** Deseo Sexual Hipoactivo
- **Indicadores:**
  - Ausencia de fantasías sexuales
  - Falta de iniciativa para comenzar relaciones sexuales
  - Rechazo frente a estímulos sexuales
  - Conductas evitativas con la pareja

2.8. Objetivos

2.8.1. Objetivo General

Elaborar y aplicar una guía de intervención psicoterapéutica breve dirigida a mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo relacionado a su calidad de vida en el Área de Salud N°1 en la ciudad de Ambato"

2.8.2. Objetivos específicos

- Desarrollar una guía de intervención psicológica para el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes que presentan Deseo Sexual Hipoactivo.
- Seleccionar la muestra que formará parte de la investigación bajo criterios de clasificación específicos para el presente estudio.

- Valorar los criterios acerca de la calidad de vida a través de la aplicación del cuestionario Q-LES-Q (Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer) en una fase inicial de pre-test.

- Evaluar la presencia del Deseo Sexual Hipoactivo a través del "Cuestionario de Cambios de la Función sexual" (CSFQ)en una fase inicial de pre–test.

- Aplicar la Guía Psicoterapéutica Breve para el mejoramiento de la calidad de vida en mujeres que presentan deseo Sexual Hipoactivo en el Área de Salud N°1 en la ciudad de Ambato de forma grupal.

- Re-evaluar las áreas de Calidad de Vida e Hipoactividad sexual en una fase post test, mediante la aplicación del test Q-LES-Q y CSFQ.

2.9. Paradigma

El presente trabajo de investigación se cimenta en el paradigma de tipo experimental, que comprende el estudio de un objeto en el cual el investigador crea las condiciones necesarias o adecúa las existentes, para el esclarecimiento de las propiedades y relaciones del objeto, que son de utilidad en la investigación.

2.10. Enfoque

El enfoque cualitativo es empleado para descubrir y refinar preguntas de investigación, el mismo que posee un enfoque más holístico; tomando en cuenta las características generales del hecho en cuestión. Mendoza (2003, pp, 20) menciona que la investigación cualitativa abarca enfoques que por definición, no se basan en medidas numéricas Se sirve de entrevistas en profundidad o de análisis de materiales históricos. Utiliza el método discursivo e intenta estudiar de forma global un acontecimiento o unidad; mientras que el cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis y responder a preguntas de la investigación, la cual está basada en la medición numérica entrando en el campo de la psicometría, en este caso la aplicación de los reactivos de valoración psicológica (Q-LES-Q y CSFQ).

Hurtado y Toro (citado en Mendoza. P. 2010, pp, 562-565) manifiestan que la investigación Cuantitativa tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, al igual que el tipo de incidencia que existe entre sus elementos

2.11. Diseño

El trabajo de investigación es un Diseño Cuasi-Experimental, inter-sujetos no aleatorizados, y de corte transversal. Según Kerlinger (2002, p 18), la investigación cuasi-experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o que son inherentemente no manipulables. En la siguiente investigación se procederá a estudiar las relaciones de causa - efecto de los factores que afectan el saludable desempeño sexual en las mujeres, en este caso el elemento que hipotéticamente influye es la baja calidad de vida, pero esta representa solo una variable de las varias que pueden influenciar en la investigación a realizarse. Debido a estos factores la presente investigación no podrá controlar ni manipular de una forma exhaustiva todas las variables ya que la misma será llevada a cabo en un Centro de Salud a diferencia de las investigaciones realizadas en sitios donde se pueden controlar todos los factores que intervienen en el experimento.

Se refiere a un diseño Inter-sujetos ya que como lo menciona Pitarque, (2002, p, 20), es una investigación en donde debemos comparar siempre como mínimo un grupo experimental frente a un grupo control, así que por ejemplo para comparar la eficacia de un tratamiento se deberá incluir estas dos condicionantes. En el caso de la presente investigación, mujeres de distintas edades y condiciones de vida forman parte de la

muestra no probabilística de la presente investigación. En este caso Bock (1975, p, 15), menciona que el diseño de investigación multivariado es un método experimental que posee claras ventajas, dado que puede inferirse el efecto de los tratamientos sobre el conjunto de variables dependientes o indicadores considerados o tomados simultáneamente. El corte transversal mencionado, implica la recolección de dato en un solo período de tiempo. En el presente trabajo se estima un aproximado de 6 a 7 mee de investigación.

2.12. Modalidad Básica de Investigación

Se utilizará el experimento de campo, este tipo de modalidad comprende la manipulación de la variable independiente para medir la variable dependiente en el entorno natural de la prueba, por lo cual la muestra, la aplicación de reactivos y los resultados a obtenerse, no son situaciones tan realistas pero ayudan a verificar la influencia o incidencia de cierta variable sobre el experimento en general. La investigación de campo según Arias (2004, pp, 20-23) consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables alguna.

2.13. Método de Investigación

Como primer paso para la selección de la muestra que formará parte de la presente investigación, se tomará en cuenta los registros de los pacientes que han acudido al Centro de Salud N°1 durante el período abril – octubre 2012 y el período enero – junio del 2013, a quienes luego de haber cumplido con el diagnostico de Deseo Sexual Hipoactivo se les planteará la posibilidad de participar de este proceso de intervención psicológica. De igual manera a todos los pacientes que acudan al Centro de Salud N°1 durante del período Julio – Agosto del presente año y que cumplan con el criterio de Deseo Sexual Hipoactivo también se les planteará la posibilidad de participar de este proceso de investigación; con lo cual se prevé contar con un grupo de participantes de aproximadamente 30 personas.

Una vez obtenida la muestra se procederá a dividir al grupo en dos grupos, (control y experimental) conformados de manera aleatoria y equitativa con la finalidad de que el grupo control sea partícipe del proceso psicoterapéutico breve, mientras que el segundo grupo (experimental) se mantendrá al margen de la intervención psicoterapéutica breve debido a los motivos experimentales propios de este proyecto de investigación.

Conformados y sensibilizados los dos grupos se procederá a realizar la fase inicial de evaluación o pre – test con el instrumento psicométrico Q-LES-Q (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questinnaire) a fin de establecer los niveles de calidad de vida de las mujeres al igual que se aplicará el Test CSFQ (Changes in Sexual Functioning Questionnaire) con la finalidad de situar el nivel de Hipoactividad Sexual. Una vez realizada la evaluación en la fase de pre - test se procederá a la aplicación de la Guía Psicoterapéutica breve previamente elaborada al grupo experimental mientras el grupo control se encontrará en espera.

Finalmente se procederá a aplicar un re-test con los instrumentos utilizados en la fase inicial o Pre-test con el propósito de verificar si existe o no mejoramiento en la CV e Hipoactividad sexual; mismos que serán obtenidos dentro de un estudio estadístico dirigido tanto al grupo experimental como al de control. Los test Q-LES-Q y CSFQ según sus estándares de aplicación pueden ser aplicados reiteradamente a los pacientes sin tomarse en cuenta un tiempo de separación predeterminado para su nueva aplicación debido a que su objetivo es conocer el estado actual del individuo, otorgando a quien haga uso de los mismos resultados objetivos y claros.

2.14. Análisis de Población y Muestra

2.14.1. Definición de la población

Se considerará como elemento de estimación poblacional a los pacientes que acudieron durante el período de prácticas pre-profesionales (abril – octubre del 2012) llevadas a cabo en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Ambato, constatada en las historias clínicas registradas y motivos de consulta más frecuentes en el departamento de psicología y ginecología, por lo que se pudo establecer como elemento de estimación poblacional a 250 pacientes mujeres, que fueron atendidas bajo el diagnóstico de deseo Sexual Hipoactivo.

2.14.2. Definición de la muestra:

A pesar de que estadísticamente se estima una muestra de 50 personas, debido a que la mencionada casa de salud recibe a pacientes ambulatorios, se torna difícil poder contar con este número elevado de pacientes, por lo tanto se considera como un número viable para la ejecución de la presente investigación contar con una muestra de 30 personas con las que se podría trabajar de forma regular, tomando en cuenta que algunos de las pacientes mantienen poca adherencia al tratamiento.

Número de población asignada como muestra: 30 mujeres con diagnóstico de deseo sexual hipoactivo

Tipo de muestreo: No probabilístico

2.15. Instrumentos

2.15.1. Calidad de vida y disfrute Cuestionario de Satisfacción (Q-LES-Q) (anexo1)

El Q-LES-Q (Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993), fue desarrollado con la intención de obtener un cuestionario que midiera de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana. Se trata de un instrumento genérico de calidad de vida, es decir, aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en 8 áreas, los 2 ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global.

2.15.2. Cuestionario de cambios en la Función Sexual: Desarrollo, fiabilidad y validez (CSFQ) (anexo 2)

El CSFQ (Clayton, McGarvey, y Clavet, 1997, pp, 12-14) es un instrumento diseñado para seguir de forma sistemática los cambios en el funcionamiento sexual de los pacientes, ya sean debidos a la enfermedad y/o a la medicación. El cuestionario es distinto según se trate de varones o mujeres. La versión de los varones consta de 36 ítems y la de las mujeres de 24. En ambas versiones, tan sólo 12 ítems forman la escala propiamente dicha. Los ítems restantes (24 en los varones y 22 en las mujeres) facilitan información adicional relevante al clínico.

2.15.3. Historia Clínica (anexo 3)

La Historia clínica es una herramienta que reúne todos los datos disponibles que permiten explicar el curso de la vida del paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades del profesional (Trull y Phares 2005,pp, 144-174).

CAPITULO III

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo y sociodemográfico de la muestra

Al tratarse de un estudio experimental inter-sujetos los participantes se han agrupado en dos grupos a fin de que los datos obtenidos puedan ser comparados y así analizar las diferencias entre los distintos grupos: a) Grupo Experimental I con Tratamiento Cognitivo-Conductual, n=15; y b) Grupo Experimental II a quienes la intervención se la llevó a cabo a través del modelo Emotivo-Cognitivo-Conductual n=15 constituido por pacientes de género femenino que acudieron al Área Distrital de Salud Nº 500.

Las variables a considerar en el análisis de población corresponden a: a) la edad, b) el nivel de escolaridad, c) la actividad y d) el estado civil. Los datos de las variables corresponden a valores de tipo nominal, exceptuando los valores de la variable edad, la cual es de carácter discreta. Por otra parte, las variables nominales se encuentran representadas en porcentajes, mientras que la variable edad se encuentra representada

por medio de la Media (*M*) y la Desviación típica (*Dt*). Los estadísticos de contraste para encontrar las diferencias significativas en la variable edad (discreta) son la prueba t y para las variables nominales el estadístico ji cuadrado (chi cuadrado) (Ver cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Análisis descriptivo y sociodemográfico de los Grupos Experimentales

	Condición Experimental						
	Grupo I		**Grupo II**		**Total**		**Contraste**
Edad	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***	***t***
	33,7	9,08	31,1	10,03	32,4	9,5	0,554
Escolaridad	***N***	***%***	***n***	***%***	***N***	***%***	***X²***
Primaria	3	20,0%	3	20,0%	6	20,0%	(3) 0,900
Bachillerato	6	40,0%	5	33,3%	11	36,7%	
Ciclo diversificado	4	26,7%	3	20,0%	7	23,3%	
Universidad	2	13,3%	4	26,7%	6	20,0%	
Actividad laboral	***N***	***%***	***n***	***%***	***N***	***%***	***X²***
Quehaceres domésticos	9	60,0%	9	60,0%	18	60,0%	(1) 1,000
Trabajo externo	6	40,0%	6	40,0%	12	40,0%	
Estado civil	***N***	***%***	***n***	***%***	***N***	***%***	***X²***
Casada	11	73,3%	12	80,0%	23	76,7%	(1) 1,860
Unión Libre	4	26,7%	3	20,0%	7	23,3%	

Nota: * p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

La edad media del Grupos Experimental I es *M* = 33,7 años mientras que para el Grupo Experimental II es *M* = 32,4 años, la diferencia de edad no muestra significancia por lo que se asume como equivalente, en cuanto a las variables escolaridad, actividad laboral y estado civil utilizando el X^2 no muestran diferencias estadísticamente significativas, luego previa a este análisis se puede establecer que los grupos experimentales son equivalentes.

3.2. Análisis de resultados del Test Q-LES-Q de Calidad de Vida

El test Q-Les-Q Short Form (Endicott 1993, pp, 321-326) fue desarrollado con la intención de medir de forma sensible el nivel de satisfacción y placer que tiene el paciente durante su vida cotidiana; el mismo se trata de un instrumento aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento.

3.2.1. Fase de Pre-test

El cuestionario consta de 16 preguntas que evalúan la condición general de la satisfacción y el placer, para su calificación se considera la sumatoria global de los primeros 14 ítems el cual posteriormente se trasforma en porcentajes. Los rangos de valores que se pueden obtener fluctúan entre 14 y 70 puntos. Posteriormente a ello se establece un porcentaje de adquisición de satisfacción y placer en la vida cotidiana.

Cuadro 3.02. Distribución de la muestra en hojas de tallo de los grupos experimentales

Grupo Experimental 1		*Grupo Experimental II*	
Frecuencia	Tallo y hoja	Frecuencia	Tallo y hoja
1,00	3 . 8	1,00	3 . 7
4,00	4 . 1333	3,00	4 . 033
3,00	4 . 778	6,00	4 . 556679
6,00	5 . 012224	4,00	5 . 0224
1,00	5 . 6	1,00	5 . 8
Ancho del tallo:	10,00	Ancho del tallo:	10,00
Cada hoja:	1 caso	Cada hoja:	1 caso

La distribución de la muestra en el cuadro 3.02 señala a través de frecuencias el comportamiento de los grupos experimentales (I y II) en función de los resultados globales del Test Q-Les-Q Short Form.

El proceso de evaluación inicial permite establecer el punto de partida (fase de Pre-test) con el objeto de conocer las condiciones que presentan los grupos experimentales I y II previo a la aplicación de los tratamientos experimentales (Ver cuadro 3.03). Los resultados globales se representan distribuidos en los grupos participantes y se utiliza la Media (*M*), la Distribución Típica (*Dt*) y los límites tanto superiores como inferiores para identificar los intervalos de confianza.

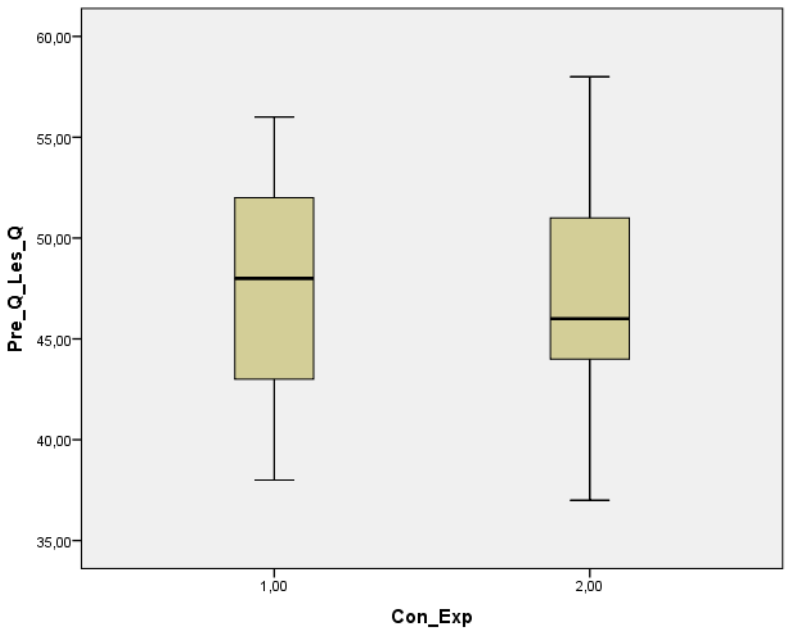
Cuadro 3.03. Análisis de Resultados en la fase de Pre-test

Condición	*Media*	*Desviación típica*	*Límite Superior*	*Límite Inferior*
Grupo I (n = 15)	50,9333	5,50930	53,98	47,88
Grupo II (n = 15)	50,2667	6,05294	53,61	46,91

Nota: Intervalos de confianza al 95%

El cuadro 3.03 muestra que el grupo experimental I mostró en la fase Pre-test un valor de 50,933 puntos como media, mientras que el grupo experimental II puntuó 50,266 puntos, ambos valores contenidos entre el rango 14-70 puntos.

Gráfico 3.01. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Pre-test)



Nota: Intervalos de confianza al 95%

El gráfico 3.01 muestra la ubicación de la medias y los intervalos de confianza al 95% de los grupos experimentales durante la fase de evaluación inicial (Pre-test), las mismas que se ubican en 50,93 puntos (Grupo experimental I) y 50,26 puntos (Grupo experimental II).

3.2.2. Fase de Post-test

De igual manera para realizar la Fase de Post-Test se procedió nuevamente a emplear el cuestionario Q-LES-Q; el mismo como ya mencionado anteriormente consta de 16 preguntas que evalúan la condición general de la satisfacción y el placer, por lo tanto

para su calificación se considera la sumatoria global de los primeros 14 ítems el cual posteriormente se trasforma en porcentajes. Los rangos de valores que se pueden obtener fluctúan entre 14 y 70 puntos. Posteriormente a ello se establece un porcentaje de adquisición de satisfacción y placer en la vida cotidiana

Cuadro 3.04. Distribución de la muestra en hojas de tallo de los grupos experimentales

Grupo Experimental 1	**Grupo Experimental II**
Frecuencia	Frecuencia
,00 5 .	1,00 Extremos (=<52)
5,00 5 . 57799	,00 5 .
8,00 6 . 00334444	3,00 5 . 559
2,00 6 . 66	7,00 6 . 2233444
	4,00 6 . 5559
Ancho del tallo: 10,00	Ancho del tallo: 10,00
Cada hoja: 1 caso (s)	Cada hoja: 1 caso (s)

La distribución de la muestra en el cuadro 3.04 señala a través de frecuencias el comportamiento de los grupos experimentales (I y II) en función de los resultados globales del Test Q-Les-Q Short Form posterior al tratamiento.

El proceso de evaluación final permite establecer el punto de conclusión (fase de Post-test) con el objeto de conocer las condiciones que presentaron los grupos experimentales

I y II posterior a la aplicación de los tratamientos experimentales. Los resultados globales se representan distribuidos en los grupos participantes y se utiliza la Media (*M*), la Distribución Típica (*Dt*) y los límites tanto superiores como inferiores.

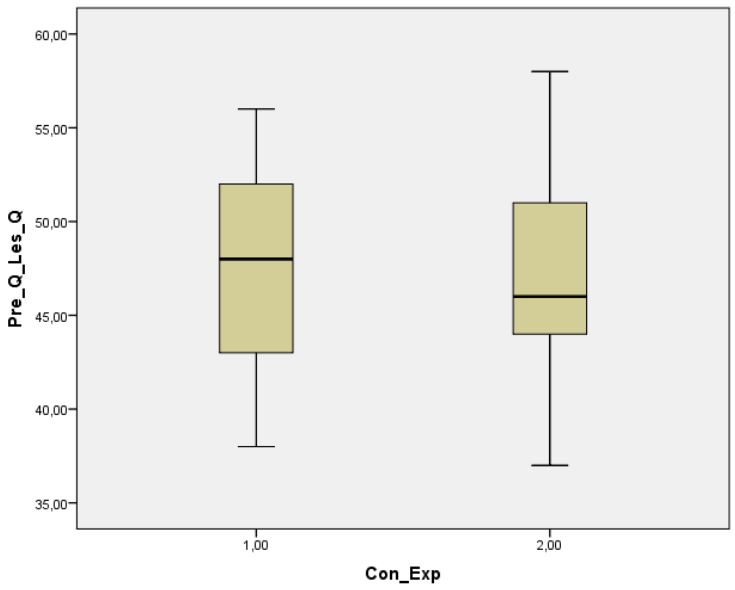
Cuadro 3.05 Análisis de Resultados en la fase de Pos-test

Condición	*Media*	*Desviación típica*	*Límite Superior*	*Límite Inferior*
Grupo I (n = 15)	61,40	0,8986	59,47	63,32
Grupo II (n = 15)	61,80	1,1880	59,25	64,34

Nota: Intervalos de confianza al 95%

El cuadro 3.05 muestra que el grupo experimental I mostró en la fase Post-test un valor de 61,4 puntos como media, mientras que el grupo experimental II puntuó 61,8 puntos, ambos valores contenidos entre el rango 14-70 puntos.

Gráfico 3.02. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Post-test)



Nota: Intervalos de confianza al 95%

El gráfico 3.02 muestra la ubicación de la medias y los intervalos de confianza al 95% de los grupos experimentales durante la fase de evaluación final (Post-test), las mismas que se ubican en 61,4 puntos (Grupo experimental I) y 61,8 puntos (Grupo experimental II).

3.3. Análisis de resultados del Test CSFQ (Cuestionario de cambios en la función sexual: Desarrollo, fiabilidad y validez)

El test CSFQ es un instrumento diseñado para seguir de forma sistemática los cambios en el funcionamiento sexual de los pacientes. El cuestionario es distinto según se trate de

varones o mujeres y permite entender el cambio sexual valorando los siguientes indicadores: a) Deseo/frecuencias, b) Deseo/interés, c) Placer, d) Activación/Excitación y e) Orgasmo (Clayton, McGarvey, and Clavet, 1997, pp, 20-23).

3.3.1. Fase de Pre-test

El cuestionario consta de 12 ítems que se agrupan en las 5 escalas anteriormente dichas con la finalidad de evaluar la condición general de la satisfacción y el placer sexual, para su calificación se considera una escala Likert en la cual la puntuación de 1 corresponde a lo peor (nunca, ningún disfrute) y 5 lo mejor (diariamente, lo mejor). Los rangos de valores que se pueden obtener fluctúan entre 14 y 70 puntos. Posteriormente a ello se establece un porcentaje de adquisición de satisfacción y placer en la vida cotidiana.

Cuadro 3.06 Distribución de los grupos experimentales en tallos de hoja

Grupo Experimental I		Grupo Experimental II	
Frecuencia		Frecuenica	
1,00	1 . 6	1,00	2 . 4
5,00	2 . 24568	8,00	2 . 57778889
8,00	3 . 01223458	3,00	3 . 013
1,00	4 . 1	3,00	3 . 568
Ancho del tallo:	10,00	Ancho del tallo:	10,00
Cada hoja:	1 caso(s)	Cada hoja:	1 caso(s)

La distribución de la muestra en el cuadro 3.06 señala a través de las frecuencias el comportamiento de los grupos experimentales (I y II) en función de los resultados globales del CSFQ.

El proceso de evaluación inicial permite establecer el punto de partida (fase de Pre-test) con el objeto de conocer las condiciones que presentan los grupos experimentales I y II previo a la aplicación de los tratamientos experimentales (Ver cuadro 3.07). Los resultados globales se representan distribuidos en los grupos participantes y se utiliza la Media (*M*), la Distribución Típica (*Dt*) y los límites tanto superiores como inferiores

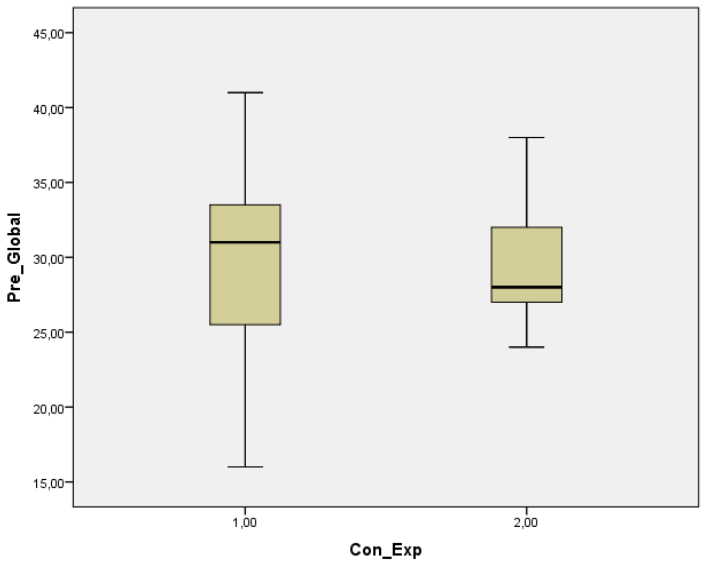
Cuadro 3.07. Resumen del procesamiento de los casos

	Grupo Experimental I n = 15		**Grupo Experimental II n = 15**		**Total N = 30**	
Indicadores	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***
Deseo Frecuencia	5,0667	1,03280	5,6000	,82808	5,3333	,95893
Deseo Interés	6,4000	1,72378	6,2667	,88372	6,3333	1,34762
Placer	2,5333	1,18723	2,8667	1,06010	2,7000	1,11880
Activación/excitación	8,1333	2,64215	7,6667	1,95180	7,9000	2,29467
Orgasmo	7,6667	1,98806	7,3333	1,98806	7,5000	1,96082
Puntaje Global	29,8000	6,46087	29,7333	4,09646	29,7667	5,31545

El cuadro 3.07 muestra los resultados tanto de las sub-escalas (deseo-frecuencia, deseo-interés, placer, activación/excitación y orgasmo) así como de los resultados globales del cuestionario (CSFQ). Los resultados preliminares muestran que el Grupo Experimental I presente una media *M* = 29,8 puntos con una desviación típica *Dt* = 6,46 y que el grupo

experimental II presenta *M* =29,7 puntos con una desviación típica *Dt* = 4,09. Los resultados estadísticos no muestran diferencias significativas por lo que se asume que son equivalentes.

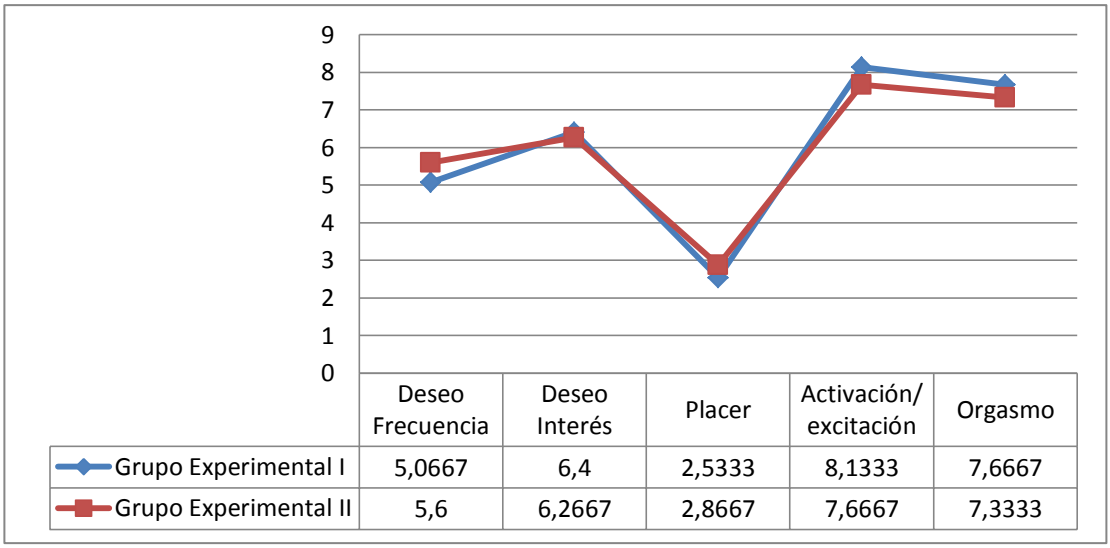
Gráfico 3.03. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Pre-test)



Nota: Intervalos de confianza al 95%

El gráfico 3.03 muestra la ubicación de la medias y los intervalos de confianza al 95% de los grupos experimentales durante la fase de evaluación inicial (Pre-test), las mismas que se ubican en 29,8 puntos (Grupo experimental I) y 29,7 puntos (Grupo experimental II).

Gráfico 3.04. Medias de los indicadores entre los grupos experimentales



	Deseo Frecuencia	Deseo Interés	Placer	Activación/ excitación	Orgasmo
Grupo Experimental I	5,0667	6,4	2,5333	8,1333	7,6667
Grupo Experimental II	5,6	6,2667	2,8667	7,6667	7,3333

3.3.2. Fase de Post-test

Nuevamente para la fase de Post-Test se procedió a emplear el cuestionario CSFQ; el mismo que consta de 12 ítems que se agrupan en las 5 escalas anteriormente dichas con la finalidad de evaluar la condición general de la satisfacción y el placer sexual, para su calificación se considera una escala Likert en la cual la puntuación de 1 corresponde a lo peor (nunca, ningún disfrute) y 5 lo mejor (diariamente, lo mejor). Los rangos de valores que se pueden obtener fluctúan entre 14 y 70 puntos. Posteriormente a ello se establece un porcentaje de adquisición de satisfacción y placer en la vida cotidiana.

Cuadro 3.08. Distribución de los grupos experimentales en tallos de hoja

Grupo Experimental I		Grupo Experimental II	
Frecuencia		Frecuencia	
1,00	3. 4	1,00	3. 4
8,00	3. 56777899	8,00	3. 56777899
6,00	4. 111224	6,00	4. 111224
Ancho del tallo:	10,00	Ancho del tallo:	10,00
Cada hoja:	1 case(s)	Cada hoja:	1 case(s)

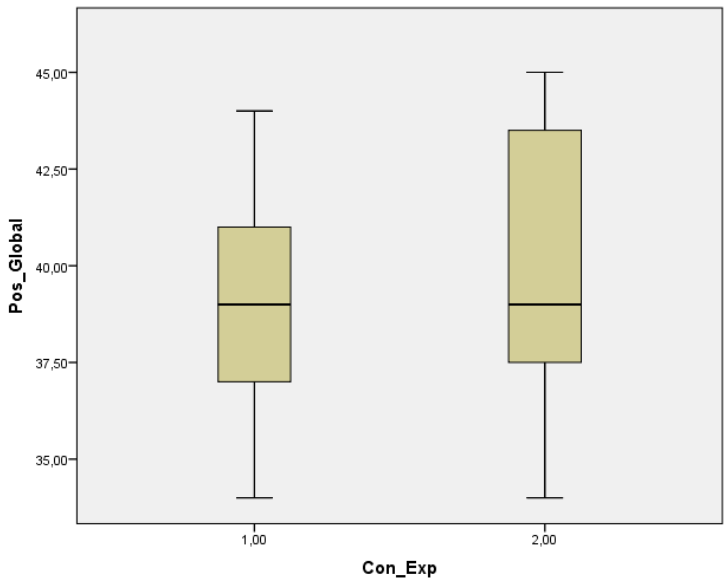
La distribución de la muestra en el cuadro 3.08 señala a través de las frecuencias el comportamiento de los grupos experimentales (I y II) en función de los resultados globales del CSFQ. El proceso de evaluación final permite establecer el punto de término (fase de Post-test) con el objeto de conocer las condiciones que presentan los grupos experimentales I y II previo a la aplicación de los tratamientos. Los resultados globales se representan distribuidos en los grupos participantes y se utiliza la Media (*M*), la Distribución Típica (*Dt*) y los límites tanto superiores como inferiores.

Cuadro 3.09. Resumen del procesamiento de los casos

	Grupo Experimental I		**Grupo Experimental II**		**Total**	
	n = 15		**n = 15**		**N = 30**	
Indicadores	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***	***M***	***Dt***
Deseo Frecuencia	9,3333	,61721	9,5333	,74322	9,4333	,67891
Deseo Interés	8,8667	2,13363	10,0000	2,39046	9,4333	2,29968
Placer	4,3333	,48795	4,6667	,48795	4,5000	,50855
Activación/excitación	9,2667	1,27988	8,7333	1,48645	9,0000	1,38962
Orgasmo	7,0667	1,75119	6,7333	2,31352	6,9000	2,02314
Puntaje Global	**38,8667**	**2,89992**	**39,6667**	**4,06495**	**39,2667**	**3,49318**

El cuadro 3.09 muestra los resultados tanto de las sub-escalas (deseo-frecuencia, deseo-interés, placer, activación/excitación y orgasmo) así como de los resultados globales del cuestionario (CSFQ). Los resultados preliminares muestran que el Grupo Experimental I presente una media *M* = 38.86 puntos con una desviación típica *Dt* = 2,89 y que el grupo experimental II presenta *M* =39,66 puntos con una desviación típica *Dt* = 4,06. Los resultados estadísticos no muestran diferencias significativas por lo que se asume que son equivalentes.

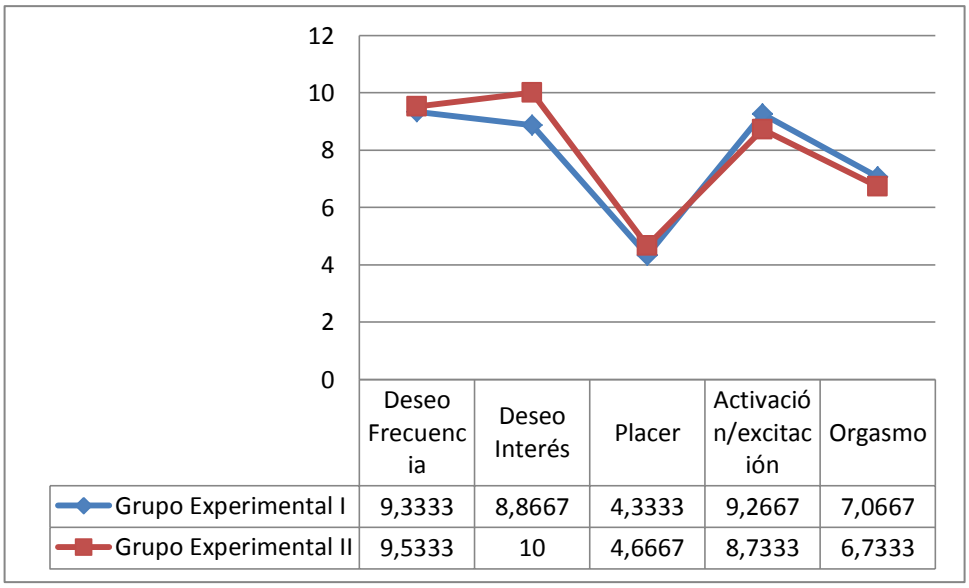
Gráfico 3.05. Intervalos de confianza en los grupos experimentales I y II (Post-test)



Nota: Intervalos de confianza al 95%

El gráfico 3.05 muestra la ubicación de la medias y los intervalos de confianza al 95% de los grupos experimentales durante la fase de evaluación final (Post-test), las mismas que se ubican en 38,86 puntos (Grupo experimental I) y 39,66 puntos (Grupo experimental II).

Gráfico 3.06 Medias de los indicadores entre los grupos experimentales



	Deseo Frecuencia	Deseo Interés	Placer	Activación/excitación	Orgasmo
Grupo Experimental I	9,3333	8,8667	4,3333	9,2667	7,0667
Grupo Experimental II	9,5333	10	4,6667	8,7333	6,7333

3.4. Características clínicas de la muestra (resumen)

Las características clínicas de la muestra, presentan el comportamiento de los grupos experimentales durante la fase previa al inicio de los tratamientos experimentales, es por ello que en las evaluaciones aplicadas tanto el grupo experimental I como el II deben establecer equivalencias en sus resultados iniciales a fin de garantizar la validez respectiva.

Cuadro 3.10 Características clínica de la muestra

Condición	*Grupo Experimental I*		*Grupo Experimental II*		*Contraste*
	M	***Dt***	***M***	***Dt***	***T***
Q Les Q	50,933	0,8986	50,266	1,1880	(28) 0,269
CSFQ	29,8000	6,46087	29,7333	4,09646	(28) 0,34

Nota: * *p<0,005*

El cuadro 3.10 muestra los resultados de las medias de los grupos experimentales I y II de los cuestionarios Q-Les-Q Short Form así como el del CSFQ, ambos cuestionarios son sometidos a las pruebas de contraste (*prueba t)* a fin de encontrar o no diferencias significativas. Los resultados de la prueba t en el Q-Les-Q es $t_{(28)} = 0,269$; p>0,05 sin diferencias significativas y del cuestionario CSFQ $t_{(28)} = 0,34$; p>0,05 sin diferencias significativas. Al no encontrarse diferencias significativas se asume que ambos grupos experimentales en las respectivas evaluaciones son equivalentes.

3.5. Diferencias de relación Pre-test/Post-test Q-Les-Q

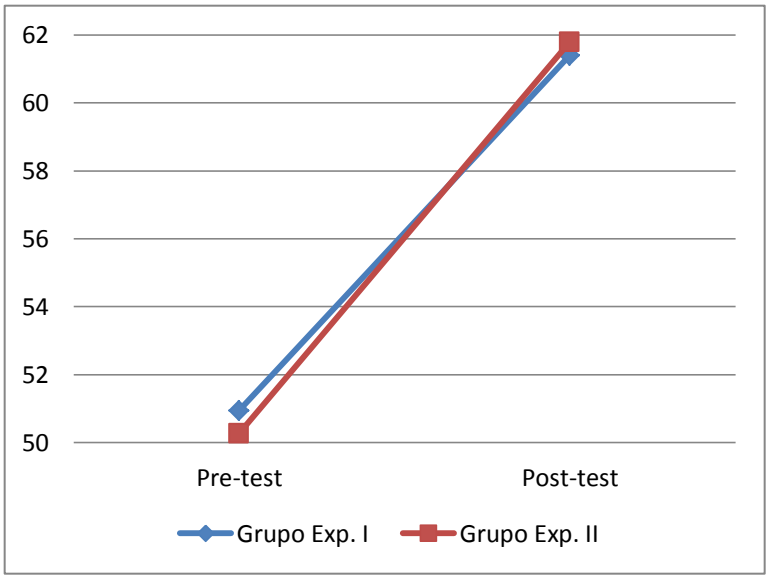
Las diferencias de relación Pre/Post-test es un estudio que permite comparar los resultados de los grupos experimentales I y II durante la fase inicial con los resultados obtenidos durante la evaluación posterior al tratamiento en función de las medias; esto nos permitirá el grado de recuperación clínica que se pueda presentar en el área de Calidad de Vida relacionada con la salud.

Cuadro 3.11. Diferencias Pre/Post-test cuestionario Q-Les-Q

	Pre-test	*Post-test*
Grupo Experimental I	50,933	61,4
Grupo Experimental II	50,266	61,8

Los resultados del cuadro 3.11 muestran que tanto el grupo experimental I como el II muestran mejoras en sus resultados del Cuestionario Q-Les-Q sobre la calidad de vida posterior al tratamiento en sus distintas condiciones experimentales.

Gráfico 3.07. Diferencias de los grupos experimentales Pre/Post-test



La gráfica 3.07 muestra como el grupo experimental II de manera global presenta mejores condiciones de mejoramiento que el grupo experimental I aunque éstas no muestran diferencias estadísticamente significativas.

3.6. Diferencias de relación Pre-test/Post-test CSFQ

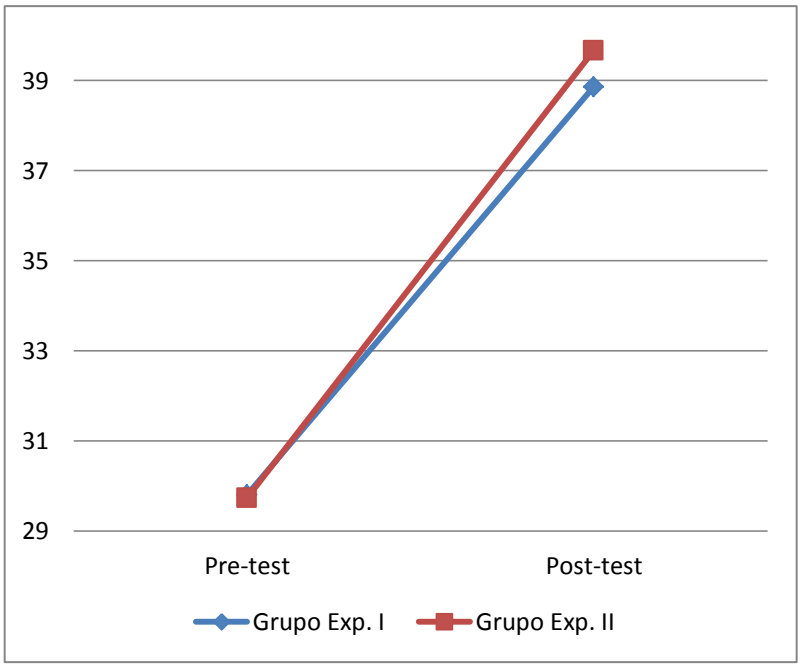
Las diferencias de relación Pre/Post-test es un estudio que permite comparar los resultados de los grupos experimentales I y II durante la fase inicial con los resultados obtenidos durante la evaluación posterior al tratamiento en función de las medias; esto nos permitirá el grado de recuperación clínica que se pueda presentar en el área CSFQ.

Cuadro 3.12. Diferencias Pre/Post-test cuestionario BASAL

	Pre-test	***Post-test***
Grupo Experimental I	29,8	38,8667
Grupo Experimental II	29,7333	39,6667

Los resultados del cuadro 3.12 muestran que tanto el grupo experimental I como el II muestran mejoras en sus resultados del Cuestionario CSFQ sobre la calidad de vida posterior al tratamiento en sus distintas condiciones experimentales

Gráfico 3.08. Diferencias de los grupos experimentales Pre/Post-test



La gráfica 3.08 muestra como el grupo experimental II de manera global presenta mejores condiciones de mejoramiento que el grupo experimental I aunque éstas no muestran diferencias estadísticamente significativas.

3.7. Análisis de comparación de medias entre grupos Experimental I y Experimental II

3.7.1. Comprobación de supuestos en la variable calidad de vida

Supuesto de normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnof $K\text{-}S_{(30)} = 0,097$; p=0,200, por lo tanto se acepta la hipótesis nula, supuesto de homogenidad la prueba de Levene L= 2,349; p= 0,137 no muestra diferencias y de la misma manera la prueba de independencia se aplica la prueba de Rachas = 29,50; p= 0,94 que no presenta diferencias significativas.

3.7.2. Comprobación de supuestos en la variable CSFQ

Supuesto de normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnof $K\text{-}S_{(30)} = 0,203$; p=0,003, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, el supuesto de homogenidad la prueba de Levene L= 0,299; p= 0,589 no muestra diferencias y de la misma manera la prueba de independencia se aplica la prueba de Rachas = 63; p= 0,641 que no presenta diferencias significativas.

3.8. Análisis de comparación de medias

La comparación de medias es una técnica estadística que permite identificar las diferencias existentes en los tratamientos psicológicos, sobre a fin de identificar la efectividad de los tratamientos sometidos a comparación.

Cuadro 3.13 Características clínicas de la muestra (Post-test)

Condición	***Grupo Experimental I***		***Grupo Experimental II***		***Contraste***
	M	***Dt***	***M***	***Dt***	***T***
Q Les Q	61,4000	3,48056	61,8000	4,60124	(28) 0,315
CSFQ	38,8667	2,89992	39,6667	4,06495	(28) -0,621

Nota: * *p<0,005*

3.9. Tamaño del efecto

Para las conclusiones sobre los aportes que los tratamientos generan en los grupos experimentales se realiza el cálculo del tamaño del efecto, que busca conocer si las diferencias entre los resultados del Post-test de los tratamientos son significativas. Para ello se procede a realizar el cálculo del tamaño del efecto utilizando la *D* de Cohen.

Cuadro 3.14 Cálculo del tamaño del efecto

Condición	*Grupo Experimental I*		*Grupo Experimental II*		*Contraste*
	M	***Dt***	***M***	***Dt***	***D Cohen***
Q Les Q	61,4000	3,48056	61,8000	4,60124	-0.09
CSFQ	38,8667	2,89992	39,6667	4,06495	-0.03

Los resultados del cuadro 3.14 muestran que el tamaño del efecto de los grupos experimentales I y II en la evaluación a través de la evaluación del Q-Les-Q es de *D*=-0.09, lo que indica que el tamaño del efecto del tratamiento I con el II es pequeño. Para los resultados de la evaluación CSFQ el cálculo es *D*= -0.03, que de la misma manera indican que el tamaño del efecto entre ambos tratamientos es pequeño. Se debe considerar que este fenómeno de tamaños del efecto suelen ser pequeño debido a que se prueban dos o más tratamientos experimentales en una sola investigación utilizando el diseño experimental inter-sujetos, lo que indica que las diferencias entre ambos tratamientos son pequeñas, aunque las diferencias entre las condiciones pre-test/post-test son amplias.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- La finalidad de este estudio fue la de analizar si la elaboración y la aplicación de una Guía psicoterapéutica breve mejoraría la Calidad de Vida y consecuentemente elevaría el deseo sexual en las mujeres que asistieran al Área de Salud N°1. La primera conclusión que se establece es la confirmación de la hipótesis debido a que ambos grupos experimentales mostraron mejoraría en sus estados sintomáticos relacionados con la Calidad de Vida e Hiposexualidad transcurridas las 8 sesiones (Ver cuadro 3.13).

- Los resultados ponen en manifiesto que la distribución inicial de ambos grupos no mostró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, escolaridad, actividades laborales y estado civil; por lo tanto, los grupos experimentales fueron equivalentes, proporcionando de esta forma una homogeneidad favorable para dar lugar la investigación (Ver cuadro 3.01).

- Con respecto a la evaluación de la Calidad de Vida con el test Q-LES-Q en la fase de pre-test de ambos grupos, los resultados globales dieron a conocer que dentro del rango de 14 puntos como límite inferior y 70 puntos como límite superior el grupo experimental I mostró un valor de 50,933 puntos, mientras que el grupo experimental II puntuó 50,266 puntos, lo cual mostró una calidad de vida media en ambos grupos. (Ver cuadro 3.02; y cuadro 3.03).

- En cuanto a la fase de post-test en el cuestionario Q-LES-Q, después del tratamiento el grupo experimental I mostró un valor de 61,4 puntos de media, mientras que el grupo experimental II puntuó 61,8 puntos de media, lo cual da a conocer que el grupo experimental I elevó su calidad de vida en un 10,467 puntos y el grupo experimental II en 11,534 puntos elevando su calidad de vida media a media alta, lo cual favorece a la hipótesis inicialmente planteada para ambos grupos, dando a conocer que tanto la terapia Racional Emotiva Conductual como Cognitiva Conductual, han sido favorables para elevar los niveles de Calidad de Vida en ambos grupos respectivamente (Ver cuadro 3.05).

- Respecto a la fase inicial o pre-test del test CSFQ se midió deseo/frecuencia, deseo/interés, placer, activación/excitación y orgasmo; teniendo como límite inferior una puntuación de 14 y como límite superior una puntuación de 70 puntos. Los datos preliminares mostraron un puntaje global de satisfacción sexual de 29,8 puntos para el grupo experimental I y 29,7 puntos para el grupo experimental II, revelando el estado bajo se satisfacción sexual en el que los

grupos se encontraban al momento de iniciar el proceso de aplicación de las guías psicoterapéuticas (Ver cuadro 3.07 y gráfico 3.04).

- En cuanto a la fase de post-test del test CSFQ se dio a conocer que luego de la aplicación de la guía psicoterapéutica los niveles de satisfacción sexual se elevaron en el grupo experimental I en un 9,6 y en el grupo experimental II 9,96, por lo que se asume que los resultados son equivalentes (Ver cuadro 3.09 y gráfico 3.05).

- Durante las pruebas de contraste de los test Q-LES-Q y CSFQ se dio a conocer que los mismos no presentaron diferencias significativas; por lo tanto se asume que ambos grupos experimentales son equivalentes y como consecuencia se obtuvieron mejoras en los resultados posteriores al tratamiento en sus distintas condiciones experimentales (Ver cuadro 3.10); lo cual dio a conocer que ambos tratamientos psicoterapéuticos independientemente del enfoque que poseen aportan al mejoramiento de la problemática anteriormente planteada.

- Finalmente en la prueba de tamaño de efecto se dio a conocer que el tamaño del efecto fue pequeño, debido a que se prueban dos tratamientos experimentales en una sola investigación utilizando el diseño experimental inter-sujetos; lo que indica que las diferencias entre las condiciones pre-test/post-test son amplias.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda reforzar el área de atención psicológica en los diferentes centros y sub centros de salud con la finalidad de promocionar psico-educación, orientación sexual y familiar dirigida a mejorar los niveles de Calidad de Vida de las mujeres, su comunicación conyugal y satisfacción sexual

- Con la finalidad de elevar el nivel investigativo en futuras indagaciones acerca del tema propuesto se recomienda evaluar otros aspectos que no han sido incluidos en este estudio, tales como el ajuste psicológico (síntomas depresivos, niveles de ansiedad, entre otros,) y la presencia de disfunciones sexuales o síntomas sexuales más específicos, con el objetivo de examinar su relación con las variables referidas al funcionamiento sexual.

- Debido al nivel de impacto y resultados favorables provocados en las pacientes durante la aplicación del presente estudio, se recomienda su aplicación en futuros grupos terapéuticos con la finalidad de elevar los niveles de Calidad de Vida de las mujeres y disminuir la sintomatología hipoactiva de quienes participen activamente.

- Finalmente se recomienda incrementar el número de participantes con la finalidad de elevar los niveles de confiabilidad de la presente guía y extender el tamaño del efecto de la población para dar lugar a nuevas investigaciones.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almela Zamorano (2007), Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva, Madrid. (pp, 69-113).

American Psychiatric Association, APA (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. (pp, 508 – 511).

Aneshensel, C., Frerichs, R. y Clark, V. (1981). Family roles and sex differences in depression.Journal of Health and Social Behavior, 22: (pp, 379 - 393).

Arias, F (2004). El proyecto de Investigación, Guía para su Elaboración, pp, 20-23. Caracas, Venezuela.

Bados A. & García E. (2010) La Técnica de la Reestructuración Cognitiva Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona (pp, 1-101; 15-40).

Bados, L. (2008). La intervención Psicológica: Características y modelos. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona. (p, 3-34).

Beck, A. T. (1964).Thinking and depression. 2. Theory and therapy. Archives of General Psychiatry, (pp, 561-571).

Beck, J.S. (2007). Terapia cognitiva para la superación de retos. Madrid: Gedisa. (Original de 2005. (pp, 34-39).

Bellak y Small, 2004, Picoterapia breve y de emergencia, pp, 19-25; 56-65.

Berheide, C. (1984): Women's work in the home: Seems like old times. Marriage and Family Review, 7(3/4), (pp, 37-56).

Bernardi R. 1997. Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis. Revista Uruguaya de Psicoanálisis (pp, 56-68).

Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill. (pp, 320-325).

Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. Psicothema, 17(4), (pp, 582-589).

Bobes, González, Bousoño & Suárez Retuerta (1993) Revista de Psiquiatría "Desarrollo históricodel conceptode calidad de vida) (pp, 1-9)

Bock, R.D. (1975). Multivariate statistical methods in behavioralresearch. New York: McGraw-Hill, p, 15. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v07/v07_1/07-07_1.pdf

Branden, Nathaniel, 1995, Los seis pilares de la autoestima, Barcelona: Paidós, ISBN: 978-84-493-0144-5, p. 21-22.

Branden. N. 2001, pp, 30-40, La psicología de la Autoestima. Barcelona – España

Brandenburg U. Bitzer J. 2009, The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. Maturitas; 63(2):124-127.

Caballo E. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Manuales de Psicología (pp, 30-36) (pp, 527-540).

Caballo, V. 1998, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Pp, 60-63. España.

Caballo. E. 2007, Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales, pp, 360-365, Madrid –España.

Calman K.C. (1987) Definiciones y dimensiones de la Calidad de Vida. En Beckmann, I.M. (Eds.). La Calidad de Vida en pacientes con cáncer. New York (pp, 1 – 9).

Camfield, L.y Skevington, S.M. (2007). On Subjective Well – Being and quality of life. Journal of health Psychology, 13 (pp, 764-775).

Cardenal V. 2007, Mujeres, trabajo y salud, pp, 67-71, Madrid – España.

Cardenal, H. 2007. Mujeres, trabajo y salud. Madrid – España, pp, 70-71

Carrasco. J. Mujer, trabajo y maternidad, 1995, Universidad Pontificia Comillas de Madrid, pp, 20-70.

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide (pp. 52-96).

Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. Papeles del Psicólogo (pp, 4-23-430).

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (1996). *Research on work-related stress.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work. Pp, 135-136.

Davidson, R. J. (1994). Asymmetric brain function, affective style and psychopathology: The role of early experience and plasticity. Development and Psychopathology, 6,(pp, 741-758).

Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. J Sex Med 2006;3(2):212-222.

Dennerstein, L. Physichosocial and mental health. Aspects on women´s health. Key Center for Women´s health in Society. Universidad de Melbourne. 1993, pp, 20-22.

Dumazedier, J. (1995). Ocios.Enciclopedia Gran Larousse Universal. (pp, 27-36).

Ellis A. y Becker L (1982).A guide to personal happiness, North Hollywood, California, Wilshire (pp, 10-30).

Ellis, A. (1979). The practice of rational-emotive therapy.En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy.Monterrey, (pp. 61-100).

Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.

Endicott, J,; Nee, J.;W.Harrison,W. Blumenthal. (1997) The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity.

Endicott, J., (1993).Measurement of Beliefs, human relations. New York. Plenum Publishing Corporation. (pp, 13-14).

Fernández, Díaz & Villalobos, 2011, Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales, (pp, 553-598).

Fischer, Verlag, Stuttgart (1977) Sexualidad normal y patológica en la mujer. Madrid-España. (pp, 201-240) (pp, 247-273), (pp, 247-259) ,(pp, 131-197).

Frank, E., Anderson, C., y Rubenstein, D. (2000). Frecuencia de las disfunciones sexuales en parejas normales. New England Journal of Medicine, (pp, 111-125).

García Riaño D (1991). Calidad de Vida. Aproximación Histórico – Conceptual. Boletín de Psicología, p, 8.

Garrido, P. 2010. Cómo beneficiarse de la crisis paso a paso. Pp, 9-30. Madrid-España.

Gómez María, Calidad vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto de integración en la comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2005, pp, 1-6.

González A. (1997) El proceso de relajación: Aspectos, antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distención, respiración y sugestión. Ansiedad y Estrés. (pp, 153-175).

Heman C. 2005, Terapia Cognitivo Conductual, pp, 50-55, 63-64, 53-40, 50-60, Bogotá, Colombia.

Herránz, J. 2000, Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa, pp, 196-199, España.

Herránz, S. 2000, Trabajo y Salud en la mujer: Análosos comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa, pp, 195-229. Colegio Oficial de Psicólogos, España.

Hofstadt J. 2005. El libro de las habilidades en la comunicación. Ediciones Díaz de Santos, pp, 196-199, 203-216.

Hormachea, D. 2008. La mujer: sus tensiones y depresiones. Pp, 47-50.

Hörnquist, J.O. (1989). Quality of life: concepts and assessment. Scandinavian Journal of Social Medicine, (pp, 68-79).

J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. (pp. 31-46).

Kaplan HS, (1979) Disorders of sexual desire, New York: Brunner Mezel; (pp, 61-80).

Kaplan RM & Bush JW (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation, research and policy analysis. Health Psychology 1 (pp, 61–80).

Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. Behavior Modification, (pp, 264-297).

Kerlinger, F. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. DF, México: McGraw Hill Interamericana, p, 18. Recuperado de: http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/08/que-es-la-investigacion-no-

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health?Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, (pp, 539-548).

Kordy H, Kächele H. 1997. Outcome research -A never ending story. In: Adler RH, Herrman JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Tv, Wesiack W, editors. Psychosomatic Medicine. (pp, 290-301).

Labrador E. Francisco J. (1995). El estrés: nuevas técnicas para su control. Editorial Grupo Correo Comunicación. ISBN: 84-7880- (pp, 55 – 57).

Labrador F. (1987). Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales, Parejas en conflicto: Estrategias psicológicas de Sebastiánne. Sebastiánnes de la Universidad del País Vasco. San Sebastián, (pp, 120 – 135).

Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta Madrid. (pp. 31-46).

Ladish, L. 2004. Estoy embarazada y ahora que? Confidencias para la nueva madre. Pp, 20-34, Madrid – España.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira (2000). Los problemas sexuales en las mujeres y hombres de prevalencia y correlatos identificados en el Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (pp, 40-80).

Levi, L. y Anderson L. (1980) *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida El Manual moderno*. México p.120-130.

Masters, W. Johnson,V. y Kolodny,R. (1987) La Sexualidad Humana Vol. 3 Grijalbo, Barcelona España, pp, 120-140.

Masters, W.H.; Johnson, V.B. y Kolodny, R.C. (1987).La sexualidad humana.Vol. 1. La dimensión biológica. Barcelona; Grijalbo. (pp, 120 – 140).

Mendoza. R. (2003) Investigación Cualitativa y Cuantitativa, p, 20. Recuperado de: http://www.bibliocomunidad.com/web/libros/investigacion.pdf-

Montañés, C. 2000, Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad de psicología, Universidad de valencia. Pp, 20-22

Moreno, B, y Ximénez, C. (1996) Evaluación de la Calidad de Vida, Manual de Evaluación en Psicológia Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 1045 – 1070. Año 1996.

Oakley, A. (1974). La sociología y el trabajo en casa. Gran Bretaña: The Pitman Press, Bath. (pp, 35-50).

OMS (Organización Mundial de Salud) (1948). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life research 2(2), pp. 93-101.

Patrick DL. Erickson P. (1988) ¿Qué constituye la Calidad de Vida? Conceptos y dimensiones. Calidad de vida y cuidados cardiovasculares (pp, 103-126).

Person, Terestman, Myers, Goldberg ,Salvadori& Gender (1989). Differences in sexual behaviors and fantasies in a college population" Journal of sex and marital Therapy, 15 (3), (pp, 187-189.

Pitarque, A, (2002) Métodos y Diseños de Investigación. Valencia, España, www.uv.es/pitarqueexperimental.html

Polaino, L. 2003. En busca de la autoestima perdida, pp, 130-145. Desclée de Brouwer. Bilbao

Riso, W. 2006, Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico, Bogotá. (pp, 1-30).

Roche. O. 1996, Psicología y educación para la prosocialidad, p, 219. Universidad Autónoma de Barcelona.

Roche. O. 1996, Psicología y educación para la prosocialidad, p, 219. Universidad Autónoma de Barcelona.

Roth A, Fonagy P, Parry G, Target M, Woods R. 2004. What works for whom? A critical review of Psychotherapy research.2nd ed..(p, 23).

Sackett DL, Scott Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB. 1997. Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM. 1st ed. New York: Churchill Livingstone (p, 3).

Sánchez & Ruiz, (1996) Sentirse mejor como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva (pp, 3-10).

Sánchez, S. (2008) Deseo Sexual Hipoactivo femenino: Una propuesta de intervención médica. Centro de Salud de Xátiva. Valencia-España (p, 3).

Sau Victoria, (1993), Ser mujer, el fin de una imagen tradicional, Barcelona (pp, 5-30)

Sison, A.J.G. (1994): Bienestar y Felicidad. Nivel de Vida y Calidad de Vida, Servicio de Documentación (Pamplona: Seminario Permanente Empresa y Humanismo) (pp, 33-40)

Trull & Phares, 2003, Psicología Clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Sexta Edición (pp, 293-320).

Trull & Phares, 2005, Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Sexta edición. (pp, 144-174).

Vaimberg, G. 2012. Psicoterapia de Grupo, Teoría, técnica e investigación. Pp, 3-30. Barcelona – España

Valls Carme, 2006, Mujeres invisibles, Prologo de Victoria Sau pp, 27-30

Warr.P. 2002, Physichology at work, pp, 20-24

6. APÉNDICE I

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

"GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE CON ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DIRIGIDA A MUJERES QUE PRESENTAN DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN EL ÁREA DE SALUD N°1 EN LA CIUDAD DE AMBATO"

AUTORA: Carmen Isabel Montes De Oca Sánchez

DIRECTOR: **Carlos** Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps.

AMBATO-ECUADOR

FEBRERO 2014

Introducción

Debido a los bajos niveles de investigación y creación de guías clínicas en el campo de la psicología, la presente pretende ser parte de las escasas investigaciones basadas en evidencias, con la finalidad de no solo otorgar a quien haga uso de ella de una indagación teórica, sino también la de proporcionar una propuesta psicoterapéutica que otorgue las herramientas necesarias para intervenir en las pacientes cuyo diagnóstico inicial haya sido el de Deseo sexual Hipoactivo y además de ello su Calidad de Vida haya sido calificada como deficiente. La calidad de Vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida por sueños, otras por la felicidad y en otras ocasiones por la percepción de un bienestar general, lo cual la ha llevado a desarrollarse como un término pluridisciplinar en el que muchos profesionales han dado sus aportes.

En la ciudad de Ambato 3 de cada 10 mujeres que asisten al Centro de Salud N°1 tanto a consulta ginecológica como psicológica según registros médicos llevados a cabo durante el período 2012 - 2013 en el departamento de estadística; acuden diariamente con la finalidad de mitigar sus deficiencias sexuales, las cuales según testimonios de las pacientes aparecieron casi al mismo tiempo en el que se presentaban problemas de índole personal, hayan sido éstos económicos, familiares, conyugales, laborales, entre otros, lo cual provocaba que su bienestar emocional y sexual decreciera afectando directamente su calidad de vida.

En nuestro medio no se ha logrado obtener un bagaje consistente de antecedentes de elaboración de este tipo de guías aplicado a la psicoterapia, al igual que no se han evidenciado suficientes investigaciones sobre guías clínicas que puedan ofrecer los grados o categorías de evidencia considerada como deseable para servir de base a otras investigaciones; por lo tanto la presente pretende ser parte de las pocas investigaciones realizadas basadas en evidencias con la finalidad de beneficiar no solo al investigador en desarrollo, sino también al profesional en perfeccionamiento.

Justificación de la Guía

La presente Guía de intervención psicoterapéutica breve es resultado de diversas sesiones de trabajo e investigación llevadas a cabo durante el período de prácticas pre – profesionales en el Centro de Salud N°1. Mismo que contó con el apoyo de un equipo multidisciplinar formado por un psiquiatra, dos psicólogas, una trabajadora social y dos ginecólogas cuya finalidad ha sido conocer y profundizar la temática expuesta.

La realización de la presente Guía clínica es importante ya que pretende otorgar a sus participantes la elaboración de un diagnóstico fiable y de una orientación terapéutica coherente grupal y consistente con los hallazgos procedentes de la investigación y experiencia en este campo. De igual manera la misma contará con una batería de test, el análisis de datos, conclusiones y recomendaciones obtenidos durante el proceso de investigación, los cuales beneficiarán a quien haga uso de ellos, por lo tanto la Guía va dirigida a todos los profesionales involucrados en el proceso de detección, diagnóstico y manejo tanto del Deseo sexual Hipoactivo como el de identificación del tipo de Calidad de Vida del paciente.

La misma pretende dar orientación en la secuencia de atención y principios del tratamiento, mas no sustituir el criterio clínico de cada profesional. Para su elaboración se ha realizado una revisión bibliográfica y de campo minuciosa y se han consultado diversos consensos de expertos y guías nacionales e internacionales en la materia y textos de interés con la finalidad de que la misma sea confiable, basada en evidencias.

Sobre el concepto de Guías Clínicas

Se ha considerado en esencia que las Guías Clínicas son recomendaciones dirigidas hacia las personas involucradas en el cuidado de la salud; con la finalidad de dotar al profesional de distintas técnicas, conocimientos y metodologías para el mejoramiento de la misma.

Las guías han sido definidas como enunciados desarrollados sistemáticamente, diseñados para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar las decisiones apropiadas para el cuidado de su salud en circunstancias clínicas específicas (Sackett, 1997, p. 3); es por ello que el desarrollo de las Guías se enmarca dentro de una propuesta basada en evidencias o pruebas, cuya práctica busca principalmente "el integrar la destreza clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, proveniente de la investigación científica" (p.3). El desarrollo de las guías se enmarca dentro de la propuesta de una Medicina Basada en Evidencias o pruebas "Evidence-Based Medicine", cuya práctica busca: "Integrar la destreza clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, proveniente de la investigación científica" (p. 3).

Las guías Clínicas no son elaboradas a partir de ideas u expresiones personales de quienes las realizan; tampoco pretenden sustituir el arte clínico o guiar a quien haga uso de ella a tomar decisiones, sino que su objetivo es identificar problemas relevantes y aportar pruebas o evidencias sobre la base de investigaciones más rigurosas, que unidas al juicio clínico individual y a los valores y expectativas del paciente, puedan ser una base para tomar la mejor decisión en interés del paciente (Vaimberg, 2012, pp, 3-30). De igual manera buscan promover en el campo de la salud decisiones que tengan una mejor fundamentación científica, reduciendo las acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones puramente especulativas.

Las Guías Clínicas en el campo de la Psicoterapia

En la última década se ha asistido a un importante esfuerzo por desarrollar guías clínicas en distintos campos de la salud, esfuerzo que también se ha visto reflejado en el campo de la psicoterapia. Roth y Fonagy (2004, p, 23) manifiestan que la elaboración de guías clínicas basadas en evidencia investigativa es la norma en la mayor parte de países debido a la importancia de contar con recomendaciones sólidamente basadas en trabajos de investigación sistemática de procesos y resultados, sin dejar de lado por ello el contacto con la clínica ni con el conocimiento implícito desarrollado por los clínicos y no siempre reflejado en las formulaciones oficiales o explícitas de la disciplina.

El Departamento de Salud Británico señala: "En ningún lado la brecha entre investigación y práctica es mayor que en el campo de la psicoterapia. Las intervenciones más prevalentes son paradójicamente las menos investigadas. Estas y otras brechas en la cobertura de la investigación no significan que estas intervenciones sean inefectivas, sino que apuntan a la necesidad de trabajar sistemáticamente para ampliar su base en evidencias" (2001, pp, 4-10). Por tales motivos se considera que la elaboración de guías clínicas plantea un desafío a la psicoterapia ya que es la investigación una base sustancial que no solo otorga evidencia investigativa, sino que dota de habilidades y técnicas validadas a quien haga uso de ella.

La respuesta positiva a este desafío consiste en reconocer que las preguntas sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de las distintas psicoterapias son legítimas y requiere avances metodológicos que permitan responderlas adecuadamente; al igual que implica recuperar dimensiones específicas de la psicoterapia que tienen que ser integradas a las preguntas anteriores y que apuntan al sentido clínico y humano de los fenómenos en estudio.

Autores como Kordy y Kaechele (1997, pp, 290,301), señalan que una cosa es conocer el resultado estandarizado de aplicaciones psicométricas al grupo control y otra es saber qué significan los resultados en los pacientes con relación a su calidad de vida y a los objetivos que se plantean en su vida. Si bien los consensos logrados a nivel meta-análisis constituyen un paso importante, es necesario avanzar aún más en la comprensión de la significación clínica y psicopatológica de los cambios, lo que supone mayor investigación también en el plano cualitativo y conceptual y no solo cuantitativo. Por tales motivos en la investigación psicoterapéutica, la significación clínica de los resultados estadísticos se ha vuelto un tema relevante (Bernardi, 1997, pp, 56-68).

Por otro lado Díaz Rossello ha señalado que la psicoterapia basada en evidencias debe acompañarse por una psicoterapia basada en valores, atenta a los problemas sociales y éticos (1999, p, 18). De igual manera es importante recalcar que cada guía de intervención es realizada bajo los parámetros de necesidad del investigador con la finalidad de responder a las necesidades de un determinado lugar y momento; lo cual

lleva a considerar que la forma en la que los terapeutas o que los pacientes presentan sus problemas variará en distintos períodos y culturas. Por lo tanto la investigación deberá ajustarse al momento y lugar. Finalmente, para que las guías sean totalmente validadas y útiles, éstas no deberán apartarse del fin para el cual fueron creadas ni mucho menos perder el contexto al que pertenecen.

Sobre la presente Guía Clínica

La elaboración de la presente Guía Clínica surgió debido a la necesidad contemplada durante el período de prácticas pre-profesionales llevadas a cabo en el Área de Salud N°1; tiempo durante el cual se pudo evidenciar la realidad en la que la mujer vive el día a día sin lograr obtener un nivel de Calidad de Vida considerable debido a los varios factores que inciden directamente sobre sus cogniciones, emociones y aun en su estado físico y biológico como lo es el Deseo Sexual Hipoactivo.

De igual manera debido a las pocas investigaciones realizadas acerca del Deseo Sexual Hipoactivo relacionado con la Calidad de Vida en el campo de la psicoterapia, me ha parecido útil el aportar con la presente investigación con la finalidad de otorgar conocimientos sólidos y rentables basados en evidencias, con el propósito de conceder a quien haga uso de la misma de herramientas teóricas y prácticas útiles que contribuyan a mitigar las interrogantes claves acerca de la incidencia de la Calidad de Vida sobre el Deseo Sexual Hipoactivo, las mismas que aún no han sido abordadas de manera conjunta por la literatura de nuestro medio., por lo tanto los conocimientos que se proporcionarán en el presente documento prometen aportar y enriquecer a quien haga uso del mismo con la finalidad de no solo ofrecer una investigación exhaustiva, sino también el de proporcionar una investigación basada en evidencias, conceptos y técnicas prácticas directivas que guíen de manera eficiente al profesional en proceso o logren aportar con más conocimientos al ya profesional.

Objetivos de la presente Guía Clínica

- Crear un clima psicoterapéutico basado en la confianza que favorezca la participación activa de la persona como la persona más idónea para dirigir su propio proceso de desarrollo personal
- Favorecer la adherencia al proceso de tratamiento psicológico.
- Lograr que las personas alcancen un entendimiento integral acerca de su déficit de Calidad de Vida, para que se promueva su participación activa en reducir los niveles de malestar
- Reducir el estrés y las interferencias producidas por los síntomas negativos en el funcionamiento de la persona.
- Trabajar el manejo de las emociones acaecidas debido a los niveles bajos de Calidad de Vida.

- Orientar a las personas a desarrollar una nueva comprensión sobre sus experiencias cotidianas; dotarlas de sentido y a reestructurarlas con alternativas válidas a su experiencia.
- Fomentar la identificación de los procesos cognitivos que mantienen la baja Calidad de Vida y por ende conserva el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo.
- Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el déficit de Calidad de Vida y profundizar en estrategias de afrontamiento de problemas incentivando la capacidad de (aprendizaje en situaciones negativas)
- Trabajar en cambio de hábitos y conductas a fin de proponer una vida sexual satisfactoria y sana.

Colectivo al que va dirigida la presente Guía Psicoterapéutica Breve

La presente investigación y aplicación de la Guía psicoterapéutica breve está dirigida a mujeres que previamente habiendo obteniendo el diagnóstico de Deseo Sexual Hipoactivo, también poseen un nivel de Calidad de Vida deficiente; por lo tanto ambos diagnósticos previos al proceso psicoterapéutico son importante ya que de esta forma se garantizará la homogeneidad del grupo, su participación, cohesión y por ende la disminución y/o eliminación de los diferentes síntomas tanto cognitivos como emocionales propios de las variables anteriormente expuestas

Instrucciones para terapeutas

La presente guía es un instrumento de trabajo que le será de mucha utilidad ya que presenta los puntos fundamentales en los que debe enfocarse durante las sesiones. Las diferentes vivencias expresadas por las pacientes durante el proceso terapéutico serán siempre de mucha utilidad pues permiten la integración de sus experiencias al material discutido. Sin embargo, se presentan ejemplos que pueden servirle de guía cuando las pacientes no provean suficiente información personal. La integración progresiva del contenido a lo largo de las sesiones y el seguimiento continuo a la información relacionada al componente de pensamientos es esencial para la efectividad del tratamiento. Familiarizarse con la guía y darle su propio toque personal es importante para sentirse seguro/a al momento de ponerla en práctica. El proyecto personal (tarea para la casa) se encontrará al final de cada sesión con la finalidad de asignar tareas a realizarse durante el transcurso de la semana para la próxima sesión.

6.1. GUÍA 1

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE CON ÉNFASIS EN TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DIRIGIDAS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DIRIGIDA A MUJERES QUE PRESENTAN DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

AUTORA:

CARMEN ISABEL MONTES DE OCA SÁNCHEZ

DIRECTOR:

CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, M.U.Ps.

AMBATO-ECUADOR

FEBRERO 2014

REUNIÓN INTRODUCTORIA

1.- Preséntese ante las participantes de la terapia grupal

- Nombre, posición, orientación breve sobre la sesión de hoy.

2.- Pregunte a las participantes

- ¿Qué expectativas tiene usted al ser parte de este grupo terapéutico?

3.- Proceda a explicar de manera general el propósito del tratamiento

- Qué temas se van a tratar, la finalidad de tratamiento, los recursos a utilizarse.

4.- Explique los aspectos de confidencialidad y de comunicación

- Dar a conocer a las participantes que la finalidad del grupo terapéutico es trabajar y apoyarse unas a otras durante el proceso de cambio y obtención de metas; y por lo tanto la confidencialidad referente a toda la información que se comparta entre las sesiones deberá ser privada de la crítica de otros, por lo tanto, lo que se trata dentro de la terapia no podrá ser revelado a terceros.
- Explicar que al finalizar el tratamiento se realizará una retroalimentación sobre la participación de las pacientes y se realizarán conclusiones y recomendaciones.

5.- Paute el día y la hora de las sesiones de tratamiento

- Enfatizar la importancia de la asistencia y puntualidad
- Explique el tratamiento posee componentes educativos y de desarrollo de destrezas, consiste de una secuencia lógica que se basa en sesiones semanales y se va afectada por ausencias y/o tardanzas.
- Provea a las pacientes de la hoja de reglas a manejarse dentro de las sesiones de grupo y la hoja de sugerencias para las sesiones

6.- Aclare dudas o preguntas

7.- Refuerce el interés demostrado en el mejoramiento de la calidad de vida de las participantes y de su papel de apoyo durante este proceso.

REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

A continuación dé a conocer a las participantes las reglas que se van a manejar dentro de las sesiones de grupo y entregue una copia de las mismas de ser necesario

1. **Llegar a tiempo**
    - No dejar al resto de miembros del grupo esperando

2. **Asistir cada semana**
    - Dar a conocer al paciente que al formar parte de un grupo, este adquiere compromiso con él.
    - Si el paciente no puede asistir proporcionar un número telefónico para que este pueda comunicarse y dejar su recado; de esta forma se podrá informar al resto de los miembros del grupo de su ausencia.

3. **Ser constructivo en las intervenciones**
    - Evitar la crítica negativa, proporcionar comentarios constructivos
    - Fomentar el altruismo y ver el lado positivo de las circunstancias

4. **Mantener una actitud práctica**
    - Concentrarse en las soluciones y no solo en la gravedad del problema

5. **Hacer la tarea**
    - Es necesario dar a conocer a los miembros del grupo que si no practican lo que se enseña en el grupo, no se logrará obtener resultados

6. **Mantener la confidencialidad dentro del grupo**
    - Se debe instruir a los miembros para que todo lo hablado dentro de la terapia sea manejado con mucha cautela y precaución, esto se aplica sobre todo a los asuntos privados o personales del resto de miembros

7. **Ser honesto consigo mimo**
    - Alentar al paciente a ser lo más honesto consigo mismo y a expresarse abiertamente sin sentirse discriminado o burlado.

SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO

A continuación proporciones las siguientes sugerencias al grupo con la finalidad de que las sesiones se lleven a cabo de la mejor manera posible; de ser necesario proporcione de copias a las participantes

1. **Permita que otros conozcan cuáles son sus ideas**
    - Es importante lo que cada miembro del grupo tiene que decir.
    - El compartir sus pensamientos, emociones y reacciones con el grupo estimulará al resto de miembros a hacer lo mismo.

2. **Haga preguntas**
    - Si tiene preguntas o hay algo de lo que quiera saber más, pregunta. Dentro de este grupo psicoterapéutico no existen preguntas inadecuadas o inapropiadas.

3. **Permita la participación de todos los miembros del grupo**
    - Es necesario que no acapare la plática, ya que otros miembros también desean compartir y el tiempo es limitado.

4. **Ayude a otros miembros a participar**
    - Si le parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha dicho, anímelo a participar, sin embargo no lo fuerce a hacerlo.

5. **Escuche atentamente a los miembros**
    - Trate de entender las ideas de los otros miembros y permítase estar abierto a sus ideas
    - Escuche a los otros de la misma manera en la que a usted le gustaría que lo escuchen.

6. **Esté abierto al punto de vista de los otros miembros**
    - Respete las opiniones del resto y no insista en que usted posee la razón.

7. **Participe en el coloquio**
    - Si el coloquio es confuso para Ud. Expréselo.

8. **En este grupo está bien hablar de sus sentimientos, emocione y reacciones**

LA SALUD MENTAL AGREDIDA

(SESIÓN 1)

Repaso:

- Dar a conocer los propósitos del tratamiento de grupo
- Bienvenida a los nuevos miembros
- Identificar cuan afectada se encuentra la salud mental

Objetivos de la presente sesión

- Presentarse unos a otros dentro del grupo
- Lograr que las pacientes identifiquen cuan agredida se encuentra su salud mental
- Proporcionar técnicas y estrategias de afrontamiento para disminuir los pensamientos negativos y reemplazarlos por otros más adaptativos.

1.- Presentaciones

A continuación se procederá a incentivar a los participantes a compartir algo acerca de ellos (no acerca de sus problemas; éstos se atenderán dentro del tiempo formal de la terapia), como por ejemplo: en dónde nació y creció, datos acerca de su familia, que tipo de labor desempeña, hobbies, entre otros.

2.- Proceda a explicar cuál es el tipo de terapia a emplearse

Esta terapia se denomina "Terapia Cognitivo Conductual".

- "Cognitiva" se refiere a nuestros pensamientos.
- "Conductual" se refiere a nuestras acciones.

Por lo tanto si se logra entender cómo las acciones y los pensamientos afectan a los sentimientos, se podrá llegar a tener un mayor control sobre los mismos, lo cual le otorgará bienestar psicológico y emocional sobre la Calidad de Vida.

3.- ¿Qué se entiende por salud mental agredida?

Proceda a realizar esta pregunta de tal manera que propicie la participación de las pacientes en el proceso. Luego comparta la siguiente información y en la medida que sea posible, integre la información compartida por las pacientes.

Según Valls (pp, 27-30) se entiende por salud mental agredida a todos aquellos pensamientos y emociones negativos que viven constantemente en la mente de las personas, los cuales afectan directamente a la capacidad para mantener el equilibrio entre los deseos, su realización y las perspectivas.

4.- ¿De qué depende la salud mental?

Según investigaciones realizadas por Valls (pp, 27-30) la salud mental dependerá específicamente de dos factores:

- Creencias y actitudes

Proceda a explicar que las mismas están condicionadas por el entorno familiar, la cultura y la religión; al igual que pueden ser influenciadas de forma positiva o negativa (pp, 27-30). Finalmente describa posible consecuencias.

5.- Usando sus respuestas: Proceda a preguntar a las participantes: *¿Qué es para usted la salud mental agredida?; y* tomando como referencia la explicación realizada anteriormente proceda a relacionar la información impartida integrando también aquellas características nombradas por las pacientes y finalmente pregunte si alguna de ellas ha sido experimentada por alguna participante.

A continuación dé a conocer que las personas que poseen una salud mental agredida generalmente presentan las siguientes características (Valls, pp, 27-36):

- Sentimientos de inferioridad.
- Constante auto discriminación en la vida cotidiana
- Descalificación física.
- Recriminación constante por acontecimientos pasados.
- Esperanza y confianza en que alguien más le proporcionará sentido y desarrollo personal y profesional.
- Sentirse cansada la mayor parte del tiempo.
- Dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

6.- Tiempo de compartir

A continuación motivar a las pacientes a participar y opinar acerca de si se siente o no identificadas con alguna característica antes nombrada y los pensamientos y sentimientos que al identificarse con ellos le son provocados.

Cierre esta discusión agradeciendo la participación de las pacientes y realice una breve retroalimentación

de cómo los pensamientos afectan a las emociones empleando nuevamente el diagrama.

7.- Los factores y pensamientos que afectan a la salud mental

Dar a conocer que se han identificado cuatro factores que afectan directamente a la salud mental:

- La dependencia de la mirada de los otros
- La dependencia amorosa
- La condición de las mujeres como seres no libres o como "no seres"
- El control que ejercen las emociones sobre las cogniciones

De manera breve explique cada factor, haciendo énfasis en que las emociones afectan a los pensamientos. (Valls, 2006, pp, 27-36)

Nota: *Hacer énfasis en cómo este tipo de pensamientos han afectado y afectan a la Calidad de Vida.*

8.- Pensando diferente:

Aplicando la técnica de Reestructuración Cognitiva

La Reestructuración Cognitiva consiste en que el cliente con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestiones sus pensamientos desadaptativos, con la finalidad de que éstos sean sustituidos por otros más apropiados y se elimine o reduzca de esta manera las perturbaciones emocionales y/o conductuales.

En la reestructuración Cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis, por lo tanto terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles; por lo tanto, en lugar de que el terapeuta guíe directamente al paciente éste realiza 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 más eficaz y asertiva acerca de los mismos (Clark, 1989, pp, 52-96).

Pasos a seguir:

A continuación el terapeuta procederá a entrenar al paciente en cómo cambiar sus pensamientos negativos en otros más adaptativos a través del empleo de los siguientes pasos:

a) **Identificación de cogniciones erróneas:** Se procederá a que el paciente logre:

- Identificar pensamientos automáticos e involuntarios
- Diferenciar entre pensamientos y emociones
- Identificar pensamientos concretos en lugar de realizar divagaciones.

Nota: Para llevar a cabo esta identificación de cogniciones erróneas, se podrá utilizar las siguientes técnicas extra:

- Técnica de la flecha descendente
- Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas
- Examinar la utilidad de un pensamiento negativo
- Examinar qué pasaría realmente y que se podría hacer si lo que piensa fuera cierto.

b) Cuestionamiento conductual y verbal de las cogniciones desadaptativas:

Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

A continuación se plantean una serié de preguntas, a modo de ejemplo, de cada uno de estos apartados. Se ha de tener en cuenta que son ejemplos generales que se tienen que adaptar a cada situación.

Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?

Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)

- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?

Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero… ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería un asunto realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

c) **Extraer las conclusiones pertinentes:** El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante dar a conocer al paciente que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

9.- De la teoría a la práctica

Motivar a los pacientes a practicar y aplicar la técnica de reestructuración cognitiva en la cotidianidad.

10.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal.

¿Tiene alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?

Ahora vamos a proceder a discutir acerca del Proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de la semana

Proyecto Personal

El auto registro de Clark 1989 (pp, 16-17): El auto registro es el complemento ideal del establecimiento de objetivos utilizado para conocer y comprobar si las diferentes metas planteadas al iniciar el proceso terapéutico se van cumpliendo o no; con la finalidad de que el terapeuta vaya guiando al paciente hasta lograr de manera total o parcial todo lo planteado.

- Este ejercicio se llama “el Auto registro del Clark y lo va a completar todas las semanas con la finalidad de determinar cómo se siente cada día y cómo va cambiando o no su estado de ánimo, pensamientos y sentimientos a lo largo de la terapia
- Para completarlo al final de cada día registrará sus acciones, pensamientos, dificultades, cómo las solucionó y conclusiones al respecto.
- Traer el ejercicio completo para la próxima sesión de terapia para discutirlo.

AUTO-REGISTRO DE PENSAMIENTOS DE CLARK 1989

Fecha	Situación	Intensidad de la emoción 0-100	¿Qué pensé?	¿Qué hice?	¿Qué debí haber hecho?	Consecuencias, conclusiones

LA DESVALORACIÓN Y LA VALORACIÓN CONDICIONADA

(SESIÓN 2)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 1 (promueva la participación en este resumen)

- La salud mental agredida
- Reestructuración cognitiva (¿en qué consistía, logró llevarla a cabo?)
- Auto registro de Clark: ¿Cómo se sintió al escribir en el auto registro cada día? ¿Se le presentó alguna dificultad?

Objetivos de la presente sesión

- Identificar si la valoración personal es de tipo condicionada o no
- Identificar como los diferentes tipos de desvalorización y valorización condicionada afectan la calidad de vida.
- Dotar de herramientas psicológicas para que la paciente logre equilibrar su estima.

1.- ¿Qué se entiende por desvaloración y la valoración condicionada?

Proceda a realizar esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto. Incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

Se conoce como valoración y desvaloración condicionada cuando el sujeto deposita su autoestima en manos de terceros, por lo que, dependiendo de las reacciones de estas personas, nivel de aceptación y aprobación; el individuo se valorará positiva o negativamente (Branden, 1995, pp, 21-22).

2.- ¿De qué depende la valoración condicionada?

Dar a conocer a las pacientes que esta evaluación viene condicionada por los diferentes hechos vividos durante la infancia, adolescencia, por experiencias tempranas, el tipo de entorno familiar en el que ha vivido y crecido(Branden, 1995, pp, 21-22).

3.- ¿Cómo suelen pensar y actuar las personas que poseen una valoración o desvaloración condicionada?

Proceda a realizar esta pregunta de manera abierta, propiciando una lluvia de ideas en torno a pensamientos propios de una mujer que se siente valorizada o desvalorizada por condicionantes externos; seguido a esto tomando como referencias las opiniones de las pacientes de a conocer las características de pensamientos y sentimientos de la valoración o desvaloración condicionada.

Características de la valoración condicionada:

- Proceda a exponer las características de la valoración condicionada (Branden, 1995, pp, 21-22) y otorgue ejemplos cortos.
- Hacer siempre lo posible para satisfacer a terceros.
- Mientras reciba elogios y cumplidos mi tarea es buena.
- Me siento importante cuando me toman en cuenta.
- Valgo por lo que tengo.
- Necesito sentirme aceptada.
- Temor a equivocarse.
- Perfeccionismo, auto exigencia de hacer todo perfectamente.

Características de la desvaloración condicionada

Proceda a exponer las características de la desvaloración condicionada (Branden, 1995, pp, 21-22) y otorgue ejemplos cortos.

- Autocrítica dura y excesiva que la mantienen en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica.
- Mientras no cumpla con mis objetivos nadie me va a querer.
- Seguiré siendo un fracaso mientras no pueda ser igual al resto de mujeres.

4.- Tiempo de práctica

A continuación realizar la siguiente pregunta: ¿Qué tan beneficioso ha sido dejarme llevar por la valoración o la desvaloración condicionada? Motivar a las pacientes a que compartan si se sienten o no identificadas con algún punto del tema en exposición; sus pensamientos, experiencias, sentimientos y emociones,

5.- Reconociendo mi potencial

Aplicando la técnica de detección de pensamientos automáticos

Los diferentes errores durante el procesamiento de la información derivados de los diferentes esquemas cognitivos y de supuestos personales reciben el nombre de errores cognitivos (Beck, 1979, pp 58-60); por lo tanto con la finalidad de guiar al paciente durante la aplicación de esta prueba, se procederá a dar a conocer a los participantes que los pensamientos automáticos a menudo son relámpagos rápidos difíciles de percibir, los mismos que transmiten una especie de breve imagen verbal, o son telegrafiados con pocas palabras simples. Los pensamientos automáticos según Beck (2005); Edelmann, (1992); Rouf (2004) (nombrado por Bados 2010, pp, 3-5) tienen generalmente las siguientes características:

- Son mensajes específicos discretos
- A menudo están compuesto por frases cortas o una imagen visual
- No importa lo irracionales que sean, casi siempre serán creídos
- Los pensamientos automáticos se viven como espontáneos
- Son aprendidos
- Tienden a exagerar la situaciones

A continuación se motivará al paciente para que identifique sus propios pensamientos automáticos y se le pedirá que anote ejemplos de pensamientos automáticos que afecten a su valoración; a tal efecto el terapeuta proporcionará al paciente de un registro de pensamientos automáticos en el cual constarán tres columnas:

- Situación
- Pensamiento
- Emoción
- Porcentaje de verdad
-

Explicar a las participantes que la acción de escribir será la resultante de la autoobservación, lo cual por sí mismo ya posee efectos terapéuticos favorables, debido a que el escribir ayuda al paciente a analizar sus pensamientos (Beck, 1979, pp, 47-50).

Finalmente se procederá a explicar al paciente que junto con la práctica, en un futuro no le será necesario escribir sus pensamientos sino que los identificará y analizará sin necesidad de plasmarlos. (Bados, 2010, pp, 4-10).

6.- De la teoría a la práctica

Motive a las pacientes a aplicar esta técnica durante la cotidianidad y a educar su mente acerca de sus pensamientos automáticos.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto Personal

- Continuar llenando el registro de pensamientos de Clark
- Poner en práctica durante la semana la técnica aprendida de "identificación de pensamientos automáticos"

AUTO CONSIDERACIÓN POSITIVA DE SÍ MISMO

(SESIÓN 3)

Repaso: Repase o realice un breve resumen de lo siguientes conceptos discutidos en la sesión 2 (promueva la participación en este resumen)

- Auto registro de pensamientos de Clark
- Identificación de pensamientos automáticos

Objetivos de la presente sesión:

- Identificar si la auto-consideración de sí misma es positiva o negativa
- Lograr que las pacientes identifiquen las emociones, cogniciones y circunstancias que afectan su auto consideración
- Dotar al paciente de técnicas psicológicas apropiadas para el manejo de su auto consideración.

1.- ¿Qué entiende por auto consideración positiva de sí mismo?

Proceda a realizar esta pregunta de manera abierta facilitando una breve discusión al respecto. Incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

Se entiende por auto consideración positiva de sí mismo a los niveles de cordialidad, respeto, simpatía y aceptación manejadas por el sujeto hacia sí mismo; mientras que el sujeto carente de auto-consideración presenta dificultades para tomar decisiones y desarrollarse con un nivel emocional deficiente (Branden, 2006, pp, 15-30).

2.- Una forma útil de pensar acerca de la Auto consideración positiva

Invitar a los pacientes a compartir si consideran que su auto consideración es positivo o negativo; a continuación pedir a las pacientes que realicen una lista de pensamientos buenos y malos acerca de sí mismas; provea una hoja de ´papel para llevar a cabo este ejercicio. Luego discutir acerca del mismo; ¿qué número de pensamientos fueron mayores, los positivos o los negativo? ¿Por qué? (Branden, 2006, pp, 30-50).

3.- Aprendiendo a disminuir los pensamientos negativos que influyen sobre el auto consideración positiva de sí mismo

A continuación se procederá a explicar 3 maneras en las que la paciente podrá disminuir sus pensamientos negativos (Heman 2005, pp, 50-55), ilustre utilizando ejemplos cortos:

a) Bloqueo de pensamientos: Se debe entrenar a los participantes para que logren identificar cuando un pensamiento está influyendo sobre el estado de ánimo y tratar de interrumpirlo; por lo tanto, primero se debe identificar el pensamiento, después decirse así mismo "Este pensamiento está interrumpiendo mi buen estado de ánimo; por lo tanto voy a pensar en otro"

b) Tiempo para preocuparse: Instruir al paciente para que designe un tiempo de 10 a 30 min específicamente para dedicarlo a pensamientos problema, con la finalidad de que el resto del día esté libre de preocupaciones.

c) Auto instrucciones: Dotar al paciente del conocimiento necesario para que él mismo sea su instructor para bloquear pensamientos, sentimientos, emociones y acciones que pueden ir en contra de su bienestar.

4.- Elevando la auto-consideración positiva de sí mismo

A continuación dar a conocer a las pacientes la forma en la que pueden elevar su auto consideración positiva (Polaino, 2003, pp, 130-145):

- **d) Auto refuerzo positivo:** Dar a conocer que la mayor parte de las actividades que se llevan a cabo no son notadas por otras personas, por lo tanto, es importante que el sujeto realice un auto reconocimiento y crédito por ellas.
- **e) Tiempo libre:** Dar a conocer a los participantes que es necesario que la mente se relaje, por lo que se permita darse un descanso.
- **f) Proyección a futuro:** Lograr que los participantes se proyecten a futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores

5.- Hablándole a sus pensamientos

Aplicando el Método A-B-C-D de Ellis

A continuación se debe entrenar al paciente para que cuando surjan pensamientos negativos acerca de su auto consideración, se pregunte así mismo que está pensando; entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando o hiriendo (Ellis, 1979, pp 33-60).

A= evento activante; lo que sucedió

B= es la creencia o pensamiento que el sujeto está teniendo; es decir, lo que se dice así mismo acerca de lo que está pasando

C= es la consecuencia de los pensamientos; es decir, el sentimiento que se obtiene como resultado de los pensamientos.

D= es la manera en la que se discute o se le habla al pensamiento.

Ejemplo:

Paciente de 23 años que se siente inútil. Cuando piensa que se siente así es porque no logra encontrar un mejor trabajo

A: No tiene un buen trabajo (este es un hecho)

B: Algunos de los pensamientos que podría tener acerca de éste hecho son:

- Soy una fracasada
- No me van a querer porque no tengo un mejor trabajo
- Hubiera estudiado algo diferente

C: La consecuencia de pensar en que no tiene trabajo es sentirse inútil por lapsos largos y no hacer nada para salir de este estado de ánimo.

D: El paciente puede hablarle a sus pensamientos de la siguiente manera:

- "Existen personas menos afortunadas que yo que no tienen ningún tipo de sustento"
- "Si deseo un mejor trabajo tengo que esforzarme más y obtener un ascenso"
- "Los tiempos cambian, ya vendrá el momento en el que pueda desarrollar mi capacidad al 100% y demostrar mis habilidades, por lo pronto seguiré trabajando para que ello se dé"

6.- De la teoría a la práctica

A continuación se motiva a los participantes a participar y compartir sus experiencias con la finalidad de proceder a aplicar la técnica A-B-C-D. Puede generar un espacio para discutir qué otras técnicas de las anteriormente mencionadas podrían ser empleadas en situaciones particulares y cómo lo harían.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.- Continúa llenando el registro de pensamientos

2.- Practique la técnica A-B-C-D para elevar el auto consideración positiva de sí mismo y disminuir pensamientos negativos

3.- Ejercicio de metas fuera de lo corriente: Este ejercicio consiste en que el paciente lleve a cabo actitudes, pensamientos o sentimientos que antes no había sido capaz de realizar(Heman 2005, pp, 63-64).

- Se procederá a explicar que la tarea para esta semana consistirá en realizar un ejercicio llamado “ejercicio de metas fuera de lo corriente”
- Se motivará para que las pacientes elijan las metas conductuales o emocionales que deseen llevar a cabo durante el transcurso de la semana
- Se orientará a las pacientes para que se propagan objetivos claros a cumplirse

FORMA DE TRABAJO PARA EL MÉTODO A-B-C-D

A: Evento ACTIVANTE (qué sucedió)	**C: CONSECUENCIA** (Cómo reaccionó usted)
B: CREENCIA DE LO QUE SUCEDIÓ (Lo que usted se dijo a usted mismo acerca de lo que sucedió y que influenció su reacción)	**D: DISCUTIR LA CREENCIA** (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de forma saludable)

LA ASERTIVIDAD LABORAL: UNA COMPETENCIA ESENCIAL PARA UN DESEMPEÑO LABORAL EXITOSO

(SESIÓN 4)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutido en la sesión 3 (promueva la participación en este resumen)

- El registro de pensamientos de Clark
- ¿Logró mantener una auto consideración positiva o negativa durante el transcurso de la semana? ¿Qué hizo para elevar los pensamientos positivos y disminuir los negativos?

Objetivos de la presente sesión:

- Analizar qué es la asertividad laboral, sus componentes positivos, formas de aplicación y dificultades
- Identificar si las pacientes son laboralmente asertivas o no
- Dotar al paciente de técnicas de asertividad laboral.

1.- ¿Qué es la asertividad laboral?

Haga esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto, incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

La asertividad laboral es aquella herramienta que permite a los sujetos enfrentarse a las diversas situaciones que se presentan en los trabajos, la misma que no es más que la presentación de manera respetuosa y justa de la expresión de los diferentes derechos, sentimientos e ideas ante los demás, dejando clara la posición del sujeto de una manera concisa sin faltar a sus pares ni superiores (Warr, 2002, pp 20-24).

2.- ¿Cuál se puede considerar como una conducta asertiva?

Se considera como conducta asertiva a la capacidad de expresar de manera clara lo que se siente teniendo en cuenta cómo hacerlo, cuándo hacerlo y en dónde; analizando la situación y asumiendo de la mejor manera el problema, lo cual proporcionará de satisfacción tanto al individuo, como a los miembros que participan del suceso (Warr, 2002, pp, 24-25).

3.-Tiempo de compartir

Motive a las pacientes a analizar si han logrado tener conductas asertivas o no durante sus horarios de trabajo, cuáles son sus problemas más frecuentes y cómo los han resuelto. Realizar un breve cierre de la discusión recordando a las participantes las características de una conducta asertiva.

4.- ¿Qué beneficios otorga el manejar una conducta laboral asertiva?

A continuación tomando como referencia algunas de las experiencias compartidas por las pacientes, relacionar sus respuestas con los beneficios de poseer una conducta laboral asertivay comparar de esta manera cuan asertivas lograron ser o no.

- Permite tener la capacidad de pedir, negociar y tratar de forma correcta y respetuosa sin necesidad de ser tímido o agresivo a la hora de hablar
- Es una técnica útil para comunicar y modificar la conducta y manera de pensar de otros a través de la negociación de forma asertiva.
- Proporciona una solución satisfactoria no sólo para quien interviene, sino también para los que son parte de la negociación.
- Permite que la persona implicada reconozca los niveles de responsabilidad en su intervención y que asuma las consecuencias resultantes de la expresión de sus sentimientos (Warr, 2002, pp, 30-40).

5.- Aprendiendo a ser asertivos

Aplicando la técnica de Entrenamiento asertivo:

Según Caballo (2007, pp, 360-365) el entrenamiento asertivo es un método psicoterapéutico que se emplea para ayudar al cliente a expresar ideas, sentimientos y preferencias por medio de conductas apropiadas que no vayan en contra de los derechos de los demás de una manera socialmente aceptable y ajustada a las circunstancias

Dentro del proceso de entrenamiento asertivo existen varias técnicas vinculadas a mejorar la comunicación, por lo tanto a continuación el terapeuta deberá escoger la que más se ajuste a sus necesidades:

a) **Modificación de validez de cogniciones:** El terapeuta centra su atención en las cogniciones y esquemas disfuncionales. Las cogniciones son sometidas a las pruebas de validez. Los esquemas disfuncionales deben ser desactivados. Esto se hace de la misma forma que en el tratamiento de la depresión y de trastornos por ansiedad (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

b) **Ensayo Conductual:** Esta técnica consiste en que el terapeuta y el paciente representan situaciones de la vida real que el paciente ha confrontado o está confrontando como dificultades para relacionarse interpersonal mente. El ensayo conductual se puede realizarse a través del juego de roles y del modelaje(Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

c) **Juego de Roles:** Esta técnica permite conocer las cogniciones y esquemas de los pacientes. El terapeuta participa activamente, representando el rol de la persona o personas ante las cuales el paciente presenta dificultades. El paciente actúa representando la conducta que él asume en la vida real ante dicha persona o personas. El paciente pasivo suele interpretar las situaciones o

conductas de los demás como amenazantes, lo cual le hace sentir miedo, mientras que la persona agresiva suele interpretar las situaciones o conductas de los demás como injustas. Estos sentimientos le impiden responder o hablar en forma asertiva. Estas cogniciones "amenazantes" o "injustas" se trabajan usando la mayéutica, corrigiendo las distorsiones y llegando a respuestas racionales (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

d) Corrección de las atribuciones erróneas: Esta técnica permite que el paciente se dé cuenta cuando está pensando erróneamente acerca de las actitudes, pensamientos o emociones de los demás, canalizando la información asertivamente y seleccionando los pensamientos(Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

e) Aserción negativa: La presente técnica contribuye a reconocer y aceptar los errores sin tener que el paciente se retracte todo el tiempo mediante un reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas constructivas u hostiles que se formulan por ellos (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

f) Hacer mutis: La técnica consiste en entrenar al paciente a retirarse pasivamente si está afrontando algún tipo conducta que trasgreda a la suya sin necesidad de responder de la misma manera que su oponente (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

g) Apaciguamiento: Se entrena al paciente para que actúe apaciguando a la persona implicada dándole la razón y manifestándole comprensión hasta lograr que se calme y retome el control de sí misma (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

h) Banco de Niebla: La presente consiste en entrenar al paciente para que las críticas no sean un elemento que lo descalifique con facilidad, evitando las diferentes emociones y reacciones negativas que lo puedan afectar (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

i) Técnica del disco rayado: La presente técnica entrena al paciente para que ante cualquier intento de manipulación exprese su deseo una y otra vez sin perder el foco de su objetivo repitiendo serenamente las palabras que lo reafirman. Esta técnica enseña la virtud de la persistencia ante las manipulaciones, sin tener que argumentar y sin apartarse del punto de vista en el que se desea insistir (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

j) **Posponer la conducta agresiva:** Se entrena al paciente para que ante un suceso en el que él piensa que está siendo irrespetado y siente la necesidad de agredir, no responda en el acto, sino que prudencialmente permita que el tiempo transcurra para reevaluar la situación y considere actuar de manera diferente. Mientras que si la atribución es correcta se entrenará al paciente para que manifieste su inconformidad de manera distinta (Hofstadt, 2005, pp, 203-216).

6.- De la teoría a la práctica

Genere una discusión en la que se dirija a poner en práctica las técnicas expuestas con la finalidad de proceder a modificar la manera en la que se lleva a cabo las relaciones laborales; por lo tanto, seguido a cada aportación se proveerán de ejemplos prácticos para proveer de soluciones.

7.-Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

- Registro de pensamientos de Clark
- Trabaje sobre los diferentes pensamientos
- Tarea de toma de riesgos: consiste en que el paciente lleve a cabo una actitud, una emoción o un pensamiento que beneficie a su entorno laboral que antes no había sido capaz de realizar (Heman, 2005, pp, 53-40).

MUJERES: MUNDO DE TRABAJO EN EL HOGAR Y MATERNIDAD

(SESIÓN 5)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutido en la sesión 4 (promueva la participación en este resumen)

- Tarea de toma de riesgos
- ¿Logró actuar de manera asertiva en el trabajo durante el transcurso de la semana?
- ¿Cuáles son algunos pensamientos, acciones y emociones que usted tuvo que enfrentar durante su trabajo? ¿Cómo los resolvió?

Objetivos de la presente sesión:

- Que las pacientes logren identificar las emociones, cogniciones y conductas , vinculadas al trabajo y a la maternidad
- Dotar de técnicas adecuadas para el manejo de las diferentes emociones, cogniciones y conductas relacionadas con el trabajo y la maternidad

1.- Trabajo y maternidad

Inicie el proceso preguntando a las participantes sus pensamientos, sentimientos y emociones relacionadas con el trabajo y la maternidad. Luego comparta la siguiente información. En la medida que sea posible integre la información compartida por las pacientes.

De a conocer a las participantes que en la actualidad para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar una gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo; y que por lo tanto no son las únicas cumpliendo con estas grandes e importantes tareas: es por ello que, mujeres de todo el mundo hacen malabares con su tiempo y su vida personal para lograr combinar ambas actividades (Herránz, 2000, pp, 196-199).

2.- Dos trabajos de tiempo completo

Dar a conocer que en la actualidad la mujer desempeña un doble rol; madre y trabajadora, lo que crea una doble jornada de trabajo (Herránz, 2000, pp, 199-215); resaltar el valor físico, afectivo y cognitivo que implica realizar cada actividad con la finalidad de destacar la importancia de su tarea dentro del hogar y fuera de él.

3.- Tiempo de práctica

A continuación el terapeuta deberá dotar de ejemplos prácticos a los integrantes del grupo con la finalidad de resaltar la importancia del trabajo que las madres de familia llevan a cabo, al igual que se dará lugar a opiniones positivas y negativas, pensamientos, sentimientos y emociones provocadas por la realización estas actividades.

4.- Renunciando a la culpa

Según Herránz (2000, pp, 199-220), distintos sentimientos de culpa son experimentados diariamente por madres trabajadoras debido a que muchas de ellas temen no estar dedicando tiempo suficiente al cuidado de sus hijos, lo cual según sus pensamientos no las permite llegar al estado de ser "una buena madre".

Por lo tanto a continuación dé a conocer que la culpa posee aspectos muy positivos pero también puede convertirse en un gran problema; resaltar que como punto positivo puede ayudar a favorecer cambios y a adaptarse mejor a ciertas normas y contextos sociales.

Hormachea (2008, pp 47-50) resalta que cuanto más rígidos sean nuestros esquemas morales, más fácil es que aflore la culpa, la cual puede ser en dos direcciones: a) hacía uno mismo, b) hacia los demás; por lo tanto el autor da a conocer que no se debe utilizar la culpa para recriminarse acerca de:

- Su imposibilidad para ser súper mamás
- Profesionales exitosas
- Esposas glamorosas con cuerpos exuberantes
- Buenas servidoras sociales

A continuación se dará a conocer algunos síntomas que pueden estar atravesando las pacientes como determinantes de culpa (pp, 47-55):

- **Sentimientos de inferioridad:** "Otras mujeres pueden llevar a cabo todo esto ¿por qué yo no puedo?"
- **Sentimientos de inadecuación:** "Creo que no tengo nada que ofrecer a mis hijos, a mi esposo, a mi familia, me siento inútil."
- **Sentimientos de martirio:** "Cada día me siento peor, no puedo desempeñarme como desearía."

Proporcione un buen ejemplo de cómo los diferentes pensamientos y sentimientos de culpa pueden afectar la calidad de vida, y dar las pautas de cómo manejarlos asertivamente.

5.- Tiempo de compartir:

A medida que se va exponiendo acerca del trabajo, la maternidad y los sentimientos de culpa, se irá recordando y aplicando la técnica de reestructuración cognitiva anteriormente aprendida a través del coloquio y participación activa de los participantes.

6.- Aprendiendo a sobrevivir a la maternidad y el trabajo

Según investigaciones realizadas por Ladisch (2004, p, 20-34) si es posible enfrentar la maternidad y el trabajo, empezando por creer que "no es posible hacerlo todo"; y que las mujeres pueden dedicar una hora al gimnasio, una tarde para ir al cine, visitar a una amiga; entre otras actividades; por lo que a Ladish da a conocer cinco puntos importantes.

A continuación dé a conocer los cinco puntos establecidos por Ladish y motive a las pacientes a participar dando sus opiniones y experiencias; finalmente enfatice la importancia de aplicar estos cinco puntos.

a) **Cree un sistema de apoyo:** Dejar de tratar de hacerlo todo por sí misma, aceptar la ayuda que venga de agentes externos, desde una empleada, hasta la pareja, amigas o familiares de confianza en la realización de las tareas que usted crea conveniente.
b) **Organice su tiempo:** Entrenar a las pacientes para que logren organizar su día de tal forma que logren cumplir con sus objetivos laborales y de maternidad.
c) **Trate de involucrar a su pareja:** Entrenar a la paciente para que de una manera asertiva explique a su compañero lo importante que sería para ella que se involucrara en pequeñas actividades dentro del hogar.
d) **Buscar tiempo para sí misma:** Dar a conocer a las pacientes que "hay tiempo para todo" por lo tanto una vez cada día deberá encontrar un tiempo adecuado para regalárselo; esto beneficiará a su salud mental, física y emocional.

e) **Darse un descanso:** Dar a conocer a la paciente que es necesario que de vez en vez aproveche una parte del tiempo libre para dedicarla al descanso, con la finalidad de 118establecer la energía y dotar al cuerpo de la vitalidad que necesita

7.- Manejando el estrés

Aplicando la técnica de "Inoculación del estrés"

Según Caballo (1998, pp, 30-36), para proceder a aplicar la técnica de Inoculación del estrés, se deberá considerar tres fases:

a) **Fase de conceptualización o de educación**:

Los objetivos de esta fase radican en que el paciente junto con el terapeuta logren identificar y definir los diferentes problemas o dificultades que presenta el grupo o la persona; por lo que deberá definir:

- Hasta qué punto las dificultades de afrontamiento a las situaciones estresantes se deben a un déficit de habilidades emocionales, conductuales o cognitivas.
- Identificar el nivel de estrés por el que la persona está atravesando (bajo, medio o alto).

b) **Fase de adquisición y entrenamiento en habilidades:** El cliente con ayuda del terapeuta procederá a aprender y entrenarse en habilidades y estrategias específicas que le permitirán

abordar las situaciones generadoras de estrés; entre ellas las siguientes:

a. Estrategias de solución de problemas: Entrenar al paciente en:
    - Ver la situación como un problema a resolver,
    - Analizar requisitos necesarios,
    - Dividir la situación estresante en unidades más pequeñas y manejables
    - Solucionar el problema con un plan de acción.

b. Entrenamiento en auto refuerzo:
    - Instruir al paciente en auto instrucciones positivas

c. Estrategias de control de la activación emocional:
    - Enseñanza de técnicas básicas de relajación y respiración rápidas para aliviar síntomas fisiológicos y tensión emocional.

c) Fase de consolidación de las habilidades adquiridas: Esta fase pretende luego de haber aprendido las diferentes técnicas de afrontamiento, poner en práctica las habilidades adquiridas en el contexto de la vida real y aplicarlas constantemente hasta lograr crear un hábito en el sujeto.

8.- De la teoría a la práctica

Proceda a realizar la siguiente pregunta: ¿Cree usted que ha estado manejando sus niveles de estrés familiar y laboral de una manera práctica? Motivar a los participantes a practicar y aplicar la técnica de inoculación del estrés dirigida hacia su trabajo secular y maternidad.

9.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.- Continúe llenando el registro pensamientos de Clark

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos

2.- Entrenamiento en Auto refuerzo: se entrenará al paciente para que auto refuerce sus conductas, pensamientos o sentimientos según lo crea necesario (Caballo, 1998; pp 56), lo que se espera alcanza es:

- Que el sujeto emita la conducta libremente sin ser obligado a realizarla por agentes externos.
- Que la entrega contingente del refuerzo sea auto administrado.

Los efectos de la autoadministración se ven incrementados al permitir a los sujetos decidir los

criterios de reforzamiento que se aplicará

ROLES RELACIONADOS CON EL TRABAJOY EL HOGAR

(SESIÓN 6)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 5 (promueva la participación en este resumen)

- Entrenamiento en auto refuerzo
- Logró equilibrar y resolver sus conflictos durante sus estados de estrés en su trabajo secular y maternidad
- ¿Qué fue lo que le impidió o le permitió desarrollar su equilibrio emocional, laboral y maternidad durante el transcurso de la semana?

Objetivos de la presente sesión:

- Identificar qué roles ha estado desempeñando en el trabajo y en el hogar
- Identificar las emociones, pensamientos y sentimientos causados por el cumplimiento de estos roles
- Dotar a la paciente de herramientas necesarias que contribuyan al adecuado manejo de su rol en el trabajo y en el hogar

1.- Los roles de la mujer en la actualidad

Preguntar de manera abierta, ¿qué roles creen que las mujeres desempeñan en la actualidad? Promover la participación de las pacientes y a continuación proporcionar información acerca de los roles de la mujer en la actualidad

Dar a conocer que según Carrasco (1995, pp, 20-70) la mujer cumple con diferentes roles estereotipados en virtud del aprendizaje del rol, y no por determinismo biológico dentro del hogar, entre ellos: esposa, ama de casa y madre; y por lo tanto cada uno demanda del cumplimiento de ciertas tareas y obligaciones, obligándola inclusive en ocasiones a dejar de lado sus propios deseos y cumplimiento de necesidades.

2.- Tiempo de compartir:

Motivar a las pacientes a opinar acerca de los roles que realizan en casa, cómo se sienten al llevarlos a cabo, las diferentes emociones y pensamientos que les provocan, el tipo de comunicación que emplean y que les gustaría cambiar de ellos.

3.- La importancia de la comunicación en la ejecución de roles

Dar a conocer a las participantes que la falta de comunicación e interés hacia la pareja o al trabajo debido

a varios factores como estrés, cansancio, falta de tiempo, entre otros; son algunos de los elementos más importantes que impiden que los roles dentro del hogar y en el trabajo se manejen de una manera funcional (Carrasco, 1995, pp, 20-70).

4.- Tipos de lenguaje

Dar a conocer la importancia de llevar a cabo un apropiado lenguaje verbal y para verbal, sus beneficios e influencia en el cumplimiento de roles dentro del hogar.

5.- La comunicación en la vida cotidiana

Según Carrasco (1995, pp, 30-32) siempre nos encontramos en constante comunicación, incluso cuando se cree que no, por lo tanto se procederá a entrenar al paciente de manera rápida a aprender a iniciar y mantener una conversación tomando en cuenta los siguientes puntos:

- No despreciar los temas aparentemente superficiales
- Apreciar la opinión y el punto de vista de los miembros de la familia
- Adoptar una comunicación no verbal apropiada
- Para terminar una conversación esperar a que haya una pausa, captar la atención y expresar la decisión de poner punto final, proponiendo continuar la charla en un pronto momento.

6.- La comunicación en el trabajo

La comunicación interna en la empresa permite el intercambio de información entre los profesionales por medio de contactos periódicos entre empleados, entre empleados y directivos; según Hofstadt (2000, pp, 196-199) la misma cumple con cuatro funciones: control motivación, expresión e información; por lo tanto se procederá a entrenar al paciente en los siguientes puntos con la finalidad de contribuir a una comunicación laboral efectiva:

- Conocer la relación entre los pensamientos, intereses y afectos
- Aprender cómo decir lo que desea decir, integrando el lenguaje verbal y el gestual, para lograr el objetivo de la tarea

7.- Tiempo de compartir

Proceda a realizar la siguiente pregunta: ¿Qué tan buena es su comunicación familiar y laboral? Motivar a los participantes a dar sus opiniones, experiencias y apreciaciones acerca de los tipos de comunicación que han estado llevando a cabo.

8.- Manifestando mis pensamientos, emociones y sentimientos

Aplicando la técnica de Comunicación Positiva

Según Casado (2004, pp, 106-159) la comunicación es el proceso más importante de la interacción del ser humano. Es el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias que han ido moldeando las actitudes, conocimientos, sentimientos y conductas ante la vida.

Por lo tanto el autor procede a basarse en la influencia que el lenguaje interactivo y positivo tienen en la modificación de la conducta. La presente es una técnica muy empleada que se la lleva a cabo a través de las denominadas habilidades expresivas y conversacionales; la finalidad de la misma radica en:

- Que éste manifieste de sus ideas y sentimientos, sin descalificar los de los demás.
- Que exprese receptividad a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias.
- Que exprese de forma directa, abierta y honesta sus ideas ante los demás.
- Que evite conflictos aceptando que no todas las ideas se comparten pero que tiene un valor para quien las expresa.

Por lo tanto también durante el proceso de enseñanza de esta técnica se debe entrenar al paciente en que este se exprese logrando que su comunicación sea:

- Consciente
- Congruente
- Clara
- Directa
- Equilibrada
- Respetuosa

9.- De la teoría a la práctica:

Motivar a los participantes a aplicar la técnica aprendida con la finalidad de manejar su comunicación durante los roles desempeñados en el trabajo y en el hogar.

9.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión. A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.- Continúe llenando el registro pensamientos de Clark

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos

3.- Ejercicio de metas fuera de lo corriente: La presente técnica consiste en que la paciente cumpla con metas antes no planteadas ligadas a la comunicación positiva en el hogar y el trabajo, dirigidas a incrementar conductas de baja frecuencia o reducir la frecuencia de una actividad.

APRENDIENDO A DISFRUTAR DEL TIEMPO LIBRE

(SESIÓN 7)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutido en la sesión 6 (promueva la participación en este resumen)

- Roles relacionados con el trabajo y el hogar
- ¿Se le presentaron dificultades al momento de aplicar la técnica de comunicación positiva durante el transcurso de la semana?
- ¿Logró plantearse y cumplir metas durante la aplicación del ejercicio de metas fuera de lo corriente?

Objetivos de la presente sesión

- Conocer si se está o no disfrutando del tiempo libre
- Conocer cómo las actividades diarias influyen en cómo nos sentimos
- Dotar de técnicas que contribuyan al disfrute del tiempo libre

1.- Las actividades que realizamos afectan nuestro estado de ánimo

Dar a conocer a las pacientes que según Garrido (2010, pp, 9-30) entre menos actividades agradables hace la gente, más sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad presentan.

A continuación motivar a las pacientes a participar de una breve discusión acerca del empleo de su tiempo libre; las siguientes preguntas pueden usarse como guías en esta discusión

- Cuando tuvo tiempo, ¿Con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?
- ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?
- ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?

Luego de la discusión recalcar que es considerable a que debido a las diferentes responsabilidades en el hogar y el sedentarismo, las mujeres hayan dejado de lado las actividades recreacionales dando lugar al llamado “Círculo vicioso”

2.- Rompiendo el círculo vicioso

Dar a conocer que para romper el círculo vicioso es necesario aumentar aquellas actividades que le hagan sentir bien, a las mismas se las denominará como “actividades agradables”. Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales (aunque podrían serlo), por actividades agradables se hará referencia a actividades ordinarias (Garrido, 2010, pp, 9-30).

Motivar al paciente a identificar qué actividades ordinarias considera agradables, especialmente cuando hace mucho tiempo que no las había llevado a cabo.

3.- Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:

A continuación se proceda a realizar las siguientes preguntas:

¿Qué obstáculos o cosas le impiden hacer actividades agradables?

Pídale ejemplos específicos de obstáculos que tenga para hacer actividades agradables

a) Pensamientos:

- ¿Qué es lo que se dice a usted misma mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen en su estado de ánimo?
- ¿Existen cosas que se dice a usted misma que disminuyen la posibilidad de que usted pueda trabajar en sus actividades?

b) Gente:

¿Existe la posibilidad de que otras personas dificulten el que usted trabaje en sus actividades agradables?.

4.- Recomendaciones para realizar actividades

Según Garrido (2010, pp, 9-30) no es suficiente decir "me voy a sentir bien"; a menudo es más fácil cambiar o agregar actividades; si cambia las actividades, entonces también cambiará la forma en la que se siente.

- Mantenga un régimen de vida no sedentario, que incluya paseos cortos o largos; caminatas, alternando actividades físicas con otras de carácter recreativo y de descanso.
- Elegir actividades que sean de su completo agrado y hacerlas parte de su vida
- Lea constantemente, vea programas recreativos y manténgase informado
- Mantenga el sentido del humor

5.- Beneficios de realizar actividades

A continuación proceda a dar a conocer según Garrido (pp 9-30) el realizar actividades provee de:

- Ofrece hábitos de conductas saludables
- Potencia la creatividad y la capacidad artística y estética
- Fomenta la interrelación humana y la integración social
- Logra la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio
- Permite liberarse de la rutina y el sedentarismo

Enfatizar cada uno de los beneficios y motivar a las pacientes a ponerlos en práctica.

6.- Tomándome un tiempo libre

Aplicando la técnica de programación de actividades:

Según Garrido (pp, 9-45) el objetivo principal de la técnica de programación de actividades radica en que el sujeto con ayuda del terapeuta planifique ciertas actividades a manera de horario para llevarlas a cabo durante el transcurso de la semana, con la finalidad de que la paciente cumpla con actividades antes no realizadas.

Se procederá a realizar este registro junto con la ayuda del terapeuta y colaboración de las pacientes.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.-Continuar llevando a cabo el registro de pensamientos

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos

3.- Ejercicio de metas fuera de lo corriente: Explicar que la tarea para esta semana nuevamente consistirá en cumplir metas antes no planteadas ligadas a la realización de actividades diferentes durante el tiempo libre basándose en la técnica aplicada durante la terapia denominada "programación de actividades", dirigidas a incrementar el disfrute durante el tiempo libre (Heman, 2005, pp, 50-60).

APRENDIENDO A MANTENER LAS RELACIONES SOCIALES

(SESIÓN 8)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 7 (promueva la participación en este resumen)

- Registro de pensamientos
- Ejercicio de metas fuera de lo corriente
- Realizar énfasis en lo siguiente: Hasta ahora ha aprendido a manejar sus pensamientos, sentimientos y emociones de una forma más saludable y asertiva En algunos momentos de la vida, pueden acontecer situaciones que pueden sobrecargarla. Si usa las estrategias que ha aprendido durante el proceso terapéutico, va a ser menos probable que su calidad de vida se vea afectada cómo lo estuvo al momento de iniciar con el proceso.

Objetivos de la presente sesión

- Instruir a la paciente para que aprenda a mantener sus relaciones sociales
- Identificar y aprender a manejar los factores positivos y negativos que se producen dentro de las relaciones sociales

1.- Las relaciones sociales

Dar a conocer a las pacientes que según Hofstadt (2000, 196-230) nuestras relaciones con los demás son el eje de nuestra vida social y también un factor fundamental en nuestro bienestar, imprescindible para una vida sana y plena.; estas relaciones son muy variadas: desde nuestra interacción con los compañeros de trabajo, hasta los momentos de privacidad con nuestra pareja, sin olvidarnos de familia y amigos. Mantener relaciones sociales sanas nos ayudará a progresar en los distintos ámbitos de nuestra vida y a crecer como personas.

Fomente que las participantes aporten con ideas para terminar la aseveración, luego cierre la discusión presentando la siguiente información:

2.- Habilidades sociales

Autores como Caballo (2007, pp, 20-56) para mantener y desarrollar relaciones sociales exitosas, es necesario manejar habilidades sociales, las mismas que se adquieren a través del aprendizaje por

- Observación
- Imitación

- Ensayo
- Información

Por consiguiente dar a conocer que las habilidades sociales se desarrollan por las características del medio en el cual la persona de desempeña; al igual que por factores como el sexo, edad y estatus de receptor/a

3.- Asertividad

Dar a conocer a las participantes que para mantener relaciones sociales positivas es necesario manejar correctamente el "estilo" con el que interactuamos, y que a su correcto manejo se lo conoce como "asertividad" (pp, 20-56). A continuación el terapeuta deberá dotar de ejemplos prácticos a los pacientes para que puedan apreciar de mejor manera el concepto de asertividad.

4.- Factores que impiden mantener las relaciones sociales:

Caballo (2006, pp. 20-45) da a conocer que los factores que comúnmente impiden mantener las relaciones sociales radican en:

- Conflictos interpersonales
- Culpa, enojo
- Frustración
- Imagen pobre de sí mismo
- Tensión
- Falta de auto control
- Sentimientos de inadecuación

Nota: el terapeuta al ir desarrollando los factores que impiden mantener las relaciones sociales, deberá aplicar la técnica antes aprendida de "reestructuración cognitiva" y motivar a las pacientes a participar.

5.- Aprendiendo a relacionarme

Aplicando la técnica de Entrenamiento en Habilidades Sociales

Antes de iniciar con la aplicación de la técnica dar a conocer nuevamente que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos que pueden ser mejorados a través de las experiencias de aprendizaje adecuadas de los sujetos. Por lo tanto el entretenimiento en habilidades sociales consiste fundamentalmente en entrenar al paciente en ejecutar conductas socialmente adecuadas.

Caballo (pp, 20-46) da a conocer a continuación los pasos adecuados para proceder a aplicar esta técnica:

Pasos a tomar en cuenta:

a) Justificación e instrucciones:

Luego de haber explicado por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuáles son básicas y porqué funcionan, se procederá a dialogar con el terapeuta las razones a favor y en contra de la adquisición de la habilidad específica.

b) Modelado:

Ensayo conductual

A continuación los clientes toman un papel activo en la adquisición de conductas, por lo tanto se deberá motivar a los participantes a practicar las conductas adecuadas en un contexto controlado

c) Feedback Para que el role – playing sea efectivo ha de incluir retroalimentación de cómo se ha llevado a cabo; por lo tanto el terapeuta deberá en primer lugar realizar el feedback positivo y posteriormente el correctivo, el mismo deberá se dirigido hacia la conducta, mas no hacia la persona

d) Reforzamiento: El terapeuta deberá proceder a reforzar las conductas adecuadas a través de reforzadores habituales como la felicitación, la alabanza verbal, signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, entre otros.

e) Otros componentes: El terapeuta deberá advertir que llevar a cabo correctamente una conducta no garantiza la aceptación o la aprobación de los demás, sino que incrementará la probabilidad de éxito en las relaciones sociales.

6.- Tiempo de despedida

Al finalizar el material de la sesión 8, discuta con las pacientes lo siguiente:

1) Indique que se terminó con el contenido de la guía de terapia

2) Puede generar una breve discusión de cómo se sintió con el manual y la terapia

3) Se procederá a aplicar el post test

4) Explique a las participantes que en la próxima sesión se estará hablando sobre cómo evolucionó y se sintió durante el proceso.

5) Dé a conocer que se darán recomendaciones en cuanto a estrategias para prevenir recaídas y continuar mejorando su calidad de vida.

REUNIÓN DE RETRO ALIMENTACIÓN POST-TRATAMIENTO

TERAPEUTA Y PACIENTES

Durante esta sesión de retro-alimentación y cierre, reúnase con sus pacientes y discuta los siguientes puntos:

- Dé a conocer información sobre la participación y evolución de las participantes a través del proceso terapéutico
- Motive a las pacientes a que participen compartiendo acerca de su experiencia durante la terapia. Indague acerca de las cosas que más les agradó y las que menos les agradó, que fue lo más (y lo menos) que las ayudó de la terapia.
- Realice un plan para el manejo de las posibles re-caídas y discuta estrategias para prevenir las mismas.
- Ofrezca recomendaciones de seguimiento en terapia u otros servicios de ser necesario
- Cierre y despedida

6.2. GUÍA 2

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE CON ÉNFASIS EN TÉCNICAS EMOTIVO COGNITIVO CONDUCTUALES DIRIGIDAS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DIRIGIDA A MUJERES QUE PRESENTAN DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

AUTORA:
CARMEN ISABEL MONTES DE OCA SÁNCHEZ

DIRECTOR:
CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA M.U.Ps.

AMBATO-ECUADOR
FEBRERO 2014

REUNIÓN INTRODUCTORIA

1.- Preséntese ante las participantes de la terapia grupal

- Nombre, posición, orientación breve sobre la sesión de hoy

2.- Pregunte a las participantes

- ¿Qué expectativas tiene usted al ser parte de este grupo terapéutico?

3.- Proceda a explicar de manera general el propósito del tratamiento

- Qué temas se van a tratar, la finalidad de tratamiento, los recursos a utilizarse

4.- Explique los aspectos de confidencialidad y de comunicación

- Dar a conocer a las participantes que la finalidad del grupo terapéutico es trabajar y apoyarse unas a otras durante el proceso de cambio y obtención de metas; y por lo tanto la confidencialidad referente a toda la información que se comparta entre las sesiones deberá ser privada de la crítica de otros, por lo tanto, lo que se trata dentro de la terapia no podrá ser revelado a terceros.
- Explicar que al finalizar el tratamiento se realizará una retroalimentación sobre la participación de las pacientes y se realizarán conclusiones y recomendaciones

5.- Paute el día y la hora de las sesiones de tratamiento

- Enfatizar la importancia de la asistencia y puntualidad
- Explique el tratamiento posee componentes educativos y de desarrollo de destrezas, consiste de una secuencia lógica que se basa en sesiones semanales y se va afectada por ausencias y/o tardanzas.
- Provea a las pacientes de la hoja de reglas a manejarse dentro de las sesiones de grupo y la hoja de sugerencias para las sesiones

6.- Aclare dudas o preguntas

7.- Refuerce el interés demostrado en el mejoramiento de la calidad de vida de las participantes y de su papel de apoyo durante este proceso.

REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

A continuación dé a conocer a las participantes las reglas que se van a manejar dentro de las sesiones de grupo y entregue una copia de las mismas de ser necesario.

1. **Llegar a tiempo**
    - No dejar al resto de miembros del grupo esperando.

2. **Asistir cada semana**
    - Dar a conocer al paciente que al formar parte de un grupo, este adquiere compromiso con él.
    - Si el paciente no puede asistir proporcionar un número telefónico para que este pueda comunicarse y dejar su recado; de esta forma se podrá informar al resto de los miembros del grupo de su ausencia.

3. **Ser constructivo en las intervenciones**
    - Evitar la crítica negativa, proporcionar comentarios constructivos.
    - Fomentar el altruismo y ver el lado positivo de las circunstancias.

4. **Mantener una actitud práctica**
    - Concentrarse en las soluciones y no solo en la gravedad del problema.

5. **Hacer la tarea**
    - Es necesario dar a conocer a los miembros del grupo que si no practican lo que se enseña en el grupo, no se logrará obtener resultados.

6. **Mantener la confidencialidad dentro del grupo**
    - Se debe instruir a los miembros para que todo lo hablado dentro de la terapia sea manejado con mucha cautela y precaución, esto se aplica sobre todo a los asuntos privados o personales del resto de miembros.

7. **Ser honesto consigo mimo**
    - Alentar al paciente a ser lo más honesto consigo mismo y a expresarse abiertamente sin sentirse discriminado o burlado.

SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO

A continuación proporciones las siguientes sugerencias al grupo con la finalidad de que las sesiones se lleven a cabo de la mejor manera posible; de ser necesario proporcione de copias a las participantes

1. **Permita que otros conozcan cuáles son sus ideas**
    - Es importante lo que cada miembro del grupo tiene que decir
    - El compartir sus pensamientos, emociones y reacciones con el grupo estimulará al resto de miembros a hacer lo mismo.

2. **Haga preguntas**
    - Si tiene preguntas o hay algo de lo que quiera saber más, pregunta. Dentro de este grupo psicoterapéutico no existen preguntas inadecuadas o inapropiadas.

3. **Permita la participación de todos los miembros del grupo**
    - Es necesario que no acapare la plática, ya que otros miembros también desean compartir y el tiempo es limitado.

4. **Ayude a otros miembros a participar**
    - Si le parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha dicho, anímelo a participar, sin embargo no lo fuerce a hacerlo.

5. **Escuche atentamente a los miembros**
    - Trate de entender las ideas de los otros miembros y permítase estar abierto a sus ideas.
    - Escuche a los otros de la misma manera en la que a usted le gustaría que lo escuchen.

6. **Esté abierto al punto de vista de los otros miembros**
    - Respete las opiniones del resto y no insista en que usted posee la razón

7. **Participe en el coloquio**
    - Si el coloquio es confuso para Ud. Expréselo

8. **En este grupo está bien hablar de sus sentimientos, emocione y reacciones**

LA SALUD MENTAL AGREDIDA

(SESIÓN 1)

Repaso:

- Dar a conocer los propósitos del tratamiento de grupo
- Bienvenida a los nuevos miembros
- Identificar cuan afectada se encuentra la salud mental

Objetivos de la presente sesión

- Presentarse unos a otros dentro del grupo
- Lograr que las pacientes identifiquen cuan agredida se encuentra su salud mental
- Proporcionar técnicas y estrategias de afrontamiento para disminuir los pensamientos negativos y reemplazarlos por otros más adaptativos.

1.- Presentaciones

A continuación se procederá a incentivar a los participantes a compartir algo acerca de ellos (no acerca de sus problemas; éstos se atenderán dentro del tiempo formal de la terapia), como por ejemplo: en dónde nació y creció, datos acerca de su familia, que tipo de labor desempeña, hobbies, entre otros.

2.- Proceda a explicar cuál es el tipo de terapia a emplearse

Esta terapia se denomina "Terapia Cognitivo Conductual".

- "Cognitiva" se refiere a nuestros pensamientos.
- "Conductual" se refiere a nuestras acciones.

Por lo tanto si se logra entender cómo las acciones y los pensamientos afectan a los sentimientos, se podrá llegar a tener un mayor control sobre los mismos, lo cual le otorgará bienestar psicológico y emocional sobre la Calidad de Vida.

3.- ¿Qué se entiende por salud mental agredida?

Proceda a realizar esta pregunta de tal manera que propicie la participación de las pacientes en el proceso. Luego comparta la siguiente información y en la medida que sea posible, integre la información compartida por las pacientes.

Según Valls (pp, 27-30) se entiende por salud mental agredida a todos aquellos pensamientos y emociones negativos que viven constantemente en la mente de las personas, los cuales afectan directamente a la capacidad para mantener el equilibrio entre los deseos, su realización y las perspectivas.

4.- ¿De qué depende la salud mental?

Según investigaciones realizadas por Valls (pp, 27-30) la salud mental dependerá específicamente de dos factores:

- Creencias y actitudes

Proceda a explicar que las mismas están condicionadas por el entorno familiar, la cultura y la religión; al igual que pueden ser influenciadas de forma positiva o negativa (pp, 27-30). Finalmente describa posible consecuencias.

5.- Usando sus respuestas: Proceda a preguntar a las participantes: *¿Qué es para usted la salud mental agredida?; y* tomando como referencia la explicación realizada anteriormente proceda a relacionar la información impartida integrando también aquellas características nombradas por las pacientes y finalmente pregunte si alguna de ellas ha sido experimentada por alguna participante.

A continuación dé a conocer que las personas que poseen una salud mental agredida generalmente presentan las siguientes características (Valls, pp, 27-36):

- Sentimientos de inferioridad.
- Constante auto discriminación en la vida cotidiana
- Descalificación física.
- Recriminación constante por acontecimientos pasados.
- Esperanza y confianza en que alguien más le proporcionará sentido y desarrollo personal y profesional.
- Sentirse cansada la mayor parte del tiempo.
- Dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

6.- Tiempo de compartir

A continuación motivar a las pacientes a participar y opinar acerca de si se siente o no identificadas con alguna característica antes nombrada y los pensamientos y sentimientos que al identificarse con ellos le son provocados.

Cierre esta discusión agradeciendo la participación de las pacientes y realice una breve retroalimentación de cómo los pensamientos afectan a las emociones empleando nuevamente el diagrama

7.- Pensando diferente:

Aplicando la técnica de Modelo racional emotivo conductual ABC

El modelo ABC es una herramienta creada originalmente por Albert Ellis (1982, pp , 24-32), teórico cognitivo – conductual. La presente técnica se esquematiza de la siguiente manera:

A ⟶ B ⟶ C

- **A** representa los acontecimientos observados por el sujeto
- **B** representa a los pensamientos o creencias
- **C** representa las consecuencias emocionales y conductuales

La finalidad de esta técnica radica en que el paciente logre comprender que sus emociones mal adaptativas son el producto de los acontecimientos externos a ellos; cuando en verdad éstos son producto de sus interpretaciones y sobre todo sus valoraciones y exigencias personales.

Por lo tanto se deberá entrenar al paciente para que logre identificar sus pensamientos, analice lo que ellos provocan en el sujeto y que finalmente logre extraer las consecuencias emocionales y conductuales que éstas podrían ocasionar en él.

Se deberá hacer un énfasis especial en el manejo de las emociones, de cómo éstas pueden actuar sobre sus cogniciones y posteriores actos, con la finalidad de que el sujeto logre equilibrarlos y manejarlos asertivamente. .

8.- De la teoría a la práctica

Motivar a los pacientes a practicar y aplicar la técnica de reestructuración cognitiva en la cotidianidad.

9.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal.

¿Tiene alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?

Ahora vamos a proceder a discutir acerca del Proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de la semana

Proyecto Personal

El auto registro de pensamientos:

El auto registro de pensamientos es una herramienta creada para ayudarle al paciente a identificar, reducir y reestructurar pensamientos automáticos negativos (Bados, 2010 p, 15)

Se procede a entrenar al paciente a que diariamente registre sus emociones, explicando que éstas no deben depender tanto de la situación sino de la interpretación que se realiza de la situación. Por lo tanto se debe hacer caer en cuenta al paciente que su estado emocional no depende de las circunstancias, sino cómo se interpretan las mismas. A continuación se pide al paciente que realice el registro de sus pensamientos y emociones respondiendo las siguientes preguntas:

a) Especificar la situación: ¿Qué pasa? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿cuándo?
b) Reflejar en una frase el pensamiento automático? ¿Qué estoy pensando?
c) Descripción de la emoción negativa: ¿Qué siento?

AUTOREGISTRO DE PENSAMIENTOS

Fecha	Situación	Emoción	Pensamiento	Consecuencias, conclusiones

LA DESVALORACIÓN Y LA VALORACIÓN CONDICIONADA

(SESIÓN 2)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 1 (promueva la participación en este resumen)

- La salud mental agredida
- Auto registro de pensamientos: ¿Cómo se sintió al escribir en el auto registro cada día?, ¿Se le presentó alguna dificultad?
- Refuerce la importancia de llevar a cabo el registro de pensamientos

Objetivos de la presente sesión

- Identificar si la valoración personal es de tipo condicionada o no
- Identificar como los diferentes tipos de desvalorización y valorización condicionada afectan la calidad de vida.
- Dotar de herramientas psicológicas de tipo emocional para que la paciente logre equilibrar su estima.

1.- ¿Qué se entiende por desvaloración y la valoración condicionada?

Proceda a realizar esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto. Incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

Se conoce como valoración y desvaloración condicionada cuando el sujeto deposita su autoestima en manos de terceros, por lo que, dependiendo de las reacciones de estas personas, nivel de aceptación y aprobación; el individuo se valorará positiva o negativamente (Branden, 2001, pp, 30-40).

2.- ¿De qué depende la valoración condicionada?

Dar a conocer a las pacientes que esta evaluación viene condicionada por los diferentes hechos vividos durante la infancia, adolescencia, por experiencias tempranas, el tipo de entorno familiar en el que ha vivido y crecido(Branden, 2001, pp, 30-40).

.3.- ¿Cómo suelen pensar y actuar las personas que poseen una valoración o desvaloración condicionada?

Proceda a realizar esta pregunta de manera abierta, propiciando una lluvia de ideas en torno a pensamientos propios de una mujer que se siente valorizada o desvalorizada por condicionantes externos; seguido a esto tomando como referencias las opiniones de las pacientes de a conocer las características

de pensamientos y sentimientos de la valoración o desvaloración condicionada.

Características de la valoración condicionada:

- Proceda a exponer las características de la valoración condicionada (Branden, 2001, pp, 30-40) y otorgue ejemplos cortos.
- Hacer siempre lo posible para satisfacer a terceros.
- Mientras reciba elogios y cumplidos mi tarea es buena.
- Me siento importante cuando me toman en cuenta.
- Valgo por lo que tengo.
- Necesito sentirme aceptada.
- Temor a equivocarse.
- Perfeccionismo, auto exigencia de hacer todo perfectamente.

Características de la desvaloración condicionada

Proceda a exponer las características de la desvaloración condicionada (Branden, 2001, pp, 30-40)y otorgue ejemplos cortos.

- Autocrítica dura y excesiva que la mantienen en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica.
- Mientras no cumpla con mis objetivos nadie me va a querer.
- Seguiré siendo un fracaso mientras no pueda ser igual al resto de mujeres.

4.- Tiempo de práctica

A continuación realizar la siguiente pregunta: ¿Qué tan beneficioso ha sido dejarme llevar por la valoración o la desvaloración condicionada? Motivar a las pacientes a que compartan si se sienten o no identificadas con algún punto del tema en exposición; sus pensamientos, experiencias, sentimientos y emociones,

5.- Reconociendo mi potencial

Aplicando la técnica de manejo de supuestos personales

Los supuestos personales se definen como las creencias básicas que predisponen a una persona a padecer un determinado tipo de trastorno emocional, y está conformado por patrones (hábitos) cognitivos estables de interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones (Beck, 1964 pp, 561-571).

Por lo tanto para trabajar sobre la presente técnica será necesario que el terapeuta entrene a las pacientes en los siguientes 3 puntos:

1. **Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos:** Para proceder a realizar el primer paso éste será llevado a cabo como interrogaciones en las que se tratará de conocer si:
    a. El pensamiento y la emoción le parecen razonables, productivas o de ayuda.
    b. Porqué mantiene tales pensamientos y emociones.
2. **Cuestionamiento de evidencias:** Listar las ventajas y desventajas de mantener las diferentes cogniciones y emociones
3. **Retribución**: Proceder a dar conclusiones asertivas a través de la aplicación de un ejemplo práctico (recalcar la influencia de las emociones)

6.- De la teoría a la práctica

Motive a las pacientes para que apliquen esta técnica durante la cotidianidad y eduquen su mente y sus emociones con respecto s sus pensamientos automáticos y se desprendan poco a poco de la valoración o desvaloración tanto emocional como cognitiva condicionada que han estado vivenciando.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto Personal

- Continuar llenando el registro de pensamientos
- Poner en práctica la técnica aprendida de “manejo de supuestos personales”

AUTO CONSIDERACIÓN POSITIVA DE SÍ MISMO

(SESIÓN 3)

Repaso: Repase o realice un breve resumen de lo siguientes conceptos discutidos en la sesión 2 (promueva la participación en este resumen)

- Auto registro de pensamientos
- Manejo de supuestos personales
- ¿Cuáles son algunos de los pensamientos y emociones que usted tuvo durante el transcurso de la semana pasada?

Objetivos de la presente sesión:

- Identificar si la auto-consideración de sí misma es positiva o negativa
- Lograr que las pacientes identifiquen las emociones, cogniciones y circunstancias que afectan su auto consideración
- Dotar al paciente de técnicas psicológicas apropiadas para el manejo de su auto consideración.

1.- ¿Qué entiende por auto consideración positiva de sí mismo?

Proceda a realizar esta pregunta de manera abierta facilitando una breve discusión al respecto. Incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

Se entiende por auto consideración positiva de sí mismo a los niveles de cordialidad, respeto, simpatía y aceptación manejadas por el sujeto hacia sí mismo; mientras que el sujeto carente de auto-consideración presenta dificultades para tomar decisiones y desarrollarse con un nivel emocional deficiente (Branden, 2006, pp, 15-30).

2.- Una forma útil de pensar acerca de la Auto consideración positiva

Invitar a los pacientes a compartir si consideran que su auto consideración es positivo o negativo; a continuación pedir a las pacientes que realicen una lista de pensamientos buenos y malos acerca de sí mismas; provea una hoja de ´papel para llevar a cabo este ejercicio. Luego discutir acerca del mismo; ¿qué número de pensamientos fueron mayores, los positivos o los negativo? ¿Por qué? (Branden, 2006, pp, 30-50).

3.- Aprendiendo a disminuir los pensamientos negativos que influyen sobre el auto consideración positiva de sí mismo

A continuación se procederá a explicar 3 maneras en las que la paciente podrá disminuir sus pensamientos negativos (Heman 2005, pp, 50-55), ilustre utilizando ejemplos cortos:

a) Bloqueo de pensamientos: Se debe entrenar a los participantes para que logren identificar cuando un pensamiento está influyendo sobre el estado de ánimo y tratar de interrumpirlo; por lo tanto, primero se debe identificar el pensamiento, después decirse así mismo "Este pensamiento está interrumpiendo mi buen estado de ánimo; por lo tanto voy a pensar en otro"

b) Tiempo para preocuparse: Instruir al paciente para que designe un tiempo de 10 a 30 min específicamente para dedicarlo a pensamientos problema, con la finalidad de que el resto del día esté libre de preocupaciones.

c) Auto instrucciones: Dotar al paciente del conocimiento necesario para que él mismo sea su instructor para bloquear pensamientos, sentimientos, emociones y acciones que pueden ir en contra de su bienestar.

4.- Elevando la auto-consideración positiva de sí mismo

A continuación dar a conocer a las pacientes la forma en la que pueden elevar su auto consideración positiva (Polaino, 2003, pp, 130-145):

- **g) Auto refuerzo positivo:** Dar a conocer que la mayor parte de las actividades que se llevan a cabo no son notadas por otras personas, por lo tanto, es importante que el sujeto realice un auto reconocimiento y crédito por ellas.
- **h) Tiempo libre:** Dar a conocer a los participantes que es necesario que la mente se relaje, por lo que se permita darse un descanso.
- **i) Proyección a futuro:** Lograr que los participantes se proyecten a futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores

5.- Hablándole a sus pensamientos

Aplicando la técnica de búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos

La presente técnica se basa en comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. La misma se realiza buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando pruebas provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando "diarios predictivos" donde va recogiéndose evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema (Sánchez, 2008 p,3)

Para la aplicación de la presente técnica el terapeuta procederá a entrenar a los pacientes en los siguientes pasos:

a) Junto con la ayuda del terapeuta se procederá a realizar la recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
b) Diseñar un corto experimento o dar un ejemplo para comprobar una determinada hipótesis en la cual el paciente predice un resultado y se comprueba. (se realiza un énfasis especial en las emociones)
c) Utilización de preguntas para descubrir errores lógicos y emocionales en las interpretaciones del paciente y concretizar hipótesis (poner en duda las cogniciones y emociones vagas de paciente)
d) Conclusiones e insight

6.- De la teoría a la práctica

A continuación se motiva a los participantes a participar y compartir sus experiencias con la finalidad de proceder a aplicar la técnica de búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos. Puede generar un espacio para discutir qué otras técnicas de las anteriormente mencionadas y practicadas podrían ser empleadas en situaciones particulares y cómo lo harían.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.- Continúa llenando el registro de pensamientos

2.- Practique la técnica de búsqueda de evidencia para comprobar los pensamientos automáticos.

LA ASERTIVIDAD LABORAL: UNA COMPETENCIA ESENCIAL PARA UN DESEMPEÑO LABORAL EXITOSO

(SESIÓN 4)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutido en la sesión 3 (promueva la participación en este resumen)

- El registro de pensamientos
- ¿Cuáles son algunos de los pensamientos, sentimientos y emociones que usted tuvo durante la semana pasada? ¿Qué hizo para elevar los pensamientos y emociones positivos y disminuir los negativos?

Objetivos de la presente sesión:

- Analizar qué es la asertividad laboral, sus componentes positivos, formas de aplicación y dificultades
- Identificar si las pacientes son laboralmente asertivas o no
- Dotar al paciente de técnicas de asertividad laboral.

1.- ¿Qué es la asertividad laboral?

Haga esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto, incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

La asertividad laboral es aquella herramienta que permite a los sujetos enfrentarse a las diversas situaciones que se presentan en los trabajos, la misma que no es más que la presentación de manera respetuosa y justa de la expresión de los diferentes derechos, sentimientos e ideas ante los demás, dejando clara la posición del sujeto de una manera concisa sin faltar a sus pares ni superiores (Warr, 2002, pp 20-24).

2.- ¿Cuál se puede considerar como una conducta asertiva?

Se considera como conducta asertiva a la capacidad de expresar de manera clara lo que se siente teniendo en cuenta cómo hacerlo, cuándo hacerlo y en dónde; analizando la situación y asumiendo de la mejor manera el problema, lo cual proporcionará de satisfacción tanto al individuo, como a los miembros que participan del suceso (Warr, 2002, pp, 24-25).

3.- Tiempo de compartir

Motive a las pacientes a analizar si han logrado tener conductas y emociones asertivas o no durante sus

horarios de trabajo, cuáles son sus problemas más frecuentes y cómo los han resuelto. Realizar un breve cierre de la discusión recordando a las participantes las características de las conductas y emociones asertivas.

4.- ¿Qué beneficios otorga el manejar una conducta laboral asertiva?

A continuación tomando como referencia algunas de las experiencias compartidas por las pacientes relacionar sus respuestas con los beneficios de poseer una conducta laboral asertivay comparar de esta manera cuan asertivas lograron ser o no.

Nota: realizar un énfasis especial sobre las emociones que pueden estar implicadas durante este proceso

- Permite tener la capacidad de pedir, negociar y tratar de forma correcta y respetuosa sin necesidad de ser tímido o agresivo a la hora de hablar
- Es una técnica útil para comunicar y modificar la conducta y manera de pensar de otros a través de la negociación de forma asertiva.
- Proporciona una solución satisfactoria no sólo para quien interviene, sino también para los que son parte de la negociación.
- Permite que la persona implicada reconozca los niveles de responsabilidad en su intervención y que asuma las consecuencias resultantes de la expresión de sus sentimientos (Warr, 2002, pp, 30-40).

5.- Aprendiendo a ser asertivos

Aplicando la técnica de inversión del rol racional (role-playing)

Para autores como Roche (1996, pp, 219) la aplicación de la presente técnica se procede a invitar a pacientes voluntarios a que participen representando el uso de la creencia racional en una situación simulada y de esta forma junto con la ayuda del terapeuta comprobar así sus nuevos efectos. El mismo se realizará a través de dar argumentaciones fuertes y dramáticas entre el "sí mismo" irracional y el "sí mismo" racional de una conducta o emoción.

6.- De la teoría a la práctica

Genere una discusión en la que se dirija a poner en tela de juicio las actitudes, conductas, pensamientos y emociones llevadas a cabo a través de la aplicación de la técnica de "inversión de rol racional"; motivar a las pacientes para que pongan en práctica las conclusiones y recomendaciones obtenidas de las interpretaciones.

7.-Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la

presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

a) Registro del pensamientos
b) Tarea de toma de riesgos:

Se motivará a que la paciente para que lleve a cabo una actitud, una emoción o un pensamiento que beneficie a su entorno laboral que antes no había sido capaz de realizar y lo aplique durante el transcurso de la semana.

MUJERES: MUNDO DE TRABAJO EN EL HOGAR Y MATERNIDAD

(SESIÓN 5)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 4 (promueva la participación en este resumen)

- Tarea de toma de riesgos
- ¿Logró actuar de manera asertiva en el trabajo durante el transcurso de la semana?
- ¿Cuáles son algunos pensamientos, acciones y emociones que usted tuvo que enfrentar durante su trabajo? ¿Cómo los resolvió?

Objetivos de la presente sesión:

- Que las pacientes logren identificar las emociones, cogniciones y conductas , vinculadas al trabajo y a la maternidad
- Dotar de técnicas adecuadas para el manejo de las diferentes emociones, cogniciones y conductas relacionadas con el trabajo y la maternidad

1.- Trabajo y maternidad

Inicie el proceso preguntando a las participantes sus pensamientos, sentimientos y emociones relacionadas con el trabajo y la maternidad. Luego comparta la siguiente información. En la medida que sea posible integre la información compartida por las pacientes.

De a conocer a las participantes que en la actualidad para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar una gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo; y que por lo tanto no son las únicas cumpliendo con estas grandes e importantes tareas: es por ello que, mujeres de todo el mundo hacen malabares con su tiempo y su vida personal para lograr combinar ambas actividades (Herránz, 2000, pp, 196-199).

2.- Dos trabajos de tiempo completo

Dar a conocer que en la actualidad la mujer desempeña un doble rol; madre y trabajadora, lo que crea una doble jornada de trabajo (Herránz, 2000, pp, 199-215); resaltar el valor físico, afectivo y cognitivo que implica realizar cada actividad con la finalidad de destacar la importancia de su tarea dentro del hogar y fuera de él.

3.- Tiempo de práctica

A continuación el terapeuta deberá dotar de ejemplos prácticos a los integrantes del grupo con la finalidad de resaltar la importancia del trabajo que las madres de familia llevan a cabo, al igual que se dará lugar a opiniones positivas y negativas, pensamientos, sentimientos y emociones provocadas por la realización de estas actividades.

4.- Renunciando a la culpa

Según Herránz (2000, pp, 199-220), distintos sentimientos de culpa son experimentados diariamente por madres trabajadoras debido a que muchas de ellas temen no estar dedicando tiempo suficiente al cuidado de sus hijos, lo cual según sus pensamientos no las permite llegar al estado de ser "una buena madre".

Por lo tanto a continuación dé a conocer que la culpa posee aspectos muy positivos pero también puede convertirse en un gran problema; resaltar que como punto positivo puede ayudar a favorecer cambios y a adaptarse mejor a ciertas normas y contextos sociales.

Kormachea (2008, pp 47-50) resalta que cuanto más rígidos sean nuestros esquemas morales, más fácil es que aflore la culpa, la cual puede ser en dos direcciones: a) hacía uno mismo, b) hacia los demás; por lo tanto el autor da a conocer que no se debe utilizar la culpa para recriminarse acerca de:

- Su imposibilidad para ser súper mamás
- Profesionales exitosas
- Esposas glamorosas con cuerpos exuberantes
- Buenas servidoras sociales

A continuación se dará a conocer algunos síntomas que pueden estar atravesando las pacientes como determinantes de culpa (pp, 47-55):

- **Sentimientos de inferioridad:** "Otras mujeres pueden llevar a cabo todo esto ¿por qué yo no puedo?"
- **Sentimientos de inadecuación:** "Creo que no tengo nada que ofrecer a mis hijos, a mi esposo, a mi familia, me siento inútil."
- **Sentimientos de martirio:** "Cada día me siento peor, no puedo desempeñarme como desearía."

  Proporcione un buen ejemplo de cómo los diferentes pensamientos y sentimientos de culpa pueden afectar la calidad de vida, y dar las pautas de cómo manejarlos asertivamente.

5.- Tiempo de compartir:

A continuación pida a las pacientes que participen y compartan qué tipos de emociones, sentimientos y pensamientos con respecto a la culpa han tenido, si en verdad el sentirse ha sido provechoso o no y cómo lo han afrontado.

6.- Aprendiendo a sobrevivir a la maternidad y el trabajo

Según investigaciones realizadas por Ladisch (2011, p, 2) si es posible enfrentar la maternidad y el trabajo, empezando por creer que "no es posible hacerlo todo"; y que las mujeres pueden dedicar una hora al gimnasio, una tarde para ir al cine, visitar a una amiga; entre otras actividades; por lo que a Ladish da a conocer cinco puntos importantes.

A continuación dé a conocer los cinco puntos establecidos por Ladish y motive a las pacientes a participar dando sus opiniones y experiencias; finalmente enfatice la importancia de aplicar estos cinco puntos.

f) **Cree un sistema de apoyo:** Dejar de tratar de hacerlo todo por sí misma, aceptar la ayuda que venga de agentes externos, desde una empleada, hasta la pareja, amigas o familiares de confianza en la realización de las tareas que usted crea conveniente.
g) **Organice su tiempo:** Entrenar a las pacientes para que logren organizar su día de tal forma que logren cumplir con sus objetivos laborales y de maternidad.
h) **Trate de involucrar a su pareja:** Entrenar a la paciente para que de una manera asertiva explique a su compañero lo importante que sería para ella que se involucrara en pequeñas actividades dentro del hogar.
i) **Buscar tiempo para sí misma:** Dar a conocer a las pacientes que "hay tiempo para todo" por lo tanto una vez cada día deberá encontrar un tiempo adecuado para regalárselo; esto beneficiará a su salud mental, física y emocional.

j) **Darse un descanso:** Dar a conocer a la paciente que es necesario que de vez en vez aproveche una parte del tiempo libre para dedicarla al descanso, con la finalidad de 152establecer la energía y dotar al cuerpo de la vitalidad que necesita

7.- Manejando el estrés

Aplicando la técnica de Entrenamiento en respiración:

A continuación dar a conocer a las pacientes que se procederá a aplicar la técnica de entrenamiento en respiración de Schultz, (nombrado por Caballo 1998, pp, 60 – 63) con la finalidad de que ésta les ayude a controlar y disminuir la activación fisiológica, emocional y mental ligada a estrés o problemas afines.

Tipos de ejercicios de respiración:

Explicar que los ejercicios de respiración consisten en la repetición de una secuencia de inspiración-pausa-espiración-pausa teniendo en cuenta factores tales como la profundidad, flujo de aire continuo o entrecortado, rapidez, espiración nasal o bocal. Por lo tanto cada serie debe repetir una secuencia característica alrededor de diez veces (Schultz, 1932, pp, 65-67).

Dar a conocer a las pacientes que una sesión de entrenamiento en respiración debe incluir varias series en las que se combinen diferentes tipos de respiración y que lo ideal realizar varias sesiones al día.
A continuación se dotará de algunos tipos de respiración con la finalidad de que la paciente escoja a cuál de ellos se puede ajustar y aplicar mejor:

Respiración profunda: Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general. Se procede a hacer lo siguiente:

1. Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
2. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoyan las manos. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
3. Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"
4. Exhalar el aire despacio al mismo tiempo que se repite a uno mismo órdenes de relajación.

Realizar 4 ó 5 ejercicios de respiración seguidos. Repetir los ejercicios 10-15 veces al día, por la mañana, tarde, noche y en situaciones estresantes como un ritual. Es importante practicar regularmente los ejercicios (García, 2009, p. 8)

a) Respiración rítmica controlada Este ejercicio facilita la concentración y el control del proceso de respiración. Con los ojos cerrados, se realiza un tipo de respiración diafragmática, al tiempo que se concentra en el flujo de aire por las vías respiratorias. Debe contarse el pulso durante un minuto y modificar el ritmo de la inspiración y espiración hasta localizar un ritmo apropiado. Seleccionar un número de pausas (por ejemplo 5) y hacer que cada una de las fases de la respiración duren ese número de latidos (Montañés, 2000, p,25)

b) **Respiración contada.** La presente se trata de una respiración diafragmática, teniendo en cuenta que a medida que se inspira debe pensarse una palabra y otra al espirar (buscar monosílabos). Hacerlo diez veces y repetir el ejercicio 19 veces más. (Montañés, 2000, pp, 20-22)

8.- De la teoría a la práctica

¿Cree usted que ha estado manejando sus niveles de estrés familiar y laboral de una manera práctica? Motivar a los participantes a practicar y aplicar la técnica de entrenamiento en respiración cada vez que sea necesario dirigida a estabilizar y mejorar su calidad de vida dentro del trabajo secular y la maternidad.

9.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la

presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.- Continúe llenando el registro pensamientos de Clark

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos y aplique la técnica de respiración.

3**.- Sobre evaluación:** explicar que de una manera juiciosa la paciente recuerde todo lo tratado durante el transcurso de la sesión y minuciosamente reconozca si está avanzando en el proceso, en el caso de obtener un auto análisis positivo, la paciente se otorgará a sí misma un incentivo, pero si el resultado es contrario a lo esperado la paciente por sí misma dejará de lado los incentivos.

ROLES RELACIONADOS CON EL TRABAJOY EL HOGAR

(SESIÓN 6)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 5 (promueva la participación en este resumen)

- Registro de pensamientos
- Entrenamiento en respiración
- ¿Qué fue lo que le impidió o le permitió desarrollar su equilibrio emocional, laboral y maternidad durante el transcurso de la semana?

Objetivos de la presente sesión:

- Identificar qué roles ha estado desempeñando en el trabajo y en el hogar
- Identificar las emociones, pensamientos y sentimientos causados por el cumplimiento de estos roles
- Dotar a la paciente de herramientas necesarias que contribuyan al adecuado manejo de su rol en el trabajo y en el hogar

Preguntar de manera abierta, ¿qué roles creen que las mujeres desempeñan en la actualidad? Promover la participación de las pacientes y a continuación proporcionar información acerca de los roles de la mujer en la actualidad

Dar a conocer que según Carrasco (1995, pp, 20-70) la mujer cumple con diferentes roles estereotipados en virtud del aprendizaje del rol, y no por determinismo biológico dentro del hogar, entre ellos: esposa, ama de casa y madre; y por lo tanto cada uno demanda del cumplimiento de ciertas tareas y obligaciones, obligándola inclusive en ocasiones a dejar de lado sus propios deseos y cumplimiento de necesidades.

2.- Tiempo de compartir:

Motivar a las pacientes a opinar acerca de los roles que realizan en casa, cómo se sienten al llevarlos a cabo, las diferentes emociones y pensamientos que les provocan, el tipo de comunicación que emplean y que les gustaría cambiar de ellos.

3.- Tiempo de compartir:

Motivar a las pacientes a opinar acerca de los roles que realizan en casa, cómo se sienten al llevarlos a cabo, las diferentes emociones y pensamientos que les provocan, el tipo de comunicación que emplean y

que les gustaría cambiar de ellos.

4.- La importancia de la comunicación en la ejecución de roles

Dar a conocer a las participantes que la falta de comunicación e interés hacia la pareja o al trabajo debido a varios factores como estrés, cansancio, falta de tiempo, entre otros; son algunos de los elementos más importantes que impiden que los roles dentro del hogar y en el trabajo se manejen de una manera funcional.

5.- Tipos de lenguaje

Recalcar a través de ejemplos las diferencias entre el lenguaje verbal y el no verbal, cómo este puede beneficiar o afectar a la comunicación y al cumplimiento de los roles.

6.- La comunicación en la vida cotidiana

Según Carrasco (1995, pp, 30-32) siempre nos encontramos en constante comunicación, incluso cuando se cree que no, por lo tanto se procederá a entrenar al paciente de manera rápida a aprender a iniciar y mantener una conversación tomando en cuenta los siguientes puntos:

- No despreciar los temas aparentemente superficiales
- Apreciar la opinión y el punto de vista de los miembros de la familia
- Adoptar una comunicación no verbal apropiada
- Para terminar una conversación esperar a que haya una pausa, captar la atención y expresar la decisión de poner punto final, proponiendo continuar la charla en un pronto momento.

Nota: realizar un énfasis especial en las emociones involucradas en cada uno de los puntos enunciados, pedir la participación de las pacientes e integrar sus comentarios a la discusión.

7.- La comunicación en el trabajo y el hogar

La comunicación interna en la empresa permite el intercambio de información entre los profesionales por medio de contactos periódicos entre empleados, entre empleados y directivos; según Hofstadt (2000, pp, 196-199) la misma cumple con cuatro funciones: control motivación, expresión e información; por lo tanto se procederá a entrenar al paciente en los siguientes puntos con la finalidad de contribuir a una comunicación laboral efectiva:

- Conocer la relación entre los pensamientos, intereses y afectos
- Aprender cómo decir lo que desea decir, integrando el lenguaje verbal y el gestual, para lograr el objetivo de la tarea controlando sus emociones.

8.- Manifestando mis pensamientos, emociones y sentimientos

Aplicando la técnica de Role Playing (Roche, 2002)

Para dar inicio a la aplicación de esta técnica dar a conocer una vez más a las participantes que la comunicación es el proceso más importante de la interacción del ser humano, que es el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias que han ido moldeando las actitudes, conocimientos, sentimientos y conductas ante la vida.

Se procederá a explicar a las pacientes que la presente técnica consistirá en escenificar circunstancias cotidianas acaecidas dentro del ambiente laboral, para lo cual es necesaria la participación activa del terapeuta y de las participantes que ayudarán a dar mayor realismo a la escena. Se orientará al paciente para que represente el papel que suele tener normalmente ante una situación difícil dentro de su trabajo o del hogar, el terapeuta y coadyuvantes escenificarán a las personas con las que el cliente se suele relacionar y que le pueden causar problemas de asertividad.

Nota: normalmente el role playing se repite varias veces, ya que terapeuta o coadyuvantes irán dando feed-back (otorgando información de cómo lo ha hecho) a la persona sobre su conducta y ésta tendrá que ir siendo perfeccionada a medida que se repiten las escenas. De igual manera se debe tomar muy en cuenta el lenguaje no verbal

9.- De la teoría a la práctica:

Motivar a los participantes a recordar la técnica aprendida con la finalidad de manejar su comunicación y el cumplimiento de sus roles dentro del trabajo y el hogar.

10.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión.

A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.-Continuar llevando a cabo el registro de pensamientos

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos y emociones

3.- Practicar de manera asertiva el manejo de roles dentro del trabajo y el hogar tomando en cuenta las emociones involucradas

APRENDIENDO A DISFRUTAR DEL TIEMPO LIBRE

(SESIÓN 7)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutido en la sesión 6 (promueva la participación en este resumen)

- Roles relacionados con el trabajo y el hogar
- ¿Logró comunicarse y cumplir sus roles de manera adecuada?

Objetivos de la presente sesión

- Conocer si se está o no disfrutando del tiempo libre
- Aprender cómo las actividades diarias influyen en cómo nos sentimos
- Dotar de técnicas que contribuyan al disfrute del tiempo libre

1.- Las actividades que realizamos afectan nuestro estado de ánimo

Dar a conocer a las pacientes que según Garrido (2010, pp, 9-30) entre menos actividades agradables hace la gente, más sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad presentan.

A continuación motivar a las pacientes a participar de una breve discusión acerca del empleo de su tiempo libre; las siguientes preguntas pueden usarse como guías en esta discusión

- Cuando tuvo tiempo, ¿Con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?
- ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?
- ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?

Luego de la discusión recalcar que es considerable a que debido a las diferentes responsabilidades en el hogar y el sedentarismo, las mujeres hayan dejado de lado las actividades recreacionales dando lugar al llamado “Círculo vicioso”

2.- Rompiendo el círculo vicioso

Dar a conocer que para romper el círculo vicioso es necesario aumentar aquellas actividades que le hagan sentir bien, a las mismas se las denominará como “actividades agradables”. Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales (aunque podrían serlo), por actividades agradables se hará referencia a actividades ordinarias (Garrido, 2010, pp, 9-30.

Motivar al paciente a identificar qué actividades ordinarias considera agradables, especialmente cuando hace mucho tiempo que no las había llevado a cabo.

3.- Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:

A continuación se proceda a realizar las siguientes preguntas:

¿Qué obstáculos o cosas le impiden hacer actividades agradables?

Pídale ejemplos específicos de obstáculos que tenga para hacer actividades agradables

c) Pensamientos:

- ¿Qué es lo que se dice a usted misma mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen en su estado de ánimo?
- ¿Existen cosas que se dice a usted misma que disminuyen la posibilidad de que usted pueda trabajar en sus actividades?

d) Gente: ¿Existe la posibilidad de que otras personas dificulten el que usted trabaje en sus actividades agradables?

4.- Recomendaciones para realizar actividades

Según Garrido (2010, pp, 9-30) no es suficiente decir "me voy a sentir bien"; a menudo es más fácil cambiar o agregar actividades; si cambia las actividades, entonces también cambiará la forma en la que se siente.

- Mantenga un régimen de vida no sedentario, que incluya paseos cortos o largos; caminatas, alternando actividades físicas con otras de carácter recreativo y de descanso.
- Elegir actividades que sean de su completo agrado y hacerlas parte de su vida
- Lea constantemente, vea programas recreativos y manténgase informado
- Mantenga el sentido del humor

5.- Beneficios de realizar actividades

A continuación proceda a dar a conocer según Garrido (pp 9-30) el realizar actividades provee de:

- Ofrece hábitos de conductas saludables
- Potencia la creatividad y la capacidad artística y estética
- Fomenta la interrelación humana y la integración social
- Logra la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio
- Permite liberarse de la rutina y el sedentarismo

Enfatizar cada uno de los beneficios y motivar a las pacientes a ponerlos en práctica.

6.- Tomándome un tiempo libre

Aplicando la técnica de programación de actividades:

Explicar a las participantes que el objetivo principal de la técnica de programación de actividades radica en que el sujeto con ayuda del terapeuta planifique ciertas actividades a manera de horario para llevarlas a

cabo durante el transcurso de la semana, con la finalidad de que la paciente cumpla con actividades antes no realizadas.

Se procederá a realizar esta programación junto con la ayuda del terapeuta y colaboración de las pacientes.

7.- Cierre de sesión y discusión del proyecto personal

Preguntar a las participantes si tienen alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que se habló en la presente sesión. A continuación discutir acerca del proyecto personal que se va a llevar a cabo durante el transcurso de esta semana.

Proyecto personal

1.-Continuar llevando a cabo el registro de pensamientos

2.- Continúe trabajando sobre sus pensamientos y emociones

3.- Llevar a cabo el cumplimiento del programación de actividades y si es posible motivar al paciente para que aplique algunas más.

APRENDIENDO A MANTENER LAS RELACIONES SOCIALES

(SESIÓN 8)

Repaso: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión 7 (promueva la participación en este resumen)

- Registro de pensamientos
- Programación de actividades
- Realizar especial énfasis en lo siguiente: Hasta ahora ha aprendido a manejar sus pensamientos, sentimientos y emociones de una forma más saludable y asertiva En algunos momentos de la vida, pueden acontecer situaciones que pueden sobrecargarla. Si usa las estrategias que ha aprendido durante el proceso terapéutico, va a ser menos probable que su calidad de vida se vea afectada cómo lo estuvo al momento de iniciar con el proceso.

Objetivos de la presente sesión

- Instruir a la paciente para que aprenda a mantener sus relaciones sociales
- Incentivar a que la paciente identifique y a aprenda a manejar los factores positivos y negativos que se producen dentro de las relaciones sociales
- Dotar de técnicas asertivas que beneficien a la integración interpersonal.

1.- Las relaciones sociales

Dar a conocer a las pacientes que según Hofstadt (2000, 196-230) nuestras relaciones con los demás son el eje de nuestra vida social y también un factor fundamental en nuestro bienestar, imprescindible para una vida sana y plena.; estas relaciones son muy variadas: desde nuestra interacción con los compañeros de trabajo, hasta los momentos de privacidad con nuestra pareja, sin olvidarnos de familia y amigos. Mantener relaciones sociales sanas nos ayudará a progresar en los distintos ámbitos de nuestra vida y a crecer como personas.

Fomente que las participantes aporten con ideas para terminar la aseveración, luego cierre la discusión presentando la siguiente información:

2.- Habilidades sociales

Autores como Caballo (2007, pp, 20-56) para mantener y desarrollar relaciones sociales exitosas, es necesario manejar habilidades sociales, las mismas que se adquieren a través del aprendizaje por

- Observación

- Imitación
- Ensayo
- Información

Por consiguiente dar a conocer que las habilidades sociales se desarrollan por las características del medio en el cual la persona de desempeña; al igual que por factores como el sexo, edad y estatus de receptor/a

3.- Asertividad

Dar a conocer a las participantes que para mantener relaciones sociales positivas es necesario manejar correctamente el "estilo" con el que interactuamos, y que a su correcto manejo se lo conoce como "asertividad" (Caballo, 2007, pp, 20-56). A continuación el terapeuta deberá dotar de ejemplos prácticos a los pacientes para que puedan apreciar de mejor manera el concepto de asertividad.

4.- Factores que impiden mantener las relaciones sociales:

Caballo (2006, pp. 20-45) da a conocer que los factores que comúnmente impiden mantener las relaciones sociales radican en:

- Conflictos interpersonales
- Culpa, enojo
- Frustración
- Imagen pobre de sí mismo
- Tensión
- Falta de auto control
- Sentimientos de inadecuación

Nota: el terapeuta al ir desarrollando los factores que impiden mantener las relaciones sociales, deberá aplicar la técnica de "solución de problemas" y motivar a las pacientes a participar.

5.- Aprendiendo a relacionarme

Aplicando la técnica de Auto observación con la técnica de la moviola (Guidano, 1994)

Antes de iniciar con la aplicación de la técnica de a conocer nuevamente que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos que pueden ser mejorados a través de las experiencias de aprendizaje adecuadas de los sujetos. Por lo tanto el entretenimiento en habilidades sociales consiste fundamentalmente en entrenar al paciente en ejecutar conductas socialmente adecuadas.

Para la aplicación de esta técnica junto con la ayuda del terapeuta y colaboración de los participantes se procederá a realizar un repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto dentro de las relaciones

sociales desde una doble perspectiva es decir; se hará énfasis en cómo la situación es vivenciada emocionalmente y el cómo es explicada, para ello se debe emplear el "focusing" (asociación de emociones y reacciones corporales), con la finalidad de elevar la congruencia afectiva-cognitiva.

Nota: El terapeuta deberá advertir que llevar a cabo correctamente una conducta no garantiza la aceptación o la aprobación de los demás, sino que incrementará la probabilidad de éxito en las relaciones sociales

6.- Tiempo de despedida

Al finalizar el material de la sesión 8, discuta con las pacientes lo siguiente:

- **a)** Indique que se finalizó con el contenido de la guía de terapia
- **b)** A continuación puede generar una breve discusión entre los participantes acerca de cómo se sintieron con el manual y el proceso terapéutico.
- **c)** Se procederá a aplicar el post test
- **d)** Explique a las participantes que en la próxima sesión se estará hablando sobre cómo evolucionó y se sintió durante el proceso.
- **e)** De a conocer que darán recomendaciones en cuanto a estrategias para prevenir re-caídas y continuar mejorando su calidad de vida.

REUNIÓN DE RETRO ALIMENTACIÓN POST-TRATAMIENTO

TERAPEUTA Y PACIENTES

Durante esta sesión de retro-alimentación y cierre, reúnase con sus pacientes y discuta los siguientes puntos:

- De a conocer información sobre la participación y evolución de las participantes a través del proceso terapéutico
- Motive a las pacientes a que participen compartiendo acerca de su experiencia durante la terapia. Indague acerca de las cosas que más les agradó y las que menos les agradó, que fue lo más (y lo menos) que las ayudó de la terapia.
- Realice un plan para el manejo de las posibles recaídas y discuta estrategias para prevenir las mismas.
- Ofrezca recomendaciones de seguimiento en terapia u otros servicios de ser necesario
- Cierre y despedida

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	Muy malo	*Malo*	*Regular*	*Bueno*	*Muy bueno*
...su estado de salud física?	☐	☐	☐	☐	☐
...su estado de ánimo?	☐	☐	☐	☐	☐
...su trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
...las tareas de la casa?	☐	☐	☐	☐	☐
...sus relaciones sociales?	☐	☐	☐	☐	☐
...sus relaciones familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
...sus actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐
...su capacidad de participar en la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	☐	☐	☐	☐	☐
...su situación económica?	☐	☐	☐	☐	☐
...la situación de alojamiento o vivienda?*	☐	☐	☐	☐	☐
...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	☐	☐	☐	☐	☐
...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	☐	☐	☐	☐	☐
...su sensación general de bienestar?	☐	☐	☐	☐	☐
...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí ☐ y deje la respuesta en blanco)	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	☐	☐	☐	☐	☐

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados a la falta de satisfacción.

ANEXO II

8.3.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual
(Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

6

BASAL

MUJERES

1. Teniendo en cuenta toda su vida, ¿cuál es el mayor grado de disfrute o placer que ha experimentado alguna vez?
   1 ☐ Ningún disfrute o placer
   2 ☐ Poco disfrute o placer
   3 ☐ Algo de disfrute o placer
   4 ☐ Mucho disfrute o placer
   5 ☐ Muchísimo disfrute o placer

2. Si la respuesta a la pregunta 1 fue *ningún disfrute o placer o poco disfrute o placer*, ¿cuál de las siguientes piensa que podría ser la causa? (Señale *todas* las causas que crea)
   1 ☐ Problema médico, de los señalados anteriormente
   2 ☐ Abuso sexual
   3 ☐ Relaciones nocivas (perjudiciales)
   4 ☐ Frigidez
   5 ☐ Creencias morales opuestas
   6 ☐ Imagen corporal negativa
   7 ☐ Miedo a enfermedades
   8 ☐ Otras _____

3. Actualmente, ¿mantiene una relación sexual?
   1 ☐ Sí
   2 ☐ No vaya a la pregunta 10

4. ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?
   1 ☐ No tiene importancia
   2 ☐ Es un aspecto muy poco importante
   3 ☐ Es un aspecto relativamente importante
   4 ☐ Es un aspecto importante
   5 ☐ Es un aspecto muy importante

5. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
   1 ☐ Ninguno
   2 ☐ Poco disfrute o placer
   3 ☐ Algo de disfrute o placer
   4 ☐ Mucho disfrute o placer
   5 ☐ Muchísimo disfrute o placer

6. Si la respuesta a la pregunta 5 fue diferente de la respuesta a la pregunta 1 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en el disfrute o placer? (Señale *todos* los motivos que crea)
   1 ☐ Vitalidad, mejoría de la enfermedad
   2 ☐ Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
   3 ☐ Medicación
   4 ☐ Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
   5 ☐ Cambio de relación
   6 ☐ Envejecimiento
   7 ☐ Otros _____

7. ¿Con qué *frecuencia* mantenía actividad sexual (coito, masturbación) cuando estaba más satisfecha?
   1 ☐ Nunca
   2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
   3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
   4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
   5 ☐ Diariamente

8. ¿Con qué *frecuencia* mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
   1 ☐ Nunca
   2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
   3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana
   4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
   5 ☐ Diariamente

9. Si la respuesta a la pregunta 8 fue diferente de la respuesta a la pregunta 7 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en la frecuencia? (Señale *todos* los motivos que crea)
   1 ☐ Vitalidad, mejoría de la enfermedad
   2 ☐ Vitalidad, empeoramiento, recidiva o inicio de esta enfermedad
   3 ☐ Medicación
   4 ☐ Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
   5 ☐ Cambio en la relación
   6 ☐ Envejecimiento
   7 ☐ Otros

10. Cuando estaba más satisfecha, ¿con qué *frecuencia* se entretenía con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

11. ¿Con qué *frecuencia* se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

12. Desde antes de padecer el episodio actual de depresión [que contestó por última vez este cuestionario] su vida sexual...
    1 ☐ ...mejoró
    2 ☐ ...empeoró
    3 ☐ ...no cambió vaya a la pregunta 16

13. Si su vida sexual mejoró, ¿cuánto lo hizo?
    1 ☐ Sin cambios (no mejoró)
    2 ☐ Mejoró poco
    3 ☐ Mejoró moderadamente
    4 ☐ Mejoró mucho
    5 ☐ Mejoró muchísimo

14. Si su vida sexual empeoró, ¿cuánto lo hizo?
    1 ☐ Sin cambios (no empeoró)
    2 ☐ Empeoró poco
    3 ☐ Empeoró moderadamente
    4 ☐ Empeoró mucho
    5 ☐ Empeoró muchísimo

15. ¿Cuál piensa que es la causa del cambio? (Señale *todos* los motivos que crea)
    1 ☐ Vitalidad, mejoría de la enfermedad
    2 ☐ Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
    3 ☐ Medicación
    4 ☐ Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
    5 ☐ Cambio de relación
    6 ☐ Envejecimiento
    7 ☐ Otros _____

16. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

17. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

18. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar de fantasear acerca del sexo?
    1 ☐ Ningún disfrute o placer
    2 ☐ Poco disfrute o placer
    3 ☐ Algo de disfrute o placer
    4 ☐ Mucho disfrute o placer
    5 ☐ Muchísimo disfrute o placer

19. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

20. ¿Se excita fácilmente?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (la minoría de las veces)
    3 ☐ A veces (la mitad de las veces)
    4 ☐ A menudo (la mayoría de las veces)
    5 ☐ Siempre

21. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (la minoría de las veces)
    3 ☐ A veces (la mitad de las veces)
    4 ☐ A menudo (la mayoría de las veces)
    5 ☐ Siempre

22. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (la minoría de las veces)
    3 ☐ A veces (la mitad de las veces)
    4 ☐ A menudo (la mayoría de las veces)
    5 ☐ Siempre

23. ¿Cree que sus dificultades son situacionales (sólo en determinadas circunstancias tales como cambio de lugar o de pareja, etc.)?
    1 ☐ No
    2 ☐ Sí

24. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

25. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (la minoría de las veces)
    3 ☐ A veces (la mitad de las veces)
    4 ☐ A menudo (la mayoría de las veces)
    5 ☐ Siempre

26. Si no puede obtener un orgasmo cuando quiere, ¿presenta... (Señale *todos* los que presente)
    1 ☐ ...orgasmo precoz?
    2 ☐ ...orgasmo retardado?
    3 ☐ ...múltiples orgasmos?

Si es incapaz de tener un orgasmo, vaya a la pregunta 30

27. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?
    1 ☐ Ningún disfrute o placer
    2 ☐ Poco disfrute o placer
    3 ☐ Algo de disfrute o placer
    4 ☐ Mucho disfrute o placer
    5 ☐ Muchísimo disfrute o placer

28. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

29. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo espontáneo (p. ej., al bostezar)?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

30. ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos apremiantes e irresistibles de mantener conductas sexuales?
    1 ☐ Nunca
    2 ☐ Rara vez (menos de una vez al mes)
    3 ☐ A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
    4 ☐ A menudo (2 veces/semana o más)
    5 ☐ Diariamente

¿Le gustaría añadir algo en relación a las preguntas anteriores?

_____
_____
_____

ANEXO III

HISTORIA CLÍNICA		
Fecha:	**Nº de Historia:**	
Apellidos y nombres:		**Sexo:**
Fecha de Nacimiento:	**Mes: Día: Año:**	**Estado Civil:**
Ciudad:	**Dirección:**	
Ocupación:		
MOTIVO DE CONSULTA O PROBLEMA ACTUAL		
EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL		
Conciencia		
Atención		
Sensopercepciones		
Memoria		
Afectividad		
Inteligencia		
Pensamiento		
Lenguaje		
Voluntad		
Juicio y Razonamiento		
DIAGNOSTICO MULTIAXIAL		

Eje I	
Eje II	
Eje III	
Eje IV	
Eje V	
PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO	
SEGUIMIENTO	
SESION 1	
SESION 2	
SESION 3	
SESION 4	
SESION 5	
SESION 6	
SESION 7	

SESION 8	
RESPONSABLE: Carmen Montes De Oca Sánchez _____	

ANEXO IV

Carta de Consentimiento Informado

Por medio de la presente, quisiéramos su consentimiento para incluirla como participante en la investigación que el Departamento de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato se encuentra desarrollando. La investigación se llevará a cabo en el Área de Salud N°1. El proyecto tiene por título "Guía de intervención Psicoterapéutica breve con énfasis en el mejoramiento de la Calidad De Vida dirigida a mujeres que presentan Deseo Sexual Hipoactivo en el Área de Salud N°1 en la ciudad de Ambato"

El objetivo de esta investigación es que las mujeres que presentan un previo diagnóstico de Hipoactividad sexual puedan disminuir y/o eliminar sus síntomas a través de un programa de mejoramiento de su calidad de vida por medio de la aplicación de la Guía psicoterapéutica breve, para proporcionar una propuesta e intervención a quienes hagan uso de ella. .Por ello, en esta presentación le pedimos su autorización para participar en esta investigación, así como para utilizar los resultados con fines científicos. Su colaboración en este estudio se dividirá en dos etapas:

a) Aplicación de reactivos psicológicos (15 minutos)
b) Aplicación del plan de intervención (una vez por semana con una duración de 90 min)

De igual manera debido al tipo de intervención También se le informa que toda la información que proporcione será completamente ANÓNIMA. Es decir, su nombre no aparecerá de ningún modo en las encuestas, ni en los informes de investigación redactados, ni en los resultados obtenidos durante el proceso psicoterapéutico breve. Los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.

Por último, le informamos que usted podrá dejar de responder a este cuestionario en el momento que lo desee, sin que esto implique alguna sanción de cualquier tipo. Por otra parte, si usted acepta participar, le pedimos de favor que marque con una X este consentimiento (En el párrafo final) y una vez finalizado el cuestionario devuelva la copia a la persona que le solicita la autorización. Si tuviese cualquier duda al momento de dar respuesta a los Ítems que forman este cuestionario, o la manera en la que se llevará a cabo el proceso psicoterapéutico no dude en solicitar ayuda a la persona presente.

Acepto ser encuestado para la investigación.

- ☐ Fecha: ___/___/___ Folio: _____